



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ  
ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ»**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ  
ΙΩΑΝΝΑ ΠΑΠΑΧΡΙΣΤΟΦΙΛΟΥ  
ΣΩΤΗΡΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΠΟΥΛΟΣ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ  
ΜΙΧΑΛΗΣ ΗΓΟΥΜΕΝΙΔΗΣ**

**ΠΑΤΡΑ, 2021**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το αντικείμενο της παρούσας πτυχιακής εργασίας αφορά στη βιβλιογραφική ανασκόπηση της Νοσηλευτικής Θεώρησης του Στίγματος που σχετίζεται με τα Λοιμώδη Νοσήματα. Στα πλαίσια αυτής καταφέραμε πρωτίστως, να συλλέξουμε δεδομένα και πληροφορίες των τελευταίων ετών και δευτερευόντως, να ενημερωθούμε και εκπαιδευτούμε πιο λεπτομερώς για τα λοιμώδη νοσήματα και το στίγμα που σχετίζεται με αυτά, μέσα φυσικά από διάφορες έρευνες, αλλά και βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις.

Πιο συγκεκριμένα, σε αυτή την εργασία γίνεται αναφορά στο στίγμα, τα λοιμώδη νοσήματα, στη σχέση που υπάρχει μεταξύ αυτών των δύο, καθώς και στις στρατηγικές καταπολέμησης αυτού μέσα από το χώρο υγείας και φυσικά μέσω των επαγγελματιών υγείας.

Η εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας αποτελεί μία προσωπική μας επιθυμία, η οποία έγκειται στην καλύτερη κατανόηση του στίγματος και της άμεσης σχέσης του με τα λοιμώδη νοσήματα με απώτερο στόχο την πρόληψη και καταπολέμηση αυτού στο χώρο της υγείας.

Σε αυτό το σημείο, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τον επόπτη και καθηγητή μας, κ. Μιχάλη Ηγουμενίδη που μας καθοδήγησε, συμβούλεψε και συντόνισε κατά τη διάρκεια εκπόνησης αυτής της εργασίας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ιστορικά, πολλές διαφορετικές ασθένειες έχουν συνδεθεί με προκαταλήψεις και αρνητικά στερεότυπα, ενώ έχουν αποτελέσει κίνητρο για στιγματισμό, με αποτέλεσμα την περιθωριοποίηση, τον αποκλεισμό ή ακόμα και την βία. Ακόμα και σήμερα, πολλές στάσεις και συμπεριφορές ενός μεγάλου μέρους της σύγχρονης κοινωνίας οδηγούν τα άτομα με λοιμώδη νοσήματα στην προσπάθεια απόκρυψης της πάθησης τους, στην χειρότερη ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και σε μειωμένη ποιότητα ζωής. Η παρούσα εργασία στοχεύει στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σε σχέση με τους μηχανισμούς και τις περιστάσεις που υποκινούν τον στιγματισμό, τα λοιμώδη νοσήματα και την εξέλιξη της αντιμετώπισης τους, τις συνέπειες του στίγματος σε αυτούς τους ασθενείς και τον ρόλο των επαγγελματιών υγείας στην προώθηση ή την καταπολέμηση του στιγματισμού αυτού.

## ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

στίγμα, λοιμώδη νοσήματα, στίγμα και λοιμώδη νοσήματα, στίγμα και επαγγελματίες υγείας, στρατηγικές καταπολέμησης

## **ABSTRACT**

Historically, many different diseases have been associated with prejudice and negative stereotypes, while they have been a motivator for stigmatization, resulting in marginalization, exclusion, or even violence. Even today, many attitudes and behaviors of a large part of modern society lead people with infectious diseases to try to hide their condition, to the worst quality of health services provided and a reduced quality of life. The present research aims to review the bibliography in relation to the mechanisms and circumstances that stimulate the stigmatization, the infectious diseases and the evolution of their treatment, the consequences of stigmatization in these patients and the role of health professionals in promoting or combating of this stigmatization.

