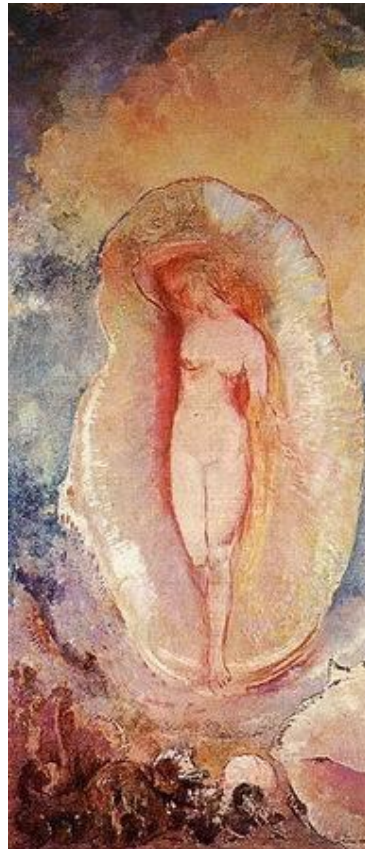


Τ.Ε.Ι ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πτυχιακή εργασία

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ

Sexually Transmitted Diseases and Prevention



Φοιτητές

Δημάκου Αγγελική, Κατσίκας Θεόδωρος

Εισηγητής καθηγητής

Δεληγάκης Απόστολος

Πάτρα 2016

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στην πτυχιακή εργασία που ακολουθεί, θα ασχοληθούμε με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και την νοσηλευτική σε συνάρτηση με αυτά . Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η αναφορά, των κλινικών χαρακτηριστικών των νοσημάτων, των νέων επιδημιολογικών στοιχείων, των νέων μεθόδων διάγνωσης, καθώς και των νέων φαρμακευτικών σχημάτων για τη θεραπεία τους. Επίσης, θα αναφερθούμε στην νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς με Σ.Μ.Ν. αλλά και στην συμβολή της στην πρόληψη τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Σ.Μ.Ν.) ή αφροδίσια νοσήματα, ονομάζονται ασθένειες οι οποίες μεταδίδονται από άνθρωπο σε άνθρωπο κυρίως μέσω σεξουαλικών σχέσεων. Οι ασθένειες αυτές μπορεί να οφείλονται σε βακτήρια, σε ιούς, σε παράσιτα ή σε πρωτόζωα.

Τα πρώτα καταγεγραμμένα ευρωπαϊκά κρούσματα του Σ.Μ.Ν. που είναι γνωστό ως σύφιλη εμφανίστηκαν το 1494. Πριν από την εφεύρεση των σύγχρονων φαρμάκων, τα Σ.Μ.Ν. ήταν γενικά ανίατα και η θεραπεία περιοριζόταν στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου. Η πρώτη αποτελεσματική θεραπεία για μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια ήταν η Salvarsan, μια θεραπεία για την σύφιλη.

Παράγοντες που επηρεάζουν την αύξηση των Σ.Μ.Ν. είναι: οι πόλεμοι, οι κοινωνικές ανακατατάξεις, η μετανάστευση των λαών, η φτώχεια, οι συνθήκες υγιεινής, η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας αλλά και τα διαθέσιμα μέσα πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας.

Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά που μπορεί να αντιστοιχούν σε παράγοντες κινδύνου όπως είναι: η ηλικία, το φύλο, η φυλή, η εθνικότητα, η οικογενειακή κατάσταση, ο τόπος διαμονής, η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, οι εθιστικές, η σεξουαλική συμπεριφορά, η πρόωμη έναρξη της σεξουαλικής ζωής και η υγειονομική.

Οι κύριες πηγές είναι:

- τα αφροδίσια υγρά
- το σάλιο
- ο βλεννογόνος
- το δέρμα (ιδιαίτερα των γεννητικών οργάνων)

ενώ λοιμώξεις μπορούν επίσης να μεταδοθούν από τα περιττώματα, τα ούρα και τον ιδρώτα.

Οι λοιμώξεις που προκαλούν Σ.Μ.Ν. διακρίνονται σε:

- Βακτηριακές (σύφιλη, γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, μη γονοκοκκικές ουρηθρίτιδες, αφροδίσιο ή βουβωνικό λεμφοκοκκίωμα ή νόσος Nicolas Favre, βουβωνικό και αφροδίσιο κοκκίωμα, μαλακό έλκος)
- Ιογενείς λοιμώξεις (οξυτενή κονδυλώματα, έρπητας γεννητικών οργάνων, μολυσματική τέρμινθος, σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS), ηπατίτιδες
- Παρασιτικές λοιμώξεις (φθειριάσεις, ψώρα)
- Μυκητιασικές λοιμώξεις (μονιλίαση των γυναικών, μονιλίαση των ανδρών)
- Πρωτοζωικές λοιμώξεις (τριχομονάδωση)

Η μόνη 100% αποτελεσματική μέθοδος πρόληψης είναι η αποχή από το σεξ. Επειδή όμως αυτό και ανέφικτο είναι και ανεπιθύμητο για τη πλειονότητα των ανθρώπων, ο περιορισμός της εναλλαγής ερωτικών συντρόφων και η χρήση προφυλακτικών μπορεί να προσφέρει ουσιαστική προστασία κατά των κονδυλωμάτων.

Οι τακτικές προγραμματισμένες επισκέψεις στον γιατρό (π.χ. γυναικολόγος) βοηθάνε στην έγκαιρη διάγνωση Σ.Μ.Ν. και στην αποφυγή της μετάδοσης τους καθώς και η υπεύθυνη και επαγγελματική συμπεριφορά των ατόμων που εργάζονται στους τομείς της υγείας και της αισθητικής.

Υπάρχουν επίσης εμβόλια που προστατεύουν από κάποια ιογενή σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως η ηπατίτιδα Α, ηπατίτιδα Β και ορισμένοι τύποι του ιού HPV. Άκρως απαραίτητη για την μείωση της μετάδοσης των Σ.Μ.Ν. κρίνεται η αγωγή σεξουαλικής υγείας στους νέους. Στόχος της σεξουαλικής πληροφόρησης θα πρέπει να είναι η κατά το δυνατόν μείωση των προβλημάτων της σεξουαλικής ζωής, ώστε ο νέος και η νέα να αντλούν από τη γενετήσια σχέση τη μεγαλύτερη δυνατή χαρά, ηδονή και αγάπη, αντί να συσσωρεύουν τραυματικές εμπειρίες.

Πόλυ σημαντικός επίσης είναι και ο συμβουλευτικός ρόλος του νοσηλευτή στην κοινότητα. Σύμφωνα με έρευνα που διενεργήθηκε σε ενήλικες νέους 18 -45 ετών, σημαντικό ποσοστό νέων ενηλίκων δε χρησιμοποιεί προφυλακτικό κατά τη σεξουαλική επαφή, ενώ οι άνδρες ακολουθούν λιγότερο ασφαλείς σεξουαλικές συμπεριφορές σε σχέση με τις γυναίκες. Διαπιστώνεται διάσταση μεταξύ των γνώσεων σχετικά με τα Σ.Μ.Ν. και τις σεξουαλικές συμπεριφορές των νέων ενηλίκων.

Το επίπεδο της γνώσης του νοσηλευτή για τα σεξουαλικά ζητήματα αναστέλλει ή προάγει τη συζήτηση για θέματα της σεξουαλικής υγείας. Ο νοσηλευτής που δεν γνωρίζει την ανατομία και τη φυσιολογία του αναπαραγωγικού συστήματος, τη σεξουαλική απάντηση, τη σεξουαλική έκφραση και άλλα ζητήματα που περιβάλλουν τη σεξουαλικότητα, δεν είναι σε θέση να αξιολογεί αποτελεσματικά, να διδάσκει ή να συμβουλεύει τον ασθενή για τις σεξουαλικές του ανησυχίες. Επίσης, ο νοσηλευτής πρέπει να αισθάνεται άνετα με τον εαυτό του όσον αφορά τη σεξουαλικότητά του.

Οι μολυσμένοι επαγγελματίες υγείας έχουν ηθικό και νομικό καθήκον να προστατεύουν την υγεία και την ασφάλεια των ασθενών τους. Έχουν επίσης δικαίωμα να προσδοκούν τον σεβασμό του ιατρικού απορρήτου σχετικά με την κατάστασή τους.

Η υπεύθυνη σεξουαλική συμπεριφορά, ο προληπτικός έλεγχος, η ενημέρωση και η οργανωμένη και στοχευμένη κατεύθυνση της κοινωνίας και των επαγγελματιών υγείας, μπορούν να μειώσουν έως και να εξαλείψουν την μετάδοση των Σ.Μ.Ν..

ABSTRACT

Sexually transmitted diseases (STD) or venereal diseases, called diseases which are transmitted from person to person primarily through sexual relations. These diseases may be due to bacteria, viruses, parasites, or a protozoan.

The first recorded European outbreak of STDs is known as syphilis occurred in 1494. Before the invention of modern drugs, STDs were generally incurable, and treatment was limited to treating the symptoms of the disease. The first effective therapy for a sexually transmitted disease was Salvarsan, a treatment for syphilis.

Factors affecting the increase of STDs are: wars, social upheavals, migration of peoples, poverty, hygiene, the organization of health services and the available means of prevention, diagnosis and treatment.

Epidemiological characteristics that may correspond to risk factors such as: age, gender, race, ethnicity, marital status, place of residence, socio-economic situation, addictive, sexual behavior, early onset of sexual life and health.

The main sources are:

- Venereal fluids
- Saliva
- Mucosa
- Skin (especially genital)

and infections may also be transmitted from feces, urine, and sweat. Infections that cause STDs are divided into:

- Bacterial (syphilis, gonococcal urethritis, non-gonococcal urethritis, lymphogranuloma venereum or inguinal, or disease Nicolas Favre, and inguinal granuloma venereum, chancroid)
- Viral infections (genital warts, genital herpes, molluscum contagiosum, acquired immune deficiency syndrome (AIDS), hepatitis)
- Parasitic infections (lice, scabies)
- Fungal infection (candidiasis women, candidiasis of men)
- protozoal infections (trichomoniasis)

The only 100% effective method of prevention is abstinence from sex. The limiting rotation sexual partners and condom use can provide substantial protection against warts.

The regularly scheduled visits to doctor (eg gynecologist) help in early diagnosis STIs and prevent their transmission and the accountable and professional behavior of those working in the fields of health and beauty.

There are also vaccines that protect against some viral STDs, such as hepatitis A, hepatitis B and certain types of HPV. Indispensable for reducing the transmission of STDs is considered the sexual health education for young people. The aim of sexual information should be as far as possible reduce the problems of sexual life, so that young and new to derive from the sexual relationship the greatest joy, pleasure and love, rather than accumulate traumatic experiences.

Very important also is the advisory role of the nurse in the community. According to a survey conducted in young adults 18 -45 years, a significant proportion of young adults does not use a condom during sexual intercourse, while men follow less safe sexual behaviors than women. It discrepancy between knowledge about STIs and sexual behaviors of young adults.

The level of nurse knowledge about sexual issues inhibits or promotes discussion on sexual health issues. The nurse who knows the anatomy and physiology of the reproductive system, sexual response, sexual expression and other issues surrounding sexuality, is not able to evaluate effectively, teach or advise the patient about sexual concerns. Also, the nurse should feel comfortable with himself regarding his sexuality.

Infected health professionals have a moral and legal duty to protect the health and safety of their patients. They also have the right to expect respect medical confidentiality about their status.

Responsible sexual behavior, screening, information and organized and targeted direction of society and health professionals can reduce up to eliminate the transmission of STDs.

Πίνακας περιεχομένων

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
1 ^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	11
1.1. Αφροδίσια Νοσήματα – Ορισμός.....	11
1.2. Ιστορική αναδρομή.....	12
1.3. Επιδημιολογία.....	13
1.4 Παράγοντες που συντελούν στην αύξηση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων	14
1.5 Έλεγχος των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.....	14
1.6. Κατάταξη Αφροδίσιων Νοσημάτων.....	15
1.7. Παθοφυσιολογία	16
2 ^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	19
Κατάταξη Σ.Μ.Ν.	19
2.1 Βακτηριακές λοιμώξεις.....	19
2.1.1. Σύφιλη.....	19
2.2.Γονοκοκκική ουρηθρίτιδα (Βλεννόρροια ή Γονόρροια)	26
2.2.1.Γενικά.....	26
2.2.2. Αιτιολογία	27
2.2.3. Επιδημιολογία- Παθοφυσιολογία	27
2.2.4. Κλινική εικόνα.....	28
2.3. Μη γονοκοκκικές ουρηθρίτιδες (Non gonococcal urethritis).....	31
2.3.1.Γενικά.....	31
2.3.2. Κλινική εικόνα.....	31
2.3.3. Αιτιολογία	31
2.3.4. Επιπλοκές.....	32
2.4. Αφροδίσιο ή Βουβωνικό Λεμφοκοκκίωμα ή Νόσος Nicolas Favre	32
(Lymphogranuloma venereum)	32
2.4.1. Γενικά	32
2.4.2.Κλινική εικόνα.....	32
2.5. Βουβωνικό και Αφροδίσιο Κοκκίωμα.....	33
2.5.1. Γενικά	33

2.5.2. Κλινική εικόνα.....	33
2.6. Μαλακό έλκος (Chancroid).....	34
2.6.1. Γενικά.....	34
2.6.2. Κλινική εικόνα.....	34
2.6.3. Διάγνωση και θεραπεία.....	35
2.7. Ιογενείς λοιμώξεις.....	35
2.7.1. Οξυτενή κονδυλώματα.....	35
2.7.2. Έρπητας γεννητικών οργάνων.....	36
2.7.3. Μολυσματική τέρμινθος.....	38
2.8. Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS).....	39
2.8.1. Γενικά.....	39
2.8.2. Επιδημιολογία.....	39
2.8.3. Μετάδοση.....	40
2.8.4. Πορεία της νόσου.....	42
2.8.5. Δερματολογικές εκδηλώσεις στην HIV λοίμωξη.....	43
2.8.6. Φλεγμονώδεις δερματοπάθειες.....	44
2.8.7. Ιδιαιτερότητες της HIV λοίμωξης στις γυναίκες.....	45
2.8.8. Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ως παράγοντας κινδύνου μετάδοσης του HIV.....	47
2.8.9. Προληπτικά μέτρα.....	47
2.9. Ηπατίτιδες.....	48
2.9.1. Ορισμός ηπατίτιδας.....	48
2.9.2. Ιοί που ευθύνονται για τις ηπατίτιδες.....	48
2.9.3. Ηπατίτιδα Β.....	49
2.9.4. Ηπατίτιδα C.....	51
2.10. Παρασιτικές λοιμώξεις.....	53
2.10.1. Φθειριάσεις (PTHIRIASIS).....	53
2.10.2. Ψώρα (Scabies).....	55
2.11. Μυκητιασικές λοιμώξεις.....	57
2.11.1. Μονιλίαση των γυναικών.....	57
2.11.3. Μονιλίαση των ανδρών.....	58
2.12. Πρωτοζωικές λοιμώξεις.....	59
2.12.1. Τριχομονάδωση.....	59
3° ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	61
ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ.....	61

3.1. Πρόληψη.....	61
8 οδηγίες πρόληψης από μολύνσεις κατά το σεξ	61
3.2 Ανδρικό προφυλακτικό	62
3.3 Ιατρικός προληπτικός έλεγχος.....	62
3.4 Η υπεύθυνη και επαγγελματική συμπεριφορά των ατόμων που εργάζονται στους τομείς της υγείας και της αισθητικής.....	62
3.5 Εμβόλια	62
3.6 Αγωγή σεξουαλικής υγείας στους νέους.....	63
3.6.1. Γενικά.....	63
3.6.2. Πολιτιστικές ευθύνες στη σεξουαλική συμπεριφορά των ελλήνων	64
3.6.3. Νοσηλευτικές ευθύνες στη σεξουαλική αγωγή των νέων, ο ρόλος της κοινοτικής νοσηλευτικής.	65
3.6.4. Συμβουλευτικός Ρόλος του Νοσηλευτή στην Κοινότητα.	70
3.6.5. Η στάση των νέων και Συμπεράσματα Των Ερευνών	76
4 ^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	80
ΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ, ΜΟΛΥΣΜΕΝΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ 2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ.....	80
4.1 Ρόλος Του Νοσηλευτή	80
4.2 Προσωπικό Μολυσμένο από HIV	80
4.3 Στόχοι της νοσηλευτικής φροντίδας (σε ασθενή με AIDS)	81
4.4 Αρχές Νοσηλευτικής Δεοντολογίας.....	82
4.5 Οδηγίες προς το νοσηλευτικό προσωπικό για την ασφαλή νοσηλεία ασθενών με AIDS.....	82
4.6. Μελέτη κλινικών περιπτώσεων / Νοσηλευτική διεργασία.....	84
4.6.1. 1 ^η Κλινική Περίπτωση	84
4.6.2. 2 ^η Κλινική Περίπτωση	89
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	94
Βιβλιογραφία	95

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Σ.Μ.Ν.) αποτελούν τις συχνότερες λοιμώξεις διεθνώς και δεν διαχωρίζουν σύνορα και φυλές αλλά και φύλο. Είναι συχνότερα στις νεαρές ηλικίες με το 25% να παρατηρείται σε άτομα κάτω των 25 χρόνων. Οι συνέπειες των Σ.Μ.Ν. είναι ποικίλες, μακροχρόνιες και σοβαρές όπως οι φλεγμονές της πυέλου, ο καρκίνος του τραχήλου, οι βλάβες του εμβρύου (μικρό σωματικό βάρος, διανοητική καθυστέρηση), η στειρώση, η αυξημένη θνητότητα αλλά και οι μακροχρόνιες βλάβες.

Ενώ στο παρελθόν αυτές οι ασθένειες συνήθως αναφέρονταν ως σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ή αφροδίσια νοσήματα (λόγω του ότι έχουν σχέση με τον έρωτα και την Αφροδίτη, θεά του έρωτα), τα τελευταία χρόνια ο όρος σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις προτιμάται, καθώς έχει ένα ευρύτερο φάσμα εννοιών αφού ένα άτομο μπορεί να μολυνθεί και μπορεί να μολύνει άλλους δυνητικά, χωρίς να έχει μια ασθένεια. Μερικά Σ.Μ.Ν. μπορούν να μεταδίδονται και μέσω της χρήσης βελονών μετά τη χρήση τους από ένα μολυσμένο άτομο, καθώς και μέσω της γέννας ή του θηλασμού. Οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις είναι γνωστές εδώ και εκατοντάδες χρόνια όμως το οικονομικό κόστος να είναι τεράστιο, όπως πολύ μεγάλο είναι και το κοινωνικό κόστος.

Εκατομμύρια άνθρωποι στον πλανήτη βιώνουν τη φυσική και συγκινησιακή φόρτιση που προκαλούν τα Σ.Μ.Ν., βιώνοντας τη μελαγχολία και τη θλίψη, το κάτι διαφορετικό από τους λοιπούς ανθρώπους. Νοσήματα που ακόμη θεωρούνται «ταμπού» σε πολλές περιοχές, δεν συζητούνται και συνεπώς δεν μπορούν να βρουν τη λύση τους, αποτελώντας στην ουσία μια κοινωνική μάστιγα η οποία χρίζει αντιμετώπισης και στήριξης.

Σ.Μ.Ν.

1.1. Αφροδίσια Νοσήματα – Ορισμός

Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Σ.Μ.Ν.) ή αφροδίσια νοσήματα, ονομάζονται ασθένειες ή μολύνσεις οι οποίες μεταδίδονται από άνθρωπο σε άνθρωπο κυρίως μέσω σεξουαλικών σχέσεων. Οι ασθένειες αυτές μπορεί να οφείλονται σε βακτήρια, σε ιούς, σε παράσιτα ή σε πρωτόζωα. Ενώ στο παρελθόν αυτές οι ασθένειες συνήθως αναφέρονταν ως σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ή αφροδίσια νοσήματα, τα τελευταία χρόνια ο όρος σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις προτιμάται, καθώς έχει ένα ευρύτερο φάσμα εννοιών: ένα άτομο μπορεί να μολυνθεί και μπορεί να μολύνει άλλους δυνητικά, χωρίς να έχει μια ασθένεια. Μερικά Σ.Μ.Ν. μπορούν να μεταδίδονται και μέσω της χρήσης βελονών μετά τη χρήση τους από ένα μολυσμένο άτομο, καθώς και μέσω της γέννας ή του θηλασμού. Οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις είναι γνωστές εδώ και εκατοντάδες χρόνια (www.derm.gr/afrodisia.php). Η ύπαρξη των περισσότερων είναι γνωστή από χιλιάδων ετών, αλλά το πλέον επικίνδυνο, το AIDS, αναγνωρίστηκε μόλις το 1984. Τα περισσότερα αφροδίσια είναι θεραπεύσιμα. Άλλα, όπως ο έρπης, το AIDS και τα κονδυλώματα -όλα προκαλούνται από ιούς- δεν έχουν ριζική και αιτιολογική θεραπεία.

Σύμφωνα με τον γυναικολόγο Βασιλιγιαννακόπουλου Α, δεν υπάρχει απόλυτα ασφαλές σεξ. Θα μπορούσε να θεωρηθεί ασφαλές το σεξ στο πλαίσιο μιας μονογαμικής σχέσεως όπου κανένας σύντροφος δεν είναι μολυσμένος. Δυστυχώς νοσήματα όπως η σύφιλης ή ο έρπης μπορούν να μεταδοθούν και με το φιλί. Όλες οι μορφές σεξουαλικής δραστηριότητας ενέχουν κάποιο βαθμό κινδύνου. Τα προφυλακτικά προφυλάσσουν έναντι των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, αλλά και αυτό δεν είναι απόλυτο (Βασιλιγιαννακόπουλου Αντώνη στο <http://www.care.gr>)

1.2. Ιστορική αναδρομή

Τα πρώτα καταγεγραμμένα ευρωπαϊκά ξεσπάσματα της ασθένειας που είναι γνωστή ως σύφιλη εμφανίστηκαν το 1494, όταν ξέσπασε μεταξύ γαλλικών στρατευμάτων που πολιορκούσαν τη Νάπολη. Η νόσος έπληξε ολόκληρη την Ευρώπη, σκοτώνοντας περισσότερους από πέντε εκατομμύρια ανθρώπους. Όπως ο Jared Diamond περιγράφει: "Όταν η σύφιλη για πρώτη φορά σίγουρα καταγράφηκε στην Ευρώπη το 1495, οι φλύκταινές κάλυπταν συχνά το σώμα από το κεφάλι μέχρι τα γόνατα και είχε σαν αποτέλεσμα η σάρκα να πέφτει από πρόσωπα των ανθρώπων και οδήγησε στο θάνατο μέσα σε λίγους μήνες", πράγμα που την καθιστά πολύ πιο θανατηφόρα από ό, τι είναι σήμερα. Ο Diamond καταλήγει: «Μέχρι το 1546, η νόσος είχε εξελιχθεί στην ασθένεια με τα συμπτώματα που είναι τόσο γνωστά σε μας σήμερα».

(http://el.wikipedia.org/wiki/Σεξουαλικά_μεταδιδόμενο_νόσημα)

Πριν από την εφεύρεση των σύγχρονων φαρμάκων, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ήταν γενικά ανίατα και η θεραπεία περιοριζόταν στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου. Το πρώτο εθελοντικό νοσοκομείο για αφροδίσια νοσήματα ιδρύθηκε το 1746 και ονομαζόταν London Lock Hospital. Η θεραπεία δεν ήταν πάντα εθελοντική: κατά το δεύτερο μισό του 19ου αιώνα, το Διάταγμα Μεταδοτικών Ασθενειών τέθηκε σε ισχύ για τη σύλληψη ύποπτων ιεροδούλων. Η πρώτη αποτελεσματική θεραπεία για μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια ήταν η Salvarsan, μια θεραπεία για σύφιλη.

Με την ανακάλυψη των αντιβιοτικών, ένας μεγάλος αριθμός των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών έγιναν εύκολα ιάσιμες, και αυτό, σε συνδυασμό με αποτελεσματικές εκστρατείες δημόσιας υγείας, οδήγησε στην εντύπωση στο κοινό κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '60 και του '70 ότι έχουν πάψει να είναι μια σοβαρή ιατρική απειλή. Κατά την περίοδο αυτή, η σημασία της ανίχνευσης των επαφών για τη θεραπεία σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων είχε αναγνωριστεί. Με τον εντοπισμό των σεξουαλικών συντρόφων των μολυσμένων ατόμων, τον έλεγχο τους για λοίμωξη, τη θεραπεία του μολυσμένου και τον εντοπισμό των επαφών τους με τη σειρά του, οι κλινικές Σ.Μ.Ν. θα μπορούσαν να είναι πολύ αποτελεσματικές στην καταστολή λοιμώξεων στο γενικό πληθυσμό (Βαμβουκάκη, 2014).

Στη δεκαετία του '80, εμφανίστηκαν πρώτα ο έρπης των γεννητικών οργάνων και στη

συνέχεια το AIDS , δυο απειλητικά για την ζωή νοσήματα. Το AIDS πιο συγκεκριμένα έχει μια μακρά ασυμπτωματική περίοδο, κατά την οποία ο HIV μπορεί να αναπαράγεται και η ασθένεια μπορεί να μεταδοθεί σε άλλους - ακολουθούμενη από μια συμπτωματική περίοδο, η οποία οδηγεί γρήγορα στο θάνατο εάν δεν θεραπευθεί.

<http://www.keelpno.gr/Portals/1/pdf>

1.3. Επιδημιολογία

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα έχουν μία γραπτή ιστορία που χρονολογείται από την εποχή των Αρχαίων Αιγυπτίων και είναι πιο διαδομένα.

Η επιδημιολογία των Σ.Μ.Ν. παρουσίασε κατά τον 20ο αιώνα μία ενιαία ιστορική εξέλιξη αφού στις αρχές του αιώνα, τα αφροδίσια νοσήματα αποτελούσαν μείζον ιατρικό αλλά και κοινωνικό πρόβλημα. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, 1 στους 4 στρατιώτες του 1ου Παγκοσμίου Πολέμου έπασχε από σύφιλη ή βλεννόρροια, η ανακάλυψη όμως των αντιβιοτικών οδήγησε στη ραγδαία μείωση της επίπτωσης, της νοσηρότητας και της θνησιμότητας των μικροβιακών Σ.Μ.Ν. στον αναπτυγμένο κόσμο (Χατζής, 1994).

Μετά από το 1960 στο προσκήνιο πέρασαν τα ιογενή Σ.Μ.Ν., με την επικράτηση πιο ελευθέρων ηθών στα πλαίσια μίας αντίληψης περί εξαφάνισης των Σ.Μ.Ν., σε συνδυασμό με την απουσία εύχρηστων διαγνωστικών μεθόδων και αποτελεσματικής θεραπείας οδήγησε σε αλματώδη αύξηση των ιογενών Σ.Μ.Ν., όπως είναι ο απλός έρπης και οι HPV λοιμώξεις, καθώς και της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας. (Γ. Γραμματικόπουλος)

Αποκορύφωμα ήταν η εμφάνιση ενός νέου Σ.Μ.Ν., της HIV λοίμωξης που από τη δεκαετία του 1980 πήρε τη μορφή επιδημίας.

Ακολούθησε μία γιγαντιαία ιατρική και κοινωνική σταυροφορία, η οποία μέσα σε μία 20ετία απέδωσε σημαντικούς καρπούς με την ανακάλυψη αξιόπιστων διαγνωστικών εξετάσεων και την παρασκευή φαρμάκων που επιτυγχάνουν τη μακροχρόνια καταστολή της λοίμωξης.

Τα γενικά χαρακτηριστικά της σύγχρονης επιδημιολογίας των Σ.Μ.Ν. είναι:

1. Η αύξηση της συχνότητας των ιογενών Σ.Μ.Ν. στις αναπτυγμένες χώρες, που όμως σήμερα εμφανίζει σταθεροποιητικές τάσεις.
2. Η μεγάλη μείωση της συχνότητας των μικροβιακών Σ.Μ.Ν., που μπορεί να διακόπτεται από παροδικές επιδημικές εξάρσεις.
3. Η σταθερή, υπερενδημική παρουσία των Σ.Μ.Ν. στις αναπτυσσόμενες χώρες και στον Τρίτο Κόσμο (Βαμβουκάκη, 2014).

1.4 Παράγοντες που συντελούν στην αύξηση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων

Παράγοντες που επηρεάζουν την αύξηση των Σ.Μ.Ν. είναι: οι πόλεμοι, οι κοινωνικές ανακατατάξεις, η μετανάστευση των λαών, η φτώχεια, οι συνθήκες υγιεινής, η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας αλλά και τα διαθέσιμα μέσα πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας. Μεγάλη σημασία έχει η αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου, που οδηγεί στον προσδιορισμό των ομάδων υψηλού κινδύνου, των λεγόμενων πυρήνων της λοίμωξης (core groups) μέσα σε μία κοινότητα (<http://el.wikipedia.org/wiki>).

Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά που μπορεί να αντιστοιχούν σε παράγοντες κινδύνου όπως είναι: η ηλικία, το φύλο, η φυλή, η εθνικότητα, η οικογενειακή κατάσταση, ο τόπος διαμονής, η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, οι εθιστικές συνήθειες (αλκοολισμός, χρήση απαγορευμένων ουσιών), η σεξουαλική συμπεριφορά (προτιμήσεις, αριθμός συντρόφων, είδος συντρόφων, πρακτικές, πορνεία), η πρόωμη έναρξη της σεξουαλικής ζωής και η υγειονομική συνείδηση (μέτρα προστασίας προσέλευση για έλεγχο, ενημέρωση συντρόφων, συμμόρφωση με τη θεραπεία). Έχει διαπιστωθεί ότι η νεαρή ηλικία, σε γυναίκες και άνδρες, οι έγχρωμοι, οι μειονότητες, οι κάτοικοι των πόλεων, οι κατώτερες κοινωνικές τάξεις, οι χρήστες ναρκωτικών, οι ομοφυλόφιλοι και τα άτομα με πολλαπλούς συντρόφους και ριψοκίνδυνη συμπεριφορά έχουν αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν από ένα ή περισσότερα Σ.Μ.Ν., μία ή περισσότερες φορές (Φυτρόπουλος, Θ., <http://www.tlife.gr/>)

1.5 Έλεγχος των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων

Οι βασικές αρχές του ελέγχου των Σ.Μ.Ν. είναι οι εξής:

1. Πρόληψη νέων λοιμώξεων.
2. Επαρκής θεραπεία όσων έχουν συμπτώματα της λοίμωξης.
3. Μέσα ανεύρεσης και θεραπείας όσων δεν παρουσιάζουν συμπτώματα.
4. Εκστρατεία ευαισθητοποίησης σε θέματα υγείας των ατόμων που μπορεί να γνωρίζουν ότι έχουν προσβληθεί αλλά καθυστερούν ή αποφεύγουν να προσέλθουν για θεραπεία (ιός ανθρώπινων θηλωμάτων) ή φοβούνται τη μόλυνση από HIV και να εξεταστούν γι' αυτήν, παρά το γεγονός ότι η θεραπεία καθυστερεί το θάνατο στις πλουσιότερες χώρες.

1.6. Κατάταξη Αφροδίσιων Νοσημάτων

Μέχρι τη δεκαετία του 1990, τα Σ.Μ.Ν. ήταν ευρέως γνωστά ως αφροδίσια νοσήματα (Venereal diseases). Το επίθετο "αφροδίσιος" προέρχεται από το όνομα Αφροδίτη (Venereal από το λατινικό Venus), που ήταν η αρχαιοελληνική και ρωμαϊκή θεά του έρωτα. Κοινωνική νόσος ήταν ένας άλλος ευφημισμός. Σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη είναι ένας ευρύτερος όρος απ' ό, τι το σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. Μια λοίμωξη είναι μια αποίκιση από ένα παρασιτικό είδος, το οποίο μπορεί να μην έχει αρνητικές επιπτώσεις. Σε μια ασθένεια η λοίμωξη οδηγεί σε μειωμένη ή μη φυσιολογική λειτουργία. Και στις δύο περιπτώσεις η κατάσταση μπορεί να μην παρουσιάζει σημάδια ή συμπτώματα. Αυξημένη κατανόηση των λοιμώξεων, όπως η HPV, οι οποίες μολύνουν τα περισσότερα σεξουαλικά ενεργά άτομα, αλλά προκαλούν ασθένειες μόνο σε λίγα, έχει οδηγήσει σε αυξημένη χρήση του όρου STI. Οι υπάλληλοι δημόσιας υγείας αρχικά εισήγαγαν τον όρο σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη, τον οποίο οι κλινικοί γιατροί χρησιμοποιούν όλο και περισσότερο παράλληλα με τον όρο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, για να το διακρίνουν από το πρώτο (Βαμβουκάκη, 2014).

Το σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα (Σ.Μ.Ν.) μπορεί να αναφέρεται μόνο σε λοιμώξεις που προκαλούν ασθένειες ή μπορεί να χρησιμοποιηθεί πιο χαλαρά ως συνώνυμο της σεξουαλικά μεταδιδόμενης λοίμωξης (ΣΜΛ). Επειδή οι περισσότεροι από τους ανθρώπους δεν γνωρίζουν ότι έχουν μολυνθεί από ένα Σ.Μ.Ν. μέχρι να εξεταστούν ή να αρχίσουν να εμφανίζουν συμπτώματα της νόσου, οι περισσότεροι άνθρωποι χρησιμοποιούν τον όρο Σ.Μ.Ν., ακόμα κι αν ο όρος ΣΜΛ είναι επίσης σωστός σε πολλές περιπτώσεις. Επιπλέον, ο όρος σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα μερικές φορές χρησιμοποιείται δεδομένου ότι είναι λιγότερο περιοριστικός όσο αφορά άλλους παράγοντες ή τρόπους μετάδοσης.

Η διαφορά αυτή αντιμετωπίζεται από την πιθανότητα μόλυνσης με άλλους τρόπους εκτός της σεξουαλικής επαφής. Σε γενικές γραμμές, ένα Σ.Μ.Ν. είναι μια μόλυνση που έχει αμελητέα πιθανότητα μετάδοσης με άλλα μέσα εκτός της σεξουαλικής επαφής, αλλά έχει ένα ρεαλιστικό μέσο μετάδοσης με τη σεξουαλική επαφή (Πιο εξελιγμένα μέσα-μετάγγιση αίματος, κοινή χρήση υποδερμικών βελονών-δεν λαμβάνονται υπόψη). Έτσι, μπορεί κανείς να υποθέσει ότι, αν ένα άτομο έχει προσβληθεί από ένα Σ.Μ.Ν., τότε αυτά διαβιβάστηκαν σε αυτό μέσω της σεξουαλικής επαφής.

Οι ασθένειες σε αυτόν τον κατάλογο πιο συχνά μεταδίδονται αποκλειστικά και μόνο από τη σεξουαλική δραστηριότητα. Πολλές μολυσματικές ασθένειες, συμπεριλαμβανομένου του

κοινού κρυολογήματος, της γρίπης, της πνευμονίας, και οι περισσότερες άλλες που μεταδίδονται από άτομο σε άτομο, μπορούν επίσης να μεταδοθούν κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής, εάν ένα άτομο έχει μολυνθεί, λόγω της στενής επαφής που υπάρχει. Ωστόσο, ακόμη και αν αυτές τις ασθένειες μπορούν να μεταδοθούν κατά τη διάρκεια του σεξ, δεν θεωρούνται Σ.Μ.Ν..(<http://www.keelpno.gr/Portals/1/pdf>)

1.7. Παθοφυσιολογία

Τα Σ.Μ.Ν. μεταδίδονται με πολλούς τρόπους. Πολλά Σ.Μ.Ν. μεταδίδονται (πιο εύκολα) μέσω των βλεννογόνων του πέους, του αιδοίου, του ορθού, του ουροποιητικού συστήματος και (λιγότερο συχνά-ανάλογα με τον τύπο της λοίμωξης) από το βλεννογόνο του στόματος, του λαιμού, του αναπνευστικού συστήματος και από τα μάτια. Η ορατή μεμβράνη που καλύπτει το κεφάλι του πέους είναι μια βλεννογόνος, αν και δεν παράγει βλέννα (παρόμοια με τα χείλη του στόματος). Οι βλεννώδεις μεμβράνες διαφέρουν από το δέρμα στο ότι επιτρέπουν ορισμένα παθογόνα στο σώμα. Τα παθογόνα είναι επίσης σε θέση να περάσουν μέσα από ασυνέχειες ή εκδορές του δέρματος, ακόμη και πολύ μικρές (Παπαδημητρίου,2011). Το σώμα του πέους είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο λόγω της τριβής που προκαλείται κατά τη διάρκεια του διεισδυτικού σεξ.

Οι κύριες πηγές μόλυνσης σε αύξουσα σειρά είναι:

- τα αφροδίσια υγρά
- το σάλιο
- ο βλεννογόνος
- το δέρμα (ιδιαίτερα των γεννητικών οργάνων)

ενώ λοιμώξεις μπορούν επίσης να μεταδοθούν από τα περιττώματα, τα ούρα και τον ιδρώτα.

Το ποσό της επαφής με μολυσματικές πηγές που προκαλούν λοίμωξη διαφέρει σε κάθε παθογόνο, αλλά σε όλες τις περιπτώσεις μία ασθένεια μπορεί να είναι αποτέλεσμα ακόμη και μικρής επαφής με το υγρό των μεταφορέων, όπως τα αφροδίσια υγρά, σε ένα βλεννογόνο. Αυτός είναι ένας λόγος που η πιθανότητα μετάδοσης πολλών λοιμώξεων είναι πολύ υψηλότερη με το σεξ, παρά με πιο περιστασιακό τρόπο μετάδοσης, όπως η μη-σεξουαλική επαφή-άγγιγμα, αγκάλιασμα, χειραγία-, αλλά δεν είναι ο μόνος λόγος (Βαμβουκάκη, 2014).

Αν και βλεννογόνοι υπάρχουν στο στόμα, όπως και στα γεννητικά όργανα, πολλά Σ.Μ.Ν. φαίνεται να είναι ευκολότερο να μεταδοθούν μέσω του στοματικού σεξ. Πολλές λοιμώξεις που μεταδίδονται εύκολα από το στόμα στα γεννητικά όργανα ή από τα γεννητικά όργανα στο στόμα, είναι πολύ πιο δύσκολο να μεταδοθούν από στοματική επαφή μόνο. Στην περίπτωση του ιού HIV, τα υγρά των γεννητικών οργάνων τυχαίνει να περιέχουν πολύ μεγαλύτερη ποσότητα του παθογόνου παράγοντα από ό, τι το σάλιο.

<http://www.hivaid.gr/homepage.php?id=pliroforisi/hivaid#symptoms>.

Ορισμένες λοιμώξεις που επισημαίνονται ως STI μπορούν να μεταδοθούν μέσω άμεσης επαφής με το δέρμα. Ο απλός έρπητας και ο HPV είναι δύο παραδείγματα. Το KSHV, από την άλλη, μπορεί να μεταδοθεί ακόμα και με στοματική επαφή, αλλά και από το σάλιο, όταν χρησιμοποιείται ως σεξουαλικό λιπαντικό. Ανάλογα με το Σ.Μ.Ν., ένα άτομο μπορεί ακόμα να είναι σε θέση να μεταδώσει μια μόλυνση, ακόμα και εάν δεν υπάρχουν ενδείξεις της νόσου. Ωστόσο ένα άτομο μπορεί να μεταδώσει τον ιό HIV (Σ.Μ.Ν.) ανά πάσα στιγμή, ακόμη και αν αυτός δεν έχει αναπτύξει τα συμπτώματα του AIDS (Σ.Μ.Ν.). Όλες οι σεξουαλικές συμπεριφορές που περιλαμβάνουν επαφή με τα σωματικά υγρά ενός άλλου προσώπου θα πρέπει να θεωρείται ότι εμπεριέχουν κάποιο κίνδυνο μετάδοσης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών. Η περισσότερη προσοχή έχει δοθεί στον έλεγχο του HIV, που προκαλεί το AIDS, αλλά κάθε Σ.Μ.Ν. παρουσιάζει μια διαφορετική κατάσταση. Όπως μπορεί να παρατηρηθεί από το όνομα, οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες μεταδίδονται από το ένα άτομο στο άλλο με ορισμένες σεξουαλικές δραστηριότητες αλλά δεν προκαλούνται στην πραγματικότητα από τις ίδιες τις σεξουαλικές δραστηριότητες. Τα βακτήρια, οι μύκητες, τα πρωτόζωα και οι ιοί εξακολουθούν να είναι αιτιώδεις παράγοντες. Δεν είναι δυνατόν να καλύψουμε οποιαδήποτε σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια από μια σεξουαλική δραστηριότητα με ένα πρόσωπο που δεν μεταφέρει μια ασθένεια αντιστρόφως, ένα άτομο που έχει ένα Σ.Μ.Ν. το πήρε από την επαφή του(σεξουαλική ή μη) με κάποιον που είχε, ή το είχαν τα υγρά του σώματος του (Χατζής, 1994).

Κάποια Σ.Μ.Ν., όπως ο HIV μπορεί να μεταδοθεί από τη μητέρα στο παιδί είτε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είτε του θηλασμού (Παπαδημητρίου, 2011). Αν και η πιθανότητα μετάδοσης διαφόρων ασθενειών από διάφορες σεξουαλικές δραστηριότητες, ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό, σε γενικές γραμμές, όλες οι σεξουαλικές δραστηριότητες μεταξύ δύο (ή περισσότερων) ατόμων πρέπει να θεωρούνται ως μια αμφίδρομη διαδρομή για τη διαβίβαση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (Παπαδημητρίου, 2011). Οι επαγγελματίες υγείας προτείνουν ασφαλέστερο σεξ με τη χρήση προφυλακτικών, θεωρώντας τον ως το πιο

αξιόπιστο τρόπο για τη μείωση του κινδύνου μόλυνσης από κάποια σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας. Αλλά το ασφαλέστερο σεξ δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να θεωρηθεί ως απόλυτη εγγύηση. Η μεταφορά και η έκθεση σε σωματικά υγρά, όπως η μετάγγιση αίματος και άλλων προϊόντων αίματος, η κοινή χρήση βελονών ένεσης, οι τραυματισμοί από βελόνες (όταν το ιατρικό προσωπικό τρυπηθεί ακούσια με βελόνες κατά τη διάρκεια ιατρικών διαδικασιών), η κοινή χρήση βελονών δερματοστιξιών (βελόνες για τατουάζ) και ο τοκετός αποτελούν διόδους μετάδοσης. Από αυτά τα διαφορετικά μέσα διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο ομάδες όπως το ιατρικό προσωπικό, οι αιμοφιλικοί και οι χρήστες ναρκωτικών (Βαμβουκάκη, 2014).

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Κατάταξη Σ.Μ.Ν.

2.1 Βακτηριακές λοιμώξεις

2.1.1. Σύφιλη

Η σύφιλη είναι χρόνια, μεταδοτική νόσος, μπορεί να προσβάλλει όργανα και συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού. Οφείλεται σε λοίμωξη από το βακτήριο που ονομάζεται ωχρά σπειροχαίτη (*Treponema pallidum*). Η σύφιλη μεταδίδεται με άμεση επαφή με τις βλάβες του δέρματος ή των βλεννογόνων και τις εκκρίσεις (σίελος, σπέρμα, κολπικά υγρά) μολυσμένου ατόμου κατά τη σεξουαλική επαφή, όταν υπάρχει λύση της συνέχειας του δέρματος ή του βλεννογόνου του υγιούς ατόμου. Μετάδοση μπορεί να γίνει και με τη μετάγγιση αίματος, αν ο δότης βρίσκεται στα πρώτα στάδια της νόσου. Η μετάδοση μέσω χρησιμοποιημένων αντικειμένων είναι εξαιρετικά σπάνια, λόγω πολύ μικρής αντοχής του βακτηρίου στο περιβάλλον. Έμβρυα γυναικών με λοίμωξη μολύνονται μέσω του πλακούντα ή κατά τη διάρκεια του τοκετού. Η περίοδος μεταδοτικότητας της νόσου εντοπίζεται κατά τη διάρκεια του πρώτου και δεύτερου σταδίου της ασθένειας. Η μόλυνση του εμβρύου κατά την κύηση είναι συχνή, όταν η μητέρα βρίσκεται στα πρώτα στάδια της λοίμωξης. Κάποιο άτομο που πάσχει από σύφιλη και έχει μια ανοικτή πληγή έχει αυξημένη πιθανότητα και να "κολλήσει" κάποιο άλλο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, αυτό ισχύει ειδικά για το AIDS. Επίσης, οι πάσχοντες από AIDS είναι πιο εύκολο να μεταδώσουν την ασθένειά τους, αν έχουν μια ανοικτή πληγή που την έχει προκαλέσει η σύφιλη (Χρυσομάλλης, 2005).

2.1.1.1. Αιτιολογία και παθογένεια

Το αίτιο της σύφιλης όπως προαναφέρθηκε είναι το τρεπόνημα το ωχρό ή ωχρά σπειροχαίτη που ανήκει στο γένος των τρεπονημάτων. Πρόκειται για έναν λεπτό σπειροειδές βακτήριο μήκους 6-15 mm και πάχους 0.2 mm ενώ αποτελείται από 8- 24 όμοιες κανονικές σπείρες. Ωχρα σπειροχαίτη Έχει χαρακτηριστική κινητικότητα, πολλαπλασιάζεται γρήγορα και είναι πολύ ευαίσθητος μικροοργανισμός στη ξηρασία, στο φώς και στην υπεριώδη ακτινοβολία και σε αντισηπτικές ουσίες. Ακινητοποιείται σε πολύ μεγάλες δόσεις αντιβιοτικών ενώ είναι αρκετά ανθεκτική στο ψύχος και στην υγρασία. Θεωρητικά η ωχρά σπειροχαίτη εισδύει στον οργανισμό μόνο όταν υπάρχει λύση της συνέχειας του δέρματος (Χατζής, 1994).

2.1.1.2.Επιδημιολογία

Η ώχρα σπειροχαίτη, λόγω της διεισδυτικής ικανότητας της βρίσκεται σε όλα τα υγρά του σώματος των πασχόντων, όπως το αίμα, το σάλιο, ο ιδρώτας, η λέμφος, το μητρικό γάλα, το σπερματικό υγρό, τα κοιλικά υγρά και άλλα. Επίσης μπορεί να υπάρχει σε οποιαδήποτε βλάβη που προέρχεται από την επίκτητη ή τη συγγενούς σύφιλη κυρίως όμως στο υγρό του συφιλιδικού έλκους, το χυμό των αδένων της συφιλιδικής αδενίτιδας, τον ορό των συφιλιδικών πλακών και των πομφολύγων της συφιλιδικής πέμφιγας των νεογνών. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μεταδοθεί μέσω της σεξουαλικής πράξης, του φιλιού, του θηλασμού, της απλής σωματικής επαφής –όπου υπάρχει λύση της συνέχειας του δέρματος-, καθώς και μετά από χρήση μολυσμένων αντικειμένων, όπως κουτάλια, πιρουνιά, οδοντόβουρτσες, χτένες, ξυραφάκια και άλλα.

2.1.1.3. Κλινική εικόνα και ταξινόμηση

Η νόσος εμφανίζεται μετά από επαφή με μολυσμένες περιοχές. Προσβάλλει την επιδερμίδα, τους ιστούς, τα όργανα του σώματος, τον εγκέφαλο και τα νεύρα. Στην διάρκεια της 8 ανάπτυξης της μιμείται τα συμπτώματα άλλων ασθενειών . Το βακτήριο *T. pallidum* διεισδύει εύκολα στο εκτριμμένο δέρμα ή τις βλεννώδεις μεμβράνες και στη συνέχεια διαδίδεται ταχύτατα μέσω του αίματος και του λεμφικού ιστού χωρίς να εμφανίζονται άμεσα συμπτώματα. Η σύφιλη ταξινομείται σε :

1. Επίκτητη ή συγγενή ανάλογα με το αν μεταδόθηκε στον άνθρωπο κατά την διάρκεια της ζωής του, ή αν μεταδόθηκε από συφιλιδική μητέρα στο έμβρυο.
2. Η επίκτητη σύφιλη χωρίζεται σε πρωτογενείς, δευτερογενείς, λανθάνουσα και τριτογενείς ανάλογα με την εξέλιξη που έχει χωρίς θεραπεία.
3. Λανθάνουσα σύφιλη χαρακτηρίζεται από θετικές οροαντιδράσεις χωρίς δερματικές εκδηλώσεις και διακρίνεται σε πρόιμη και όψιμη σύφιλη (Χρυσομάλλης, 2005).

2.1.1.4.Πρωτόγονος σύφιλη

Η πρωτόγονος σύφιλη διαρκεί περίπου 60 ημέρες αν και μερικές φορές η διάρκεια της φτάνει και 120 ημέρες. Περιλαμβάνει το χρονικό διάστημα από την μόλυνση μέχρι την εμφάνιση του συφιλιδικού έλκους. Ο χρόνος επώασης ποικίλει σε διάρκεια με μέσο όρο τις 3 εβδομάδες. Το συφιλιδικό έλκος είναι μια από τις κυριότερες εκδηλώσεις της πρωτογόνου σύφιλης. Έχει διάμετρο 5-10 mm, εμφανίζεται κυρίως στα γεννητικά όργανα αλλά και σε άλλες εξωγεννητικές περιοχές όπως ο πρωκτός, η στοματική κοιλότητα, το πρόσωπο, οι αμυγδαλές

και τα δάκτυλα. Αρχίζει σαν μια κόκκινη κηλίδα στο σημείο της μόλυνσης όπου στη συνέχεια σκληραίνεται και διαβρώνεται. Είναι ανώδυνο και θεραπεύεται αυτόματα σε 1-5 εβδομάδες. Συφιλιδικό έλκος Όταν εμφανίζεται το έλκος οι ορολογικές αντιδράσεις της συφίλιδος είναι αρνητικές, ενώ αργότερα την 1η έως την 4η εβδομάδα γίνονται θετικές. Συνήθως το συφιλιδικό έλκος συνοδεύεται από ένα πρήξιμο των λεμφαδένων δίπλα στα γεννητικά όργανα. Χαρακτηριστικό είναι ότι πρήζονται χωρίς να είναι ερεθισμένοι ή να πονάνε και συνήθως μένουν πρησμένοι ακόμη και όταν η πληγή επουλωθεί (Χατζής, 1994).

2.1.1.5 Δευτερογενός σύφιλη.

Αρχίζει δύο μήνες περίπου μετά την εμφάνιση του έλκους και διαρκεί από 2 μέχρι 10 εβδομάδες, Περιλαμβάνει γενικά συμπτώματα καθώς και εκδηλώσεις από το δέρμα, τους βλεννογόνους, τους λεμφαδένες και τα σπλάχνα, που οφείλονται στην είσοδο του τρεπονήματος στο αίμα. Δηλαδή τρεπονηματική σηψαιμία. Η ροδάνθη είναι η συνηθισμένη μορφή δευτερογενής συφίλιδος. Πρόκειται για εξάνθημα μικρό κηλιδώδες, ρόδινης χροιάς που εντοπίζεται στον κορμό κυρίως. Οφείλεται στην εμβολή μικροσκοπικών αγγείων του χορίου από σπειροχαίτες. Ο ασθενής εμφανίζει συμπτώματα που μοιάζουν με γρίπη όπως πυρετό, ανορεξία, αϋπνία, νευρική κατάσταση, καταβολή δυνάμεων, είναι δυνατόν όμως να εμφανιστούν ταυτόχρονα έντονη κεφαλαλγία και άλγος στα οστά.. Ανάλογα με το όργανο που προσβάλλεται είναι δυνατό να έχουμε ηπατίτιδα, νεφρίτιδα, μηνιγγίτιδα με ή χωρίς κλινικές εκδηλώσεις, αναιμία, λεμφοκυττάρωση κ.α. (Χρυσομάλλης, 2005).

Τέλος η πολυαδενίτιδα περιλαμβάνει όλους σχεδόν τους λεμφαδένες που διογκώνονται ελαφρά και είναι ευκίνητοι και ανώδυνοι. Η μορφολογία και η κατανομή των βλαβών ποικίλει από ασθενή σε ασθενή και στο στάδιο αυτό η σύφιλη συγχέεται με πολλά άλλα δερματολογικά νοσήματα (Χατζής I, 1994).

Τα δευτερογενή συφιλιδικά εξανθήματα διακρίνονται σε : Κηλιδώδες (συφιλιδική ροδάνθη) : πρόκειται για ερυθρορόδινες κηλίδες που εντοπίζονται στα πλάγια του κορμού. Βλατιδώδη, διαβρωτικά-ελκωτικά. Χαρακτηρίζονται από μεγάλο βαθμού πολυμορφία. Είναι σκληρά, χρώματος ερυθρού ή χάλκινου και διατάσσονται διάσπαρτα ή σχηματίζουν τόξα και κύκλους. Διακρίνονται σε βλατιδολεπιδώδη, βλατιδοεφελκιδώδη, βλατιδοελκωτικά, λειχηνοειδή θυλακωτά. Από πλευράς μεγέθους διακρίνονται σε μικρό και μεγαλοβλατιδώδη. Συφιλιδικές πλάκες (πλατέα κονδυλώματα) : Εντοπίζονται στην περιοχή των γεννητικών οργάνων και της περιπρωκτικής χώρας, αλλά και στις γωνίες των χειλιών και σε πτυχές (μηρογεννητικές,

υπομαζικές, μεσοδακτύλιες). Είναι ελαφρώς διαβρωμένες και πλούσιες σε σπειροχαΐτες. Υπόλευκες αβαθείς ωοειδείς πλάκες που περιβάλλονται από ερυθριματώδη άλω. Εντοπίζονται στα χείλη, στη γλώσσα, στις παρειές, στις αμυγδαλές, στο φάρυγγα και στο βλεννογόνο της μύτης. Λευκομελανοδερμία : Πρόκειται για μελαγχρωματικές ή υπόχρωμες κηλίδες που καταλείπουν κατά την αποδρομή τους τα κηλιδώδη και βλατιδώδη εξανθήματα. Από τις πλέον συνήθεις είναι αυτή που εντοπίζεται στον αυχένα και τα πλάγια του τραχήλου και λέγεται " περιδέριο της Αφροδίτης". Αλωπεκία : Χαρακτηρίζεται από πολλαπλές μικρές αποψιλωτικές πλάκες ή από διάχυτη πτώση των τριχών. Χαρακτηριστική είναι η μερική αλωπεκία των οφρύων. Ονυχία – Παρωνυχία : Το πρώιμο εξάνθημα μπορεί να είναι αμυδρό και να διαφύγει της διάγνωσης σε ανθρώπους με σκούρο δέρμα. Στους ενήλικες δεν εμφανίζεται σχεδόν ποτέ φυσαλιδώδες ή κνησμώδες . Οι βλεννογονικές βλάβες είναι ιδιαίτερα μολυσματικές σε αντίθεση με το δερματικό εξάνθημα. Κατά το στάδιο αυτό ανευρίσκονται τα τρεπονήματα στις βλάβες και οι ορολογικές αντιδράσεις είναι θετικές (Χατζής Ι, 1994).

2.1.1.6.Λανθάνουσα σύφιλη

Την δευτερογενή σύφιλη ακολουθεί η λανθάνουσα σύφιλη. Πρόκειται για μια κατάσταση όπου ο ασθενής είναι μολυσμένος και έχει θετικές ορολογικές εξετάσεις για σύφιλη, αλλά δεν έχει συμπτώματα. Διακρίνεται σε πρώιμη και όψιμη. Η πρώιμη λανθάνουσα περίοδος αρχίζει ένα χρόνο ή και νωρίτερα μετά την έναρξη της πρωτογόνου σύφιλης. Η όψιμη λανθάνουσα περίοδος διαρκεί περισσότερο από τέσσερα χρόνια. Παρουσιάζεται σε αρρώστους που υποβλήθηκαν σε ατελή θεραπεία ή σε περιπτώσεις που λάμβαναν συγχρόνως αντιβιοτικά για άλλη αιτία (Χρυσομάλλης, 2005).

2.1.1.7.Όψιμη σύφιλη (Τριτογενής σύφιλη)

Το στάδιο αυτό μπορεί να συμβεί μετά τη δευτερογενή ή μετά από χρόνια λανθάνουσα σύφιλη. Στο στάδιο αυτό είναι δύσκολο να καταπολεμηθεί ο μικροοργανισμός. Προσβάλλει πολλά όργανα αλλά διακρίνεται σε τρεις γενικούς τύπους : κομμιώματα, νευροσύφιλη και καρδιαγγειακή σύφιλη. Τα συφιλιδικά κομμιώματα είναι ανώδυνα και εντοπίζονται σε οποιοδήποτε ιστό ή όργανο. Τα κομμιώματα παρουσιάζονται ως κοκκιωμάτωσεις ή ελκωτικές ή συμπαγείς βλάβες του δέρματος. Εντοπίζονται στην κεφαλή, στα άνω άκρα και στις κνήμες. Εκτός από το δέρμα τα κομμιώματα εντοπίζονται στο στόμα, στη μύτη, στα οστά, στους μύς, στους λεμφαδένες, στα γεννητικά όργανα και στα σπλάχνα . Συφιλιδικά κομμιώματα 12 Στην καρδιαγγειακή σύφιλη, φλεγμονή της ανιούσας αορτής οδηγεί σε εξασθένιση του αορτικού τοιχώματος και δημιουργία ανευρύσματος. Αυτή η κατάσταση πιθανόν να οδηγήσει τον ασθενή σε ανεπάρκεια αορτικής βαλβίδας και μερικές φορές σε απόφραξη των στεφανιαίων

αρτηριών. Ιδιαίτερη σημασία έχει η νευροσύφιλη. Αμέσως όταν μολυνθεί ο άρρωστος το E.N.Y. εμφανίζει ενδεικτικές αλλοιώσεις της νόσου σε ποσοστό 20-37%. Το μισό από αυτό το ποσοστό θα καταλήξει σε ασυμπτωματική νευροσύφιλη, αν ο άρρωστος παραμείνει χωρίς θεραπεία. Έχει άλλωστε υπολογισθεί ότι σε άτομα που έχουν μείνει χωρίς θεραπεία προσεβλήθη το κεντρικό νευρικό σύστημα σε ποσοστό 7,6%. Η νευροσύφιλη ταξινομείται ως εξής:

- Μηνιγγοαγγειακή σύφιλη. Εκδηλώνεται από 1-5 χρόνια από τη μόλυνση.
- Νωτιαία φθίση ή προϊούσα κινητική αταξία. Εκδηλώνεται μεταξύ 10 και 20 χρόνων. Προιούσα, γενική παράλυση. Εκδηλώνεται μεταξύ 20-50 χρόνων από τη μόλυνση. Επιγραμματικά, πρέπει να τονισθεί ότι, η καλύτερη θεραπεία και αν γίνει, οι βλάβες από το καρδιαγγειακό σύστημα, τους οφθαλμούς, το ήπαρ και κυρίως το Νευρικό Σύστημα δεν είναι ανατάξιμες παρά το γεγονός ότι ο οργανισμός θα έχει αποστειρωθεί από τις σπειροχαίτες. Η τριτογόνος σύφιλη σήμερα είναι ιδιαίτερα σπάνια γιατί οι ασθενείς συνήθως λαμβάνουν θεραπεία σε πρώιμα στάδια της νόσου (Χρυσομάλλης, 2005).

2.1.1.8. Συγγενής σύφιλη

Πρόκειται για την δεύτερη μορφή σύφιλης κατά την οποία η μόλυνση γίνεται κατά την ενδομήτρια ζωή και μάλιστα μετά τον τέταρτο μήνα της κύησης όπου το τρεπόννημα μπορεί να περάσει τον πλακούντα. Ανάλογα με τον χρόνο που θα εκδηλωθούν τα συμπτώματα, η συγγενής σύφιλη διακρίνεται σε πρώιμη και όψιμη. Στην πρώιμη συγγενή σύφιλη οι εκδηλώσεις εμφανίζονται κατά την γέννηση ή παρουσιάζονται στα πρώτα 2-4 χρόνια και είναι ιδιαίτερα μολυσματικές. Το παιδί που θα γεννηθεί με εκδηλώσεις πρώιμου συγγενούς συφίλιδος είναι εξαιρετικά μεταδοτικό για το περιβάλλον του. Είναι γεμάτο από ερυθματοβλατιδώδη εξανθήματα, ακριβώς όπως της δευτερογόνου συφίλιδος. Οι βλεννογόνοι, ιδιαίτερα της μύτης, είναι φλεγμονώδεις και το κλάμα του νεογνού είναι χαρακτηριστικό. Η ρινίτις αυτή ονομάζεται συφιλιδική κόρυζα. Παράλληλα συνυπάρχει ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων και αλλοιώσεων ακτινογραφικώς βεβαιούμενων από τα οστά και τις αρθρώσεις. Η προσβολή του ήπατος, των νεφρών κτλ., συνοδεύεται από ανάλογη συμπτωματολογία. Παρά τη βαριά κλινική εικόνα μετά από μια σωστή θεραπεία η κατάσταση του νεογνού βελτιώνεται ραγδαία. Οι εκδηλώσεις της όψιμου συγγενούς σύφιλης εμφανίζονται μετά από 5-15 χρόνια από τη γέννηση. Συνυπάρχουν με συφιλιδικά στίγματα συνήθως. Υπερισχύουν οι κομμιωματώδεις αντιδράσεις από τα μαλακά μόρια, διάτρηση της

υπερώας και καθίζηση της ρινός. Σπανιότερα παρατηρείται προσβολή του νευρικού συστήματος και του καρδιαγγειακού (Χατζής, 1994).

Ως στίγματα συγγενούς σύφιλης αναφέρονται, τρία του Hutchinson:

1. Η μέση πυώδης ωτίτιδα (κώφωση)
2. Η διάμεσος κερατίτιδα και
3. Οι χαρακτηριστικοί βαρελοειδής οδόντες.

Επίσης: Οι ακτινοειδείς ουλές του γύρω από το στόμα, οι βλάβες οστών και η επιποσειδής ρίνα. Όχι σπάνιο φαινόμενο είναι επίσης οι ραγάδες στις δύο γωνίες του στόματος, η προαναφερόμενη καθίζηση της ρινός και η όψη του προσώπου. Όμως κύρια διαγνωστική σημασία έχουν οι εξοστώσεις των μακρών οστών ιδιαίτερα οι κνήμες.

Αξίζει τέλος να αναφερθεί μια ιδιαίτερη μορφή: πρωίμου συγγενούς συφίλιδος επιβραδυνομένου τύπου, χωρίς δηλαδή κλινικές εκδηλώσεις από το δέρμα και τα οστά αλλά και χωρίς να πρόκειται για όψιμη σύφιλη. Απλούστατα, το παιδί γεννιέται 14 φαινομενικά υγιές με σημαντικού βαθμού αναιμία και συνοδό ηπατοσπληνικό σύνδρομο. Συνυπάρχουν όμως ακτινολογικά και ορολογικά ευρήματα συγγενούς συφίλιδος. Μετά από κατάλληλη αντισυφιλιδική θεραπεία, το σύνδρομο και η αναιμία ανατάσσονται τελείως και οριστικά (Χρυσομάλλης, 2005).

2.1.1.9. Διαγνωστική προσέγγιση

Υπάρχουν δύο κύριες διαγνωστικές εξετάσεις :

1. Η αναζήτηση του ωχρού τρεπονήματος (εξέταση σκοτεινού πεδίου).
2. Οι ορολογικές εξετάσεις.

Η αναζήτηση του ωχρού τρεπονήματος:

Γίνεται στην πρωτόγονο, στη δευτερόγονο και στη συγγενή σύφιλη.

Στην πρωτόγονο σύφιλη ελέγχονται ο ορός του συφιλιδικού έλκου και ο ορός από την παρακέντηση της σύστοιχης αδενίτιδας. Στην δευτερόγονο σύφιλη ελέγχεται ο ορός των συφιλιδικών πλακών και στη συγγενή σύφιλη το υγρό από τις πομφόλυγες της συφιλιδικής πέμφιγας και το ρινικό έκκριμα της συφιλιδικής ρινίτιδας.

Οι μέθοδοι αναζήτησης του ωχρού τρεπονήματος είναι η μικροσκόπηση σε σκοτεινό πεδίο, όπου αναγνωρίζεται η όχρα σπειροχαίτη από τις χαρακτηριστικές κινήσεις και η χρώση με διάφορες μεθόδους όπως κατά Giemsa, Fontana Tribondeau, burri και άλλες.

2.1.1.10.Ορολογικές εξετάσεις

Με τις ορολογικές αντιδράσεις ανιχνεύονται τα αντισώματα που κυκλοφορούν στον οργανισμό μετά τη μόλυνση. Οι εφαρμοζόμενες οροαντιδράσεις στη σύφιλη, ανάλογα με το χρησιμοποιούμενο αντιγόνο διακρίνονται σε δύο κατηγορίες :

A) Αντιδράσεις με μη τρεπονηματικά αντιγόνα.

Είναι μη ειδικές αντιδράσεις όπου χρησιμοποιούνται σαν αντιγόνο καρδιολιπίνη αναμεμιγμένη με χοληστερίνη και λεκιθίνη και διακρίνονται σε αντιδράσεις συνδέσεως συμπληρώματος, αντιδράσεις κροκυδώσεως (Kahn, VDRL, Kline κ.α.) και αντιδράσεις ταχείας εκτελέσεως (RPR, USR).

B) Ειδικές οροαντιδράσεις.

Χρησιμοποιούνται σαν αντιγόνο υλικό από ζώντα ή νεκρά τρεπονήματα. Τέτοιες αντιδράσεις είναι η δοκιμασία ακινητοποίησης του τρεπονήματος (T.P.I), δοκιμασία φθοριζόντων αντιτρεπονηματικών αντισωμάτων (FTA - Abs). Οι αντιδράσεις με μη ειδικά αντιγόνα χρησιμεύουν στην άμεση διάγνωση της σύφιλης, όπως επίσης και σαν κριτήριο βελτίωσης ή ίασης. Οι αντιδράσεις με ειδικά αντιγόνα χρησιμεύουν μόνο για επιβεβαίωση της διάγνωσης σε περιπτώσεις σύφιλης όπου τα κλινικά δεδομένα είναι αρνητικά. Όταν ο τίτλος των αντισωμάτων παραμένει σταθερός ή εξακολουθεί να ανεβαίνει, τότε πρόκειται για υποτροπή ή για νέα μόλυνση της νόσου.

Οι οροαντιδράσεις μετά από θεραπεία αρνητικοποιούνται στις ακόλουθες περιπτώσεις :

- Αν η θεραπεία αρχίσει κατά το προλογικό στάδιο οι οροαντιδράσεις παραμένουν αρνητικές.
- Αν η θεραπεία αρχίσει μέσα σε 3 μήνες από την μόλυνση το μεγαλύτερο ποσοστό των ειδικών και μη ειδικών αντιδράσεων αρνητικοποιούνται.
- Αν η θεραπεία αρχίσει μετά τους 6 μήνες, οι ειδικές οροαντιδράσεις αρνητικοποιούνται στο 80%, ενώ οι ειδικές μόνο στο 20% των περιπτώσεων.

Τέλος άλλες εργαστηριακές εξετάσεις που εκτελούνται είναι, η εξέταση του ENY για διαπίστωση προσβολής του ΚΝΣ και η αντίδραση λουετίνης που είναι αντίστοιχη με την αντίδραση Mantoux (Χρυσομάλλης, 2005).

2.1.1.11. Αντιμετώπιση και θεραπεία

Το *Treponema pallidum* δείχνει ευαισθησία σε πολλά αντιβιοτικά και δεν υπάρχουν ενδείξεις αντιμικροβιακής αντοχής. Κλασική θεραπεία της πρώιμης σύφιλης αποτελεί μια ενδομυϊκή χορήγηση 2,4 εκατομμυρίων μονάδων βενζαθενικής πενικιλίνης G. Μερικοί ειδικοί προτείνουν την χορήγηση 2 ενέσεων σε απόσταση μιας εβδομάδας. Εναλλακτικά, χορηγείται 1 g κεφτριαξόνης ενδομυϊκά ή ενδοφλέβια καθημερινά για 8-10 ημέρες. Αν ο ασθενής είναι αλλεργικός στην πενικιλίνη ή στην κεφτριαξόνη τότε χορηγείται 100 mg δοξυκυκλίνης per os 2 φορές την ημέρα για 14 ημέρες. Στην λανθάνουσα ή όψιμη σύφιλη χορηγούνται 2,4 εκατ. Μονάδες βενζαθενικής πενικιλίνης G την εβδομάδα για 3 εβδομάδες. Στην περίπτωση που υπάρχουν ενδείξεις συμπτωματικής νευροσύφιλης συνίσταται η χορήγηση 4 εκατ. Μονάδων υδατικής κρυσταλλικής πενικιλίνης ενδοφλέβια κάθε 4 ώρες για τουλάχιστον 10 ημέρες, γιατί η βενζαθενική πενικιλίνη επιτυγχάνει χαμηλά επίπεδα πενικιλίνης στο ΕΝΥ. Στις περιπτώσεις Πρωίμου και Συγγενούς συφίλidos συνίσταται να γίνεται έλεγχος των ποσοτικών μη σπειροχαιτικών οροαντιδράσεων 3, 6, 12 και 24 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας. Στην Όψιμη σύφιλη ο έλεγχος των ποσοτικών μη σπειροχαιτικών οροαντιδράσεων γίνεται 3, 6, 12, 24 και 36 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας. Στην Νευροσύφιλη ο ορολογικός έλεγχος γίνεται επί τουλάχιστον 3 χρόνια. Επί πλέον πρέπει να τονισθεί ότι όταν η θεραπεία δεν έχει γίνει με πενικιλίνη, πρέπει να γίνεται έλεγχος του Ε.Ν.Υ. κατά την τελευταία ορολογική εξέταση (Χατζής, 1994).