## **KEYWORDS**

stigma, infectious diseases, stigma and infectious diseases, stigma and health professionals, control strategies

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....	1
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	2
<b>ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ</b> .....	2
<b>ABSTRACT</b> .....	3
<b>KEYWORDS</b> .....	3
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	6
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι</b> .....	7
<b>ΣΤΙΓΜΑ</b> .....	7
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	7
1.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ.....	8
1.3 ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	13
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ</b> .....	14
<b>ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ</b> .....	14
2.1 ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ.....	14
2.2 ΣΥΦΙΛΗ.....	17
2.3 ΠΑΝΩΛΗ.....	21
2.4 ΛΕΠΡΑ.....	24
2.5 ΓΡΙΠΗ.....	27
2.6 ΕΜΠΟΛΑ.....	30
2.7 HIV/AIDS .....	33
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ</b> .....	40
<b>ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΤΑ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ</b> .....	40
3.1 ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΣΕ ΚΑΘΕ ΕΝΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ .....	40
3.1.1 ΣΤΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ.....	40
3.1.2 ΣΤΗ ΣΥΦΙΛΗ.....	42
3.1.3 ΣΤΗΝ ΠΑΝΩΛΗ.....	48
3.1.4 ΣΤΗ ΛΕΠΡΑ .....	50
3.1.5 ΣΤΗ ΓΡΙΠΗ.....	51
3.1.6 ΣΤΟΝ ΕΜΠΟΛΑ .....	53
3.1.7 ΣΤΟΝ HIV/AIDS .....	54
3.2 ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	55
3.3 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	58
3.4 ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ.....	64

3.4.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΗΙV .....	64
3.4.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΓΡΙΠΗΣ.....	67
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>69</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>70</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για αιώνες, ο φόβος για το άγνωστο έχει δημιουργήσει ένα πλαίσιο που επιτρέπει τον αποκλεισμό και την περιθωριοποίηση ατόμων με ιατρικές παθήσεις, ιδιαίτερα για τις μεταδοτικές όπως είναι τα λοιμώδη νοσήματα. Σήμερα, παρά την αυξημένη ενημέρωση για την πρόληψη και την ανάπτυξη θεραπευτικών παρεμβάσεων για ασθένειες που κάποτε θεωρούνταν θανατηφόρες, το στίγμα που συνοδεύει τα λοιμώδη νοσήματα παραμένει. Ο τρόπος που παρουσιάζονται μέσα από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης σε συνδυασμό με κοινούς μύθους και παρανοήσεις περιπλέκονται με τους φόβους του κοινού και χρησιμοποιούνται για να δικαιολογήσουν δραστικά μέτρα για τον περιορισμό των λοιμωδών νόσων, καθώς και των φορέων τους.

Η ψυχολογία, η ανθρωπολογία και η κοινωνιολογία έχουν καταβάλει συστηματικές προσπάθειες να ερμηνεύσουν τα βαθύτερα αίτια, τις μορφές και τις επιπτώσεις του στίγματος που σχετίζεται με την υγεία. Παράλληλα όμως, τα ίδια θέματα έχουν απασχολήσει και τους επαγγελματίες υγείας, όχι μόνο ως θεραπευτές, αλλά και ως μια ειδική ομάδα του πληθυσμού που βρίσκεται σε υψηλότερο κίνδυνο μόλυνσης, καθώς και ως προαγωγοί της ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού.

Τα παραπάνω στοιχεία είναι σημαντικά για την δημόσια υγεία και την κοινωνική συνοχή, δεδομένου του ότι η ταυτοποίηση ενός λοιμώδους νοσήματος με μια συγκεκριμένη ομάδα, χώρα, φυλή, εθνικότητα ή τρόπο ζωής δημιουργεί μια ψευδή αιτιώδη σχέση μεταξύ εκείνων που σχετίζονται με μια συγκεκριμένη κατηγορία και τη νόσο. Η νοοτροπία της καταπολέμησης μιας μειονότητας «επικίνδυνων» από την πλειονότητα των υγιών οδηγούν σε συμπεριφορές που είναι επιζήμιες για όλη την κοινότητα. Ταυτόχρονα, ο φόβος αποτρέπει τα άτομα που νοσούν να αναζητήσουν βοήθεια και ιατρική περίθαλψη, με αποτέλεσμα την δημιουργία ενός φαύλου κύκλου για την δημόσια υγεία.