2.1.1.12. Κριτήρια για επανάληψη της θεραπείας:

- Επιμονή ή επανεμφάνιση κλινικών συμπτωμάτων.
- Τετραπλασιασμός του τίτλου των μη σπειροχαιτικών οροαντιδράσεων.
- Διατήρηση σε υψηλά επίπεδα του τίτλου των μη σπειροχαιτικών οροαντιδράσεων επί ένα έτος.

Η επαναληπτική θεραπεία πρέπει να είναι αυτή της όψιμου σύφιλης.

2.2. Γονοκοκκική ουρηθρίτιδα (Βλεννόρροια ή Γονόρροια)

2.2.1. Γενικά

Η βλεννόρροια (Gonorrhoea) ονομάστηκε γονόρροια από τον Γαληνό, επειδή η έκκριση ή ροή της θεωρήθηκε σπέρμα (γόνος). Είναι ένα σχεδόν αποκλειστικά σεξουαλικό μεταδιδόμενο

νόσημα και οφείλεται στο γονόκκοκο ή ναϊσσέρια της γονόρροιας (Neisseria Gonorrhoea) (Χρυσομάλλης, 2005).

2.2.2. Αιτιολογία

Όπως προαναφέρθηκε η γονοκοκκική ουρηθρίτιδα οφείλεται στο γονόκκοκο (Neisseria Gonorrhoeae), ο οποίος είναι ένας Gram αρνητικός διπλόκοκκος και ανακαλύφθηκε το 1879 από τον Neisser. Σε φυσιολογικά επίπεδα ως βακτηρίδιο εμφανίζεται κατά ζεύγη, οι γειτονικές του πλευρές είναι επιπεδοποιημένες σαν τους κόκκους του καφέ και το σχήμα του ποικίλει από «νεφροειδής-bean», ωοειδές ή και σφαιρικό.

Οι γονόκκοκοι δεν επιβιώνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα εκτός του ξενιστή, διότι είναι ευαίσθητοι στις υψηλές θερμοκρασίες, στην ξηρασία καθώς και στις χαμηλές συγκεντρώσεις ανιόντων. Τα βακτήρια αυτά καλλιεργούνται σε θρεπτικά υλικά, εμπλουτισμένα με CO₂, αίμα ή ορό, γεγονός που επιτρέπει τη διάκριση των παθογόνων (Neisseria Gonorrhoeae) από τους σαπροφυτικούς διπλόκοκκους. Επίσης, η ανάπτυξή τους ευνοείται στους βλεννογόνους.

2.2.3. Επιδημιολογία- Παθοφυσιολογία

Ο χρόνος επώασης του γονόκκοκου κυμαίνεται από 3-10 ημέρες, υπήρξαν όμως και περιπτώσεις που χρειάστηκαν μόνο 2ώρες ή το αργότερο μέχρι και 3μήνες. Η μόλυνση πραγματοποιείται συνήθως με τη σεξουαλική επαφή, με επαφή με το δακτύλιο ή από το στόμα, ενώ η μετάδοση από τους κοινόχρηστους χώρους, όπως για παράδειγμα οι τουαλέτες είναι σπάνιο φαινόμενο. Στην περίπτωση που υπάρχει συνουσία με άτομα που νοσεί, η μετάδοση εξαρτάται από τη διάρκεια της συνουσίας, το μέγεθος της διέγερσης καθώς και την ποσότητα των παθολογικών εκκρίσεων. Στους άνδρες η πιο συνηθέστερη περιοχή επαφής με το μικρόβιο είναι ο βλεννογόνος της ουρήθρας, ενώ στις γυναίκες είναι το εσωτερικό τμήμα του αυχένα της μήτρας καθώς και η ουρήθρα. Άλλες υποψήφια σημεία που είναι ευαίσθητα από μόλυνση είναι το ορθό και ο φάρυγγας στις γυναίκες και τους ομοφυλόφιλους, σε κορίτσια της προεφηβικής ηλικίας το αιδοίο και ο κόλπος και τέλος περιστασιακά, στα νεογέννητα βρέφη και τους ενήλικες οι επιπεφυκότες. Σε σύγκριση μεταξύ των δυο φύλων πιο επιρρεπείς είναι οι γυναίκες και τα άτομα που πάσχουν από διαβήτη. Η γονόρροια παρουσίασε ανησυχητική αύξηση των κρουσμάτων κατά την δεκαετία του '60 και ευτυχώς τα τελευταία χρόνια παρατηρείται σημαντική μείωση αυτών, λόγω της χρήσης πιο προφυλακτικών για προστασία από τον ιό του AIDS.

2.2.4. Κλινική εικόνα

2.2.4.1.Οξεία γονόρροια στον άνδρα

Από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε σεξουαλικά δραστήριους άνδρες έδειξαν ότι ένα ποσοστό 0,5-1,5% δεν παρουσιάζει συμπτώματα, επομένως μιλάμε για ασυμπτωματική βλεννόρροια. Οι ίδιες έρευνες εφαρμόστηκαν σε άλλη ομάδα ανδρών, οι οποίοι νόσησαν από βλεννόρροια χωρίς όμως να υποβληθούν σε θεραπεία και τα ποσοστά των αποτελεσμάτων αυξήθηκαν σε 40-60% (Χρυσομάλλης Φ, 2005).

Έπειτα από το χρόνο επώασης, που είναι 3-10 ημέρες, κάνουν αισθητή την παρουσία τους τα πρώτα κλινικά συμπτώματα κατά μήκος της ουρήθρας, τα οποία είναι κνησμός, καύσος και πόνος. Τα παραπάνω συμπτώματα εμφανίζονται ιδιαίτερα έντονα κατά τη διάρκεια της ούρησης ή της στύσης. Μετά από λίγες ώρες δημιουργείται φλεγμονή και οίδημα στο στόμιο της ουρήθρας και η βάλανος γίνεται εξέρυθρη. Λόγω της παρουσίας της φλεγμονής, υπάρχει δυσουρία και οι ασθενείς εμφανίζουν επώδυνες νυχτερινές στύσεις. Τότε εμφανίζεται ένα έκκριμα δύσοσμο, βλεννοπυώδες, παχύρευστο, κιτρινοπράσινο να βγαίνει από την ουρήθρα. Το έκκριμα αυτό σε ποσότητα μπορεί να είναι λίγο ή άφθονο ή και να απουσιάζει τελείως. Πολλές είναι οι περιπτώσεις, όπου διογκώνονται οι βουβωνικοί αδένες. Στην περίπτωση που ο ασθενής δεν λάβει ιατρική περίθαλψη, τότε το μικρόβιο εισχωρεί στην οπίσθια ουρήθρα, μετά από 10-15 ημέρες και υποχωρούν τα συμπτώματα. Η έκκριση ελαχιστοποιείται, ενώ ο πόνος γίνεται ηπιότερος και εμφανίζεται στο τέλος της ούρησης, λόγω της προσβολής του αυχένα της ουροδόχου κύστης. Εάν και σε αυτή τη φάση δεν γίνει θεραπεία, τότε ο γόνοκοκκος εισχωρεί ακόμη πιο βαθιά προς το εσωτερικό του γεννητικού συστήματος και η νόσος τοποθετείται πλέον στο χρόνια στάδιο.

Στο χρόνια στάδιο παρουσιάζεται υποχώρηση όλων των εξωτερικών συμπτωμάτων της γονόρροιας και το μοναδικό που παραμένει είναι μια πρωινή πυώδης σταγόνα, η οποία αποτελεί και το χαρακτηριστικό γνώρισμα του σταδίου αυτού.

Κατά την πορεία του γονόκοκκου στο εσωτερικό του γεννητικού συστήματος προσβάλλονται διαδοχικά διάφορα όργανα και έτσι δημιουργούνται τα εξής προβλήματα: Γονοκοκκική προστατίτιδα κατά την οποία ο προστάτης ερεθίζεται και διογκώνεται, πιέζοντας την ουρήθρα με αποτέλεσμα να παρουσιαστεί δυσουρία. Στο διάστημα αυτό ο ασθενής αισθάνεται ένα ακαθόριστο βάρος ή ενόχληση στη ηβική χώρα. Με την δακτυλική εξέταση διαπιστώνεται η διόγκωση του αδένα. Σε κάποιες περιπτώσεις η μόλυνση του προστάτη μπορεί να δημιουργήσει απόστημα. Γονοκοκκική επιδιδυμίτιδα η οποία είναι και η πιο σοβαρή επιπλοκή και προσβάλλει συνήθως τη μια επιδιδυμίδα ή και τις δυο σε σπάνια όμως περίπτωση.

Η κλινική της εικόνα παρουσιάζει διόγκωση της επιδιδυμίδας που μπορεί να φτάσει το μέγεθος αυγού, ενώ το όσχεο γίνεται ερυθρό με οίδημα και αυξημένη θερμοκρασία καθώς εμφανίζεται και έντονος πόνος. Ο ασθενής παρουσιάζει υψηλό πυρετό. Επιπρόσθετα, στην περιοχή δημιουργείται φλεγμονή που διαρκεί 2-3 εβδομάδες, μεταπίπτοντας σε χρόνια μορφή και έτσι αναπτύσσεται σταδιακά ουλώδης συνδετικός ιστός, γεγονός που φράζει τους πόρους της επιδιδυμίδας και τον σπερματικό πόρο. Με συνέπεια αυτού μπορεί να μη κυκλοφορούν τα σπερματοζωάρια προς την έξοδο. Εάν σε ένα ασθενή έχουν προσβληθεί και οι δυο επιδιδυμίδες, τότε μοιραία μένει στείρος. Γονοκοκκική σπερματοδοχοκυστίτιδα στην οποία εμφανίζονται τοπικά συμπτώματα, όπως πόνος, φλεγμονή κ.α. Το κύριο χαρακτηριστικό, όμως, είναι η εμφάνιση αίματος στο σπέρμα. Λοιμώξεις των αδένων και των πόρων της περιοχής, όπως λοίμωξη των παραουρηθραίων πόρων, των πόρων και των αδένων του Cowper, της μέσης ραφής του πέους και των περιουρηθρικών ιστών, που μπορεί να οδηγήσει σε απόστημα ή στένωση της ουρήθρας (Χρυσομάλλης, 2005).

2.2.4.2.Οξεία γονόρροια στην γυναίκα

Στις γυναίκες ο χρόνος επώασης δεν μπορεί να οριστεί, αλλά συνήθως είναι μικρότερος από 10 ημέρες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών δεν παρουσιάζει συμπτώματα από την αρχή ή αυτά δεν είναι ενοχλητικά, έτσι ώστε να απευθυνθούν σε γιατρό. Δυστυχώς, η νόσος γίνεται αντιληπτή μόνο όταν μεταδοθεί στον ερωτικό σύντροφο. Η πρωτοπαθής λοίμωξη συνήθως είναι ο ενδοτράχηλος της μήτρας με δευτερογενή λοίμωξη και αποικισμό της ουρήθρας και του ορθού. Ο γονόκοκκος αναπτύσσεται επιλεκτικά, διότι προτιμά το κυλινδρικό επιθήλιο και όχι το πλακώδες, όπως είναι ο κόλπος.

Με την πάροδο του χρόνου εκδηλώνονται τα πρώτα συμπτώματα, όπως δύσοσμη και πυώδης κολπική έκκριση που συνοδεύεται από βάρος, πόνο και τσούξιμο στα τοιχώματα του κόλπου και των έξω γεννητικών οργάνων. Επίσης με την εξέταση θα παρατηρηθεί υπεραιμία και οίδημα του στομίου του τράχηλου της μήτρας, γιατί όπως προαναφέρθηκε ο γονόκοκκος αναπτύσσεται σε κυλινδρικό επιθήλιο, από το οποίο είναι κατασκευασμένος ο τράχηλος.

Στην περίπτωση που η νόσος δεν δεχθεί θεραπεία, τότε θα υπάρχουν οι εξής επιπλοκές:

- Γονοκοκκική ουρηθρίτιδα και κολπίτιδα, στην οποία τα εξωτερικά γεννητικά όργανα και τα τοιχώματα του κόλπου είναι ερεθισμένα και πονούν, ενώ η συνουσία είναι επώδυνη. Από τον κόλπο και το αιδοίο αναβλύζει υγρό δύσοσμο, παχύρευστο και βλεννοπυώδες.

- Γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, εδώ υπάρχει ερεθισμός της ουρήθρας και εμφάνιση συχνουρίας με αίσθημα καύσου κατά την ούρηση, η οποία γίνεται πολύ επώδυνη.
- Γονοκοκκική βαρθολινίτιδα, προσβολή των βαρθολίνειων αδένων, οι οποίοι διογκώνονται και πονούν, ενώ η ασθενής παρουσιάζει πυρετό. Η λοίμωξη αυτή μπορεί να εξελιχθεί σε αποστηματοποίηση των αδένων, οπότε μετά από πίεση αυτών εκκρίνεται πυώδες υγρό.
- Γονοκοκκική ενδομητρίτιδα, ο γονόκοκκος προσβάλλει το ενδομήτριο. Στη μήτρα δημιουργείται φλεγμονή και διογκώνεται ελαφρά, ενώ η ασθενής αισθάνεται έναν διάχυτο πόνο στην κοιλιακή χώρα.
- Γονοκοκκική σάλπιγγίτιδα και ωοθηκίτιδα, επώδυνη και φλεγμονώδης διόγκωση της σάλπιγγας και της ωοθήκης και εμφάνιση πυρετού. Αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης είναι η απόφραξη της σάλπιγγας. Εάν η λοίμωξη συμβαίνει και στις δυο σάλπιγγες, τότε η γυναίκα μένει στείρα.
- Γονοκοκκική περιτονίτιδα, από τις ωοθήκες ο γονόκοκκος περνά στην περιτοναϊκή κοιλότητα και προκαλεί οξεία περιτονίτιδα, με έντονο διάχυτο πόνο στα κοιλιακά τοιχώματα καθώς και υψηλό πυρετό. Στην περίπτωση που δεν γίνει έγκαιρη επέμβαση, η ασθενής μπορεί να καταλήξει στο θάνατο.

2.2.4.3.Εξωγεννητικές εντοπίσεις του γονόκοκκου

Ανάλογα με τον τρόπο της σεξουαλικής επαφής, ο γονόκοκκος μπορεί να εντοπιστεί και σε άλλες περιοχές του σώματος εκτός της γεννητικής χώρας ή να προσβληθούν και άλλα όργανα κατά την εξέλιξη της νόσου.

Έτσι μπορεί να παρουσιαστούν τα εξής:

- Γονοκοκκική λοίμωξη του ορθού, σε μεγάλο βαθμό παρουσιάζεται στους ομοφυλόφιλους άνδρες και στις γυναίκες, στις οποίες η μόλυνση μπορεί να γίνει λόγω της ροής των παθολογικών υγρών από τον κόλπο. Τα συμπτώματα είναι υπεραιμία του ορθού και τεινεσμός με έκκριση βλεννοπυώδους ή αιματηρού υγρού. Αν δημιουργηθεί πρωκτίτιδα τότε παρουσιάζεται και πόνος κατά την αφόδευση. Βέβαια μπορεί να μην υπάρχουν συμπτώματα.
- Γονοκοκκική φαρυγγίτιδα, η στοματοφαρυγγική κοιλότητα μολύνεται μετά από στοματογεννητική επαφή. Ο ασθενής δεν αισθάνεται ενοχλήσεις, γιατί συνήθως είναι ασυμπτωματική, ενώ ο γονόκοκκος παραμένει στην περιοχή ως μόνιμη εστία μόλυνσης.

Μερικές φορές μπορεί να εμφανιστεί φλεγμονή του φάρυγγα ή των αμυγδαλών και των ούλων. Ο γονόκοκκος διασπείρεται ευκολότερα από το αίμα παρά από άλλες θέσεις.

- Οξεία αιδοιοκολπίτιδα των άνηβων κοριτσιών, τα οποία μολύνονται από τη στενή επαφή με τους πάσχοντες γονείς (Χρυσομάλλης, 2005).

2.3. Μη γονοκοκκικές ουρηθρίτιδες (Non gonococcal urethritis)

2.3.1. Γενικά

Οι μη γονοκοκκικές ουρηθρίτιδες είναι οι πιο συχνές μορφές στους ετεροσεξουαλικούς άνδρες με ποικίλη αιτιολογία. Επίσης μπορεί να αποτελούν συνέχεια της οξείας γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας, οπότε ονομάζεται και μεταγονοκοκκική ουρηθρίτιδα.

Αν και το συγκεκριμένο σύνδρομο της ουρηθρίτιδας μπορεί να συμβεί τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, οι μη γονοκοκκικές ουρηθρίτιδες συνήθως διαγιγνώσκονται μόνο στους άνδρες.

2.3.2. Κλινική εικόνα

Τα συμπτώματα που παρουσιάζονται είναι αίσθημα καύσου ή πόνου στην ουρήθρα καθώς και έκκριση κυρίως πρωινή ορώδους ή οροπυώδους διαγούς ή βλεννώδους, η οποία λερώνει το εσώρουχο.

2.3.3. Αιτιολογία

Οι αιτίες της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας είναι συνήθως λοιμώδης, αλλά σπανιότερα και μη λοιμώδης (30-50%).

Η κύρια αιτία της λοιμώδους μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας είναι τα εξής:

- Χλαμύδια (30-50%)
- Ουρεόπλασμα (30-50%)
- Άλλα αίτια, όπως οι τριχομονάδες, οι λοιμώξεις με απλό έρπητα, αναερόβια μικρόβια (*Cardnerella Vaginalis*), *Candida* κλπ.

Οι μη λοιμώδεις αιτίες που μπορεί να δημιουργούν ουρηθρίτιδα είναι:

- Συγγενείς ανωμαλίες της ουρήθρας
- Μηχανικές αιτίες
- Νεοπλάσματα ουρήθρας
- Αραιή ή συχνή σεξουαλική επαφή

2.3.4. Επιπλοκές

Στους άνδρες μπορεί να δημιουργήσει επιδιδυμίτιδα, ορχεοεπιδιδυμίτιδα, προστατίτιδα, σύνδρομο Reiter, κ.λπ. Συχνή επιπλοκή είναι η ψυχογενής επιβάρυνση (αφροδισιοφοβία) με την επιμονή που μπορεί να παρουσιάζει η κατάσταση υποβοηθούμενη και από την αγχωτική σύνθλιψη της ουρήθρας κατά την αυτοεξέταση του αρρώστου.

2.4. Αφροδίσιο ή Βουβωνικό Λεμφοκοκκίωμα ή Νόσος Nicolas Favre (Lymphogranuloma venereum)

2.4.1. Γενικά

Το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα είναι ένα αφροδίσιο νόσημα συστηματικό και οφείλεται σε ειδικά στελέχη της *Chlamydia Trachomatis*. Τη νόσο τη συναντάμε σποραδικά στην Ευρώπη, την Βόρεια Αμερική και την Αυστραλία και πιο συχνά στις περιοχές της Νότιας Αμερικής, της Αφρικής, της Νοτιοανατολικής Ασίας και της Καραϊβικής. Στη χώρα μας εντοπίζεται σποραδικά σε μεγάλα λιμάνια, όπως ο Πειραιάς, η Θεσσαλονίκη, κ.ά. Η συχνότητα της είναι μεγαλύτερη στους άνδρες και ιδιαίτερα στους ομοφυλόφιλους, από ότι στις γυναίκες (Χρυσομάλλης, 2005).

2.4.2.Κλινική εικόνα

Ο χρόνος επώασης της νόσου κυμαίνεται από 2 έως 5 ημέρες και διακρίνεται σε δυο κλινικούς τύπους :

- Το βουβωνικό σύνδρομο
- Το πρωκτογεννητικό σύνδρομο

Το βουβωνικό σύνδρομο εντοπίζεται κυρίως στους άνδρες και τα χαρακτηριστικά του είναι πρωτοπαθής βλάβη, την λεμφαδενίτιδα και τα γενικά συμπτώματα.

Οι βλάβες που παρουσιάζονται είναι συνήθως μια βλατίδα, ή βλατιδοφυσαλίδα ή ένα σύνολο πολλών μικρών φυσαλίδων, οι οποίες δίνουν την κλινική εικόνα του απλού έρπητα των γεννητικών οργάνων. Η φυσαλίδα ή οι φυσαλίδες σπάζουν και στη θέση τους σχηματίζεται ανώδυνη διάβρωση και αυτοιόταται σε σύντομο διάστημα λίγων μερών. Οι περιοχές του σώματος που σχηματίζονται είναι συνήθως το πέος.

Έπειτα από ένα μήνα περίπου εκδηλώνεται η βουβωνική αδενίτιδα ετερόπλευρα συνήθως προς τη βλάβη. Η βουβωνική αδενίτιδα προκαλεί επώδυνη φλεγμονώδη διόγκωση στους λεμφαδένες, οι οποίοι στη συνέχεια συμπύονται και μπορούν να συριγγοποιηθούν προς το

δέρμα. Με τελικό αποτέλεσμα είναι να σχηματίσουν συρίγγια. Η όλη αυτή κατάσταση συνοδεύεται από πυρετό, πονοκέφαλος, κακουχία, αρθραλγίες και ναυτίες.

Το πρωκτογεννητικό σύνδρομο εντοπίζεται κυρίως στις γυναίκες και στους ομοφυλόφιλους άνδρες. Στις γυναίκες οι πρωτοπαθείς βλάβες σχηματίζονται στον κόλπο και μέσω των λεμφαγγείων προσβάλλεται και ο υποβλεννογόνιος ιστός του ορθού. Συμπτώματα του συνδρόμου αυτού είναι οι αιμορραγίες από τον ορθό και οι πυώδεις εκκρίσεις. Πιο συγκεκριμένα, με την ορθοσκόπηση παρατηρείται φλεγμονή του βλεννογόνου του ορθού με στικτές αιμορραγίες, βλενοπυώδεις εκκρίσεις, επιπολής ελκώσεις και πολύποδες. Με την πάροδο του χρόνου θα δημιουργηθεί στένωση ορθού ή παραμορφώσεις των γεννητικών οργάνων, περιεδρικά αποστήματα και συρίγγια περινέου.

Κατά την πρόοδο αυτών των δυο κλινικών τύπων αναπτύσσεται λεμφοίδημα των γεννητικών οργάνων με συρίγγια, ελκώσεις και ουλές.

2.5. Βουβωνικό και Αφροδίσιο Κοκκίωμα

2.5.1. Γενικά

Το αφροδίσιο ή βουβωνικό κοκκίωμα είναι μια χρόνια κοκκιωματώδης και ελκωτική νόσος των γεννητικών οργάνων καθώς και της περιγεννητικής περιοχής και αίτιο αυτής είναι *Calymmatobacterium granulomatis* (*Donovania*). Κρούσματα της νόσου εκδηλώνονται στις τροπικές και υποτροπικές χώρες, όπως Νότια Αμερική, Δυτικές Ινδίες, Κεντρική και Δυτική Αφρική, κ.α. Μερικές φορές παρουσιάζονται κρούσματα στις εύκρατες χώρες, τα οποία οφείλονται σε επισκέπτες των πρώτων αναφερθέντων χωρών (Χρυσομάλλης, 2005).

2.5.2. Κλινική εικόνα

Ο χρόνος επώασης κυμαίνεται από επτά ημέρες ως ένα μήνα και οι βλάβες είναι ερυθρές και ανώδυνες βλατίδες, οι οποίες εξελκώνονται και σχηματίζονται στο σημείο ενοφθαλμισμού. Οι περιοχές αυτές είναι συνήθως τα έξω γεννητικά όργανα, το περίνεο, το εφηβαίο και η πρωκτική χώρα. Οι εξελκώσεις αυτές, πολλές σε αριθμό, δημιουργούν, έπειτα από μεγάλο χρονικό διάστημα μεγάλη έλκωση, η οποία έχει πολυκυκλική περιφέρεια με επαρμένα χείλη και ο πυθμένας της είναι κοκκιωματώδης, αιμορραγεί πολύ εύκολα ή εκκρίνει δύσοσμο, λευκοκίτρινο υγρό. Σε κάποιες περιπτώσεις δημιουργείται ουλοποίηση με παραμορφώσεις καθώς και οίδημα των λεμφαδένων. Επιπρόσθετα, μπορεί να υπάρξει ανάπτυξη βασικοκυτταρικού και ακανθοκυτταρικού καρκινώματος. Με το πέρασμα του χρόνου οι

βλάβες προχωρούν σε βάθος και έκταση σχηματίζοντας συρίγγια, στένωση της ουρήθρας, του κόλπου και του δακτυλίου καταστρέφοντας το πέος, τον κόλπο, το ορθό, την ουροδόχο κύστη, κ.α. σε χρόνιες περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστεί και ελεφαντίαση των γεννητικών οργάνων.

2.6. Μαλακό έλκος (Chancroid)

2.6.1. Γενικά

Το μαλακό έλκος είναι μια μολυσματική νόσος των γεννητικών οργάνων και αίτιο αυτής είναι ένας Gram αρνητικός βάκιλος, ο ονομαζόμενος αιμόφιλος του Ducey (*Hemophilus Duceyi*). Η νόσος αυτή είναι διαδεδομένη σε θερμές και υγρές χώρες και ιδιαίτερα στην Αφρική, Νότια Αμερική και Άπω Ανατολή. Στη χώρα εντοπίζεται σπάνια και εκδηλώνεται μόνο σε ναυτικούς.

2.6.2. Κλινική εικόνα

Ο χρόνος επώασης είναι από 2-6 ημέρες ή σε μερικές περιπτώσεις από 1-14 ημέρες. Αρχικά, η βλάβη που είναι μια μικρή φλεγμονώδης βλατίδα ή φλύκταινα, εμφανίζεται στο σημείο ενοφθαλμισμού με ερεθισμένη περιφέρεια, η οποία σε λίγο χρόνο θα παραχωρήσει τη θέση της σε έλκωση. Το μέγεθος της έλκωσης κυμαίνεται από λίγα χιλιοστά ως λίγα εκατοστά. Τα χαρακτηριστικά της είναι χείλη που κόβονται απότομα με μια ερυθματώδη άλω, η βάση της είναι μαλθακή και ρυπαρή, γιατί καλύπτεται από βλεννοπυώδη έκκριση. Τα έλκη είναι πολλά σε αριθμό λόγω του αυτενοφθαλμισμού και επώδυνα. Επιπρόσθετα, τα έλκη συνοδεύονται από σύστοιχο αδενίτιδα, στην οποία προσβάλλονται οι αδένες συνήθως ετερόπλευρα, είναι μαλθακοί, επώδυνοι, φλεγμονώδεις συμφυόμενοι με το υπερκείμενο δέρμα και προέχουν πολλές φορές εμφανείς φλεγμονές. Αντίθετα, μπορεί να σχηματίσουν συριγγώδεις πόρους από τους οποίους εξέρχεται πύον.

Σπάνια μπορεί να έχουμε γενικά φαινόμενα, όπως κακουχία και ελαφρύ πυρετό. Οι περιοχές όπου εκδηλώνεται το μαλακό έλκος στον άνδρα πιο συχνά είναι ο χαλινός και η στεφανιαία αύλακα, η έσω επιφάνεια και το χείλος της ακροποσθίας, η βάλανο, η στεφάνη και το σώμα του πέους. Σε μικρότερο βαθμό παρουσιάζονται βλάβες στο όσχεο, στο εφηβαίο, στο δακτύλιο, στους μηρούς ή σπάνια εντός της ουρήθρας με συμπτώματα ουρηθρίτιδας. Από την πλευρά των γυναικών, οι βλάβες σχηματίζονται στα χείλη, στην κλειτορίδα, στον πρόδρομο του κόλπου και τον πρωκτό, περιοχές που τραυματίζονται περισσότερο κατά την σεξουαλική επαφή (Χρυσομάλλης, 2005).

2.6.3. Διάγνωση και θεραπεία

Η κλινική εικόνα του έλκους είναι συνήθως αρκετή για να προκύψει ασφαλής διάγνωση, μπορεί όμως να χρειαστούν και επακόλουθες εξετάσεις. Τα μαλακά έλκη αντιμετωπίζονται εύκολα με τα αντιβιοτικά

2.7. Ιογενείς λοιμώξεις

2.7.1. Οξυτενή κονδυλώματα

2.7.1.1. Γενικά

Τα οξυτενή κονδυλώματα είναι μεταξύ των πλέον διαδεδομένων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και μάλιστα με αυξητικές τάσεις. Το γεγονός ότι ο ιός του ανθρώπινου θηλώματος (HPV -Human Papilloma Virus) που προκαλεί το νόσημα ενέχεται σε διάφορες μορφές καρκίνου καθιστά το πρόβλημα πιο επιτακτικό και την ουσιαστική ενημέρωση για ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας αναγκαία, ξεπερνώντας τα κοινωνικά ταμπού που το περιβάλλουν.

2.7.1.2. Ιός HPV

Οι επιστήμονες έχουν ταυτοποιήσει περισσότερα από 100 διαφορετικά στελέχη του ιού HPV, η πλειονότητα των οποίων δεν απειλεί τον άνθρωπο. Περίπου 30 εξ αυτών μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή αλλά και πάλι σχετικά λίγοι προκαλούν συμπτώματα. Ο HPV είναι ο ίδιος ιός που προκαλεί τις μυρμηγκίες. Συγκεκριμένα, τα στελέχη 2 και 4 προκαλούν τις κοινές μυρμηγκίες, ο 3 τις ομαλές και ο 1 τις πελματιαίες χωρίς αυτά να είναι απόλυτα. Πιο σημαντικές είναι οι λοιμώξεις του τραχήλου της μήτρας από τον ιό. Μπορεί να προκαλέσουν τραχηλίτιδα, την εμφάνιση θηλωμάτων, αλλά συχνά είναι εντελώς ασυμπτωματικές. Το πρόβλημα έγκειται σε συγκεκριμένα στελέχη του HPV που είναι δυνατόν να προκαλέσουν δυσπλασία στον τράχηλο η οποία να εξελιχτεί προς κακοήθεια. Πολύ σπανιότερα, στον άνδρα ενέχεται στην εμφάνιση καρκίνου των πέους ενώ έχει συσχετιστεί και με καρκίνο του πρωκτού.

2.7.1.3. Περιγραφή και τρόποι μετάδοσης

Τα οξυτενή κονδυλώματα είναι μαλακές, σαρκώδεις εκβλαστήσεις στο χρώμα του δέρματος που εντοπίζονται στα εξωτερικά γεννητικά όργανα, τον πρωκτό, τον κόλπο και τον τράχηλο της μήτρας. Σπανιότερα, απαντώνται στο στόμα ως αποτέλεσμα στοματογεννητικής επαφής. Μετά την αρχική μόλυνση, ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να αυτοενοφθαλμιστεί και να διασπείρει με τα χέρια του τον ιό και σε άλλα σημεία του σώματος του. Γενικά, πρόκειται για νόσο των νέων ανθρώπων και σπανίως συναντάται σε μεγάλες ηλικίες. Μπορεί να είναι μικρά ή

μεγάλα, με λεία ή ανώμαλη επιφάνεια, μονήρη ή πολλαπλά, οπότε συνενώνονται και μοιάζουν με ανθούς κουνουπιδιού. Πέρα από το αισθητικό πρόβλημα, πολλές φορές προκαλούν κνησμό ενώ επειδή προβάλλουν είναι εύκολο να τραυματιστούν και να προκληθεί αιμορραγία. Επιπλέον, μπορούν να επιπλήξουν έναν τοκετό και να αποτελέσουν εμπόδιο όταν εντοπίζονται στην ουρήθρα ή το ορθό. Είναι εξαιρετικά μεταδοτικά και υπολογίζεται ότι περίπου τα δύο τρίτα των ατόμων που θα έρθουν σε σεξουαλική επαφή με σύντροφο που έχει κονδυλώματα θα αναπτύξουν τελικά και οι ίδιοι. Από τη στιγμή της προσβολής από τον HPV μέχρι τη στιγμή που θα εμφανιστούν οι πρώτες δερματικές βλάβες μεσολαβεί χρονικό διάστημα ενός έως τριών μηνών (χρόνος επώασης). Στη πράξη, μικρό μόνο ποσοστό των ατόμων που προσβάλλονται από τον ιό αναπτύσσουν τελικά συμπτώματα. Αυτό συμβαίνει περισσότερο σε ανθρώπους με αποδυναμωμένο ανοσοποιητικό σύστημα: πάσχοντες από AIDS, καρκινοπαθείς, μεταμοσχευμένοι, όσοι λαμβάνουν ανοσοκατασταλτικά φάρμακα κ.ά. Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι συχνά πρωτοεμφανίζονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Χρυσομάλλης, 2005).

2.7.2. Έρπητας γεννητικών οργάνων

2.7.2.1. Γενικά

Από το 18ο αιώνα ο έρπητας στα γεννητικά όργανα είναι αναγνωρίσιμος, αλλά η συχνότητα της εμφάνισης του ήταν μέτρια. Δυστυχώς, στις μέρες μας η εμφάνιση του παρουσιάζει έξαρση, λόγω των «εξελίξεων» στις ερωτικές επαφές των ανθρώπων (στοματογεννητική επαφή), που συνεπάγεται τις αυξημένες πηγές του ιού. Βέβαια, στην παραπάνω κατάσταση αρωγός γίνεται και το ότι δεν έχει βρεθεί αποτελεσματική θεραπεία εναντίον του. Ο συγκεκριμένος έρπητας είναι ακόμη ένα νόσημα των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νόσων και ανήκει το 1/3 των περιπτώσεων στον ιό του έρπητα τύπου I (Herpes Simplex Virus, HSV1), ενώ 8-10 φορές εμφανίζονται συχνότερες υποτροπές από τον ιό του τύπου II (Herpes Simplex Virus, HSV2).

2.7.2.2. Κλινική εικόνα

Εάν ο έρπητας αυτός εξεταστεί από κλινικής πλευράς, θα διαπιστωθεί πως υπάρχουν 2 είδη:

- Πρωτοπαθής έρπητας
- Υποτροπιάζων έρπητας

Ο χρόνος επώασης του ιού στον πρωτοπαθή έρπητα κυμαίνεται από 3-5 ημέρες και η έναρξη του παρουσιάζεται με γενικά φαινόμενα όπως κεφαλαλγία, κακουχία, χαμηλός πυρετός καθώς

και τοπικά συμπτώματα στα γεννητικά όργανα όπως ερεθισμό, κάψιμο και ελαφρύ πόνο στο σημείο, όπου πρόκειται να εμφανιστεί.

Έπειτα από μικρό χρονικό διάστημα, παρουσιάζονται πολλές μικρές φυσαλίδες μαζί, οι οποίες δίνουν την εικόνα ενός μπουκέτου. Στη συνέχεια οι φυσαλίδες αυτές σπάνε και στη θέση τους εμφανίζονται μικρές διαβρώσεις ή μικρές εξέρυθρες και επώδυνες ελκώσεις. Με πιο έντονα φαινόμενα, όπως αλλοιώσεις και δυσουρία παρουσιάζεται η κλινική εικόνα στις γυναίκες στα έξω γεννητικά όργανα. Η μορφή αυτή του έρπητα διαρκεί περίπου 20 ημέρες και υποχωρεί αυτόματα. Στο σημείο αυτό, ο ιός χρησιμοποιώντας τα αισθητικά νεύρα εισέρχεται στα γάγγλια των οπισθίων ριζών των ιερών νεύρων και παραμένει σε μια λανθάνουσα κατάσταση μέχρι την επόμενη φορά, που θα ξανακάνει αισθητή την παρουσία του. Τα σημεία εντοπισμού στον άνδρα είναι στη βάλανο, στην ακροποσθία καθώς και στο σώμα του πέους και στις γυναίκες εμφανίζεται στα χείλη του αιδοίου, στο χαλινό των χειλέων, στον κόλπο και στον τράχηλο της μήτρας. Επίσης, οι γυναίκες προσβάλλονται από τον έρπητα της οσφυοϊεράς χώρας που εντοπίζεται στην ιερή και οσφυϊκή χώρα, στους γλουτούς και τις οπίσθιες επιφάνειες των μηρών και συνοδεύεται συχνά από τον έρπητα των γεννητικών οργάνων. Για την επανεμφάνιση του υποτροπιάζοντος έρπητα δεν έχουν καθοριστεί τα αίτια, αλλά ενοχοποιούνται κάποιοι παράγοντες που μπορεί να τον προκαλέσουν και είναι η έμμηνος ρύση, η θερμότητα, η γεννητικό τραύμα μετά από έντονη σεξουαλική δραστηριότητα, το συγκινησιακό stress, ο πυρετός, η σωματική κόπωση, η απότομη έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία, μια σοβαρή συστηματική νόσος. Η κλινική εικόνα είναι η ίδια με τον πρώτο έρπητα που έχει ήδη περιγραφεί, απλώς οι βλάβες είναι ηπιότερες καθώς και η διάρκειά τους μικρότερη. Επομένως, οι διαβρώσεις και οι ελκώσεις δεν είναι τόσο επώδυνες και η διάρκεια τους είναι περίπου το μισό από τον πρωτοπαθή, δηλαδή 7-10 ημέρες. Όσο για την συχνότητα των υποτροπών εξαρτάται από ποιον τύπο προήλθε η μόλυνση. Έτσι, αν είναι η μόλυνση έγινε από τον τύπο II οι υποτροπές θα είναι 5-6 το χρόνο, σε αντίθεση με τον τύπο I που θα είναι πολύ λιγότερες (Χρυσομάλλης, 2005).

2.7.2.3. Κίνδυνοι από την παρουσία έρπητα των γεννητικών οργάνων

Αρκετοί είναι οι κίνδυνοι που μπορούν να προστεθούν με την παρουσία του συγκεκριμένου έρπητα. Στη γυναίκα μπορεί να συμβούν τα εξής:

- Συσχέτιση του έρπητα των γεννητικών οργάνων με καρκίνο του τράχηλου της μήτρας. Βέβαια, για να εκδηλωθεί αυτή η μορφή του καρκίνου θα πρέπει να συνυπάρχουν και άλλα αίτια, όπως η γενετική προδιάθεση και ορμονικές επιδράσεις.
- Εμφάνιση νεογνικού έρπητα

Η συγκεκριμένη μορφή προσβάλλει τα νεογνά και είναι μια βαριά νόσος. Η μόλυνση γίνεται κατά τη διάρκεια του τοκετού, όπου το νεογνό περνά μέσα από το μολυσμένο κόλπο της μητέρας. Το 60% των μωρών με νεογνικό έρπητα πεθαίνει και το 20% επιβιώνει, ενώ το 18-20% επιζεί με βαρύτερες βλάβες στα μάτια και στο νευρικό σύστημα. Το ποσοστό εμφάνισης νεογνικού έρπητα αντιστοιχεί σε 1 στους 7000 τοκετούς.

Οι γυναίκες που είναι υποψήφιες να τους συμβεί εμφανίζουν τα εξής:

1. Κλινικά ύποπτο έρπητα των γεννητικών οργάνων
2. Ιστορικό προηγούμενων επεισοδίων γεννητικού έρπητα
3. Σεξουαλικούς συντρόφους με ιστορικό έρπητα
4. Ιστορικό έρπητα της οσφυοϊερής χώρας

Οι γυναίκες που ανήκουν σε κάποια κατηγορία από τις παραπάνω πρέπει να κάνουν τακτικό εργαστηριακό έλεγχο, όπως Test PAP και σε περίπτωση που εμφανιστεί κυτταρολογικά ύπαρξη έρπητα την τελευταία εβδομάδα πριν τον τοκετό, επιβάλλεται να πραγματοποιηθεί καισαρική τομή. Αντίστοιχοι κίνδυνοι από τον ιό του έρπητα των γεννητικών οργάνων δεν έχουν αναφερθεί για το ανδρικό φύλο.

2.7.3. Μολυσματική τέρμινθος

2.7.3.1. Γενικά

Η μολυσματική τέρμινθος είναι μία μολυσματική δερματοπάθεια που οφείλεται σε ένα ιό και προσβάλλει κυρίως την παιδική ηλικία και δευτερευόντως τους ενήλικες . Η νόσος μεταδίδεται με άμεση επαφή μέσω των βλαβών του δέρματος από άτομο σε άτομο. Όταν μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή εντοπίζεται στις μηρογεννητικές πτυχές. Στα παιδιά εμφανίζεται στο πρόσωπο και στα χέρια. Ο ιός στη συνέχεια μεταδίδεται στο ίδιο άτομο και σε άλλα σημεία του σώματος με αυτοενοφθαλμισμό. Ο χρόνος επώασης της μολυσματικής τερμίνθου κυμαίνεται γύρω στις 2-7 εβδομάδες (Χρυσομάλλης, 2005).

2.7.3.2. Κλινική εικόνα

Το εξάνθημα αποτελείται από μικρές, στρογγυλές βλατίδες (μικρά επάρματα του δέρματος), διαμέτρου 3-6 χιλιοστά. Το χαρακτηριστικό σημείο των βλατίδων κυμαίνεται γύρω στις είκοσι, τα σπυράκια της μολυσματικής τερμίνθου συνήθως δεν προκαλούν πόνο εκτός εάν μολυνθούν ή παρουσιάσουν φλεγμονή. Συχνά μπορεί να προκαλέσουν κνησμό (φαγούρα). Σε ένα 10% των περιπτώσεων μπορεί να εμφανιστεί έκζεμα πέριξ των αλλοιώσεων. Μπορεί επίσης στο κέντρο τους να παρουσιάσουν και μικρή αιμορραγία. Η βλάβη περιορίζεται στο ανώτερο στρώμα της επιδερμίδας.

2.7.3.3. Διάγνωση και θεραπεία

Σε αρκετές περιπτώσεις η θεραπεία δεν είναι αναγκαία, καθώς η νόσος υποχωρεί από μόνη της και δεν αφήνει ουλές (ο οργανισμός αναπτύσσει αντισώματα στον ιό). Αν οι κηλίδες αρχίσουν να ερεθίζονται ή να πληγιάζουν, ο γιατρός μπορεί να συστήσει ελαφρές κρέμες κορτιζόνης. Ορισμένες φορές όμως η νόσος μπορεί να διαρκέσει ακόμη και χρόνια, κυρίως σε παιδιά με τάση για έκζεμα ή σε ανοσοκατεσταλμένα. Η κρυοθεραπεία με υγρό άζωτο είναι αποτελεσματική αλλά προκαλεί πόνο όταν εφαρμόζεται και η υπερβολική χρήση της μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές. Η χειρουργική αντιμετώπιση συνίσταται στην αφαίρεση και σύνθλιψη των βλαβών με χειρουργική λαβίδα (απόξεση) και στη συνέχεια εφαρμογή βάμματος ιωδίου, αλλά αυτή είναι μια επώδυνη διαδικασία και στα παιδιά συνήθως γίνεται με τοπική ή γενική αναισθησία. Μια άλλη αποτελεσματική εναλλακτική θεραπεία είναι η χρήση υπερπαλμικού laser αλλά και σε αυτή, επειδή προκαλεί πόνο, εφαρμόζεται τοπική ή γενική αναισθησία.

2.8. Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS)

2.8.1. Γενικά

Το 1982 ο ορισμός του AIDS περιλάμβανε κάθε περίπτωση αρρώστου νεότερου των 60 ετών που έπασχε από σάρκωμα Kaposi ή άλλη ευκαιριακή νόσο χωρίς να πάσχει από συγγενή ή ιατρογενή ανοσοκαταστολή ή σακχαρώδη διαβήτη. Το 1987 ο ορισμός του AIDS τροποποιήθηκε και περιελάμβανε κατάλογο νόσων και συνδρόμων ενδεικτικών βαριάς κυρίως κυτταρικής ανοσολογικής ανεπάρκειας.

2.8.2. Επιδημιολογία

Ο πρώτος βεβαιωμένος θάνατος από AIDS σημειώθηκε στα 1959 στην Αφρική (διαγνώστηκε αναδρομικά με εξέταση ιστών του θύματος), ενώ υπάρχει και ένας δεύτερος που υποστηρίζεται ότι προκλήθηκε από τη νόσο την ίδια χρονιά στην Αγγλία. Ακολούθησαν σποραδικοί θάνατοι στην Αφρική και τη Νορβηγία, όμως η μικρή συχνότητα δεν προκάλεσε ενδιαφέρον για περαιτέρω μελέτη. Γύρω στα τέλη της δεκαετίας του 1960, ο ιός πέρασε στην Αϊτή κι από εκεί στις Ηνωμένες Πολιτείες (Φυτρόπουλος, <http://www.tlife.gr/>).

Η πρώτη επίσημη ανακοίνωση για τη νόσο εκδόθηκε το 1981 από τις υπηρεσίες υγείας των ΗΠΑ και αφορούσε πέντε περιστατικά ομοφυλόφιλων ανδρών. Λόγω του αρχικού περιορισμού της λοίμωξης στην πληθυσμιακή αυτή ομάδα, το AIDS χαρακτηρίστηκε ως περίεργη «νόσος των ομοφυλοφίλων», «καρκίνος των ομοφυλοφίλων» ή «πανούκλα των

ομοφυλοφίλων», επειδή οι πρώτοι διαγνωσμένοι ασθενείς ανήκαν σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα. Αργότερα όμως επηρέασε και άλλες από τις λεγόμενες ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως οι ναρκομανείς ή οι αιμορροφιλικοί, μολύνοντας τελικά και άτομα που δεν ανήκαν σε αυτές τις ομάδες. Σήμερα η ετεροσεξουαλική επαφή είναι ο κύριος τρόπος μετάδοσης. Μέχρι σήμερα έχουν πεθάνει λόγω του AIDS περίπου 25 εκατομμύρια άνθρωποι ,ενώ περίπου 40 επιπλέον εκατομμύρια νοσούν. Μέχρι στιγμής έχουν αναγνωριστεί δυο είδη του ιού HIV, ο HIV-1 και ο HIV-2. Ο HIV-1 είναι αυτός που ευθύνεται για τη μεγάλη πλειοψηφία των μολύνσεων παγκοσμίως (περίπου 90%) και επίσης είναι αυτός με τις περισσότερες μεταλλάξεις και υποτύπους. Ο HIV-2, που αναγνωρίστηκε το 1986 και θεωρείται προγενέστερος τύπος από τον HIV-1, εντοπίστηκε σχεδόν αποκλειστικά στη Δυτική Αφρική ,με λίγα περιστατικά σε χώρες που έχουν συχνή επικοινωνία με τη περιοχή αυτή (όπως π.χ. η Γαλλία). Ο HIV-2 τείνει να μεταδίδεται σχετικά δυσκολότερα σε σχέση με το άλλο είδος, ενώ η εξέλιξη της νόσου στους φορείς HIV-2 είναι πιο αργή (Κουσκούκης, 1986).

Στην Ελλάδα ο συνολικός αριθμός οροθετικών HIV ατόμων είναι περίπου 8.584 από τους οποίους είχαν νοσήσει με AIDS οι 2.829, ενώ κατέληξαν σε θάνατο οι 1.552. Ο αριθμός των κρουσμάτων που δηλώνονται κάθε χρόνο κορυφώθηκε το 1996, για να ακολουθήσει πτωτική πορεία στη συνέχεια μέχρι και το 2002 ,οπότε και παρουσιάστηκε μικρή σταθεροποίηση με ελαφρά αυξητικές τάσεις. Έρευνες που έγιναν κατά την τριετία 2005 ως 2007 έδειξαν ρυθμό αύξησης των περιστατικών μόλυνσης από AIDS περίπου 23%. Σύμφωνα με έρευνες, η εισαγωγή του υποτύπου A του ιού του AIDS –του περισσότερο και ταχύτερα διαδεδομένου στην ελλαδική επικράτεια– έφτασε στη χώρα από την Αφρική το 1978 και σήμερα όχι μόνο έχει μεταδοθεί σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες, αλλά διέσχισε και τα ελληνικά σύνορα προς την Αλβανία (Κουσκούκης, 1986).

2.8.3. Μετάδοση

2.8.3.1. Τρόποι μετάδοσης

- Η σεξουαλική επαφή με κάποιο οροθετικό άτομο χωρίς τη χρήση προφυλακτικού. Με την ερωτική επαφή, ο HIV μεταδίδεται ευκολότερα μεταξύ ομοφυλόφιλων ανδρών, λιγότερο εύκολα μεταξύ ετεροφιλοφύλων ανδρών και γυναικών, μεταδίδεται επίσης σπάνια μεταξύ ομοφυλόφιλων γυναικών. Ο ιός βρίσκεται στο αίμα, τα σπερματικά, προσπερματικά και κολπικά υγρά και μπορεί να εισέλθει στο σώμα μέσω μικροσκοπικών ή μεγαλύτερων πληγών που προϋπάρχουν στα γεννητικά όργανα ή δημιουργούνται κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής. Η ταυτόχρονη ύπαρξη άλλων σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων ευνοεί τη μετάδοση του ιού. Η

μετάδοση του ιού γίνεται ευκολότερα με την πρωκτική ερωτική επαφή, απ' ό,τι με την κολπική ερωτική επαφή, λόγω του ότι είναι περισσότερο τραυματικό.

- Με τη χρήση κοινών συριγγών, κατά την ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών.
- Από τη μητέρα στο παιδί, ιδιαίτερα κατά τη στιγμή της γέννησης αλλά και κατά τον θηλασμό σε σπάνιες περιπτώσεις καθώς ο ιός εντοπίζεται και στο μητρικό γάλα. Η περιγεννητική μετάδοση του ιού από τη μητέρα στο παιδί, φτάνει στο 25-40% στην Τροπική Αφρική. Στην Ευρώπη και ΗΠΑ με την χορήγηση αντιρετροϊκών φαρμάκων στη μητέρα και με μέτρα προφύλαξης μόλυνσης του νεογνού κατά τον τοκετό, η περιγεννητική μετάδοση του HIV έχει ελαττωθεί στο 1%.
- Ο κίνδυνος μέσω μετάγγισης αίματος έχει ελαχιστοποιηθεί για τις αναπτυγμένες χώρες καθώς εφαρμόζονται έλεγχοι για την ύπαρξη του ιού HIV στα δείγματα των αιμοδοτών που μπορούν να ανιχνεύσουν τον ιό, εκτός από το «παράθυρο» των πρώτων 11 ημερών της μόλυνσης, έτσι κατά την τελευταία δεκαετία υπήρξε επιπλέον μείωση της μετάδοσης του ιού HIV. Στην Ελλάδα οι καταγεγραμμένες μολύνσεις από μεταγγίσεις φτάνουν 5-6% του συνόλου των μολύνσεων και λοιμώξεων (183 νόσησαν και 320 έγιναν φορείς) από το 1981, όπου άρχισε η καταγραφή στοιχείων, περιπτώσεις που στη πλειοψηφία τους αφορούν πολυμεταγγιζόμενα άτομα. Οι κατάστασης δεν είναι τόσο καλή στις μη αναπτυσσόμενες χώρες, όπου οι υπηρεσίες υγείας είναι λιγότερο οργανωμένες και οι φορείς του ιού πολύ περισσότεροι. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας μέχρι το 2005, σε παγκόσμιο επίπεδο οι μεταγγίσεις ευθύνονται για το 5-10% των μολύνσεων.
- Μετάδοση του HIV από επαγγελματίες υγείας
Αναφέρεται οδοντίατρος που μετέδωσε τον HIV μέσω επαγγελματικής σχέσης σε 6 αρρώστους. Αναδρομική μελέτη 20.000 ατόμων, που είχαν χειρουργηθεί από χειρουργούς –οδοντιάτρους HIV και δεν απεκάλυψε άλλη περίπτωση μετάδοσης του HIV από επαγγελματίες υγείας.
- Μετάδοση του HIV μεταξύ συγκατοίκων
Αναφέρονται 4 περιπτώσεις μετάδοσης του HIV από παιδί σε παιδί (πιθανό δάγκωμα). Αναφέρονται 3 περιπτώσεις μετάδοσης του HIV από αρρώστους σε τελική φάση AIDS, σε άτομα που τους φρόντιζαν (πιθανόν από αιματηρές εκκρίσεις). Τέλος αναφέρεται περίπτωση μετάδοσης του HIV από μητέρα με άγνωστο τρόπο.
- Μετάδοση με ερωτικό φιλί. Αναφέρεται μετάδοση από άνδρα HIV + με αιμορραγική ουλίτιδα σε γυναίκα.

- Μετάδοση με τεχνητή γονιμοποίηση
Αναφέρονται 7 περιπτώσεις μετάδοσης του HIV, πριν από το 1985. Στις 5 περιπτώσεις η μετάδοση έγινε από τον ίδιο σπερματοκτόνο HIV+.

2.8.3.2. Το AIDS δεν μεταδίδεται

- Από την καθημερινή, κοινωνική επαφή, τη χειραψία, το αγκάλιασμα, το απλό φιλί, τη συνάθροιση ατόμων
- Από την τουαλέτα
- Από τον ιδρώτα ή το σάλιο
- Από τα ρούχα, σκεπάσματα, πιάτα, ποτήρια και μαχαιροπίρουνα, τηλέφωνα
- Από πισίνες ή τη θάλασσα
- Από κουνούπια ή άλλα έντομα (Χρυσομάλλης Φ, 2005)

2.8.4. Πορεία της νόσου

2.8.4.1. Πρωτογενής λοίμωξη

Πρόκειται για το αρχικό στάδιο της νόσου που ακολουθεί τη μόλυνση από HIV και χαρακτηρίζεται από μη ειδικά κλινικά σημεία και εργαστηριακά ευρήματα ιογενούς λοίμωξης. Το στάδιο αυτό διαρκεί συνήθως 1-2 εβδομάδες. Επίσης, τις πρώτες 23 περίπου μέρες της μόλυνσης ο ασθενής δεν αναπτύσσει αντισώματα κατά του ιού και για αυτό το λόγο η περίοδος αυτή καλείται και «σιωπηλό παράθυρο» και είναι η πιο επικίνδυνη περίοδος από την άποψη ότι ο φορέας μπορεί να μολύνει άλλους εν αγνοία του, ακόμα και αν έχει κάνει μια τυπική εξέταση αίματος.

2.8.4.2. Φάση ασυμπτωματικής λοίμωξης

Στο στάδιο αυτό ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός με ή χωρίς γενικευμένη εμμένουσα λεμφαδενοπάθεια, όπως διογκωμένοι λεμφαδένες σε δυο ή περισσότερες θέσεις (μασχάλες, μασχάλη-τράχηλος), εκτός των βουβωνικών λεμφαδένων, είναι δυνατόν όμως να εμφανίζει κάποιες διαταραχές σε εργαστηριακές εξετάσεις. Παρόλο που ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός μπορεί να μεταδίδει τον ιό (Κουσκούκης, 1986). Σε αρρώστους με ασυμπτωματική HIV λοίμωξη, βρέθηκε υψηλός ρυθμός αναπαραγωγής του HIV: 10⁸ -10⁹ ή και περισσότερα σωματίδια που παράγονται, κυκλοφορούν στον εξωκυττάριο χώρο και πεθαίνουν κάθε μέρα. Η μέση ζωή του HIV διαρκεί 30 ώρες, 24 ώρες ενδοκυτταρικά και 6 ώρες εξωκυτταρικά.

2.8.4.3.Φάση συμπτωματικής λοίμωξης

Στο στάδιο αυτό ξεκινούν τα πρώτα συμπτώματα της νόσου που είναι αποτέλεσμα μείωσης της κυτταρικής ανοσίας, όπως στοματική καντιντίαση, τριχωτή λευκοπλακία γλώσσας, υποτροπιάζων απλός έρπητας και έρπητας των γεννητικών οργάνων, καθώς και εκτεταμένος έρπητας ζωστήρας. Μπορεί να συνυπάρχει επίσης κεφαλαλγία, πυρετός, διάρροια, απώλεια βάρους, νυχτερινοί ιδρώτες και κυρίως λεμφαδενοπάθεια.

2.8.4.4.Φάση ανοσοκαταστολής

Η καταστροφή του ανοσοποιητικού συστήματος από τη δράση του ιού σε προχωρημένα στάδια κάνει το άτομο ευάλωτο σε ιούς, μύκητες, βακτήρια και παράσιτα που υπό άλλες συνθήκες δεν θα προσέβαλαν τον άνθρωπο ή θα προκαλούσαν πολύ ήπιας μορφής νόσο (ευκαιριακές λοιμώξεις). Επίσης, η έλλειψη επιτήρησης του οργανισμού από το ανοσοποιητικό του σύστημα για νεοπλασίες κάνει συχνή την εμφάνιση κάποιων μορφών καρκίνου, όπως το σάρκωμα Kaposi, τον καρκίνο του στοματοφάρυγγος, του πρωκτού και του τραχήλου της μήτρας.

2.8.5.Δερματολογικές εκδηλώσεις στην HIV λοίμωξη

Οι δερματολογικές εκδηλώσεις κατά τη διαδρομή της HIV λοίμωξης είναι συχνότατες. Εμφανίζονται σε ποσοστό 80% των ασθενών σε προχωρημένα στάδια της νόσου. Όμως δεν είναι ασυνήθεις και σε προωμότερες φάσεις που συναντώνται στους μισούς περίπου ασθενείς. Το εύρος των δερματολογικών παθήσεων που παρουσιάζουν HIV θετικά άτομα είναι αξιοσημείωτο. Περιλαμβάνει τα εξής:

- Βακτηριακά και
- Ιογενή νοσήματα
- Μυκητιάσεις
- Παρασιτώσεις
- Νεοπλάσματα

Και άλλα μη φλεγμονώδη νοσήματα αλλά και οντότητες άγνωστης αιτιολογίας. Οι συχνότερες δερματολογικές εκδηλώσεις που ανευρίσκονται στα HIV+ άτομα και πάσχοντες είναι η στοματική καντιντίαση, σημγματορροϊκή δερματίτιδα, ξηρότητα του δέρματος, εωσινοφιλική θυλακίτιδα, δερματοβλεννογόνος έρπητας, AIDS (Χρυσομάλλης, 2005).

2.8.6. Φλεγμονώδεις δερματοπάθειες

Σπανίως οφείλονται σε ευκαιριακούς λοιμώδεις παράγοντες. Συνηθέστατα πρόκειται για συνηθισμένες κοινές φλεγμονώδεις δερματοπάθειες, που εμφανίζουν κάποτε ιδιαίτερα κλινικά χαρακτηριστικά. Έτσι, όταν οι βλάβες είναι ιδιαίτέρως εκτεταμένες, εξελίσσονται ραγδαίως, υποτροπιάζουν με τρόπο ασυνήθιστο ή αντιστέκονται στα συνήθη θεραπευτικά μέσα και επιπλέον το άτομο ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου, αποτελούν στοιχεία πιθανής Οροθετικότητας (Κουσκούκης, 1986).

Η πιθανότητα μικτών λοιμώξεων σε HIV ασθενείς με περισσότερους του ενός λοιμογόνους παράγοντες αλλά και η ατυπία των κλινικών εικόνων, που μπορεί να ανευρίσκονται δικαιολογούν την ιστολογική εξέταση σε πολλές περιπτώσεις.

Συνηθέστερες εκδηλώσεις από ιούς είναι οι εξής:

I. Απλός έρπητας (HSV)

Στις πρώιμες φάσεις της HIV λοίμωξης η ερπητική λοίμωξη από απλό έρπητα είναι βραχεία και χωρίς ιδιαιτερότητες, όπως ακριβώς και στα φυσιολογικά άτομα. Άλλωστε η λοίμωξη από απλό έρπητα είναι κοινότυπη και δεν υπάρχει πάντα υποψία για HIV λοίμωξη.

Αντιθέτως, χρόνιος δερματοβλεννογόνιος απλός έρπητας ή με άτυπη ασυνήθιστα εκτεταμένη και ανθεκτική σε θεραπεία βλάβη στοιχειοθετεί κλινικό στοιχείο ύποπτο για HIV λοίμωξη και μάλιστα εάν αφορά άτομο με επικινδυνότητα στη σεξουαλική του συμπεριφορά ή ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου

II. Έρπητας ζωστήρας

Ο ζωστήρας μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε φάση της διαδρομής της HIV λοίμωξης και σε μερικές περιπτώσεις αποτελεί την πρώτη εκδήλωση που σχετίζεται με την HIV λοίμωξη

III. Μολυσματική τέρμινθος

Οφείλεται σε ροχ ιό. Οι βλάβες εμφανίζονται κλινικά ως λευκορόδινες βλατίδες με ομφαλωτό κέντρο. Ποικίλουν σε αριθμό με εκλεκτικές εντοπίσεις στο πρόσωπο και εφηβαίο.

IV. Οξυτενή κονδυλώματα

Τα οξυτενή κονδυλώματα εμφανίζονται στα γεννητικά όργανα και τον πρωκτό σαν εξωφυτικές μυρμηγκιώδεις θηλωματώδεις εκβλαστήσεις. Ειδικώς στους πάσχοντες από AIDS εμφανίζονται εκτεταμένα και βλαστικά.

V. Μυκητιάσεις που οφείλονται στην HIV λοίμωξης

Οι μυκητιάσεις διακρίνονται σε επιπολής και εν τω βάθει. Από τις επιπολής μυκητιάσεις που έχουν περισσότερο ενδιαφέρον διακρίνουμε εκείνες που οφείλονται σε ζυμομύκητες και τις δερματοφυτίες, που οφείλονται στην τάξη των δερματοφύτων.

VI. Μυκητιάσεις από Candida

Αποτελεί συχνότατη μυκητίαση που η στοματική είναι και η συχνότερη. Μπορεί να εντοπιστεί στη γεννητική ή περιπρωκτική χώρα.

2.8.7. Ιδιαιτερότητες της HIV λοίμωξης στις γυναίκες

Η προχωρημένη HIV λοίμωξη συνοδεύεται από ποικίλες ευκαιριακές και μη λοιμώξεις, ευκαιριακά νεοπλάσματα και άλλα σύνδρομα. Η κλινική εικόνα αυτών των καταστάσεων είναι όμοια και στα δύο φύλα. Η PCP, η καχεξία και η οισοφαγική καντιντίαση είναι τα σύνδρομα που συχνότερα καθορίζουν το AIDS στις γυναίκες. Στο δυτικό κόσμο, το Σάρκωμα Kaposi, ιδιαίτερα συχνό σε HIV θετικούς ομοφυλόφιλους άνδρες, απαντάται σπάνια σε γυναίκες με AIDS (1%). Η λοίμωξη από CMV φαίνεται επίσης να είναι σπανιότερη σε γυναίκες, ενώ τα NHL αφορούν μικρό ποσοστό HIVθετικών γυναικών.

Υπάρχουν όμως συγκεκριμένα προβλήματα που σχετίζονται με την ανατομία και την φυσιολογία της γυναίκας. Γυναικολογικές παθολογικές καταστάσεις όπως τραχηλίτιδα, σαλπινγίτιδα, εξελκώσεις γεννητικών οργάνων, κονδυλώματα, δυσπλαστικές επιθηλιακές αλλοιώσεις, είναι συχνότερες σε γυναίκες με HIV λοίμωξη και έχουν βαρύτερη διαδρομή σε σχέση με το πληθυσμό των HIV αρνητικών γυναικών. Τα υπόλοιπα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι επίσης συχνότερα σε γυναίκες με HIV λοίμωξη και σχετίζονται με χρήση ναρκωτικών ή με ιδιαίτερες σεξουαλικές συνήθειες (Χουρδάκη, 1989).

Πιο αναλυτικά:

- Ιός Papilloma του ανθρώπου (Human Papilloma Virus =HPV)
- Κονδυλώματα –Δυσπλαστικές αλλοιώσεις
- Επιθηλιακός καρκίνος του τραχήλου της μήτρας

Τα κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων κατατάσσονται στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι διαδεδομένα και οφείλονται σε διάφορους τύπους HPV. Τα κονδυλώματα συνήθως εμφανίζονται στα έξω ή στα έσω γεννητικά όργανα και στην περιπρωκτική χώρα.

Διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν την εμφάνιση της λοίμωξης από HPV, όπως αντισυλληπτικά χάπια, κάπνισμα, εγκυμοσύνη, ανοσολογικές διαταραχές. Οι μολυσμένες από τον HIV γυναίκες έχουν σε μεγάλη συχνότητα λοίμωξη από τον HPV. Οι λοιμώξεις από HPV των γεννητικών οργάνων και του πρωκτού έχουν συσχετισθεί με την ανάπτυξη δυσπλασιών

και κακοηθειών του πλακώδους επιθηλίου. Τα στελέχη HPV θεωρούνται ογκογόνα, ιδιαίτερα σε ανοσοκατασταλμένα άτομα. μήτρας και μπορεί να εξελιχθούν σε διηθητική νεοπλασία του τραχήλου της μήτρας. Επειδή υπάρχει και χειρότερη πρόγνωση και εξέλιξη σε HIV θετικές γυναίκες, η έγκαιρη διάγνωση των δυσπλαστικών βλαβών έχει ιδιαίτερη αξία και η κυτταρολογική εξέταση του τραχηλικού επιχρίσματος θα πρέπει να γίνεται 2 φορές το χρόνο (pap test) (Κουσκούκης, 1986).

- Λοιμώξεις του κόλπου από candida

Η μονιλιασική κολπίτιδα είναι μυκητίαση, συχνή στον γενικό γυναικείο πληθυσμό, που η εμφάνιση της ευνοείται από διαταραχές του ανοσολογικού συστήματος και η συχνότητά της είναι πολύ μεγάλη σε γυναίκες μολυσμένες από τον HIV. Υπάρχει μια ιεράρχηση όσον αφορά την σειρά προσβολής των διαφόρων οργάνων από Candida. Μονιλιασική κολπίτιδα συμβαίνει σε αρχικά στάδια της HIV λοίμωξης Οποσδήποτε, σε κάθε ανεξήγητη, υποτροπιάζουσα, εμμένουσα ή ανθεκτική μονιλίαση του κόλπου, η λοίμωξη από HIV πρέπει να αποκλείεται.

- Άλλες λοιμώξεις –Εξελκώσεις του κόλπου και του αιδοίου

Οι ερπητικές λοιμώξεις του κόλπου και του πρωκτού από απλό έρπητα είναι συχνές στις γυναίκες με HIV– λοίμωξη, οι οποίες έχουν βαρύτερη κλινική πορεία και εμφανίζουν συχνές υποτροπές.

Συνήθης είναι η ταυτόχρονη παρουσία και άλλων σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων. Η σύφιλη, συχνά συνυπάρχει με την HIV– λοίμωξη, προκαλεί εξελκώσεις στα γεννητικά όργανα και ευνοεί την μετάδοση της. Η βλεννόρροια προκαλεί κολπίτιδες Υπάρχουν πρωτοπαθή έλκη που οφείλονται στον HIV.

- Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου

Η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου αποτελεί ένα από τα σοβαρά προβλήματα των HIV θετικών γυναικών, που έχουν πιθανότητα μεγαλύτερη από τις HIV αρνητικές γυναίκες να αναπτύξουν σαλπγγο-ωοθηκικές φλεγμονές και αποστήματα.

- Διαταραχές του κύκλου

Συχνές είναι σε οροθετικές γυναίκες διάφορες διαταραχές του κύκλου (μηνορραγίες, ολιγομηνόρροια, αμηνόρροια). +εν είναι γνωστό αν οι διαταραχές αυτές οφείλονται σε άμεση επίδραση του HIV στην λειτουργία της μήτρας και των ωοθηκών ή σε έμμεση μέσω δράσης στους ενδοκρινείς αδένες (Χουρδάκη, 1989).

2.8.8. Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ως παράγοντας κινδύνου μετάδοσης του HIV

1. Ο HIV-1 μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή. Η παρουσία όμως ελκωτικού νοσήματος των γεννητικών οργάνων, ως παράγοντα κινδύνου για τη μετάδοση του, είναι τόσο σημαντική, ώστε η παρέμβαση για την αντιμετώπιση αυτών των νοσημάτων μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη της σεξουαλικής μετάδοσης του HIV-1.
2. Αρκετές μελέτες σε αναπτυσσόμενες χώρες έδειξαν ότι τα ελκωτικά νοσήματα των γεννητικών οργάνων είναι στενά συνδεδεμένα με τη λοίμωξη από HIV-1 σε ετερόφυλους. Λίγες μελέτες έδειξαν κάποια σχέση μεταξύ της παρουσίας αντισωμάτων έναντι του έρπητα και της λοίμωξης από HIV-1 σε ομοφυλόφιλους άνδρες και σε ετερόφυλους άνδρες και γυναίκες.
3. Στις περισσότερες μελέτες, οι ενδείξεις για αυτή τη συσχέτιση είναι σταθερές, αλλά επειδή και τα ελκωτικά νοσήματα των γεννητικών οργάνων και ο HIV-1 μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή.
4. Οι ενδείξεις για τη σχέση μεταξύ ελκωτικών νοσημάτων των γεννητικών οργάνων και του HIV τύπου 1 είναι ισχυρότερες στην Αφρική.
5. Επίσης υπάρχει ένδειξη για χρονική συσχέτιση μεταξύ ελκωτικών νοσημάτων των γεννητικών οργάνων και λοίμωξης από HIV-1, η οποία αποτελεί επιπρόσθετο στοιχείο, που υποστηρίζει την άποψη ότι τα ελκωτικά νοσήματα των γεννητικών οργάνων διευκολύνουν την μετάδοση του HIV-1.
6. Όλα τα αίτια των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων που προκαλούν εξέλκωση ή φλεγμονή στα γεννητικά όργανα, είναι παράγοντες κινδύνου για την αύξηση της μολυσματικότητας ή της ευαισθησίας στη λοίμωξη από HIV.