Η παρούσα εργασία αφορά στη νοσηλευτική θεώρηση της σχέσης ανάμεσα στο στίγμα και τα λοιμώδη νοσήματα, προκειμένου να παρουσιάσει και να ερμηνεύσει τα αίτια, τους τύπους και τις συνέπειες του στίγματος, να τα συγκρίνει με την φύση των περισσότερο γνωστών λοιμώξεων και λοιμωδών νοσημάτων και να αποσαφηνίσει τους ρόλους και τις παρεμβάσεις των νοσηλευτών μέσα σε αυτό το πλαίσιο.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

## ΣΤΙΓΜΑ

### 1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Ένα από τα περίεργα χαρακτηριστικά της βιβλιογραφίας σχετικά με το στίγμα είναι η μεταβλητότητα που υπάρχει στον ορισμό του (Stafford & Scott 1986). Σε πολλές περιπτώσεις, οι ερευνητές δεν παρέχουν σαφή ορισμό και φαίνεται να αναφέρονται σε κάτι όπως ο ορισμός του λεξικού («ένα σημάδι ντροπής») ή σε κάποια σχετική πτυχή όπως στερεότυπα ή απόρριψη (π.χ. κλίμακα κοινωνικής απόστασης). Όταν το στίγμα είναι ρητά ορισμένο, πολλοί συγγραφείς παραθέτουν τον ορισμό του στίγματος από τον Goffman για το «χαρακτηριστικό που είναι βαθιά δυσφημιστικό και που μειώνει τον κομιστή του από ένα συνηθισμένο άτομο σε ένα μολυσμένο, υποδεέστερο [άτομο]» (Goffman 1963, σελ. 3).

Από τον παραπάνω ορισμό του Goffman, έχουν προκύψει πολλοί εναλλακτικοί ή επεξεργασμένοι ορισμοί. Για παράδειγμα, οι Stafford & Scott (1986, σελ. 80) προτείνουν ότι το στίγμα είναι χαρακτηριστικό ατόμων που είναι αντίθετα με έναν κανόνα μιας κοινωνικής μονάδας, όπου ο κανόνας ορίζεται ως «κοινή πεποίθηση ότι ένα άτομο πρέπει να συμπεριφέρεται με έναν συγκεκριμένο τρόπο σε μια συγκεκριμένη στιγμή» (σελ. 81). Οι Crocker et al (1998, σελ. 505) υποδεικνύουν ότι «τα στιγματισμένα άτομα διαθέτουν (ή πιστεύεται ότι κατέχουν) κάποιο χαρακτηριστικό, ή ιδιότητα, που μεταδίδει κοινωνικά ταυτότητα η οποία υποτιμάται σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό πλαίσιο». Μια ιδιαίτερα επιρροή έχει ο ορισμός των Jones et al (1984), οι οποίοι χρησιμοποιούν την παρατήρηση του Goffman (1963, σελ. 4) ότι το στίγμα μπορεί να θεωρηθεί ως σχέση ανάμεσα σε ένα «χαρακτηριστικό και ένα στερεότυπο», ορίζοντας τελικά το στίγμα ως «σήμα» (χαρακτηριστικό) που συνδέει ένα άτομο με ανεπιθύμητα χαρακτηριστικά (στερεότυπα).

Από τους πολλούς λόγους που διαφέρουν οι ορισμοί του στίγματος, υπάρχουν δύο που φαίνεται να ξεχωρίζουν περισσότερο. Πρώτον, η έννοια του στίγματος έχει εφαρμοστεί σε μια τεράστια ποικιλία περιστάσεων. Κάθε μία από αυτές είναι μοναδική και κάθε μία είναι



πιθανό να οδηγήσει τους ερευνητές να αντιληφθούν το στίγμα με έναν κάπως διαφορετικό τρόπο. Δεύτερον, η έρευνα για το στίγμα είναι σαφώς πολυτομεακή, συμπεριλαμβανομένων των συνεισφορών από ψυχολόγους, κοινωνιολόγους, ανθρωπολόγους, πολιτικούς επιστήμονες, εθνογράφους, ακόμα και επαγγελματίες υγείας. Παρόλο που υπάρχει μεγάλη αλληλοεπικάλυψη ενδιαφερόντων σε αυτούς τους κλάδους, τα σημεία στα οποία δίνεται έμφαση διαφοροποιούνται σημαντικά. Ακόμα και εντός κλάδων, οι άνθρωποι προσεγγίζουν την έννοια του στίγματος από διαφορετικούς θεωρητικούς προσανατολισμούς που δημιουργούν κάπως διαφορετικά οράματα για το τι πρέπει να συμπεριληφθεί στην έννοια. Έτσι, τα διαφορετικά πλαίσια αναφοράς έχουν οδηγήσει σε διαφορετικές αντιλήψεις.