2.8.9. Προληπτικά μέτρα

Η σωστή ενημέρωση αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της πρόληψης από τον ιό του AIDS. Οι γυναίκες πρέπει να πληροφορούνται για τους κινδύνους που διατρέχουν και πώς να προφυλάσσονται από αυτούς. Να τονίζεται η χρησιμότητα του προφυλακτικού, των συριγγών μιας χρήσεως και η ανάγκη ελέγχου για τον HIV, αν υπάρχει υποψία μόλυνσης .

Η έγκαιρη διάγνωση της HIV- λοίμωξης στις γυναίκες περιορίζει την κάθετη και την οριζόντια μετάδοση του ιού. Όπως συμβαίνει και με τους άνδρες, συχνά οι γυναίκες είναι ασυμπτωματικές μετά την ορομετατροπή και με αυτό τον τρόπο μεταδίδουν την HIV- λοίμωξη στους ερωτικούς συντρόφους χωρίς οι ίδιες να το γνωρίζουν. Είναι εξάλλου πιθανό, ορισμένα πρώιμα συμπτώματα να παραβλέπονται ή να μην αναγνωρίζονται από την ίδια την

γυναίκα ή τον γιατρό της. Η μόλυνση από HIV θα πρέπει να θεωρείται πιθανή και να αποκλείεται, σε γυναίκες τοξικομανείς, σε αμειβόμενες ερωτικές συντρόφους, όπως και σε πάσχουσες από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα: χρόνια κολπική μονιλίαση, λοιμώξεις από HPV, ερπητικές λοιμώξεις, φυματίωση, σύφιλη κ.λπ., μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί. Όσο αυξάνει ο αριθμός των μολυσμένων από τον HIV γυναικών είναι αναμενόμενο να αυξάνεται και ο αριθμός των νεογνών φορέων. Υπολογίζεται ότι έχουν γεννηθεί περίπου 2 εκατομμύρια νεογνά HIV+ (Κουσκούκης, 1986).

2.9. Ηπατίτιδες

2.9.1. Ορισμός ηπατίτιδας

Το ήπαρ (συκώτι) είναι ένα ζωτικό όργανο που βρίσκεται στο δεξιό άνω τμήμα της κοιλιακής χώρας. Έχει πολλές λειτουργίες και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο μεταβολισμό, στη σύνθεση παραγόντων πήξης του αίματος για τον έλεγχο αιμορραγιών, στην παραγωγή ουσιών απαραίτητων στη μάχη κατά των λοιμώξεων καθώς και στην απομάκρυνση τοξικών ουσιών και φαρμάκων από τον οργανισμό. Εάν το ήπαρ προσβληθεί από ιούς ή υποστεί βλάβη από άλλα αίτια, όπως τοξίνες, φάρμακα, αλκοόλ αναπτύσσεται φλεγμονή (ερεθισμός) και νέκρωση, κατάσταση η οποία ονομάζεται ηπατίτιδα (Χουρδάκη, 1989).

2.9.2. Ιοί που ευθύνονται για τις ηπατίτιδες

Οι πιο γνωστοί ιοί ηπατίτιδας, είναι οι A, B, C, D και E. Εκτός από τους παραπάνω ιούς ηπατίτιδας υπάρχουν και κάποιοι άλλοι ιοί που δεν προσβάλλουν αποκλειστικά το ήπαρ, αλλά μπορεί να προκαλέσουν ηπατίτιδα ταυτόχρονα με προσβολή και άλλων οργάνων του ανθρώπου και χαρακτηρίζονται ως ηπατοτρόποι ιοί. Η οξεία ηπατίτιδα εμφανίζεται λίγες εβδομάδες έως μήνες μετά την είσοδο του ιού της ηπατίτιδας στο ανθρώπινο σώμα. (Κουσκούκης, 1986).

Τα κύρια συμπτώματα είναι:

- έντονη αδυναμία, καταβολή
- ανορεξία
- ναυτία, εμετοί, διάρροιες
- μυαλγίες
- αίσθημα βάρους στο δεξιό άνω τμήμα της κοιλιάς
- αρθραλγίες, πονοκέφαλος
- πυρετός

- αποστροφή στο κάπνισμα, ενώ κάποιοι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν;
- ίκτερο (κιτρινίζουν)

Μερικές φορές δεν υπάρχουν καθόλου συμπτώματα ή είναι πολύ ήπια. Σπάνια (<1-2%) η οξεία ηπατίτιδα έχει πολύ βαριά πορεία, οπότε χαρακτηρίζεται ως κεραυνοβόλος οξεία ηπατίτιδα με αυξημένη θνησιμότητα (70-90%).

2.9.3. Ηπατίτιδα Β

2.9.3.1.Επιδημιολογία

Η ηπατίτιδα Β (HBV) αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα της δημόσιας υγείας. Από τα 2 δισεκατομμύρια ανθρώπους που έχουν μολυνθεί παγκοσμίως, περισσότεροι από 350 εκατ. έχουν χρόνια λοίμωξη. Οι ασθενείς με χρόνια λοίμωξη διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη κίρρωσης και ηπατοκυτταρικού καρκίνου, επιπλοκές που είναι υπεύθυνες για 1 εκατομμύριο θανάτους ετησίως.

2.9.3.2.Τρόποι μετάδοσης του ιού της ηπατίτιδας Β

Ο ιός της ηπατίτιδας Β **μεταδίδεται** με τους εξής τρόπους:

- με σεξουαλική επαφή χωρίς τη χρήση προφυλακτικού, με άτομο που έχει μολυνθεί από τον ιό.
- με την κοινή χρήση συριγγών ή άλλων εργαλείων για την προετοιμασία υλικού για τη χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών.
- από μολυσμένη μητέρα σε παιδί κατά τον τοκετό (κάθετη μετάδοση).
- με την κοινή χρήση προσωπικών αντικειμένων (ξυραφάκια, οδοντόβουρτσα, νυχοκόπτες).
- χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών.
- τρύπημα με μολυσμένη βελόνα ή αιχμηρό αντικείμενο (π.χ. συνήθης τρόπος μετάδοσης σε προσωπικό νοσοκομείου ή κατά την εκτέλεση τατουάζ).
- με μεταγγίσεις αίματος ή παραγώγων του (εξαιρετικά σπάνια πια λόγω του συστηματικού ελέγχου στις αιμοδοσίες).

Ο ιός της ηπατίτιδας Β **δεν** μεταδίδεται με τους εξής τρόπους:

- νερό, τροφή
- σκεύη μαγειρικά ή εστίασεως
- τουαλέτες
- την κοινωνική επαφή (χειραψία, αγκαλιά, φιλή, βήχας, φτέρνισμα).

Άτομα που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για ηπατίτιδα Β, είναι:

- τα άτομα που έχουν σεξουαλική επαφή με πάσχοντες
- ομοφυλόφιλοι άνδρες
- όσοι έχουν πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους ή έχουν άλλο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα
- νεογνά μολυσμένων μητέρων
- χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών
- επαγγελματίες υγείας
- ασθενείς σε μονάδες τεχνητού νεφρού
- μέλη οικογένειας χρόνια πασχόντων από ηπατίτιδα Β που δεν έχουν εμβολιαστεί (Χατζηαναστασίου, 2010).

2.9.3.3. Η εξέλιξη της ηπατίτιδας Β

Το χρονικό διάστημα από τη στιγμή της μόλυνσης μέχρι την εμφάνιση συμπτωμάτων, κυμαίνεται από 45-180 ημέρες (περίοδος επώασης). Οξεία ηπατίτιδα με εμφάνιση ίκτερου, συμβαίνει σε <10% των παιδιών ηλικίας κάτω των 5 ετών και σε 30-50% των ενηλίκων, ενώ οι υπόλοιπες περιπτώσεις δεν εμφανίζουν κανένα σύμπτωμα. Ως χρόνιος φορέας ηπατίτιδας Β ορίζεται κάποιος που συνεχίζει να έχει τον ιό στο αίμα του για διάστημα μεγαλύτερο από 6 μήνες (Χατζής, 1994).

Ένας φορέας συνήθως δεν έχει συμπτώματα, αλλά παραμένει μολυσμένος με τον ιό για χρόνια και μπορεί να μεταδώσει τον ιό και σε άλλους. Όλοι οι χρόνιοι φορείς πρέπει να παρακολουθούνται δια βίου, γιατί πιθανώς να έχουν χρονιά βλάβη στο ήπαρ που μπορεί να οδηγήσει σε κίρρωση και ηπατοκυτταρικό καρκίνο. Η ταυτόχρονη κατάχρηση αλκοόλ είναι παράγοντας που επιταχύνει την εξέλιξη της ηπατικής νόσου προς κίρρωση. (Χατζηαναστασίου, 2010).

2.9.3.4. Πως μπορούμε να μάθουμε αν έχουμε μολυνθεί από τον ιό της ηπατίτιδας Β.

Μπορεί να έχετε ηπατίτιδα Β, να μεταδίδετε τη νόσο, και να μην το γνωρίζετε. Ορισμένες φορές ένα άτομο με ηπατίτιδα Β μπορεί να μην έχει απολύτως κανένα σύμπτωμα. Εάν θέλετε να ελεγχθείτε για ηπατίτιδα Β, πρέπει πρώτα να συμβουλευτείτε το γιατρό σας. Υπάρχουν πολλές ειδικές εξετάσεις που δείχνουν εάν έχετε ηπατίτιδα Β (π.χ. αυστραλιανό Αντιγόνο HBsAg) και πόσο σοβαρό είναι το πρόβλημα (οξεία ή χρόνια, απλός φορέας ή πάσχων από ενεργό ηπατίτιδα) (Χουρδάκη, 1989).

Στην περίπτωση της χρόνιας ηπατίτιδας, ο γιατρός σας ίσως σας ζητήσει να κάνετε βιοψία ήπατος. Είναι μια απλή εξέταση που γίνεται στο κρεβάτι του ασθενούς, διαρκεί λίγα λεπτά και σε έμπειρα χέρια έχει ελάχιστες επιπλοκές. Κατά τη διάρκεια της βιοψίας, αφαιρείται με

βελόνα ένα μικροσκοπικό κομμάτι ήπατος, η εξέταση του οποίου θα δείξει την σοβαρότητα της βλάβης στο ήπαρ και θα βοηθήσει στην απόφαση για θεραπεία ή όχι.

2.9.4. Ηπατίτιδα C

2.9.4.1.Επιδημιολογία

Ο ιός της ηπατίτιδας C, που απομονώθηκε το 1989, αποτελεί έναν από τους κυριότερους παράγοντες χρόνιας ηπατοπάθειας, τόσο διεθνώς όσο και στην Ελλάδα. Περίπου 170 εκατ. άνθρωποι παγκοσμίως έχουν χρόνια λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας C και 3 με 4 εκατ. νέες περιπτώσεις εμφανίζονται ετησίως. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι περίπου το 2% του πληθυσμού έχει χρόνια λοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας C.

2.9.4.2.Η μετάδοση της ηπατίτιδας C

Ο ιός της ηπατίτιδας C **μεταδίδεται** κυρίως εάν υπάρξει επαφή με μολυσμένο αίμα και αυτό μπορεί να γίνει με τους εξής τρόπους:

- από τη χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών (50-70% των χρηστών μολύνονται με τον ιό της ηπατίτιδας C μέσα στα πρώτα 5 χρόνια από την έναρξη χρήσης).
- μετάγγιση αίματος ή παραγώγων αίματος πριν από το 1992. Η πιθανότητα μόλυνσης ελέγχου στις με μετάγγιση, είναι εξαιρετικά σπάνια πια, λόγω του συστηματικού αιμοδοσίες.
- αιμοκάθαρση για μεγάλο χρονικό διάστημα (ύπαρξη τεχνητό νεφρό).
- άσκηση επαγγέλματος υγείας και ύπαρξη ατυχήματος με βελόνα ή μολυσμένο εργαλείο.
- γέννηση από μητέρα μολυσμένη με ηπατίτιδα C. Η μετάδοση συμβαίνει σπάνια (2-5%), αλλά η πιθανότητα αυξάνει σημαντικά (30%) όταν η μητέρα έχει και λοίμωξη με τον ιό HIV ή της ηπατίτιδας B
- ερωτικές σχέσεις με άτομο μολυσμένο με ηπατίτιδα C. Η μετάδοση είναι σπάνια σε άτομα με σταθερούς ερωτικούς συντρόφους (1%), αλλά αυξάνει σε άτομα με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους, κατά τη διάρκεια οξείας νόσησης και σε συνύπαρξη ερπητικής λοίμωξης των γεννητικών οργάνων.
- τατουάζ ή τρύπημα σημείων του σώματος με μη αποστειρωμένα εργαλεία, μολυσμένα με τον ιό της ηπατίτιδας C
- συμβίωση με άτομο που έχει ηπατίτιδα C και η κοινή χρήση διαφόρων προσωπικών αντικειμένων, όπως ξυραφάκια, οδοντόβουρτσες, νυχοκόπτες κτλ. (Χουρδάκη, 1989).

Ο ιός της ηπατίτιδας C **δεν** μεταδίδεται:

- με νερό, τροφή
- σκεύη μαγειρικά ή εστίασεως
- τουαλέτες
- με την κοινωνική επαφή (χειραψία, αγκαλιά, φιλί, βήχας, φτέρνισμα)
- με το θηλασμό (μητέρες με ηπατίτιδα C θα πρέπει να σταματούν τον θηλασμό μόνο εάν έχουν στις θηλές τους πληγές που αιμορραγούν.

2.9.4.3.Η εξέλιξη της ηπατίτιδας C

Το χρονικό διάστημα από τη στιγμή της μόλυνσης μέχρι την εμφάνιση συμπτωμάτων κυμαίνεται για την ηπατίτιδα C από 30-90 ημέρες (περίοδος επώασης). Μόνο ένα ποσοστό 25-35% των ατόμων με οξεία ηπατίτιδα C έχει συμπτώματα, όπως αδυναμία, κόπωση, ανορεξία, ενώ μερικοί μπορεί να εμφανίσουν ίκτερο. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (75-85%) δεν θα καταφέρει να αποβάλει τον ιό και θα αναπτύξει χρόνια ηπατίτιδα C, μην έχοντας απολύτως κανένα σύμπτωμα. Για τους περισσότερους ασθενείς υπάρχει ένα μέσο χρονικό διάστημα 13 ετών για την ανάπτυξη συμπτωμάτων (Κουσκούκης, 1986).

Γενικά, στους 100 ασθενείς με ηπατίτιδα C:

- 15-25 θα ιαθούν, αποβάλλοντας τον ιό εντός 2-6 μηνών
- 75-85 θα αναπτύξουν μακροχρόνια λοίμωξη
- 70 θα αναπτύξουν χρόνια ηπατική νόσο
- 5-15 θα εμφανίσουν κίρρωση μετά από 20-30 χρόνια
- <3% των ατόμων θα πεθάνει από τις επιπτώσεις της χρόνιας ηπατικής νόσου (ηπατοκυτταρικός καρκίνος και κίρρωση) Ανάπτυξη κίρρωσης συμβαίνει πιο συχνά σε μεσήλικες από ότι σε νέους. Η ταυτόχρονη παρουσία ηπατίτιδας B ή λοίμωξης από τον ιό του AIDS, καθώς και η κατάχρηση αλκοόλ, είναι παράγοντες που επιταχύνουν την εξέλιξη της ηπατικής νόσου προς κίρρωση.

2.9.4.4.Μέτρα προφύλαξης ενάντια στην ηπατίτιδα C

- Όχι χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών
- Όχι κοινή χρήση προσωπικών αντικειμένων (π.χ. ξυραφάκια, οδοντόβουρτσες, νυχοκόπτες)
- Χρήση προφυλακτικού κατά τη σεξουαλική επαφή. Ο ιός της ηπατίτιδας C μπορεί να μεταδοθεί με τη σεξουαλική επαφή, αλλά αυτό συμβαίνει σπάνια. Ασθενείς με σταθερούς συντρόφους δε χρειάζεται να χρησιμοποιούν προφυλακτικό (αν και η χρήση του μειώνει τον κίνδυνο μετάδοσης), κάτι που συστήνεται σε όσους ασθενείς

έχουν πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους. Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι η χρήση του προφυλακτικού προστατεύει και από άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως AIDS, ηπατίτιδα Β, σύφιλη, γλαμύδια, κτλ.

- Οι επαγγελματίες υγείας να χρησιμοποιούν γάντια και ο χειρισμός, όπως βελόνες, σύριγγες και άλλα αιχμηρά αντικείμενα να πραγματοποιείται με ασφάλεια.
- Προσοχή στους κινδύνους για την υγεία, εάν πρόκειται να πραγματοποιηθεί τατουάζ ή τρύπημα σημείων του σώματος. Κίνδυνος μόλυνσης από εργαλεία που θα χρησιμοποιηθούν, τα οποία δεν έχουν αποστειρωθεί σωστά κι εάν δε λαμβάνονται όλα τα μέτρα υγιεινής εκ μέρους του επαγγελματία (π.χ. πλύσιμο χεριών, χρήση γαντιών μιας χρήσης).

Σε περίπτωση που είναι κάποιος φορέας ηπατίτιδας C:

- Δεν πρέπει να γίνει αιμοδότης ή δωρητής οργάνων
- Να μην μοιράζεται προσωπικά του αντικείμενα που μπορεί να φέρουν αίμα επάνω τους με άλλα άτομα (π.χ. ξυραφάκια, οδοντόβουρτσες, νυχοκόπτες)
- Κάθε ανοικτή πληγή ή τραύμα να είναι καλυμμένη και σε περίπτωση που υπάρχουν σταγονίδια αίματος καθαρίστε τα με αδιάλυτη χλωρίνη
- Οι ασθενείς με ηπατίτιδα C δεν θα πρέπει να υποβάλλονται σε κανενός είδους περιορισμό στην εργασία τους ή την άθληση και δε χρειάζεται να χρησιμοποιούν ατομικά σκεύη φαγητού, πετσέτες ή ατομικές τουαλέτες
- εμβολιαστείτε για την ηπατίτιδα Α και Β. Εμβόλιο για την ηπατίτιδα C +EN υπάρχει (Mosby, 2004).

2.10. Παρασιτικές λοιμώξεις

2.10.1. Φθειριάσεις (PTHIRIASIS)

2.10.1.1. Γενικά

Η ψείρα είναι ένα άπτερο έντομο και ανήκει στα παράσιτα των θηλαστικών. Τα διάφορα είδη των ψειρών παρουσιάζουν μεγάλη ειδικότητα ως προς τον ξενιστή (Host- Specific) και κανονικά δεν μπορούν να επιβιώσουν σε άλλο ζώο. Στο άνθρωπο παρασιτούν δυο είδη ψείρας, η ψείρα του εφηβαίου (Phthirus Pubis) που εμφανίζεται στη γεννητική ζώνη και η ψείρα του ανθρώπου (Pediculus Humanus Capitis), η οποία παρουσιάζεται στο τριχωτό της κεφαλής αλλά και στο σώμα. Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θα γίνει αναφορά στη ψείρα του εφηβαίου (Χουρδάκη Μ, 1989).

2.10.1.2. Φθειρίαση του εφηβαίου

Η ψείρα του εφηβαίου είναι ένα στρογγυλό έντομο και η ανατομική μορφή του μοιάζει με κάβουρα παρουσιάζοντας πολύ δυνατά νύχια και για στόμα έχει ένα ρύγχος. Η διάρκεια της ζωής του είναι περίπου 25 ημέρες. Κατά την περίοδο αυτή, τα θηλυκά γεννούν 7-10 ωάρια τη μέρα που παραμένουν προσκολλημένα στις τρίχες του εφηβαίου με τη βοήθεια ενός περιβλήματος από χιτίνη. Τα ωάρια αυτά εκκολάπτονται σε διάστημα 10 ημερών. Τα αυγά είναι ωοειδή και μοιάζουν σαν κάψουλες με καπάκι. Το ρύγχος που έχει το βοηθάει να τρέφεται εισχωρώντας το μέσα στα τριχοειδή αγγεία του δέρματος και απομυζώντας αίμα σε τακτά χρονικά διαστήματα (Habif Mosby 2004).

2.10.1.3. Κλινική εικόνα

Ο ασθενής παρουσιάζει έναν έντονο κνησμό στη ηβική χώρα και στη συνέχεια εμφάνιση δρυφάδων, διαβρώσεων και αιματογενών εφελκίδων. Οι βλάβες της νόσου είναι γκριζοκύανες κηλίδες, οι οποίες προκαλούνται από τη μεταβολή αιμοχρωστικών στη θέση των δειγμάτων του παρασίτου και έχουν διάμετρο 3-5mm. Όταν ένας ασθενής εμφανίζει εξαιρετικά έντονη ευαισθησία στα τσιμπήματα, τότε οι βλάβες που μπορεί να και πομφολυγώδεις.

Οι περιοχές του ανθρώπινου σώματος που αποικεί είναι το εφηβαίο, αλλά μπορεί να επεκταθεί στο υπογάστριο, τους μηρούς και τα πλάγια του θώρακα. Στους άνδρες όμως μόνο, λόγω των τριχών, μπορεί να προχωρήσει στην κοιλιά, τις μασχάλες, το γένειο, τις βλεφαρίδες και τα φρύδια. Γενικά προτιμά τις περιοχές που υπάρχουν τρίχες. Η απόσταση που μπορεί να μετακινηθεί ένα τέτοιο παράσιτο είναι πολύ μικρή από το σημείο της πρώτης εγκατάστασης. Η συγκεκριμένη νόσος εμφανίζεται και στα δυο φύλα και η επίπτωσή της εξαρτάται από το βαθμό της υγιεινής της σεξουαλικής ζωής. Μεταδίδεται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή, αλλά υπάρχουν και περιπτώσεις που η μετάδοση μπορεί να γίνει από τα ρούχα, τις πετσέτες, τα κλινოსκεπάσματα αλλά και τις τρίχες που πέφτουν (Κουσκούκης, 1986). Για τον εντοπισμό τους αρκεί ένας μεγεθυντικός φακός και προσεκτική εξέταση της περιοχής που παρουσιάζει ως πρώτο σύμπτωμα έντονο κνησμό. Τότε θα διακρίνουμε τα έντομα προσκολλημένα σταθερά πάνω στην επιδερμίδα. Επίσης, το εσώρουχο του ασθενούς παρουσιάζει σκουρόχρωμους κόκκους που μοιάζουν με μαπαρούτι (Χουρδάκη, 1989).

2.10.2.4. Θεραπεία

Η θεραπεία της φθειρίασης του εφηβαίου είναι παρόμοια με εκείνη για τις ψείρες του κεφαλιού. Υπάρχουν πολλά αποτελεσματικά φάρμακα που σκοτώνουν τις ψείρες με τοπική αγωγή. Μετά από κάθε θεραπεία ο ασθενής αλλάζει εσώρουχα και ρούχα (Κουσκούκης, 1986).

Επειδή οι ψείρες ή τα αυγά μπορεί να παραμένουν σε ρούχα, πετσέτες, κλινοσκεπάσματα, αυτά που χρησιμοποιήθηκαν 2-3 ημέρες πριν την θεραπεία, πλένονται σε πλυντήριο στο καυτό πρόγραμμα και σιδερώνονται.

Οι σεξουαλικοί σύντροφοι του ασθενούς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ταυτόχρονα. Σε συμμετοχή των βλεφαρίδων, ένα παχύ στρώμα βαζελίνης θα πρέπει να εφαρμόζεται δύο φορές ημερησίως για 8 ημέρες, ακολουθούμενο από τη μηχανική απομάκρυνση τυχόν εναπομεινουσών κόνιδων.

Η φλουορεσκεΐνη είναι επίσης αποτελεσματική. Ενδύματα και σκεπάσματα θα πρέπει να πλένονται, να στεγνώνουν σε στεγνωτήριο και να σιδερώνονται (Χατζηναστασίου, 2010).

2.10.2. Ψώρα (Scabies)

2.10.2.1. Γενικά

Η ψώρα είναι μια κνησμώδης μεταδοτική δερματοπάθεια που οφείλεται στο ακάρι της ψώρας (*Sarcoptes Scabiei Hominis*). Το παράσιτο είναι λευκό και ημισφαιρικό, πάνω στο σώμα του διακρίνονται εγκάρσιες πτυχώσεις, έχει καφεοειδείς τρίχες στη ράχη του και 4 ζεύγη πολύ κοντών ποδιών. Οι διαστάσεις του θηλυκού είναι 0,4x0,3mm, ενώ το αρσενικό είναι λίγο πιο μικρό 0,2x0,15mm. Το ακάρι της ψώρας ζει στην επιδερμίδα του ανθρώπινου σώματος και πιο συγκεκριμένα το γονιμοποιημένο θηλυκό ανοίγει μια σήραγγα στην κεράτινη στιβάδα της επιδερμίδας, την οποία επεκτείνει κάθε μέρα ανά 2mm περίπου και τοποθετεί 2-3 αυγά. Συνολικά γεννά 10-25 αυγά και στη συνέχεια πεθαίνει. Από αυγά εκκολάπτονται οι νύμφες μετά από 3-4 ημέρες, οι οποίες περιπλανώνται στην επιφάνεια της επιδερμίδας και σχηματίζουν αβαθείς θύλακες στον αρχικό ξενιστή ή σε κάποιο νέο (Χουρδάκη, 1989).

Τα ακάρια είναι σεξουαλικά έτοιμα- μετά από 14-17 μέρες από την τοποθέτηση των αυγών-, με αποτέλεσμα το θηλυκό να ξεκινά τον κύκλο της νέας γενιάς, ενώ το αρσενικό πεθαίνει γρήγορα. Ο μέσος όρος των ενήλικων ακάρων που παρασιτούν σε έναν ασθενή είναι περίπου 11. Η διάρκεια ζωής του μακριά από το ανθρώπινο σώμα δεν μπορεί να υπερβεί τις 4 μέρες, τα αυγά του όμως, ζουν περισσότερο (Mosby, 2004).

2.10.2.2. Κλινική εικόνα

Ο χρόνος επώασης κυμαίνεται από 10 ημέρες έως 4 εβδομάδες για την ευαισθητοποίηση του ασθενή και στη συνέχεια εμφανίζεται το κυριότερο σύμπτωμα ο έντονος κνησμός ιδιαίτερα τη νύχτα ή μετά από ζεστό μπάνιο ή έντονη σωματική εργασία. Η εμφάνιση των βλαβών εξαρτάται από τη διάρκεια μόλυνσης, την ατομική υγιεινή καθώς και την ευαισθητοποίηση του ατόμου. Οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου είναι ανάλογες με την αλλεργική

ευαισθητοποίηση του ατόμου. Από τις βλάβες μόνο οι σήραγγες και οι φυσαλίδες συνδέονται άμεσα με την παρουσία ακάρεων, ενώ οι υπόλοιπες είναι αποτέλεσμα του ξεσμού, της αλλεργικής ευαισθητοποίησης του ασθενή καθώς και των δευτερογενών λοιμώξεων των βλαβών (Χατζηαναστασίου, 2010).

Οι βλάβες αυτές διακρίνονται στις εξής:

- ο Στις πρωτογενείς, οι οποίες είναι οι σήραγγες και οι φυσαλίδες.

Οι σήραγγες μετατρέπονται σε αύλακες, όταν αποσπάται η οροφή τους από το ξύσιμο. Σαν εικόνα παρουσιάζονται λευκωπές ή ρυπαρές ανάλογα με το βαθμό καθαριότητας του ατόμου, ακολουθώντας μια σιγμοειδή ή ζιγκ-ζαγκ πορεία, μήκους περίπου 5-15mm. Το τυφλό άκρο της κάθε σήραγγας εμφανίζεται σαν μια μικρή γκριζωπή κηλίδα ή μαργαριτοειδής διόγκωση ή μαργαριτοειδής φυσαλίδα, η οποία περιέχει το ακάρι. Οι φυσαλίδες αυτές δημιουργούνται στο τελικό άκρο της σήραγγας.

Ο εντοπισμός μιας σήραγγας μπορεί να γίνει με τη διαγραφή της τοποθετώντας μια σταγόνα μελάνης στο στόμιο της, η οποία θα εισχωρήσει μέσα σ' αυτή και θα την κάνει εμφανή μετά τον καθαρισμό της περιστείας.

Οι βλάβες αυτές δημιουργούνται στις μεσοδακτύλιες πτυχές, στις παλάμες, στο ωλένιο χείλος των χεριών και στους καρπούς. Ειδικότερα, στον άνδρα εντοπίζονται στην πύσθη και στη βάλανο, ενώ στη γυναίκα στην άλω του μαστού.

- ο Στις δευτερογενείς βλάβες

Είναι ένας μεγάλος αριθμός κνιδωτικών βλατίδων που παρουσιάζονται συνήθως στους μηρούς, στο υπογάστριο και τους γλουτούς. Επίσης από τον ξεσμό εμφανίζονται δρυφάδες, δευτερογενείς λοιμώξεις και εκζεματοποίηση των βλαβών. Τέλος, διηθημένα και φλεγμονώδη οζίδια, ερυθροκαστανόχροα και διαμέτρου 12mm είναι δυνατόν να εμφανιστούν σε κάποιους ασθενείς. Οι συγκεκριμένες βλάβες δημιουργούνται στη μασχάλη, στο όσχεο, στο επιγάστριο, στο στήθος, στις βουβωνικές χώρες και στο πέος. Τα οζίδια αυτά είναι πολύ κνησμώδη και μπορεί να επιμένουν για εβδομάδες ή και μήνες μετά την ίαση της νόσου.

Η μετάδοση τη ψώρας πραγματοποιείται από γονιμοποιημένα παράσιτα, τα οποία μεταδίδονται με την άμεση επαφή όπως η ερωτική επαφή ή άτομα που κοιμούνται μαζί με μολυσμένα ρούχα και κλινισκεπάσματα. Για τους λόγους αυτούς μπορούν να προσβληθούν ολόκληρες οικογένειες, στρατόπεδα, οικοτροφεία και άλλα (Κουσκούκης, 1986).

2.10.2.3. Θεραπεία

Η θεραπεία της ψώρας είναι απλή αλλά πρέπει να γίνεται με σχολαστικότητα. Περιλαμβάνει επάλειψη ολόκληρου του σώματος με ειδική αντιψωριακή λοσιόν.

Τα περισσότερα άτομα μπορούν να κάνουν θεραπεία με κρέμα ή λοσιόν που αλείφεται στο δέρμα και σκοτώνει τα ζωντανά παράσιτα. Θα πρέπει να συμβουλευτείτε γιατρό για να αποφασίσει την καταλληλότερη θεραπεία. Τα φάρμακα που χορηγούνται τοπικά είναι καλύτερα να εφαρμόζονται μετά από μπάνιο. Εκτός από τη θεραπεία που κάνει το άτομο που έχει προσβληθεί, πρέπει να κάνουν και τα άλλα μέλη της οικογένειας για το ίδιο διάστημα. Επίσης πρέπει να πλυθούν σε υψηλές θερμοκρασίες όλα τα κλινοσκεπάσματα (Χατζηαναστασίου Χ, 2010).

2.11. Μυκητιασικές λοιμώξεις

2.11.1. Μονιλίαση των γυναικών

2.11.1.1. Γενικά

Η μονιλίαση ή περισσότερο γνωστή ως καντιντίαση των γυναικών είναι λοίμωξη των γεννητικών οργάνων, που οφείλεται στους ζυμομύκητες του γένους *Candida* με κύριο εκπρόσωπο την *Candida albicans* (ωίδιον το λευκάζον ή μονίλια). Σπάνια ενοχοποιούνται άλλα είδη του μύκητα αυτού. Είναι γνωστό ότι η *Candida* αποτελεί φυσιολογικό σαπρόφυτο των βλεννογόνων στοματικής κοιλότητας, του κόλπου και του γαστρεντερικού σωλήνα και η λοίμωξη συνήθως προέρχεται από ενδογενείς παράγοντες. Τρόποι μετάδοσης και ανάπτυξης:

Η *Candida* μεταδίδεται πολύ εύκολα με τη σεξουαλική επαφή, αλλά η μετάδοση ή ανάπτυξή της μπορεί να γίνει με τους εξής τρόπους :

- Μετάδοση από τον πρωκτό : Λόγω της ανατομίας της περιγεννητικής περιοχής, στελέχη του μικροβίου που παρασιτούν στο έντερο μπορούν πολύ εύκολα μέσω του πρωκτού να περάσουν στον κόλπο, ειδικά σε γυναίκες με πλημμελή καθαριότητα.
- Το μικρόβιο αναπτύσσεται μόνο του στον κόλπο μετά από λήψη αντιβιοτικών ευρέως φάσματος, όπως οι τετρακυκλίνες.
- Μετά από ορμονικές επιδράσεις, όπως εγκυμοσύνη, λήψη αντισυλληπτικών από το στόμα.
- Κάτω από την επίδραση συνθηκών υγρασίας του περιβάλλοντος, όπως τα καλοκαιρινά θαλάσσια μπάνια, η χρήση συνθετικών εσωρούχων που δημιουργούν εφίδρωση κ.λπ.
- Έντονος ερεθισμός της περιοχής μετά από φλεγμονές, έντονο σεξ (Χατζηαναστασίου, 2010).

2.11.2.2. Κλινική εικόνα

Ο χρόνος επώασης είναι άγνωστος, αφού οι ζυμομύκητες είναι δυνατόν να έχουν εγκατασταθεί στα γεννητικά όργανα πολύ προ της εμφάνισης των συμπτωμάτων. (Κουσκοούκης Κ. 1986). Αρχικά, η ασθενής αισθάνεται ένα ελαφρό και παροδικό κνησμό στα έξω γεννητικά όργανα. Με την πάροδο του χρόνου, όμως, ο κνησμός γίνεται μόνιμος και έντονος, ενώ τα χείλη του αιδοίου παρουσιάζουν διάχυτη ερυθρότητα και οίδημα. Από τον κόλπο εκκρίνεται ένα παχύρρευστο, λευκοκίτρινο, πυώδες υγρό με χαρακτηριστική δυσάρεστη οσμή. α τοιχώματα του κόλπου εμφανίζονται ερεθισμένα και η ασθενής έχει ένα έντονο αίσθημα ξηρότητας, σε σημείο ώστε η συνουσία να γίνεται επώδυνη. Το PH του κόλπου είναι πολύ όξινο (κάτω από 4,5). Η φλεγμονή μπορεί να επεκταθεί προς τις μηρογεννητικές πτυχές, το εφηβαίο και το περίνεο και να προκληθεί μονιλίαση των περιοχών αυτών (Χατζηαναστασίου, 2010).