Λόγω της πολυπλοκότητας του φαινομένου του στίγματος, φαίνεται συνετό να καλυφθούν τα πρωταρχικά αίτια πίσω από τον στιγματισμό, δηλαδή τα στοιχεία της ανθρώπινης ψυχολογίας που επιτρέπουν στα άτομα να διαχωρίζουν τους εαυτούς τους από άλλα, καθώς και τι συνεπάγεται αυτό σε διαφορετικά πλαίσια.

## 1.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Στην βιβλιογραφία, οι ψυχολογικές προσεγγίσεις για το στίγμα έχουν προβεί σε ένα βασικό διαχωρισμό: το κοινωνικό στίγμα και το αυτο-στίγμα, ή αλλιώς «χαλασμένη ταυτότητα». Αρχίζοντας από τον Erving Goffman, γνωστό κοινωνιολόγο, έχει υποστηριχθεί ότι το στίγμα αποτελεί το χάσμα μεταξύ της Εικονικής Κοινωνικής Ταυτότητας (αυτό που πρέπει να είναι ένα άτομο) και της Πραγματικής Κοινωνικής Ταυτότητας (αυτό που πραγματικά είναι ένα άτομο). Έτσι, όπως προαναφέρθηκε, το στίγμα είναι το φαινόμενο κατά το οποίο ένα άτομο με ένα χαρακτηριστικό, το οποίο δυσφημείται βαθιά από την κοινωνία του/της, απορρίπτεται ως αποτέλεσμα της ιδιότητας (Goffman, 1963). Ο Goffman ανέπτυξε τον όρο «χαλασμένη ταυτότητα» (spoiled identity) όταν ασχολήθηκε με τις επιπτώσεις του στίγματος, δηλαδή τον αποκλεισμό του στιγματισμένου από την πλήρη κοινωνική αποδοχή.

Ο κοινωνιολόγος, Gerhard Falk περιγράφει το στίγμα που βασίζεται σε δύο κατηγορίες, το Υπαρξιακό Στίγμα και το Στίγμα Επιτεύγματος. Όπως υποστηρίζει, το Υπαρξιακό Στίγμα προέρχεται από μια κατάσταση την οποία ο στόχος του στίγματος είτε δεν προκάλεσε είτε έχει ελάχιστο έλεγχο σε αυτήν. Διευκρινίζει ότι το Στίγμα Επιτεύγματος ως κερδίζεται λόγω

συμπεριφοράς ή επειδή μια συμπεριφορά συνέβαλε σημαντικά στην επίτευξη του εν λόγω στίγματος (Falk, 2001).

Το στίγμα μπορεί επίσης να οφείλεται στον τρόπο που μια ετικέτα συνδέει ένα άτομο με ένα σύνολο ανεπιθύμητων χαρακτηριστικών που σχηματίζουν ένα στερεότυπο (Jacoby, 2005). Μόλις οι άνθρωποι εντοπίσουν και επισημάνουν τις διαφορές ενός ατόμου ή μιας μειονότητας με το σύνολο, το άτομο θα παραμείνει στιγματισμένο έως ότου το χαρακτηριστικό στιγματισμού παύσει να αναγνωρίζεται ως στοιχείο διαφοροποίησης από το "κανονικό". Σύμφωνα με τον Jacoby (2005), απαιτείται σημαντική γενίκευση για τη δημιουργία ομάδων. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα τείνουν να τοποθετούν κάποιον σε μια γενική ομάδα, ανεξάρτητα από το πόσο καλά ταιριάζει πραγματικά σε αυτήν την ομάδα. Ωστόσο, τα χαρακτηριστικά που επιλέγει η κοινωνία διαφέρουν ανάλογα με τον χρόνο και τον τόπο. Αυτό που θεωρείται παράταιρο σε μια κοινωνία είναι ο κανόνας σε μια άλλη. Όταν η κοινωνία κατηγοριοποιεί τα άτομα σε συγκεκριμένες ομάδες, το άτομο που χαρακτηρίζεται υπόκειται σε απώλεια και διάκριση του κοινωνικού status (Jacoby, 2005). Η κοινωνία θα αρχίσει να διαμορφώνει προσδοκίες για αυτές τις ομάδες μόλις διασφαλιστεί το πολιτιστικό στερεότυπο.