2.11.2.3. Διάγνωση

Η διάγνωση στηρίζεται στη χαρακτηριστική κλινική εικόνα και επιβεβαιώνεται εργαστηριακά με την καλλιέργεια του κολπικού εκκρίματος για την ανεύρεση της Candida.

2.11.2.4. Πρόγνωση

Οι υποτροπές της νόσου είναι πολύ συχνές και η αντιμετώπιση τους δεν είναι πάντα ικανοποιητική.

2.11.3. Μονιλίαση των ανδρών

2.11.3.1. Γενικά

Οι πιο συχνές κλινικές εκδηλώσεις της μονιλίασης στους άνδρες είναι η βαλανίτιδα και η βαλιανοποσθίτιδα. Περίπου οι μισοί από τους ερωτικούς συντρόφους των γυναικών με μονιλίαση είναι φορείς του μικροβίου και ένα μεγάλο ποσοστό από αυτούς εμφανίζουν συμπτώματα. Ο διαβήτης, η διαβροχή και η κακή υγιεινή είναι σημαντικοί προδιαθεσικοί παράγοντες για την ανάπτυξη της νόσου, ενώ άτομα που δεν έχουν υποβληθεί σε περιτομή εμφανίζουν τη νόσο πολύ συχνότερα (Χατζηαναστασίου, 2010).

2.11.3.2. Κλινική εικόνα

Τα συμπτώματα εμφανίζονται αμέσως μετά την επαφή και χαρακτηρίζονται από διάχυτο ερύθημα της βαλάνου, κηλιδοβλατιδώδεις βλάβες, διαβρώσεις ή μεμονωμένα φυλκταινίδια στην επιφάνειά της. Η ακροποσθία παρατηρείται ερεθισμένη, ενώ εμφανίζεται δυσκολία στην προς τα πίσω έλξη της. Συγχρόνως μπορεί να εμφανισθεί οροπυώδες έκκριμα κάτω από αυτήν. Αν τα συμπτώματα είναι ήπια, μπορεί να

υποχωρήσουν μέσα σε λίγες ημέρες, χωρίς να ανησυχήσουν περισσότερο τον ασθενή. Αλλιώς, μπορεί η λοίμωξη να προχωρήσει προς την ουρήθρα και να προκαλέσει ουρηθρίτιδα από *Candida*, η οποία συνοδεύεται από κνησμό, κάψιμο και ελαφρά απέκκριση (Κουσκούκης, 1986).

2.11.3.3. Διάγνωση

Η διάγνωση βασίζεται στο ιστορικό, την κλινική εικόνα και την μικροσκοπική εξέταση ή καλλιέργεια του επιχρίσματος της βαλάνου σε ειδικό θρεπτικό υλικό.

2.11.3.4. Πρόγνωση

Η πρόγνωση είναι πολύ καλή και οι υποτροπές σπάνιες (Κουσκούκης, 1986).

2.12. Πρωτοζωικές λοιμώξεις

2.12.1. Τριχομονάδωση

2.12.1.1. Γενικά

Τριχομονάδωση ονομάζεται η μόλυνση των γεννητικών οργάνων ανδρών και γυναικών από την τριχομονάδα του κόλπου. Το πρωτόζωο *Trichomonas vaginalis* είναι μονοκύτταρος οργανισμός με κυματοειδή κυτταρική μεμβράνη και 4 μαστίγια με τα οποία κινείται. Η τριχομονάδα προσβάλλει το επιθήλιο της ουρήθρας των ανδρών και του κόλπου και της ουρήθρας των γυναικών. Περίπου το 1/4 των σεξουαλικά ενεργών γυναικών ηλικίας από 16-35 ετών έχει κάποια τριχομοναδική λοίμωξη. Στους άνδρες εντυπωσιακή είναι η συχνότερη εμφάνιση της λοίμωξης σε ηλικίες άνω των 30 ετών (Χατζηαναστασίου, 2010).

2.12.1.2. Κλινική εικόνα

Ποσοστό 10-50% των γυναικών και η πλειονότητα των ανδρών με τριχομονάδωση δεν παρουσιάζουν κανένα σύμπτωμα. Όταν η παθολογική κατάσταση μπορεί να προσδιορισθεί, ο χρόνος επώασης είναι 5-28 ημέρες. Στις συμπτωματικές γυναίκες εμφανίζεται εκροή πυκνόρρευστου εκκρίματος από τον κόλπο με χρώμα γκρίζο ή κιτρινωπό και με χαρακτηριστικές μικρές φυσαλίδες αέρα. Η ασθενής παρουσιάζει φαινόμενα δυσουρίας και τα τοιχώματα του κόλπου εμφανίζουν έντονο ερεθισμό στικτές μικροαιμορραγίες που επεκτείνονται στον τράχηλο της μήτρας. Στους λίγους συμπτωματικούς άνδρες εμφανίζεται μία ελαφρά μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα με έκκριμα πυώδες ή βλεννοπυώδες. Σε μερικές περιπτώσεις, η τριχομονάδα προκαλεί διαβρωτική βαλανίτιδα (Κουσκούκης, 1986).

2.12.1.3. Διάγνωση

Η διάγνωση τίθεται με την ανεύρεση του μαστιγοφόρου πρωτόζωου μετά από εξέταση μικρής ποσότητας εκκρίματος με φυσιολογικό ορό NaCl 0,9%. Στο μικροσκόπιο φαίνονται οι χαρακτηριστικές κινήσεις της τριχομονάδας. Η καλλιέργεια είναι πιο αξιόπιστη, ενώ ο ανοσοφθορισμός σεσημασμένων μονοκλωνικών αντισωμάτων είναι πιο ευαίσθητη μέθοδος.

2.12.1.4. Θεραπεία

Η θεραπεία των τριχομονάδων περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και αυστηρή αποχή από το αλκοόλ κατά τη διάρκεια της θεραπείας λόγω παρενεργειών. Η θεραπεία εκριζώνει το παράσιτο με την προϋπόθεση ότι θα εφαρμοστεί και στον ερωτικό σύντροφο προκειμένου να εξαλειφτεί το ενδεχόμενο επαναμόλυνσης.

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ

3.1. Πρόληψη

Η μόνη 100% αποτελεσματική μέθοδος πρόληψης είναι η αποχή από το σεξ. Επειδή όμως αυτό και ανέφικτο είναι και ανεπιθύμητο για τη πλειονότητα των ανθρώπων, ο περιορισμός της εναλλαγής ερωτικών συντρόφων και η χρήση προφυλακτικών μπορεί να προσφέρει ουσιαστική προστασία κατά των κονδυλωμάτων (Χατζηαναστασίου, 2010).

Πρέπει να τονιστεί ότι το προφυλακτικό από μόνο του μειώνει τις πιθανότητες μετάδοσης αλλά σε καμιά περίπτωση δεν προσφέρει πλήρη προστασία για τον απλούστατο λόγο ότι δεν καλύπτει πάντοτε όλη την επιφάνεια του δέρματος που έχει μολυνθεί ή που ενδέχεται να έρθει σε άμεση επαφή με τις δερματικές βλάβες του/της συντρόφου. Επιπλέον, αν αναλογιστεί κανείς το γεγονός ότι ο HPV μπορεί να μεταδοθεί χωρίς την ύπαρξη εμφανών βλαβών και τις μελέτες που δείχνουν ότι ο αριθμός των ερωτικών συντρόφων μιας γυναίκας σχετίζεται με τον κίνδυνο να προσβληθεί από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (ελέω HPV), αντιλαμβάνεται τη σημασία της υιοθέτησης μιας υπεύθυνης στάσης ως προς τη ερωτική ζωή και κυρίως της ενημέρωσης χωρίς αίσθημα ντροπής ή ενοχής (Κουσκούκης, 1986).

8 οδηγίες πρόληψης από μολύνσεις κατά το σεξ

1. Μάθε πώς να χρησιμοποιείς τα προφυλακτικά σωστά.
2. Εάν χρησιμοποιείς ένα λιπαντικό, βεβαιώσου ότι είναι με βάση το νερό.
3. Απέφυγε την ανταλλαγή πετσέτας ή εσωρούχων.
4. Ούρησε μετά τη σεξουαλική πράξη.
5. Πλύσου με νερό πριν και μετά τη συνουσία.
6. Ρώτησε το γιατρό σου για το εμβόλιο κατά της ηπατίτιδα Β (τρεις δόσεις).
7. Απόφυγε το υπερβολικό αλκοόλ πριν από το σεξ ή το σεξ με άτομα υπό την επήρεια αλκοόλ ή εξαρτησιογόνων ουσιών. Τα άτομα αυτά συχνά αποτυγχάνουν να έχουν ασφαλείς σεξουαλικές επαφές.
8. Εξετάσου για τον HIV, εάν πιστεύεις ότι έχεις εκτεθεί. Και μην ξεχνάς ότι μία αρνητική εργαστηριακή εξέταση για ορισμένα νοσήματα (π.χ. τον ιό του AIDS) μπορεί να δείξει θετικό αποτέλεσμα πολύ αργότερα. Ρώτησε ειδικό γιατρό αμέσως, αν νομίζεις ότι έχεις εκτεθεί.

3.2 Ανδρικό προφυλακτικό

Τα προφυλακτικά, τα οποία ανήκουν στις μεθόδους φραγμού, έχουν ποσοστό επιτυχίας γύρω στο 97%, όταν γίνεται σωστή χρήση, ενώ το ποσοστό πέφτει στο 79-80% σε αντίθετη περίπτωση. Είναι από υλικό λάτεξ, ενώ παράλληλα εμπεριέχουν και κάποια σπερματοκτόνο ουσία, με σκοπό τη μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητάς τους.

Πλεονεκτήματα χρήσης προφυλακτικών:

- η ευκολία απόκτησής του
- το χαμηλό κόστος
- το γεγονός ότι αναγκάζουν τους άνδρες να συμμετάσχουν στη διαδικασία της αντισύλληψης
- Το ότι αποτελούν το πιο ασφαλές μέτρο πρόληψης για το AIDS

3.3 Ιατρικός προληπτικός έλεγχος

Οι τακτικές προγραμματισμένες επισκέψεις στον γιατρό (π.χ. γυναικολόγος) βοηθάνε στην έγκαιρη διάγνωση Σ.Μ.Ν. και στην αποφυγή της μετάδοσης τους. Ο άνθρωπος πρέπει να προσέχει την σωματική του υγιεινή και αυτό πρέπει να γίνει μια ρουτίνα από όλους.

Η οικονομική κρίση αποτρέπει τους νέους να εξετάζονται συχνά, παρόλα αυτά υπάρχουν φορείς που παρέχουν δωρεάν εξετάσεις για Σ.Μ.Ν. (Μητρομάνα., 2012).

3.4 Η υπεύθυνη και επαγγελματική συμπεριφορά των ατόμων που εργάζονται στους τομείς της υγείας και της αισθητικής.

Επαγγελματίες που χρησιμοποιούν αιχμηρά αντικείμενα ή αντικείμενα που έρχονται σε επαφή με βλεννογόνους (οδοντίατροι, νοσηλεύτές) πρέπει να είναι πολύ προσεχτικοί και αυστηροί με τους κανόνες αποστείρωσης και απολύμανσης των αντικείμενων, με την χρήση προστατευτικών μέσων για την αποφυγή μετάδοσης Σ.Μ.Ν.(Κουσκούκης, 1986).

3.5 Εμβόλια

Υπάρχουν εμβόλια που προστατεύουν από κάποια ιογενή σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως η ηπατίτιδα Α, ηπατίτιδα Β και ορισμένοι τύποι του ιού HPV. Ο εμβολιασμός πριν από την έναρξη της σεξουαλικής επαφής συνιστάται να διασφαλίσει τη μέγιστη προστασία (Μητρομάνα, 2012).

3.6 Αγωγή σεξουαλικής υγείας στους νέους

3.6.1.Γενικά

Η αγωγή για τα Σ.Μ.Ν. πρέπει να βασίζεται σε γεγονότα και οι συζητήσεις να γίνονται σε μικτές τάξεις, πριν τα παιδιά φτάσουν στην ηλικία της ήβης. Αυτή η εκπαιδευτική εμπειρία μπορεί να αποτρέψει μερικούς από το να αναζητήσουν αργότερα το τυχαίο σεξ, και να παρακινήσει αυτούς που επιδιώκουν το ελεύθερο σεξ να ζητήσουν ιατρική βοήθεια χωρίς φόβο ή ντροπή, σε περίπτωση που προσβληθούν από ένα Σ.Μ.Ν. Μόνο η πράξη θα δείξει, αν από μόνη της η εκπαίδευση θα μπορέσει να μειώσει την εμφάνιση των Σ.Μ.Ν. Σίγουρα όμως δε θα αυξήσει το τυχαίο σεξ, «ούτε θα προκαλέσει τριγμούς στο κοινωνικό οικοδόμημα», όπως υποστηρίζουν μερικοί συντηρητικοί (Χουρδάκη, 1989).

Η αποδοχή της υποχρεωτικής αναφοράς και ανίχνευσης από εκπαιδευόμενους και προσεκτικά επιλεγμένους υγειονομικούς υπαλλήλους θα γινόταν ευκολότερα αποδεκτή, αν η λανθασμένη γνώση του κόσμου όσον αφορά τη φύση των Σ.Μ.Ν., άλλαξε μέσα από μια πιο εύστοχη ενημέρωση. Θα έπρεπε, επίσης, να αρχίσει εκστρατεία ενημέρωσης δια του ραδιοφώνου, της τηλεόρασης και του περιοδικού τύπου, έτσι ώστε να πεισθούν οι ομάδες υψηλού κινδύνου, και ιδιαίτερα ορισμένοι ομοφυλόφιλοι άνδρες και οι εκδιδόμενες γυναίκες, να ζητούν οικειοθελώς ιατρική εξέταση σε τακτά χρονικά διαστήματα (Μητρομάνα, 2012).

Κάθε άτομο, που έπειτα από μια σεξουαλική επαφή νομίζει ότι μπορεί να έχει κολλήσει ένα Σ.Μ.Ν., πρέπει να επισκέπτεται γιατρό ή νοσοκομείο για να κάνει ανάλογες εξετάσεις χωρίς κανένα φόβο ή ντροπή.

Παράλληλα με αυτά τα μέτρα χρειάζεται επειγόντως και ιατρική έρευνα. Η επιστήμη έχει ανακαλύψει έχει δώσει στην παραγωγή, αρκετά εμβόλια. Αν υπήρχαν τα διαθέσιμα κεφάλαια, θα ήταν δυνατόν να βρεθούν εμβόλια κατά της βλεννόρροιας, του έρπητος, της μη γονοκκοκικής ουρηθρίτιδας και της σύφιλης, μέσα σε σχετικά μικρό χρονικό διάστημα. Είναι αλήθεια πως η απειλή της κοινωνίας από την εξάπλωση του AIDS οδήγησε στη διάθεση αξιόλογων κονδυλίων για την έρευνα και την ανακάλυψη της θεραπείας του ιού αυτού. Έως ότου βρεθεί το εμβόλιο που θα προστατεύει το άτομο απ' αυτές τις ασθένειες, η μόνη προστασία είναι να έχει κανείς ασφαλείς σεξουαλικές επαφές. Και ασφαλείς σεξουαλικές επαφές σημαίνει περιορισμό των σεξουαλικών συντρόφων, και κατά προτίμηση σε έναν, ενώ αν κάποιος επιλέξει το τυχαίο σεξ, να βεβαιωθεί ότι ο άνδρας χρησιμοποιεί προφυλακτικό.

Σημαντική είναι η αντίδραση του ατόμου που έχει μολυνθεί. Μερικοί από εκείνους που προσβάλλονται από τέτοιου είδους ασθένειες πιστεύουν ότι είναι μια συνέπεια που άξιζε στη σεξουαλική συμπεριφορά τους, καθώς και μια τιμωρία για την «αμαρτωλή» σεξουαλικότητα

τους. Άλλοι, πάλι, πιστεύουν πως στάθηκαν άτυχοι και μολύνθηκαν επειδή είχαν την κακοτυχία να έλθουν σε επαφή με ένα ιδιαίτερα ισχυρό μικρόβιο (Κουσκούκης, 1986).

Από την άλλη πλευρά, μερικοί άνθρωποι πιστεύουν πως το ότι μολύνθηκαν είναι ζήτημα τιμής και σημαίνει πως είναι «πολύ άνδρες». Χρειάζεται λοιπόν διερεύνηση όλων αυτών των μύθων, έτσι ώστε να βεβαιωθούμε ότι το μολυσμένο άτομο θα συμμορφωθεί με τη θεραπεία και θα αλλάξει μερικές από τις «υψηλού κινδύνου» μορφές, σεξουαλικής συμπεριφοράς του.

3.6.2. Πολιτιστικές ευθύνες στη σεξουαλική συμπεριφορά των ελλήνων

Οι «σεξουαλικές σχέσεις», όπως ξέρουμε, χρησιμεύουν για την αναπαραγωγή αλλά και για την ανάπτυξη σχέσεων ανάμεσα σε άτομα διαφορετικού φύλου. Οι δύο αυτές έννοιες, υπήρξαν για αρκετές γενιές «αναπόσπαστα συνδεδεμένες». Σήμερα, με την ανακάλυψη ακίνδυνων και αποτελεσματικών μέσων για τον έλεγχο των γεννήσεων, δηλ. των αντισυλληπτικών, οι δύο λειτουργίες ξεχώρισαν και η σεξουαλικότητα απέκτησε ιδιαίτερη σημασία σαν μέσο διαπροσωπικών σχέσεων, ανεξάρτητα από την αναπαραγωγική ηλικία. Επομένως, πολλοί κανόνες σεξουαλικής συμπεριφοράς άλλαξαν. Χωρίς αμφιβολία, η «σεξουαλικότητα» που εκφράζει τη σεξουαλική ορμή είναι έμφυτη. Οι τρόποι όμως που βιώνεται, εκδηλώνεται και δικαιώνεται, με περισσότερη ή λιγότερη επιτυχία, μαθαίνονται. Αυτό με άλλα λόγια, που ονομάζουμε «σεξουαλική συμπεριφορά» μπορεί να επηρεαστεί παιδαγωγικά. Ο «οργασμός της γυναίκας» σε παλαιότερες κοινωνίες θεωρείτο σχεδόν σαν ολίστημα. Σήμερα, αποτελεί βιολογική πραγματικότητα αναγνωρισμένη ιατρικά. Ο «αυνανισμός» μέχρι χτες αντιμετωπιζόταν σαν κάτι παθολογικό, ενώ σήμερα θεωρείται σαν «προετοιμασία» για τη φυσιολογική σεξουαλική ζωή και ακόμη χρησιμοποιείται από την ιατρική σαν μέσο θεραπείας της σεξουαλικής ανικανότητας. Η «ομοφυλοφιλία» ταξινομεί το παλιότερα στην ψυχιατρική νοσολογία, ενώ σήμερα, δεν θεωρείται νόσος. Τέλος, πολλές «σεξουαλικές διαστροφές» θεωρούνται σήμερα από την ψυχιατρική ως απλές αποκλίσεις ή παραλλαγές της γενετήσιας συμπεριφοράς (Κουσκούκης, 1986).

Εκτός από τις σύγχρονες ιατρικές γνώσεις έχουμε και σημαντικές περιβαλλοντικές και κοινωνικές αλλαγές, όπως η νομιμοποίηση των εκτρώσεων, η εξάπλωση των μέσων μαζικής ενημέρωσης, τα φεμινιστικά κινήματα απελευθερώσεως των γυναικών, οι προγαμιαίες σεξουαλικές σχέσεις από πολύ μικρή ηλικία, οι αλλαγές στο θεσμό της οικογένειας με την αύξηση του αριθμού των διαζυγίων, και οι αλλαγές στις νομικές συνθήκες της οικογενειακής ζωής. Ίσως θα πρέπει ακόμη να επισημανθεί ότι ζούμε σε μια εποχή όπου η προκλητική και χωρίς αναστολές προβολή των ορέξεων επιβάλλει όχι προσποιημένη άγνοια, αλλά ενημέρωση. Δεν χρειάζονται πολλά επιχειρήματα για να δεχτούμε πως είναι προτιμότερη η

σεμνή, χαμηλότονη και υπεύθυνη περιγραφή και ερμηνεία των σεξουαλικών φαινομένων από τους γονείς και τους δασκάλους, παρά η εμπειρία του πεζοδρομίου. Έτσι δεν μπορεί ν' αντέξει οποιαδήποτε κριτική εναντίον της σεξουαλικής αγωγής. Εξάλλου σε όλες σχεδόν τις αναπτυγμένες χώρες υπάρχει κάποια μορφή σεξουαλικής αγωγής γεγονός που επιβεβαιώνει την αποδοχή της σε παγκόσμια κλίμακα. Σε ορισμένες χώρες είναι υποχρεωτική σε όλα τα σχολεία (Δανία, Σουηδία, Δυτική και Ανατολική Γερμανία, ορισμένες πολιτείες των Η.Π.Α.), σε άλλες χώρες υπάρχει νομοθετική κάλυψη χωρίς να υλοποιείται σε όλη την επικράτεια (Βουλγαρία, Γιουγκοσλαβία, Γαλλία, Ελβετία, Ιταλία, Πολωνία), σε άλλες δεν υπάρχει νομική αλλά η γενετήσια αγωγή είναι γενικά αποδεκτή (Μεγάλη Βρετανία, Ρωσία, Ολλανδία, οι περισσότερες πολιτείες των Η.Π.Α.). Στην Ελλάδα, στην Τουρκία και στην Κύπρο, η γενετήσια αγωγή δεν είναι απαγορευμένη, αλλά δεν έχει καθιερωθεί.

3.6.3. Νοσηλευτικές ευθύνες στη σεξουαλική αγωγή των νέων, ο ρόλος της κοινοτικής νοσηλευτικής.

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

Οι αιτίες αυτής της όξυνσης θα πρέπει να συζητηθούν.

- στην πρόωμη έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας, εξ αιτίας της αλλαγής του τρόπου ζωής και των ηθών στη σημερινή κοινωνία.
- στην άγνοια, την αδεξιότητα και την απειρία των εφήβων, επειδή πρώτη φορά ανακαλύπτουν το σώμα τους.
- στο ότι η γονιμότητα σπανιότατα επιδιώκεται στην εφηβεία.
- στον περιστασιακό και απρογραμματίστο χαρακτήρα των σχέσεων.
- στις μεγάλες κοινωνικές πιέσεις που ασκούνται στην άγαμη μητέρα, ιδιαίτερα στην έφηβη, ενώ η διακοπή της εγκυμοσύνης παραμένει παράνομη.

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

Μια έφηβη, αν μείνει έγκυος, πρέπει να διαλέξει ανάμεσα στην προκλητή έκτρωση, τον εσπευσμένο γάμο, και τη γέννηση ενός εξώγαμου παιδιού. Η απρογραμματίστη μητρότητα

στην εφηβική ηλικία σημαίνει σχεδόν αυτόματα τη διακοπή της σχολικής εκπαίδευσης. Ο εσπευσμένος γάμος αποδεικνύεται στις περισσότερες περιπτώσεις αποτυχημένος και τέτοιοι γάμοι καταλήγουν αργά ή γρήγορα, στο διαζύγιο. Η γέννηση του παιδιού φράζει περίπου οριστικά το δρόμο της μόρφωσης, ενώ η μητρότητα βιώνεται ως πεπρωμένο ή καταναγκασμός. Όσον αφορά τα εξώγαμα παιδιά, το ποσοστό τους φαίνεται να αυξάνει τα τελευταία χρόνια σε πολλές χώρες. Στη χώρα μας αντίθετα τα τελευταία 20 χρόνια έχει διαπιστωθεί σταθερότητα της αναλογίας εξώγαμων παιδιών προς νόμιμα (1-1 ½ - 100), που πιθανόν οφείλεται στη μεγάλη διάδοση των προκλητών εκτρώσεων, παρά τον παράνομο χαρακτήρα τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό γέννησης εξώγαμων παιδιών έχει παρατηρηθεί στις αστικές περιοχές και στις ηλικίες γυναικών 15-19 ετών. Η τρίτη λύση για την έφηβη έγκυο, που ίσως εφαρμόζεται και συχνότερα, είναι η διακοπή της εγκυμοσύνης. Η επέμβαση στην χώρα μας παραμένει παράνομη, με αποτέλεσμα να καλύπτεται από μυστικότητα και ενοχή. Οι κοπέλες καταφεύγουν σε διάφορα πρόσωπα – εκτός από τους γονείς τους συνήθως – για να εξοικονομήσουν τα χρήματα που χρειάζονται, ή απευθύνονται σε αναρμόδια πρόσωπα και υποβάλλονται στην επέμβαση κάτω από συνθήκες τελείως απαράδεκτες για την υγεία τους. Έτσι οι πρώτες τους ερωτικές εμπειρίες σημαδεύονται από ένα γεγονός τραυματικό ως προς την ψυχολογική επένδυσή του, σαν αναπόφευκτη συνέπεια της σεξουαλικής δραστηριότητας, αλλά και συχνά με δυσάρεστες συνέπειες για την υγεία τους. Γιατί η τεχνητή έκτρωση, ιδιαίτερα όταν διεξάγεται κάτω από ανεξέλεγκτες συνθήκες, μπορεί να επιπλακεί από φλεγμονές, συμφύσεις, αιμορραγία, ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου κλπ., που είναι αίτια στειρώσης ή αποβολών. Η αποποινικοποίηση της επέμβασης θα μειώσει οπωσδήποτε τις επιπλοκές αυτές, εφόσον η διακοπή της κύησης θα γίνεται σε οργανωμένα κέντρα, θα περιορίσει όμως και τον αριθμό των εκτρώσεων, εφόσον συνοδευτεί από μια πλατειά εκστρατεία ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του πληθυσμού στις σύγχρονες μεθόδους αντισύλληψης.

Ιδιαίτερη σημασία στην εφηβική ηλικία έχει και το πρόβλημα των αφροδισίων ή καλύτερα των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, στα οποία περιλαμβάνονται οι παθήσεις που μεταδίδονται αποκλειστικά, ή κατά κύρια λόγο, με τη γενετήσια επαφή (Κουσκούκης, 1986). Η ιδιορρυθμία, όσον αφορά τα πολύ νεαρά άτομα, είναι ότι πρόκειται, όπως και στην περίπτωση της έκτρωσης, για μια δυσάρεστη συνέπεια των πρώτων ερωτικών εμπειριών. Δυσάρεστη όχι μόνο εξ αιτίας των συμπτωμάτων και της αναγκαίας επαφής με τον ιατρικό κόσμο, αλλά εξ αιτίας της επένδυσης των παθήσεων αυτών με φόβο, ντροπή, ενοχή κλπ. Η άγνοια σε συνδυασμό με τους μύθους που διαδίδονται ακόμα, και που ανάγονται στην πριν από τα αντιβιοτικά εποχή, συμπληρώνει την εικόνα. Ο νέος ή η νέα βρίσκουν τον εαυτό τους

σε μια εξαιρετικά δύσκολη κατάσταση, επειδή η διάγνωση ενός αφροδισίου πιστοποιεί την γενετησιακή τους δραστηριότητα, την οποία θα προτιμούσαν να αποκρύψουν. Έτσι συμβαίνει συχνά να μην επισκέπτονται καθόλου γιατρό, αλλά να απευθύνονται στο φαρμακείο ή σε φίλους, με αποτέλεσμα την ανεπαρκή θεραπεία, τη χρονιότητα της φλεγμονής, και φυσικά τη διάδοση των νοσημάτων. Οι σχέσεις στην εφηβική ηλικία έχουν συχνά περιστασιακό χαρακτήρα και ο αριθμός των ασυμπτωματικών φορέων είναι σημαντικός, έτσι η διάδοση του αφροδισίου νοσήματος γίνεται πιθανότερη. Χαρακτηριστικό της ψυχολογικής και συναισθηματικής επένδυσης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων παθήσεων είναι ότι η προσβολή ενός από τους ερωτικούς συντρόφους δημιουργεί καχυποψία και εχθρικότητα προς ή από τον άλλο, που μπορεί να φτάσει μέχρι τη διάλυση ενός δεσμού.

Βέβαια η πληροφόρηση, όσο εμπειρισταωμένη και αν είναι, δεν πρόκειται ούτε να λύσει όλα τα προβλήματα της εφηβείας, ούτε να καταργήσει τις συγκρούσεις, τις ανασφάλειες, τη διερεύνηση και τα ερωτηματικά. Θα μπορούσε όμως να διευκολύνει τους νέους να μάθουν να βρίσκουν λύσεις για ορισμένα από τα προβλήματα, που θα συναντούν. Αποσκοπεί δηλαδή, στην όσο γίνεται πιο ολοκληρωμένη ανάπτυξη του ίδιου του ατόμου, και όχι στην συμμόρφωση του προς συγκεκριμένες επιταγές, που σαν μόνο αποτέλεσμα έχουν την αναπαραγωγή των σημερινών μοντέλων κοινωνικής ζωής. Τα πρότυπα αυτά ήδη αμφισβητούνται και πιθανότατα θα έχουν αλλάξει μετά 10 ή 20 χρόνια, όταν τα σημερινά άτομα της σχολικής ηλικίας θα κληθούν να επιλέξουν τον δικό τους τρόπο ζωής.

Έτσι ο εκπαιδευόμενος αφήνεται να βρει της σεξουαλική του ταυτότητα μέσα από τη δική του εμπειρία και φαντασία. Δεν «καθοδηγείται» από τον εκπαιδευτή, με την παραδοσιακή έννοια, ούτε και εξαναγκάζεται να δεχτεί παλιές ξεπερασμένες ηθικές αξίες. Από την άλλη πλευρά, η σωστή εκπαίδευση, τόσο στην οικογένεια όσο και στο σχολείο, αποτελεί σήμερα ένα απολύτως αναγκαίο αντίβαρο στον καθημερινό βομβαρδισμό των εφήβων από πρότυπα της άμεσης ή έμμεσης πορνογραφίας – διαφήμιση κλπ. – που προβάλλουν την αποπροσωποποίηση κι αντικειμενοποίηση της ανθρώπινης σχέσης τον καταναλωτισμό της σεξουαλικής δραστηριότητας, που προγανδίζεται σαν το μυστικό της επιτυχίας και καλύπτεται πίσω από τον «μοντέρνο» τρόπο ζωής.

Ποιος είναι λοιπόν ο ρόλος του εκπαιδευτή; Θα μπορούσε να συνοψισθεί στα παρακάτω σημεία:

- Ενημέρωση για τις αντικειμενικά παραδεκτές βιολογικές αλήθειες για τα θέματα του οικογενειακού προγραμματισμού, και για τις διαφορές των δύο φύλων, θέματα σχετικά με τα οποία ο έφηβος και η έφηβη δέχονται από το περιβάλλον τους ποικίλα αντιφατικά μηνύματα. Η σεξουαλική λειτουργία θα πρέπει να προσδιοριστεί σαν μία

μορφή ανθρώπινης έκφρασης, στο σωματικό και το ψυχολογικό πεδίο, αλλά και μια μορφή ανθρώπινης επικοινωνίας. Αξίζει να τονιστεί ιδιαίτερα ο ηδονικός της χαρακτήρας, όταν δεν αναστέλλεται σε καμία φάση της, όταν δηλαδή είναι μία αμοιβαία διαδικασία ανάμεσα σε δύο ίσους ανθρώπους, που την επιθυμούν.

- Ενημέρωση για την κοινωνική πραγματικότητα, δηλαδή τη στάση της δικής μας και άλλων κοινωνιών σχετικά με τη σεξουαλική δραστηριότητα ατόμων, τη σχετικότητα των αξιών, και τέλος την αντίφαση που συχνά παρατηρείται ανάμεσα στα εκάστοτε ιδεώδη της κοινωνίας – νομικά, θρησκευτικά, ηθικά – και στην πρακτική των διαφόρων ατόμων (χαρακτηριστικό το θέμα της παράνομης έκτρωσης). Η επισήμανση αυτή αποκαθιστά την εμπιστοσύνη του εκπαιδευόμενου προς τον εκπαιδευτή και τον βοηθά σε μια πιο ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της ζωής.
- Ενημέρωση για τα όρια της κοινωνικής ανοχής σε συμπεριφορές αντίθετες προς τα γενικά αποδεκτά ιδεώδη, δηλαδή το νομικό καθεστώς αλλά και τον άγραφο κοινωνικό νόμο. Έτσι τα άτομα θα μπορούν να αποκτήσουν μια συμπεριφορά ανάλογη με τις ανάγκες τους χωρίς όμως να εκτίθενται σε απογοητεύσεις και τραυματικές εμπειρίες.
- Υποστήριξη του ατόμου στην εξερεύνηση των λειτουργιών του σώματός του και στη συμμετοχή του στις διαδικασίες μάθησης. Έτσι, σ' ένα συνεχή διάλογο, ο εκπαιδευτής τονώνει την αυτοπεποίθηση του εκπαιδευόμενου με την αποδοχή και νομιμοποίηση της πολυμορφίας των αναγκών και των ερωτημάτων του. η σεξουαλική αγωγή θα βοηθήσει το νέο και τη νέα να καταλάβουν τις δικές τους ανάγκες και να μην συναντούν στη διαφήμιση, στη λογοτεχνία, στον κινηματογράφο κλπ. Τέτοιες προσδοκίες είναι αναπόφευκτο να τους οδηγούν σε αισθήματα ματαιώσης κι απογοήτευσης, εφόσον δεν έχουν συνήθως σχέση με την πραγματικότητα της ζωής. Τέλος η σεξουαλική λειτουργία δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται απλά σαν μία σειρά προβλημάτων, αλλά πρώτα να τονίζονται οι χαρές της, που άλλωστε έχουν μεγαλύτερη σημασία.
- Ενθάρρυνση της κριτικής ματιάς του νέου ή της νέας απέναντι στα ερεθίσματα που δέχονται, ώστε να μπορούν μόνοι τους να επιλέγουν με γνώμονα το νου και τις ανάγκες τους. Έτσι ελαχιστοποιείται ο έξωθεν καθορισμός και προάγεται η ανάπτυξη του ατόμου. Η σεξουαλική πληροφόρηση αφορά τους νέους και τις νέες της σχολικής ηλικίας και μάλιστα από τις πρώτες τάξεις του σχολείου. Αφορά όμως ακόμα τους γονείς και τους δασκάλους τους, που σήμερα νιώθουν αρκετή – και δικαιολογημένη ίσως – αμηχανία απέναντι στο θέμα. Πράγματι, καθένας απ' αυτούς θα προτιμούσε να μεταβιβάσει στον άλλο την ευθύνη της διαπαιδαγώγησης, επειδή νιώθει ανεπαρκής.

Και οι δύο όμως είναι εξίσου αρμόδιοι, από κοινού και παράλληλα, αν και κάποια ειδική επιμόρφωση θα τους κατατόπιζε καλύτερα και θα τους βοηθούσε να ξεπεράσουν την αμηχανία τους. Επίσης οι εκπαιδευτές θα πρέπει να είναι καλά προετοιμασμένοι για την συχνά αρνητική στάση των παιδιών απέναντι σε όσα τους διδάσκονται επίσημα «από καθέδρας». Τέλος η ενημέρωση για τα θέματα οικογενειακού προγραμματισμού θα πρέπει να απευθύνεται εξίσου σε γυναίκες και άνδρες, προάγοντας μάλιστα την ευαισθητοποίηση των ανδρών, που σήμερα παρουσιάζεται μειωμένη, εφόσον είναι γεγονός ότι και τα δύο φύλα συμμετέχουν, τόσο στην γενετήσια, όσο και στην αναπαραγωγική λειτουργία. Όπως είπαμε η σεξουαλική πληροφόρηση δεν πρέπει να χρωματίζεται από τις προσωπικές απόψεις του εκπαιδευτή, αλλά κυρίως από τις ανάγκες του εκπαιδευόμενου. Η ενημέρωση που γίνεται άκαιρα και άστοχα από ανθρώπους που νιώθουν αμήχανοι ή δεν κατέχουν το θέμα, είναι πιο επιζήμια από την έλλειψη ενημέρωσης, γιατί μπορεί να περικλείει τον κίνδυνο του αποπροσανατολισμού. Ο εκπαιδευτικός εκτός από την «επίσημη» πληροφόρηση που δίνει στους μαθητές, θα μπορούμε να συμμετέχει στην «αγωγή» τους πλησιάζοντας και συζητώντας μαζί τους, ή αφιερώνοντας κάποιες διδακτικές ώρες στην απάντηση ερωτήσεων και στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων. Στατιστικές μελέτες σε διάφορες χώρες έχουν δείξει ότι αυτός ο τρόπος προσέγγισης προσελκύει περισσότερο την προσοχή των μαθητών. Τέλος, εκτός από τους καθηγητές και τους δασκάλους, συμπληρωματική πληροφόρηση θα μπορούσε να δίνεται από ειδικούς επιστήμονες του οικογενειακού προγραμματισμού, ξένους προς το σχολικό περιβάλλον, που η διεύθυνση θα καλούσε από καιρό σε καιρό για συζήτηση με τους μαθητές. Συχνά τα παιδιά μπορεί να νιώθουν πιο ανοιχτά και άνετα σ' ένα άτομο ξένο, παρά απέναντι στους καθηγητές τους που συναντούν καθημερινά. Βέβαια και οι εκπαιδευτές μπορούν να εξοικειωθούν καλύτερα με τη διδασκαλία των θεμάτων οικογενειακού προγραμματισμού, αν είναι σε θέση να κουβεντιάσουν οι ίδιοι μεταξύ τους ανταλλάσσοντας απόψεις και αντικειμενικοποιώντας τα προβλήματα (Χατζηαναστασίου, 2010).

Σημαντικό ρόλο στην αγωγή υγείας εκπαιδευτικών, μαθητών και γονέων (σχολική κοινότητα) μπορεί να παίξει ο Κοινοτικός Νοσηλευτής (ή Σχολικός Νοσηλευτής). Η εφαρμογή από την πολιτεία προγραμμάτων σεξουαλικής ενημέρωσης του πληθυσμού και η εισαγωγή σχετικού μαθήματος στα σχολεία, είχε, σύμφωνα με πρόσφατες στατιστικές, τα ακόλουθα αποτελέσματα σε διάφορες χώρες της Ευρώπης:

- Μείωση του αριθμού των τεχνητών εκτρώσεων.

- Μείωση της νοσηρότητας από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
- Αύξηση της απόλαυσης που αντλούν οι άνθρωποι από τη γενετήσια ζωή τους .
- Μείωση των σεξουαλικών διαταραχών.
- Μείωση της δημοτικότητας της πορνογραφίας.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα η Δανία, με ίσο περίπου πληθυσμό με την Ελλάδα, όπου, μετά 10 χρόνια εφαρμογής της σεξουαλικής αγωγής, μειώθηκαν οι εκτρώσεις σε 23.000 το χρόνο. Επίσης, μετά διανομή στα σχολεία διαφόρων εντύπων και φυλλαδίων σχετικά με την αντισύλληψη, αυξήθηκε ο αριθμός των νέων που χρησιμοποιούσαν αντισύλληψη από την πρώτη τους κιόλας συνουσία (76% αυτών το 1977). Έτσι δεν μένει πια καμιά αμφιβολία ότι η σεξουαλική αγωγή, ή τουλάχιστον κάποια μορφή πληροφόρησης για τα θέματα του οικογενειακού προγραμματισμού, θα πρέπει να μπει και στον Ελληνικό σχολείο, εφόσον τα προβλήματα της γενετήσιας ζωής – όπως όλα τα προβλήματα – δε λύνονται με την αποσιώπησή τους, αλλά με τη θαρραλέα αντιμετώπιση (Ηλιάδου, 2008).

3.6.4. Συμβουλευτικός Ρόλος του Νοσηλευτή στην Κοινότητα.

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

Στη συνέχεια θα σχολιασθούν:

- Α. Εύρος δράσεως του Συμβουλευτικού Νοσηλευτικού ρόλου στην Κοινότητα.
- Β. Μέσα διενέργειας του Συμβουλευτικού ρόλου (Πληροφόρηση – Εκπαίδευση).
- Γ. Αρχές και μέθοδοι διδασκαλίας ατόμου – οικογένειας.

Δ. Αντικείμενα διδασκαλίας σε άτομο – κοινότητα.

Ε. Στόχος του Συμβουλευτικού χαρακτήρα του Νοσηλευτικού έργου.

Ζ. Επίλογος.

A. Εύρος δράσεως του συμβουλευτικού νοσηλευτικού ρόλου στην κοινότητα.

Τα επί μέρους καθήκοντα των νοσηλευτών – τριών καθορίζονται πάντα από τις αρμόδιες αρχές μέσα στα νομικά και οργανωτικά πλαίσια των υγειονομικών υπηρεσιών. Ο συμβουλευτικός ρόλος του νοσηλευτή της Κοινότητας απαιτεί την άσκησή του μέσα στην Κοινότητα, εφόσον λόγω της φύσεως της εργασίας και της συνεχούς επαφής με τα άτομα που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας, μόνο το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να περάσει τα μηνύματα υγείας στον πληθυσμό πιο εύκολα και αποτελεσματικά. Ο νοσηλευτής που αναλαμβάνει να ασκήσει συμβουλευτικό ρόλο, πρέπει πρωταρχικά να καταλάβει πως κάτι στη μέχρι τώρα νοοτροπία του υγειονομικού συστήματος αλλά και της εκπαίδευσης, πρέπει να αλλάξει. Αυτό είναι ο αρρωστοκεντρικός τους χαρακτήρας που απαιτεί το κέντρο φροντίδας μας να είναι ο άρρωστος. Τη θέση του πρέπει να πάρει ο άνθρωπος ο υγιής, ο εργαζόμενος, ο υπερήλικας, όπου κι αν βρίσκονται: στο χώρο κατοικίας, εργασίας, εκπαίδευσης ή ψυχαγωγίας. Η αλλαγή αυτής της νοοτροπίας δεν συνεπάγεται την παραμέληση του ασθενή και της φροντίδας του αλλά σημαίνει ότι απλά αλλάζει η μέθοδος της εργασίας μας. Σίγουρα όμως αυτή η προσπάθεια είναι παραγωγικότερη και πολύ πιο αποτελεσματική. Σύνολα ατόμων που μπορεί να απευθυνθεί ο νοσηλευτής με το συμβουλευτικό του χαρακτήρα:

- 1) Οικογένεια
- 2) Σχολεία (μαθητές – σύλλογοι γονέων και καθηγητών)
- 3) Επαγγελματικοί χώροι (δημόσιες υπηρεσίες, εργοστάσια, ναυτιλιακές υπηρεσίες κ.ά.)
- 4) Πολιτιστικοί και Αθλητικοί σύλλογοι
- 5) Εκκλησιαστικές οργανώσεις
- 6) Χώροι ψυχαγωγίας
- 7) Στρατός
- 8) Φυλακή

B. Μέσα διενέργειας του συμβουλευτικού νοσηλευτικού ρόλου.

Μία από τις μέριμνες του νοσηλευτή που θα ασκήσει συμβουλευτικό ρόλο είναι οι μέθοδοι προσέγγισης του ατόμου, γιατί βάσει αυτών θα επιτύχει το σκοπό του.

Η προσέγγιση του ατόμου επιτυγχάνεται μέσω δύο μεθόδων:

- Πληροφόρηση

- Εκπαίδευση

Πληροφόρηση: είναι η παροχή πληροφοριών σε θέματα που αφορούν κυρίως τις βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές λειτουργίες, καθώς και τις νοσολογικές διαταραχές που συμβαίνουν μέσα στον οργανισμό του ανθρώπου και επηρεάζουν τις σχέσεις του με το περιβάλλον.

Εκπαίδευση: η εκπαίδευση του ατόμου και της οικογένειας σε θέματα υγείας είναι ένα ολοκληρωμένο μέρος του ρόλου του Νοσηλευτή. Για τη σωστή διενέργεια της εκπαίδευσης, ο νοσηλευτής πρέπει αρχικά να χαράξει την πορεία διδασκαλίας του ατόμου, λαμβάνοντας υπόψη τα εξής:

- Αναγνώριση των αναγκών μάθησης
- Τοποθέτηση στόχου και σχεδιασμός εργασίας
- Περιεχόμενο διδασκαλίας
- Εκτίμηση των αποτελεσμάτων.

Τελικός στόχος της εκπαίδευσης είναι η διαμόρφωση υγιεινολογικής συνείδησης προς την απόκτηση νέας συμπεριφοράς, σαν αποτέλεσμα της μάθησης που πήρε το άτομο – οικογένεια.

Προσοχή : Δεν μπορεί να γίνει εκπαίδευση εάν πρώτα δεν γίνει πληροφόρηση του ατόμου, γιατί πραγματικά αυτό αποτελεί πολλές φορές το πρώτο σκαλοπάτι στη θεμελίωση της σχέσης ατόμου – νοσηλευτή στην οποία φυσικά θα στηριχθεί η μελλοντική εκπαίδευση.

Προϋποθέσεις για την πληροφόρηση – εκπαίδευση:

- Άμεση διαπροσωπική σχέση
- Αμοιβαία εμπιστοσύνη
- Γνώση της ψυχολογικής και κοινωνικής κατάστασης του ατόμου
- Γνώση των παραγόντων που επηρεάζουν το περιβάλλον και την υγεία του ατόμου, με τις αλληλεξαρτώμενες σχέσεις και τις επιδράσεις τους
- Δυνατότητα ολιστικής προσέγγισης της οικογένειας.

Από τι εξαρτάται η πληροφόρηση του ατόμου; Την απάντηση αυτού του ερωτήματος πρέπει να γνωρίζει καλά ο νοσηλευτής.

Η πληροφόρηση του ατόμου εξαρτάται από:

- Ηλικία
- Φύλο
- Θρήσκευμα
- Σπουδές – νοημοσύνη
- Κατάσταση προσωπικών υποθέσεων

- Κοινωνική θέση
- Ενημερότητα σε Ιατρικά θέματα.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, ο νοσηλευτής μπορεί να αρχίσει τον συμβουλευτικό ρόλο του, γνωρίζοντας τα μέσα εκτέλεσης της εργασίας του που είναι :

Ο προφορικός λόγος

Ο γραπτός λόγος

Εικόνες.

Γ. Αρχές και μέθοδοι διδασκαλίας ατόμου – οικογένειας.

Η παιδαγωγική θεωρητική κατάρτιση των νοσηλευτών αφορά τη γνώση των αρχών μάθησης και διδασκαλίας, που σκιαγραφούνται παρακάτω:

Αρχές μάθησης.

- Κάθε άτομο σαν χωριστή προσωπικότητα μαθαίνει με τον δικό του τρόπο.
- Η ύπαρξη άγχους και η τυχόν ψυχολογική υπερένταση μειώνουν την ικανότητα μάθησης.
- Η πιθανή ύπαρξη ασθένειας, πόνου, έλλειψη άνεσης, ελαττώνουν σημαντικά το ενδιαφέρον για μάθηση.
- Η κατανόηση της αξίας και της χρησιμότητας των διδασκομένων για την εξυπηρέτηση του και την ίδια του τη συμμετοχή στην υγεία του, αυξάνει σε μεγάλο βαθμό τη μάθηση του ατόμου.

Αρχές διδασκαλίας.

- Η ομιλία μας πρέπει να είναι καθαρή, ήρεμη, σιγανή.
- Αρχίζουμε από απλά πράγματα και προχωράμε σταδιακά στα σύνθετα.
- Χρησιμοποιούμε γλώσσα απλή – όχι επιστημονική ορολογία.
- Χρησιμοποιούμε θέματα ομιλίας ανάλογα της κουλτούρας και του μορφωτικού επιπέδου του ατόμου – οικογένειας.
- Παρέχουμε στα άτομα αρκετό χρόνο για ερωτήσεις.
- Κατά τη διάρκεια της διδασκαλίας, βεβαιωνόμαστε ότι το άτομο αντιλαμβάνεται τα διδασκόμενα.
- Χρησιμοποιούμε όσο το δυνατόν περισσότερα διδακτικά μέσα όπως εικόνες, φυλλάδια κ.ά.
- Επαινούμε το άτομο, κάθε φορά που διαπιστώνουμε ότι κατανόησε κάτι, ή μετά την εφαρμογή του.

Δ. Αντικείμενα διδασκαλίας σε άτομο – κοινότητα.

Τα αντικείμενα διδασκαλίας που μπορεί να πραγματοποιηθεί ο νοσηλευτής, τα χωρίζουμε σε ατομικά και πληθυσμιακά.

A. Ατομικά.

- Η νόσος (οργανική ή ψυχοσωματική)
- Ο κίνδυνος νοσήσεως σε μια εξελισσόμενη λοιμώδη επιδημία
- Ο κίνδυνος τροχαίου ατυχήματος
- Οι κάθε φύσεως κίνδυνοι στον εργασιακό ή άλλους χώρους.

B. Πληθυσμιακά.

- Η επικείμενη ρύπανση του φυσικού περιβάλλοντος (εδάφους, νερού, αέρα) μιας περιοχής, π.χ. από κάποια βιομηχανία
- Οι συνέπειες ενός σεισμού
- Ο κίνδυνος πρόκλησης μιας λοιμώδους επιδημίας π.χ. από κάποιο είδος διατροφής και οι συνέπειες της
- Ο κίνδυνος χρήσης ναρκωτικών και άλλων βλαπτικών ουσιών, κυρίως από νέους σε χώρους ψυχαγωγίας κ.ά.
- Ο κίνδυνος εμφάνισης κοινωνικών νοσημάτων, όπως π.χ. τα λοιμώδη νοσήματα, Σ.Μ.Ν., ψυχικά (πανικός), βαριές αναπηρίες, αλκοολισμός.

E. Στόχος του συμβουλευτικού χαρακτήρα του νοσηλευτικού έργου.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι ο άνθρωπος είναι μια σωματική – οργανική, ψυχική, διανοητικά, ηθική και κοινωνική ενότητα και ότι η μεταξύ των επί μέρους λειτουργιών ισορροπία είναι η υγεία, ενώ η διαταραχή αυτών είναι η νόσος, τότε σκοπός του συμβουλευτικού νοσηλευτικού ρόλου είναι:

- Συντήρηση της υγείας: δηλαδή η εφαρμογή των μέσων και μέτρων που υποδεικνύονται από την Πολιτεία για την Υγεία.
- Βελτίωση της υγείας: δηλαδή η καλύτερευση των συνθηκών διαβίωσης, διατροφής, εργασίας κ.ά.
- Αύξηση της υγείας: δηλαδή η αύξηση της αντιστάσεως του ανθρώπου σε βαθμό τέτοιο, ώστε να υπερτερεί έναντι των αρνητικών περιβαλλοντικών παραγόντων.

Η επίτευξη αυτών των στόχων συνεπάγεται:

1. Την πρόληψη και προφύλαξη από τις αρρώστιες. Άρα τη μείωση της νοσηρότητας.
2. Την αποφυγή του πρόωρου και γενικότερα την απομάκρυνση του θανάτου. Άρα τη μείωση της θνησιμότητας.

3. Την παράταση της ζωής του ανθρώπου. Άρα την αύξηση του μέσου όρου ζωής του.
4. Τη διεύρυνση των παραγωγικών ηλικιών, από 20-50 χρόνων που ήταν παλαιότερα σε 17-65 χρόνων και άνω.
5. Την παράταση της ζωής του ανθρώπου μέχρι τα βαθειά γεράματα με παράλληλη εξασφάλιση καλύτερης ζωής στον υπερήλικα.
6. Η αλλαγή θέσεως των νοσημάτων στην πληθυσμοπαθολογική κλίμακα, στην κορυφή της οποίας παλαιότερα βρίσκονταν τα λοιμώδη νοσήματα, ενώ σήμερα άλλαξε η σειρά και έτσι έχουμε στην κορυφή τα ατυχήματα, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τα κακοήθη νεοπλάσματα, ενώ χαμηλά βρίσκονται τα λοιμώδη νοσήματα.

Z. Επίλογος.

Ανταπόκριση της Νοσηλευτικής στην ανοικτή πρόκληση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αποτελεί η Κοινωνική Νοσηλευτική με τον συμβουλευτικό της χαρακτήρα. Εκμεταλλεύεται θετικά την τάση των ανθρώπων να ενδιαφέρονται για τη διασφάλιση της ατομικής – προσωπικής Υγείας, προσφέροντας σωστές και πλήρεις γνώσεις και δημιουργεί υγιεινολογική συνείδηση και νέα συμπεριφορά. Με τον τρόπο αυτό συμμετέχει ενεργά και το άτομο στη διατήρηση, τη βελτίωση και την αύξηση της υγείας.

Ιδιαίτερα στο σχολικό περιβάλλον έχει σκοπό να συμβάλλει πραγματικά μέσα από την ενεργητική και βιωματική μάθηση στην αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς των νέων, με στόχο την ενίσχυση της υπευθυνότητας, της αυτοπεποίθησης, της προσωπικότητας και της ικανότητας του μαθητή για την υιοθέτηση θετικών τρόπων και στάσεων ζωής (Ηλιάδου,2008).

Για το λόγο αυτό δεν αρκεί μόνο μια απλή ενημέρωση, αλλά συνεργασία επιστημόνων υγείας (ιατρών, κοινωνικού Νοσηλευτή, ψυχολόγων, κλπ.) και εκπαιδευτικών ώστε με την εφαρμογή καινοτόμων διδακτικών μεθόδων να ενθαρρύνεται η συμμετοχή των μαθητών και να ενισχύεται η ανάπτυξη κάποιων ικανοτήτων όπως η λήψη αποφάσεων για την υγεία τους, η εξαγωγή συμπερασμάτων και η αξιολόγηση των συνεπειών.

Τέλος, τονίζεται ότι η Υγιεινή συμπεριφορά του ατόμου είναι ίσως η μόνη πράξη του ανθρώπου που φαινομενικά γίνεται για τους άλλους (κοινωνική συμπεριφορά) αλλά το αποτέλεσμα αυτής ξαναγυρνά στο ίδιο το άτομο (Ηλιάδου, 2008).

3.6.5. Η στάση των νέων και Συμπεράσματα Των Ερευνών

Η στάση των νέων σε σχέση με τα αφροδίσια νοσήματα Μελετώντας τις έρευνες σχετικά με την πρόληψη των Σ.Μ.Ν. και τις σεξουαλικές συμπεριφορές και απόψεις των νέων, δημιουργείται μια προβληματική για την επιτυχία των υπαρχόντων προγραμμάτων πρόληψης των Σ.Μ.Ν.. Σύμφωνα με έρευνα που διενεργήθηκε σε ενήλικες νέους 18 -45 ετών, σημαντικό ποσοστό νέων ενηλίκων δε χρησιμοποιεί προφυλακτικό κατά τη σεξουαλική επαφή, ενώ οι άνδρες ακολουθούν λιγότερο ασφαλείς σεξουαλικές συμπεριφορές σε σχέση με τις γυναίκες. Διαπιστώνεται διάσταση μεταξύ των γνώσεων σχετικά με τα Σ.Μ.Ν. και τις σεξουαλικές συμπεριφορές των νέων ενηλίκων. Συγκεκριμένα, ένας στους πέντε περίπου δε χρησιμοποιούσε καθόλου προφυλακτικό ή το χρησιμοποιούσε σε λιγότερες από τις μισές επαφές. Το 39% δε γνώριζε ότι η ηπατίτιδα Β και C κατατάσσονται σε Σ.Μ.Ν., ενώ 93% γνώριζε ότι το AIDS είναι Σ.Μ.Ν.. Οι άνδρες ανέφεραν συχνότερα σεξουαλική επαφή με αγνώστους χωρίς προφυλακτικό, συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων και «σεξ της μιας νύχτας» με αγνώστους. Η ηλικία βρέθηκε ότι σχετίζεται αρνητικά με τη συχνότητα χρήσης του προφυλακτικού. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας, οι νέοι ενήλικες διαθέτουν στο σύνολό τους αρκετές γνώσεις σχετικά με τα Σ.Μ.Ν. και τις δυνατότητες πρόληψής τους. Σεβαστό ποσοστό νέων ανθρώπων όμως έχει άγνοια κρίσιμων ζητημάτων, όπως το γεγονός ότι οι ηπατίτιδες Β και C ή ο απλός έρπητας μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή. Σχεδόν όλοι γνώριζαν ότι το AIDS ανήκει στα Σ.Μ.Ν., αλλά οι περισσότεροι αγνοούσαν ότι η γονόρροια είναι Σ.Μ.Ν.. Η επίγνωση της επικινδυνότητας μιας σεξουαλικής συμπεριφοράς και των δυνατοτήτων πρόληψης ενός Σ.Μ.Ν. δε συνοδεύεται απαραίτητα και με την υιοθέτηση ασφαλούς σεξουαλικής συμπεριφοράς, ιδιαίτερα στους άνδρες και στις μικρότερες ηλικίες. Οι περισσότεροι αναγνωρίζουν ότι το προφυλακτικό παρέχει ικανοποιητική προστασία από τα Σ.Μ.Ν., ωστόσο αρκετοί δεν το χρησιμοποιούν συστηματικά. Η συχνότητα χρήσης του προφυλακτικού ελαττώνεται στις μεγαλύτερες ηλικίες, γεγονός που δε δείχνει να σχετίζεται με την οικογενειακή κατάσταση, ενώ ασφαλέστερη σεξουαλική συμπεριφορά παρατηρείται επίσης στις μικρότερες ηλικίες. 83 Πρόσφατη μελέτη στις ΗΠΑ αναφέρει παρόμοια ευρήματα με τη χρήση του προφυλακτικού να είναι συχνότερη μεταξύ ατόμων εφηβικής και μετεφηβικής ηλικίας σε σχέση με ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, καθώς και μεταξύ των μαύρων και των ισπανόφωνων σε σχέση με άτομα άλλων εθνικοτήτων, ενώ μόνο 17 % των Αμερικανών φοιτητών χρησιμοποιεί συστηματικά προφυλακτικό και πάνω από το 50% δεν έχει χρησιμοποιήσει ποτέ. Έχει επίσης διαπιστωθεί ότι οι γυναίκες που βρίσκονται σε μόνιμη σχέση ή είναι παντρεμένες έχουν 40% περισσότερες πιθανότητες να μη χρησιμοποιούν προφυλακτικό σε περίπτωση ευκαιριακής

σχέσης συγκριτικά με τις εργένισσες. Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η μεγαλύτερη ηλικία έχουν συσχετιστεί με μικρότερη χρήση του προφυλακτικού. Επειδή όμως μεγαλύτερη ηλικία και χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συσχετίζονται συχνά στις ανεπτυγμένες χώρες, η περιορισμένη χρήση του προφυλακτικού έχει αποδοθεί και στον παράγοντα χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Επισημαίνεται ότι οι άνδρες ανέφεραν ότι ακολουθούσαν περισσότερο ριψοκίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές από τις γυναίκες στην παρούσα μελέτη, παρά την πιθανότητα μετάδοσης Σ.Μ.Ν.. Οι άνδρες εξακολουθούν να συνευρίσκονται σεξουαλικά με αγνώστους, χωρίς προφυλακτικό και να έχουν συχνή εναλλαγή σεξουαλικών συντρόφων. Παρόλο που τα περισσότερα ζητήματα που σχετίζονται με τα Σ.Μ.Ν. δύσκολα θα χαρακτηρίζονταν σήμερα ως «ταμπού» στις συζητήσεις μεταξύ των σεξουαλικών συντρόφων, η επίπτωση στη σεξουαλική συμπεριφορά είναι μικρή, καθώς αυτή δε διαφοροποιείται σημαντικά σε σχέση με το παρελθόν, ειδικά στους άνδρες. Πολλοί νέοι άνδρες υποτιμούν τον κίνδυνο για Σ.Μ.Ν. ακολουθώντας συμπεριφορές υψηλού κινδύνου. Πολλά προγράμματα ενθαρρύνουν την αποχή και την καθυστέρηση έναρξης των επαφών και τη χρήση προφυλακτικού, επιτυχία δε φαίνεται να υπάρχει μόνο ως προς το σκέλος της αναβολής της έναρξης των σεξουαλικών επαφών σε μικρή ηλικία, ενώ φαίνεται να ενισχύεται και η χρήση του προφυλακτικού, χωρίς ωστόσο να διαφοροποιούνται αισθητά οι σεξουαλικές πρακτικές. Παρά τις διαφοροποιήσεις στις σεξουαλικές συμπεριφορές και πρακτικές στις διάφορες χώρες διαπιστώνονται ορισμένες γενικές τάσεις που αφορούν τους νέους ενήλικες. 90 Παρατηρείται λοιπόν συχνά το φαινόμενο σεξουαλικά ενεργοί νέοι άνθρωποι να γνωρίζουν πολλά για την πρόληψη των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων, αλλά να ακολουθούν σεξουαλικές συμπεριφορές υψηλού κινδύνου. Η διάσταση αυτή μεταξύ πεποιθήσεων και πρακτικής εφαρμογής συναντάται σε αναπτυσσόμενες και ανεπτυγμένες χώρες. Σε κοινωνίες όπου η πρόσβαση στην πληροφόρηση για τις σεξουαλικές συμπεριφορές υψηλού κινδύνου είναι απρόσκοπτη, λίγες επιδημιολογικές μελέτες έχουν διερευνήσει το κατά πόσο η επίγνωση του κινδύνου μεταφράζεται και σε αποφυγή της αντίστοιχης επικίνδυνης συμπεριφοράς. Έχει διαπιστωθεί διάσταση γνώσεων και πρακτικής, γεγονός που εν μέρει έχει αποδοθεί στο διαφορετικό τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται οι αποδέκτες της αγωγής υγείας την έννοια του κινδύνου και τις προτεραιότητες που θέτουν για τους εαυτούς τους. Η αποτίμηση της σεξουαλικής ευχαρίστησης και των συνοδών κινδύνων εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων η προσωπικότητα του ατόμου το κοινωνικό και μορφωτικό του επίπεδο. Από την άλλη μεριά, τα προγράμματα αγωγής υγείας οφείλουν να παρέχουν εμπειριστατωμένες και σαφείς πληροφορίες για το τι συνιστά κίνδυνο και ποιες πρακτικές προφύλαξης συστήνονται ώστε να επιτυγχάνεται σεξουαλική ικανοποίηση με ασφαλή τρόπο.

Το προφυλακτικό παραδοσιακά θεωρείται ως μέσο αντισύλληψης και η περιορισμένη του χρήση στις σκανδιναβικές χώρες έχει συνδεθεί με την αύξηση στη χρήση της ορμονικής αντισύλληψης. Επίσης η κολπική επαφή θεωρείται μικρής επικινδυνότητας, γεγονός που μπορεί να υποβαθμίζει τη σημασία του προφυλακτικού ως μέσου προστασίας από τα Σ.Μ.Ν.. 92 Ως προς την αποτελεσματικότητα των διαφόρων μεθόδων παρέμβασης, πράγματι υπάρχει κάποια αποτελεσματικότητα, όπως προκύπτει από τον περιορισμό της εναλλαγής των σεξουαλικών συντρόφων και τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων, ωστόσο η χρήση αλκοόλ και ουσιών πριν από τη σεξουαλική επαφή και η συχνότητα του στοματικού έρωτα γνωρίζουν άνθηση. Τα ποσοστά επικίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών είναι μεγαλύτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες. Σε όλο τον κόσμο αναμένεται οι άνδρες να έχουν μια έντονη ετεροφυλική σεξουαλική δραστηριότητα, ενώ η σεξουαλική συμπεριφορά των γυναικών αναμένεται περισσότερο συντηρητική, γεγονός που καθορίζει σε πολλές περιπτώσεις την επικοινωνία των δύο φύλων σε σεξουαλικά ζητήματα και την επικρότηση ή απόρριψη σεξουαλικών συμπεριφορών. Η αποδοκιμασία από μέρους των γονέων και η διαβίωση με την οικογένεια έχουν συνδυαστεί με συντηρητικότερη σεξουαλική συμπεριφορά. 94 Η μονογαμία είναι ο κυρίαρχος τύπος σεξουαλικής συμπεριφοράς και η εναλλαγή ερωτικών συντρόφων συναντάται περισσότερο στις ανεπτυγμένες χώρες και στους άνδρες. Οι περισσότεροι είναι παντρεμένοι ή σε μόνιμη σχέση και οι παντρεμένοι έχουν εντονότερη σεξουαλική δραστηριότητα. Η σεξουαλική δραστηριότητα σε νεαρούς εργένηδες τείνει να είναι περιστασιακή και είναι συχνότερη στις βιομηχανοποιημένες κοινωνίες. Συνοψίζοντας τα ευρήματα της παρούσας μελέτης σημαντικό ποσοστό νέων ενηλίκων δε χρησιμοποιεί προφυλακτικό κατά τη σεξουαλική επαφή και νέοι ενήλικες άνδρες φαίνεται πως ακολουθούν λιγότερο ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές σε σχέση με τις γυναίκες. Διαπιστώνεται διάσταση μεταξύ γνώσεων σχετικά με τα Σ.Μ.Ν. και τις σεξουαλικές συμπεριφορές των νέων ενηλίκων (Ηλιάδου, 2008).

Το γεγονός αυτό εγείρει ερωτηματικά για την επιτυχία των υπαρχόντων προγραμμάτων πρόληψης των Σ.Μ.Ν. και συνηγορεί υπέρ του επανασχεδιασμού τους σε νέες βάσεις, με ρεαλιστικούς στόχους και σαφή μηνύματα προς τους νέους ανθρώπους, χωρίς απαραίτητα να αποκηρύσσονται κάποιες σεξουαλικές πρακτικές, αλλά να τονίζονται τα ζητήματα που σχετίζονται με την ασφαλή εφαρμογή τους, μακριά από προκαταλήψεις και σύμφωνα με τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα. Η έλλειψη ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης σε θέματα αφροδίσιων νοσημάτων και AIDS φαίνεται και σε άλλη έρευνα σχετικά με τη στάση των νέων και συγκεκριμένα των εφήβων και τις γνώσεις τους για το AIDS και τους τρόπους πρόληψής του. Σύμφωνα μ' αυτήν τα κορίτσια εμφανίζονται περισσότερο ενημερωμένα

(73,5%), σε σχέση με τα αγόρια (35,5%). Η πρώτη έρευνα με θέμα τη σεξουαλική συμπεριφορά των Ελλήνων εφήβων πραγματοποιήθηκε από τη μονάδα εφηβικής υγείας, της Β΄ Παιδιατρικής κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών Νοσοκομείο Παίδων «Π&Α Κυριακού» και εφαρμόστηκε σε 1538 μαθητές της Γ΄ Γυμνασίου και Α΄ Λυκείου.

Η έρευνα αυτή μας έδειξε ότι το 16% των εφήβων έχουν ολοκληρωμένες σεξουαλικές επαφές, ένα ποσοστό αρκετά υψηλό, καθώς αρκετά υψηλό είναι και το ποσοστό των εφήβων που έχουν κάποιου είδους σεξουαλική εμπειρία και κυμαίνεται στο 20% . Στην ίδια έρευνα βλέπουμε ότι το ποσοστό των εφήβων που χρησιμοποιεί προφυλακτικό κατά τη σεξουαλική επαφή είναι 55%.

Η δεύτερη έρευνα με θέμα τις διαφυλικές σχέσεις των νέων και την αντισύλληψη στην εφηβεία πραγματοποιήθηκε από το Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών της Β΄ Μαιευτικής & Γυναικολογικής κλινικής του «Αρεταίειου» Νοσοκομείου. Η συγκεκριμένη έρευνα εφαρμόστηκε σε δείγμα 529 εφήβων σε σχολεία της Αττικής.

Η έρευνα είχε 2 σκέλη. Το πρώτο αφορούσε την έναρξη της σεξουαλικής ζωής των εφήβων καθώς και την αντισύλληψη στους σεξουαλικά ενεργούς εφήβους και το δεύτερο αφορούσε τις κηύσεις στην εφηβεία.

Σε αυτή την έρευνα αξίζει να δούμε την ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής των νέων, η οποία κυμαίνεται στο 20% και αρχίζει πριν από τα 16 χρόνια, ενώ αρκετά υψηλό είναι και το ποσοστό των εφήβων που αναφέρουν κάποια σεξουαλική εμπειρία και κυμαίνεται στο 40%. Όπως και στην παραπάνω έρευνα, έτσι και εδώ διαπιστώνουμε πως χρήση προφυλακτικού κάνει μόνο το 51%, ενώ το 10% δε χρησιμοποιεί καμία μέθοδο αντισύλληψης. Πολύ σημαντικό είναι και το ποσοστό των νέων που χρησιμοποιούν αναξιόπιστες μεθόδους αντισύλληψης. Οι κηύσεις που κατέληξαν σε τοκετό στην εφηβεία κυμαίνεται στο 36%, ενώ το 56% των κηύσεων τερματίστηκε τεχνητά.

Τα ποσοστά αυτά θα πρέπει να μας προβληματίσουν, ούτως ώστε να βρούμε λύσεις κατάλληλες για τη βελτίωσή τους (Ηλιάδου, 2008).