Σύμφωνα με την θεωρία της ομαδικής επιβίωσης, το στίγμα προέρχεται από την ανησυχία του ανθρώπου για την ομαδική επιβίωση σε προηγούμενες περιόδους στην διάρκεια της εξέλιξης τους. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, ο στιγματισμός των ανθρώπων που θεωρούνταν ανίκανοι να συμβάλουν στην επιβίωση της ομάδας ή που θεωρούνταν απειλές για την ευημερία της στιγματίστηκαν για να δικαιολογήσουν την αναγκαστική έξοδο ή την απομόνωσή τους (Healthline Network Inc., 2007).

Η θεωρία της ομαδικής επιβίωσης θεωρείται επίσης ότι εξηγεί γιατί ορισμένες ανθρώπινες ιδιότητες φαίνεται να θεωρούνται παγκοσμίως ως στίγματα, ενώ άλλες αφορούν συγκεκριμένους πολιτισμούς ή περιόδους της ιστορίας. Η ασθένεια φαίνεται να είναι ένα χαρακτηριστικό που οδηγούσε σχεδόν πάντα στο στιγματισμό και τον αποκλεισμό των θυμάτων της (Healthline Network, Inc., 2007).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, το στίγμα πηγάζει από την τάση των ανθρώπων να κρίνουν τον εαυτό τους και τους άλλους. Με βάση αυτές τις κρίσεις, κατηγοριοποιούν ή

κρίνουν στερεοτυπικά τα άτομα, όχι απαραίτητα με βάση πραγματικές περιστάσεις ή στοιχεία, αλλά σε αυτά που η κοινωνία θεωρεί ακατάλληλα, ασυνήθιστα, επαισχυντα ή απαράδεκτα. Ως εκ τούτου, ο στιγματισμός μπορεί να συμβεί σε όλες τις εκφάνσεις της ανθρώπινης ζωής. Ένα άτομο μπορεί να στιγματιστεί εξαιτίας ασθενειών, γενετικών ανωμαλιών και ψυχικών ασθενειών, σεξουαλικών προτιμήσεων, επαγγέλματος και οικονομικής κατάστασης. Τα στίγματα μπορεί να σχετίζονται με μια μεγάλη ποικιλία ασθενειών από το άσθμα έως το σύνδρομο Zellweger και επαγγέλματα από τον εξωτικό χορό έως τους αγώνες αυτοκινήτων και διάφορες προσωπικές προτιμήσεις, όπως άτομα με τατουάζ και σκουλαρίκια σε άτομα που γεννήθηκαν στην επαρχία εναντίον ανθρώπων που γεννήθηκαν στην πρωτεύουσα.

Στο *Unraveling the Contexts of Stigma*, οι συγγραφείς Campbell και Deacon περιγράφουν τις καθολικές και ιστορικές μορφές του στίγματος του Goffman ως εξής:

- *Εμφανείς ή εξωτερικές παραμορφώσεις*- όπως λέπρα, λυκόστομα και μυϊκή δυστροφία.
- *Γνωστές Παρεκκλίσεις στα Προσωπικά Χαρακτηριστικά*- εκλαμβάνεται ως αδύναμη θέληση, κυριαρχία ή αφύσικα πάθη, προδοτικές και άκαμπτες πεποιθήσεις και ντροπιαστική συμπεριφορά, π.χ. ψυχικές διαταραχές, φυλάκιση, εθισμός, ομοφυλοφιλία, ανεργία, απόπειρες αυτοκτονίας και ριζοσπαστική πολιτική συμπεριφορά.
- *Φυλετικό στίγμα*- μια συγκεκριμένη εθνικότητα, θρησκεία ή φυλή που αποτελούν απόκλιση από το κανονιστικό, π.χ. Εβραίοι ή Αφροαμερικανοί (Campbell & Deacon, 2006).

Έχοντας εξετάσει τις παραπάνω αιτίες και εκφάνσεις του στίγματος, αξίζει να περιγράψει η σχέση της "αποκλίνουσας" συμπεριφοράς με την χαλασμένη ταυτότητα. Το στίγμα εμφανίζεται όταν ένα άτομο προσδιορίζεται ως αποκλίνουσα, που συνδέεται με αρνητικά στερεότυπα που προκαλούν προκατειλημμένες στάσεις, οι οποίες λειτουργούν σε διακριτικές συμπεριφορές. Ο Goffman έχει υποστηρίξει πώς οι στιγματισμένοι άνθρωποι διαχειρίζονται την «χαλασμένη ταυτότητά» τους -πράγμα που σημαίνει ότι το στίγμα αποκλείει το στιγματισμένο άτομο από την πλήρη κοινωνική αποδοχή- ενώπιον των κοινών κανονικών.

Επικεντρώθηκε στο στίγμα όχι ως ένα σταθερό ή εγγενές χαρακτηριστικό ενός ατόμου αλλά μάλλον στην εμπειρία και το νόημα της διαφοράς (Shaw, 1991).

Ο Falk επεξηγεί το έργο του Goffman επαναπροσδιορίζοντας τους αποκλίνοντες ως «άλλους», που αποκλίνουν από τις προσδοκίες μιας ομάδας και κατηγοριοποιώντας την απόκλιση σε δύο τύπους: την κοινωνική και την περιστασιακή.

Η κοινωνική απόκλιση αναφέρεται σε μια κατάσταση που εκλαμβάνεται ευρέως, εκ των προτέρων γενικά, ως αποκλίνουσα και ως εκ τούτου οδηγεί στον στιγματισμό. Βάσει αυτού του ορισμού, η ομοφυλοφιλία είναι παράδειγμα κοινωνικής απόκλισης επειδή υπάρχει τόσο μεγάλος βαθμός συναίνεσης ως προς το ότι η ομοφυλοφιλία αποτελεί διαφοροποίηση από τη νόρμα και παραβίαση κοινωνικών κανόνων ή κοινωνικών προσδοκιών (Falk, 2001).

Αντίθετα, η περιστασιακή απόκλιση αναφέρεται σε μια πράξη του ατόμου που στη συνέχεια στιγματίζεται. Ένας ληστής ή άλλος εγκληματίας αποτελεί ένα τέτοιο παράδειγμα. Είναι το έγκλημα που οδηγεί στο στίγμα και τον αποκλεισμό του ατόμου. Η περιστασιακή απόκλιση δεν μπορεί να στιγματιστεί αν δεν ανακαλυφθεί, ενώ το κοινωνικό στίγμα υφίστανται ως πιθανές ετικέτες για να "κολλήσουν" σε αυτούς που αυτοπροσδιορίζονται ή προσδιορίζονται ως αποκλίνοντες (Falk, 2001).

Όσο για τις συνέπειες του στίγματος, έχει υποστηριχθεί ότι αγγίζουν ολόκληρα μέρη της κοινωνίας. Παρόλο που το μεγαλύτερο μέρος του έργου του Goffman για το στίγμα είναι αφιερωμένο σε άτομα με δυσφημιστικά χαρακτηριστικά ή εμφανή στίγματα, ο Goffman πιστεύει γενικά ότι όλοι έχουν ή μπορούν να στιγματιστούν κάποια στιγμή ή σε κάποιο περιβάλλον (Ritzer, 2006). Στο ίδιο κλίμα με τον Goffman, ο Falk καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι άνθρωποι και οι κοινωνίες πάντα θα στιγματίζουν κάποιες καταστάσεις και κάποιες συμπεριφορές, διότι αυτό παρέχει ομαδική αλληλεγγύη, θέτοντας όρια ανάμεσα στους «άλλους» και «εμάς». (Falk, 2001). Ο στιγματισμός, στην ουσία του, είναι μια πρόκληση για την ανθρωπότητα- τόσο για το στιγματισμένο άτομο όσο και για τον στιγματιστή. Η πλειοψηφία των ερευνητών του στιγματισμού διαπίστωσε ότι η διαδικασία του στιγματισμού έχει μακρά ιστορία και είναι διαπολιτισμικά πανταχού παρούσα (Heatherton et al. 2000).