4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ, ΜΟΛΥΣΜΕΝΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ 2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

4.1 Ρόλος Του Νοσηλευτή

Η Στάση, οι προκαταλήψεις και η κριτική του νοσηλευτή όσον αφορά στη σεξουαλικότητα μεταδίδονται στους ασθενείς άμεσα μέσω των ενεργειών του, τον τρόπο ομιλίας, την αποφυγή συγκεκριμένων περιστάσεων και τους τύπους των συζητήσεων. Το επίπεδο της γνώσης του νοσηλευτή για τα σεξουαλικά ζητήματα αναστέλλει ή προάγει τη συζήτηση για θέματα της σεξουαλικής υγείας. Ο νοσηλευτής που δεν γνωρίζει την ανατομία και τη φυσιολογία του αναπαραγωγικού συστήματος, τη σεξουαλική απάντηση, τη σεξουαλική έκφραση και άλλα ζητήματα που περιβάλλουν τη σεξουαλικότητα, δεν είναι σε θέση να αξιολογεί αποτελεσματικά, να διδάσκει ή να συμβουλεύει τον ασθενή για τις σεξουαλικές του ανησυχίες. Επίσης, ο νοσηλευτής πρέπει να αισθάνεται άνετα με τον εαυτό του όσον αφορά τη σεξουαλικότητά του (www.adolescenciasema.org).

Οι στόχοι της νοσηλευτικής για αύξηση της αλληλεπίδρασης με τους ασθενείς και την προαγωγή της ατομικής σεξουαλικής ευεξίας είναι οι ακόλουθοι: Ο νοσηλευτής να είναι σε θέση:

- Να νιώθει άνετα με τη σεξουαλικότητά του,
- Αναπτύξει αυτογνωσία όσον αφορά στα σεξουαλικά ζητήματα
- Αναπτύξει δεξιότητες επικοινωνίας, οι οποίες προάγουν τη συζήτηση των σεξουαλικών ανησυχιών με τους ασθενείς
- Αναγνωρίζει τους ασθενείς με προβλήματα που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα και να παρεμβαίνει για την ικανοποίηση των αναγκών τους.

4.2 Προσωπικό Μολυσμένο από HIV

Οι μολυσμένοι επαγγελματίες υγείας έχουν ηθικό και νομικό καθήκον να προστατεύουν την υγεία και την ασφάλεια των ασθενών τους. Έχουν επίσης δικαίωμα να προσδοκούν τον σεβασμό του ιατρικού απορρήτου σχετικά με την κατάστασή τους. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Υπουργείου Υγείας σχετικά με το AIDS/HIV, στην πλειοψηφία των πράξεων που διενεργούνται κατά τη φροντίδα υγείας δεν υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης του ιού από έναν εργαζόμενο στον ασθενή. Ωστόσο, οι κατευθυντήριες οδηγίες αναφέρουν

εξίσου ξεκάθαρα ότι εξαίρεση σε αυτό θα πρέπει να αποτελούν οι πράξεις που είναι επικίνδυνες για έκθεση. Ο τραυματισμός ενός επαγγελματία υγείας μπορεί να οδηγήσει στη μόλυνση του ακάλυπτου ιστού του ασθενούς με το αίμα του επαγγελματία υγείας, γι' αυτό και οι εργαζόμενοι που είναι μολυσμένοι με HIV δεν θα πρέπει να πραγματοποιούν οποιαδήποτε επικίνδυνη για έκθεση πράξη (Χατζής, 1994).

4.3 Στόχοι της νοσηλευτικής φροντίδας (σε ασθενή με AIDS)

Οι στόχοι της νοσηλευτικής φροντίδας επικεντρώνονται:

1. Στην προστασία του ασθενή από νέες λοιμώξεις και επιπλοκές
2. Στην πρόληψη μετάδοσης των υπάρχων λοιμώξεων και του AIDS σε άλλα άτομα ή στο προσωπικό νοσηλείας
3. Συστηματική παρακολούθηση της καταστάσεως και της πορείας του ασθενή
4. Ενίσχυση της άμυνας του ασθενή με κατάλληλη διατροφή και ενυδάτωση
5. Ανακούφιση του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων με εφαρμογή θεραπευτικών και νοσηλευτικών μέτρων
6. Διάλογος και συνεργασία με τον ασθενή
7. Ψυχολογική υποστήριξη και ενίσχυση του ασθενή και της οικογένειάς του
8. Διδασκαλία αυτοπροστασίας, αυτοφροντίδας και προστασία του περιβάλλοντος
9. Ενθάρρυνση και καθοδήγηση για να αναλάβει ο ίδιος ο ασθενής την ευθύνη και την φροντίδα της υγείας του.

Επομένως η νοσηλευτική αποσκοπεί στην ολιστική φροντίδα εξατομικευμένη για κάθε ασθενή ή φορέα με HIV/AIDS. Η ολιστική φροντίδα εξατομικευμένη σε κάθε ασθενή απαιτεί δεξιότητες, ικανότητα, εμπιστοσύνη και βασίζεται σε γνώσεις παθοφυσιολογίας της HIV λοίμωξης και της σύγχρονης νοσηλευτικής επιστήμης που αποσκοπεί στην παροχή υψηλής ποιοτικής φροντίδας σε όλους τους ασθενείς ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία, φυλή, θρησκεία και πολιτικών πεποιθήσεων.

Η σωστή διοίκηση της νοσηλευτικής είναι εξίσου σημαντική με την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς. Η νοσηλευτική διοίκηση είναι αρμόδια για την κάλυψη των υπηρεσιών με επαρκείς και κατάλληλο προσωπικό, τον σχεδιασμό και προγραμματισμό, τη συμβουλευτική, την καθιέρωση πολιτικής και διαδικασιών ρουτίνας, καθώς και τη δημιουργία κλίματος και φιλοσοφίας βασισμένη στο σεβασμό της ανθρώπινης αξίας, που ευνοούν και προωθούν την παροχή υψηλού επίπεδου φροντίδας την οποία όλοι οι ασθενείς δικαιούνται (www.adolescenciasema.org).

4.4 Αρχές Νοσηλευτικής Δεοντολογίας

Η Νοσηλευτική Δεοντολογία είναι ένας κώδικας συμπεριφοράς σε σχέση με το νοσηλευτικό επάγγελμα που είναι αποδεκτός οικειοθελώς και δεν έχει επιβληθεί με επίσημη νομοθεσία του κράτους. Ειδικότερα είναι: το σύνολο γνώσεων και κανόνων που καθορίζουν τη συμπεριφορά του νοσηλευτή στην άσκηση των επαγγελματικών του καθηκόντων και γενικότερα ρυθμίζουν τις εκδηλώσεις του, τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό βίο έτσι ώστε να ανταποκρίνεται στην υψηλή αποστολή του και να δικαιώνεται κοινωνικά.

Η Νοσηλευτική Δεοντολογία αποβλέπει στα εξής:

1. Να ενημερώνει το νοσηλευτή για τα επαγγελματικά του καθήκοντα και το επιβαλλόμενο τρόπο συμπεριφοράς του στο χώρο της εργασίας.
2. Να βοηθάει τον νοσηλευτή να αναπτύσσει σωστές διαπροσωπικές σχέσεις τόσο με τους συνεργάτες του όσο και με τους ασθενείς και τους συνοδούς τους.
3. Να ευαισθητοποιήσει το νοσηλευτή να συνειδητοποιήσει τις ευθύνες που αναλαμβάνει.
4. Να τον προσανατολίσει ώστε να βλέπει τον άρρωστο ως μια μοναδική ψυχοσωματική ολότητα με ανάγκες και δικαιώματα.
5. Να του παρέχει τις βασικές γνώσεις και να τον οπλίζει για τα προβλήματα που προκύπτουν από τη σύγκρουση των καθηκόντων και τα δεοντολογικά διλήμματα, στην καθημερινή πράξη.

Συνεπώς ο Διεθνής Κώδικας Ηθικών Καθηκόντων Διπλωματούχων Νοσηλευτών απεικονίζει το μοντέλο νοσηλευτικού επαγγέλματος που κυριαρχεί σήμερα. Παρουσιάζει ηθικούς κανόνες με ευρύτερη ισχύ στους οποίους μπορούν να ανατρέχουν οι νοσηλευτές για την επίλυση ηθικών διλημάτων (Ηλιάδου, 2008).

4.5 Οδηγίες προς το νοσηλευτικό προσωπικό για την ασφαλή νοσηλεία ασθενών με AIDS.

1. Η νοσηλεία των ασθενών με AIDS θα πρέπει να γίνεται σε χωριστούς θαλάμους κυρίως για να αποφευχθεί η μετάδοση λοιμώξεων σ' αυτούς από το προσωπικό του νοσοκομείου ή άλλους ασθενείς.
2. Το προσωπικό κατά την εκτέλεση των νοσηλευτών ή θεραπευτικών παρεμβάσεων θα πρέπει να φορά ειδικές μπλούζες, γάντια και μάσκα, τα οποία θα πρέπει να αλλάζονται

αμέσως μετά. Καλό θα είναι να υπάρχει μέριμνα και την προστασία των ματιών κατά την διάρκεια ειδικών θεραπευτικών επεμβάσεων.

3. Απαραίτητο θεωρείται το σχολαστικό πλύσιμο χεριών πριν και μετά την νοσηλεία.
4. Προσοχή θα πρέπει να καταβάλλεται για την αποφυγή τραυματισμών ή νύξεων με βελόνα ή άλλα αιχμηρά αντικείμενα ή με εργαλεία μολυσμένα με υλικά και εκκρίματα των ασθενών.
5. Η διάθεση των βελόνων και άλλων υλικών που χρησιμοποιείται για την νοσηλεία των ασθενών θα πρέπει να γίνεται σε ειδικούς αδιάτρητους σάκους. Πριν από την αποκομιδή τους θα πρέπει να αποστειρώνονται ή να καίγονται.
6. Εργαλεία που χρησιμοποιούνται για νοσηλεία θα πρέπει να αποστειρώνονται μετά από καλό πλύσιμο ή να απολυμαίνονται. Κατά το πλύσιμο θα πρέπει να χρησιμοποιούνται χοντρά και αδιάτρητα γάντια.
7. Απαιτείται συστηματικός καθαρισμός και απολύμανση επιφανειών που ήλθαν σε επαφή με αίμα και διάφορα βιολογικά υλικά. Ειδική φροντίδα θα πρέπει να λαμβάνεται για την καλή καθαριότητα των δαπέδων και την απολύμανσή τους με διάλυμα χλωρίνης.
8. Σπασμένα γυάλινα αντικείμενα δεν θα πρέπει να πιάνονται με τα χέρια για την απομάκρυνσή τους.
9. Θα πρέπει να γίνεται ειδική ενημέρωση των εργαστηριακών από τους κλινικούς επί υποψία λοιμώξεως από HIV, αλλά και άμεση ενημέρωση των κλινικών επί ανευρέσεως θετικού εργαστηριακού αποτελέσματος (Ηλιάδου, 2008).

4.6. Μελέτη κλινικών περιπτώσεων / Νοσηλευτική διεργασία

4.6.1. 1^η Κλινική Περίπτωση

Ασθενής 32 ετών με υψηλό πυρετό 39,2 και αιμόπτυση εισήχθη στο νοσοκομείο. Μετά από εξετάσεις που υποβληθεί γίνεται διάγνωση πνευμονίας και AIDS. Ο ασθενής δεν γνώριζε ότι ήταν φορέας του ιού. Την δεύτερη μέρα νοσηλείας του μετά την γραμμή που αποφάσισαν οι ιατροί να ακολουθήσουν η νοσηλευτική διεργασία είναι η εξής:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
Πυρετός 39°C	Πτώση της θερμοκρασίας σώματος.	<ul style="list-style-type: none"> · Παρακολούθηση της θερμοκρασίας ανά 3-ωρο. · Έλεγχος του ασθενή για πιθανή απώλεια συνείδησης · Συχνός έλεγχος του ασθενή για εμφάνιση σπασμών. 	<ul style="list-style-type: none"> · Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων · Συχνή αλλαγή κλινοσκεπασμάτων και ρουχισμού λόγω συχνής εφίδρωσης · Χορήγηση αντιπυρετικών (APOTEL IV) βάση ιατρικών οδηγιών. · Συχνή καταγραφή των ζωτικών σημείων. 	<ul style="list-style-type: none"> · Η θερμοκρασία του ασθενούς μειώθηκε φτάνοντας τα φυσιολογικά επίπεδα(36,5° C)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
Διαταραχή ποιότητας ύπνου	<ul style="list-style-type: none"> § Ο ασθενής πρέπει να κοιμάται φυσιολογικά χωρίς διακοπές 	<ul style="list-style-type: none"> § ανακούφιση από τον πόνο με χορήγηση παυσίπονων υπό τις ιατρικές οδηγίες § επίλυση προβλημάτων αναπνοής § ανακούφιση από τις αϋπνίες 	<ul style="list-style-type: none"> § χορήγηση παυσίπονων με ιατρική οδηγία § επίλυση προβλημάτων αναπνοής με οξυγονοθεραπεία § χορήγηση υπνωτικών χαπιών με ιατρική οδηγία 	<ul style="list-style-type: none"> § μείωση του πόνου § επαρκής αναπνοή § φυσιολογικός ύπνος χωρίς διακοπές

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
<p>§ Ναυτία και εμετός</p>	<p>§ Ανακούφιση του ασθενούς από το αίσθημα ναυτίας και τους εμέτους</p> <p>§ Απαλλαγή του ασθενούς από το αίσθημα ναυτίας και εμέτου.</p>	<p>§ Τοποθέτηση του ασθενούς στην κατάλληλη θέση.</p> <p>§ Καταγραφή της ποσότητας, της σύστασης και της συχνότητας των εμέτων στο φύλλο νοσηλείας και τη λογοδοσία.</p> <p>§ Πλύση της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε έμετο.</p> <p>§ Χορήγηση αντιεμετικής αγωγής και διεγερτικά του ρινογαστρικού σωλήνα σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.</p> <p>§ Μέτρηση αποβαλλόμενων υγρών και ηλεκτρολυτών.</p> <p>§ Απομάκρυνση των δυσάρεστων οσμών και εικόνων από το περιβάλλον.</p> <p>§ Ενθάρρυνση του ασθενούς να παίρνει βαθιές αναπνοές αργά όταν αισθάνεται ναυτία.</p>	<p>§ Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ύπτια θέση χωρίς μαξιλάρι και το κεφάλι στο πλάι για αποφυγή εισρόφησης.</p> <p>§ Καταγράφηκαν συνολικά 4 έμετοι στο φύλλο νοσηλείας.</p> <p>§ Χορηγήθηκε Primperan amp 2mg x 3 iv και metoclopramide σύμφωνα με τις οδηγίες.</p> <p>§ Έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας κάθε 2 ώρες και μετά από κάθε έμετο.</p>	<p>§ Εξάλειψη συμπτωμάτων</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
<p>§ Διαταραχή αναπνευστικής λειτουργίας</p> <p>§ Αναποτελεσματικός τύπος αναπνοής</p> <p>§ Ατελής κάθαρση αεραγωγών</p> <p>§ Διαταραχή ανταλλαγής αερίων αίματος</p>	<p>§ Αποκατάσταση αναπνευστικής λειτουργίας</p> <p>§ Βελτίωση τύπου αναπνοής</p>	<p>§ Εξάλειψη άγχους και φόβου</p> <p>§ Διόρθωση υποξίας, υπερκαπνίας</p> <p>§ Απομάκρυνση εκκριμάτων από τους αεραγωγούς</p> <p>§ Βελτίωση της καρδιακής παροχής</p> <p>§ Χορήγηση κατασταλτικών του ΚΝΣ</p> <p>§ Περιορισμός δραστηριοτήτων του ασθενούς</p> <p>§ Ενθάρρυνση να βήχει</p> <p>§ Τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση</p> <p>§ Λήψη αερίων αίματος</p>	<p>§ Λήψη κατάλληλων μέτρων για τον περιορισμό του άγχους και του φόβου που προέρχεται από τη δύσπνοια</p> <p>§ Έγινε κινητοποίηση του ασθενούς και προτροπή να βήχει</p> <p>§ Βελτιώθηκε η καρδιακή παροχή του ασθενούς</p> <p>§ Μετρήθηκαν οι αναπνοές του ασθενούς και χορηγήθηκαν κατασταλτικά του Κ.Ν.Σ, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες</p> <p>§ Έγινε σύσταση στον ασθενή να περιορίσει τις δραστηριότητες του</p> <p>§ Τοποθετήθηκε ο ασθενής σε θέση Fowler</p> <p>§ Λήφθηκαν αέρια αίματος στον ασθενή</p>	<p>§ Ο ασθενής έχει επαρκή αναπνευστική λειτουργία όπως φαίνεται από :</p> <p>§ Το φυσιολογικό ρυθμό, συχνότητα και βάθος αναπνοών</p> <p>§ Τη μείωση της δύσπνοιας</p> <p>§ Τους βελτιωμένους αναπνευστικούς ήχους</p> <p>§ Το σύνηθες χρώμα δέρματος</p> <p>§ Τα αέρια αίματος σε φυσιολογικά επίπεδα</p>

4.6.2. 2^η Κλινική Περίπτωση

Άντρας ασθενής 22 ετών με πρήξιμο στην βουβωνική χώρα και με πληγή στο πέος, εισήχθη στο νοσοκομείο. Μετά από μια σειρά εξετάσεων που υποβλήθηκε, διαγνώστηκε με σύφιλη.

Την πρώτη μέρα νοσηλείας μετά την γραμμή που αποφάσισαν οι ιατροί να ακολουθήσουν η νοσηλευτική διεργασία είναι η εξής:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
Χρόνιος πόνος	<ul style="list-style-type: none"> § εξαφάνιση του πόνου και να αισθανθεί άνετα 	<ul style="list-style-type: none"> § δημιουργία άνετου περιβάλλοντος, μείωση δυσάρεστου ερεθίσματος § αξιολόγηση της ιστορίας του πόνου και τις αντιδράσεις στον πόνο § αξιολόγηση αναγκών που μπορούν να μειώσουν τον πόνο 	<ul style="list-style-type: none"> § απομόνωση ασθενούς για λόγους ανάπαυσης § συνεργασία με γιατρούς στην παροχή αναλγητικών § επεξήγηση τεχνικών που αυξάνουν-μειώνουν τον πόνο 	<ul style="list-style-type: none"> § αισθητή μείωση του πόνου § εξασφάλιση άνεση

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
Υπερθερμία	<ul style="list-style-type: none"> § Φυσιολογική θερμοκρασία σώματος 	<ul style="list-style-type: none"> § χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με ιατρική οδηγία § λήψη μέτρων για μείωση του πυρετού 	<ul style="list-style-type: none"> § χορήγηση αντιπυρετικών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. § τοποθέτηση κομπρέσας στο μέτωπο και στο χέρι, χορήγηση πολλών υγρών § σύσταση για λεπτά και φαρδιά ρούχα § λήψη Ζ.Σ. ανά 2 ώρες, παρακολούθηση 30 με 60 λεπτά αργότερα από την χορήγηση αντιπυρετικών 	<ul style="list-style-type: none"> § αποκατάσταση φυσιολογικής θερμοκρασίας § Ζ.Σ σε φυσιολογικές τιμές

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
Ανησυχία	<p>§ Να μειωθεί ή να εξαφανιστεί η ανησυχία και να αισθάνεται χαλαρός</p>	<p>§ διατήρηση ήρεμου και ασφαλούς περιβάλλοντος</p> <p>§ συμμετοχή οικογένειας σε διαδικασίες συντήρησης και εφαρμογής</p> <p>§ διδασχία της χρήσης της χαλάρωσης</p> <p>§ ενημέρωση ασθενούς για την ασθένεια και τις ενέργειες που πρέπει να πραγματοποιηθούν</p>	<p>§ αξιολόγηση επιπέδου φόβου προσεγγίζοντας τον ασθενή και δημιουργώντας σχέση εμπιστοσύνης ασθενή-νοσηλευτή-οικογένειας</p>	<p>§ εξασφάλιση άνεσης και σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση
Θλίψη	<ul style="list-style-type: none"> § αποκατάσταση καλής διάθεσης 	<ul style="list-style-type: none"> § επικοινωνία με τον ασθενή § επαρκής ενημέρωση ασθένειας 	<ul style="list-style-type: none"> § συνεχής παρακολούθηση ασθενούς και συζήτηση 	<ul style="list-style-type: none"> § σχετική βελτίωση της διάθεσης του ασθενούς

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι πλέον ξεκάθαρο ότι η αύξηση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων είναι αρκετά σημαντική τα τελευταία χρόνια, κάνοντας ορισμένους επιστήμονες να συγκρίνουν τη σημερινή αύξηση με εκείνη που είχαν τα νοσήματα την εποχή πριν την εμφάνιση του AIDS.

Παρόλο όμως τον ανησυχητικό επιδημικό χαρακτήρα που παρουσιάζουν στις μέρες μας τα Σ.Μ.Ν. και ιδιαίτερα οι ιογενείς λοιμώξεις, η αντιμετώπιση και η διάγνυσή τους έχουν εξελιχθεί ραγδαία την τελευταία δεκαετία. Συνεχώς ανακαλύπτονται καινούριες, πιο αποτελεσματικές μορφές θεραπείας, νέες διαγνωστικές μέθοδοι καθώς και νέα προληπτικά μέτρα, όπως είναι τα εμβόλια, συνεισφέροντας έτσι στη μείωση των επιπτώσεων των νοσημάτων αλλά και στην καλύτερευση της ποιότητας ζωής των πασχόντων.

Τελειώνοντας, καθίσταται σαφές ότι η διαπαιδαγώγηση πάνω σε θέματα ασφαλούς σεξουαλικής συμπεριφοράς, όπως η χρήση προφυλακτικών μέτρων και η ένταξη προγραμμάτων σε σχολεία μπορεί να βοηθήσουν σημαντικά την μείωση της εμφάνισης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και η συμβολή της νοσηλευτική κοινότητας είναι μεγάλης σημασίας.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Ανθογαλίδου Θ. (1998). Σεξουαλική Αγωγή, Virtual school, the sciences of education online, Τόμος 1, Τεύχος 1.
<http://www.auth.gr/viturschool/1.1/Praxis/AnthogalidouSexualEducation.html>
- Αντωνίου Ε., Βιβιλάκη Β., Ρωμανίδου Α., Ντάγκα Δ., Βασιλάκη Ε., Σουρανάκη Ε., Κεφαλογιάννη Α., Λεονταράκη Ε. (2007) Οικογενειακός Προγραμματισμός, Η Γυναίκα & το Νεογνό στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, σελ. 43-55.
- Βαμβουκάκη Μ., κ.ά., *“ Αφροδίσια νοσήματα και AIDS. Πώς τα αντιμετωπίζουν οι νέοι σήμερα Αφροδίσια νοσήματα και AIDS.”* Πτυχιακή 2014, ΤΕΙ Κρήτης, Τμήμα Νοσηλευτικής, Κρήτη 2014. *Παθολογία* (β' τόμος). Εκδόσεις: Χ. Μουτσοπούλου. *Μαθήματα δερματολογίας / αφροδισιολογίας*. Εκδόσεις: Γρ. Κ. Παρισιανός. *Σχεδιασμός αγωγής υγείας για την πρόληψη και τον έλεγχο του Aids*. Εκδόσεις: βήτα. *Αγωγή υγείας στο σχολείο για την πρόληψη του Aids και των Σ.Μ.Ν.* Εκδόσεις: βήτα
- Γιαννόπουλος Ν. (1992) Αφροδίσια νοσήματα, Μαθήματα Δερματολογίας, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, σελ. 203-232.
- Γρηβέλη Χαρίκλεια. Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα. Πτυχιακή Εργασία. Τμήμα Αισθητικής ΣΕΥΠ. ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης. Θεσσαλονίκη 2008.
- Δαλλά Α. (2012) Το Σεξ στην Εφηβεία. Περιοδικό Vita, Τεύχος 177, σελ. 31-32. Ελληνική Εταιρεία Εφηβικής Ιατρικής, 1992.
- Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.).
- Κολιάης Σ. (2001) Μικροβιολογία, Τρίτη έκδοση. Εκδόσεις university studio press, Θεσσαλονίκη, σελ. 398-399.
- Καλκάνη – Μπουσιάκου Ε. (2006) Γενική μικροβιολογία, Τρίτη έκδοση. Εκδόσεις Ελλήν, Περιστέρι, σελ. 245-248, 264-266, 267-271, 278-279, 287-296, 311-316.
- Κουσκούκης Κ. (1986) Αφροδισιολογία, Δερματολογία – Αφροδισιολογία. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, σελ. 255-284.
- Κατσάμπας Α., Στρατηγός Α. (2001) Γονοκοκκική ουρηθρίτις (Βλεννόρροια), Μη ειδική ουρηθρίτις : Μαθήματα Δερματολογίας – Αφροδισιολογίας, Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, σελ. 292-295, 296-301.

- Καπετανάκη Ι. (1987) Έγχρωμη Δερματολογία Διαγνωστική + Θεραπευτική, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, σελ. 40-43, 47-55, 57-69.
- Κουσκούκης Κ. (1987) Αφροδισιολογία, Δερματολογία – Αφροδισιολογία, Μέρος Τρίτο, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, σελ.263-283.
- Κλινική δερματικών και αφροδίσιων νόσων του Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Α΄ Σύγγρος» Διευ. Στρατηγός Ι. (1985) Αφροδίσια Νοσήματα, Μαθήματα Δερματολογίας – Αφροδισιολογίας, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, σελ. 130-155, 191-207, 211-215.
- Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ) www.keelpno.gr
- Μητρομάνα Φ. (2012) HPV Το Εμβόλιο Που Σώζει Τη Ζωή Σου, Περιοδικό SHAPE, 72, σελ.64-65.
- Παπαδοδημητράκη Δ. (2008) Πρόληψη κατά του AIDS : Έρωτας χωρίς φόβο, Περιοδικό Vita, Τεύχος Δεκεμβρίου, σελ.25-26.
- Παπαδημητρίου Α., Γαλάνης Θ. (1995) Αντισύλληψη Πρακτική και Προοπτικές. Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, σελ. 33-38, 45-52, 55-57, 67-72.
- Παπαθανασίου Ζ. (1991) AIDS και Μαιευτική Πράξη, Επίκαιρα Θέματα Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Τόμος IV, Εκδόσεις Πρεβεδουράκης, Αθήνα, σελ.171-188.
- Πασχαλίδης, Αθήνα, σελ. 409-438, 494-511, 547-555, 580-605.
- Σωτηριάδης Δ., Μηνάς Α. (2004) Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα και επιπλοκές. Αφροδισιολογία, Ιωάννου Δ. Στρατηγού, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, σελ. 253-275.
- Τσαρμακλής Γ. (2007) Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση παιδιών και εφήβων, Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Δελτίο Α.
- Υφαντή Ε. κ.ά., *Γνώσεις νέων ενηλίκων σχετικά με τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (Σ.Μ.Ν.) και η χρήση του προφυλακτικού ως μέσου προστασίας από τα Σ.Μ.Ν., Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας (2011) Τόμος 3, Τεύχος 4, 173-179*
- Χατζηβασιλείου Μ, Βαρελτζίδης Α, Στρατηγός ΙΔ. (2004) Γονοκοκκική λοίμωξη – Βλεννόρροια. Αφροδισιολογία Ιωάννου Δ. Στρατηγού, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, σελ. 225-250.
- Χουρδάκη Μ. (1989) Οικογενειακή ψυχολογία, Εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα, σελ.22-23.
- Χατζής Ι. (1994) Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα, Μυκητιασικές Λοιμώξεις, Παρασιτικά Νοσήματα, Βασική Δερματολογία – Αφροδισιολογία, Τόμος Β, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, σελ.507-537, 599-648, 653-664.
- Χρυσομάλλης Φ. (2005) Ιογενείς Λοιμώξεις Δέρματος, Δερματοπάθειες που οφείλονται σε παράσιτα, Καντιντιάσεις, Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα, HIV Λοίμωξη

και Δέρμα : Δερματολογία – Αφροδισιολογία, Εκδόσεις university studio press, Θεσσαλονίκη, σελ. 35-97, 116-123, 433-444, 453-456.

Χατζηναστασίου Χ. και συν. Δελτίο Επιδημιολογικής Επιτήρησης Λοιμωδών Νοσημάτων. Ιανουάριος-Ιούνιος 2010. Αρ.13/Τεύχος 7ο. Εκδόσεις Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών για τις Ιατρικές Υπηρεσίες και τις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας. Υπουργείο Υγείας Κύπρου, ISSN 1986-1834.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Anthony du vivier (1997) Δερματολογία στη Πράξη. Χατζιμηνάς Ι. (Επιμ.), Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, σελ.117, 124-125, 139-143.

Anthony du vivier, McKee P. (1995) Κλινική δερματολογία με έγχρωμες εικόνες (Ατλας), Δεύτερη Έκδοση. Στρατηγός Ι, Βαρελτζίδης Α, Σταυρόπουλος Π. (Επιμ.), Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, σελ.11,14-11,17, 12,17-12,19, 13,2-13,3, 14,1-14,6.

AYPH, UK: *Association for Young People' Health*, 06/02/2008. www.youngpeopleshealth.org.uk

Bickley Lynn S. (2006) Γυναικεία Γεννητικά Όργανα, Οδηγός για την Κλινική Εξέταση & τη Λήψη Ιστορικού. Βαϊόπουλος Γ. (Επιμ.), Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, σελ.371-373, 388-390. Serfaty D. (1998) Αντισύλληψη. Κρεατσάς Γ. (Επιμ.), Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, σελ. 231-245, 262-283, 397-403.

Frank H. Netter (2009) Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα, Παθολογία Βασικές Αρχές, Τόμος II. Βαϊόπουλος Γ. (Επιμ.), Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, σελ.646-679.

European Center of Disease Control (ECDC) Surveillance Report. Sexually Transmitted Infections in Europe 1990-2009. Accessed at: www.ecdc.europa.eu.

European Center of Disease Control (ECDC) Surveillance Report. Annual Epidemiological Report of Communicable Diseases in Europe 2010. Accessed at: www.ecdc.europa.eu.

Gray M., White K., Neil H. Cox (2007) Μυκητιασικές λοιμώξεις, Διαταραχές στοματικής κοιλότητας και των γεννητικών οργάνων, Παθήσεις του Δέρματος. Κρανιδιώτη Ε. (Επιμ.), Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, σελ. 272-278, 363-367.

Kathleen M. (1999). Αιμοποιητικό και Ανοσοποιητικό Σύστημα, Παιδιατρική Νοσηλευτική Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας, 3η έκδοση. Μάτζιου Β. (Επιμ.), Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Ιλίσια, σελ.253-256.

Dewit S. (2009) Φροντίδα Ασθενών με Διαταραχές του Ανοσολογικού και του Λεμφικού Συστήματος, Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική Έννοιες & Πρακτική. Λαμπρινού Α., Λεμονίδου Χ. (Επιμ.), Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, σελ. 322-356.

- Mosby, H, Jean L. Bologna, Joseph L. Joczizzo, Ronald P. Rapini Mosby 2004. *Dermatology*
- Fitzpatrick T. , Johnson R. , Wolff K. (2003) Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα, Κλινική Δερματολογία. Κατσάμπας Α. (Επιμ.) Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, σελ. 842-848, 925-940, 955-1032.
- MAGAM: *Mediterranean Action Group on Adolescent Medicine*, 2001. www.sima-magam.org/html/magam.htm
- Mengert – Eisenberg – Copass, (2000) Επείγουσες Καταστάσεις στα Λοιμώδη Νοσήματα, Εγχειρίδιο Επείγουσας Θεραπευτικής, Τέταρτη Έκδοση. Μπαλτόπουλος Γ. (Επιμ.), Εκδόσεις
- Nettleton S. (2002) Οι Πεποιθήσεις του Πληθυσμού για την Υγεία: Τρόπος Ζωής και Επικινδυνότητα, Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας. Βακάκη Α. (Επιμ.), Εκδόσεις Τυπωθήτω Δαρδάνος Γ., Υγείας Κοινωνία 1, Αθήνα, σελ. 96-105.
- Wainsten J. (2012) AIDS – Αλλεργιογόνο, Μεγάλο Ιατρικό Λεξικό Larousse Υγείας, Τόμος 1. Σφυρόρα Σ. (Επιμ.), Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα, σελ.43-47.

ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΕΣ

AMERICAN SOCIETY OF INTERNAL MEDICINE, Ιατρική στον 21ο αιώνα. Εκδόσεις: Δομική.

ΠΗΓΕΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

1. Υφαντή Ε. κ.ά., " Γνώσεις νέων ενηλίκων σχετικά με τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (Σ.Μ.Ν.) και η χρήση του προφυλακτικού ως μέσου προστασίας από τα Σ.Μ.Ν. ", *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* (2011) Τόμος 3, Τεύχος 4, 173-179
2. Κατούλης Α, Κουμανιάκη Ε, Καλαποθάκη Β. Επιδημιολογία Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων, στο *Αφροδισιολογία*, εκδ. Μ. Παρισιάνου, Αθήνα, 2003
3. Στρατηγός Ι, Τζάλα Ε, Χασάπη Β. Επιδημιολογική πορεία επιλεγμένων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων στην Ελλάδα στη διάρκεια των 23 ετών(1974-1996).
4. *Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας* 2000, 11 :171-177.
5. Ηλιάδου Μ. Σεξουαλική συμπεριφορά και νέοι. *Νοσηλευτική* 2008, 47:497–506
6. Χατζημιχαηλίδου Σ, Παναγοπούλου Ε, Νιάκας Δ. Γνώσεις για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2010, 27:669-674

ΕΡΕΥΝΕΣ

Ντουμπόβινα,Ε., *“Είναι οι νέοι ανάλογα με το φύλο, καλά ενημερωμένοι για το AIDS;”*8ο Λύκειο Αθηνών

ΑΡΘΡΑ ΕΦΗΜΕΡΙΔΩΝ

Παπαδημητρίου Α. (2011) εφημερίδα “Το Βήμα” /vimagazino/1-11-11 από

<http://www.tovima.gr/vimagazino/views/article/?aid=432664>

ΠΗΓΕΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ, ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Βασιλιγιαννακόπουλος, Α., στο <http://www.care.gr/>
2. Φυτρόπουλος, Θ., από <http://www.tlife.gr/>
3. Λαΐνη, Ε. από <http://www.testpap.gr>
4. Δαρδαβέσης, 1999, από <http://www.hiv-aids.gr/pages/k4b.htm>
5. www.derm.gr/afrodisia.php “AIDS”
6. http://el.wikipedia.org/wiki/Σεξουαλικά_μεταδιδόμενο_νόσημα
AIDS ,Αθήνα 1989 Εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts, σελ: 44-45
7. <http://www.iatronet.gr/>
<http://www.care.gr/post/6390/afrodisia-nosimata>
8. Ηλεκτρονική εγκυκλοπαίδεια Υγεία, από http://www.hygeia.gr/page.aspx%3Fp_id%3D90
9. <http://www.hiv aids.gr/homepage.php?id=pliroforisi/hiv aids#symptoms>