Τα άτομα αντιμετωπίζουν ενεργά το στίγμα με τρόπους που ποικίλλουν μεταξύ των στιγματισμένων ομάδων, των ατόμων εντός των στιγματισμένων ομάδων και εντός των ίδιων ατόμων σε διάφορους χρόνους και καταστάσεις (Levin & van Laar, 2004).

Οι στιγματισμένοι εξοστρακίζονται, υποτιμώνται, απορρίπτονται, περιφρονούνται και αποφεύγονται. Βιώνουν διακρίσεις, προσβολές, επιθέσεις και ακόμη και δολοφονούνται. Όσοι αντιλαμβάνονται ότι είναι μέλη μιας στιγματισμένης ομάδας, είτε είναι προφανές στους γύρω τους είτε όχι, συχνά βιώνουν ψυχολογική δυσφορία και πολλοί βλέπουν τον εαυτό τους περιφρονητικά (Heatherton et al. 2000).

Αν και η εμπειρία του στιγματισμού μπορεί να επηρεάσει την αυτοεκτίμηση, τα ακαδημαϊκά επιτεύγματα και άλλα αποτελέσματα, πολλοί άνθρωποι με στιγματισμένα χαρακτηριστικά έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση, αποδίδουν σε υψηλά επίπεδα, είναι ευτυχισμένοι και φαίνεται να είναι αρκετά ανθεκτικοί απέναντι στις αρνητικές τους εμπειρίες (Heatherton et al. 2000).

Από την οπτική γωνία του στιγματιστή, ο στιγματισμός συνεπάγεται τον εξανθρωπισμό, την απειλή, την αποστροφή και μερικές φορές την αποπροσωποποίηση των άλλων σε στερεότυπες καρικατούρες. Ο στιγματισμός των άλλων μπορεί να εξυπηρετήσει διάφορες λειτουργίες για ένα άτομο, συμπεριλαμβανομένης της ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης, της ενίσχυσης του ελέγχου και του άγχους, μέσω της μειωτικής σύγκρισης. Η σύγκριση του εαυτού με τους λιγότερο τυχερούς άλλους μπορεί να αυξήσει την υποκειμενική αίσθηση ευημερίας του ατόμου και επομένως να τονώσει την αυτοεκτίμηση. (Heatherton et al. 2000).

Οι κοινωνικοί ψυχολόγοι του 21ου αιώνα θεωρούν ότι ο στιγματισμός και τα στερεότυπα είναι μια φυσιολογική -αν και ανεπιθύμητη- συνέπεια των γνωστικών ικανοτήτων και των περιορισμών των ανθρώπων, καθώς και των κοινωνικών πληροφοριών και εμπειριών στις οποίες εκτίθενται (Heatherton et al. 2000).

Τέλος, οι τρέχουσες απόψεις για το στίγμα, από την οπτική γωνία τόσο του στιγματιστή όσο και του στιγματισμένου ατόμου, θεωρούν ότι η διαδικασία του στίγματος είναι εξαιρετικά συγκεκριμένη κατά την κατάσταση, δυναμική, σύνθετη και μη παθολογική (Heatherton et al. 2000).

### 1.3 ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Λαμβάνοντας υπόψη την φύση και τους μηχανισμούς του στίγματος, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι η ασθένεια μπορεί να γίνει αντικείμενο στιγματισμού. Το στίγμα που σχετίζεται με την κατάσταση της υγείας είναι το στίγμα που σχετίζεται με τη διαβίωση με μια συγκεκριμένη ασθένεια ή πάθηση (Bil, 2016). Ένα τέτοιο στίγμα μπορεί να αντιμετωπιστεί σε όλους τους τομείς της ζωής. Ωστόσο, το στίγμα στο χώρο της υγείας είναι ιδιαίτερα επιβλαβές, επηρεάζοντας αρνητικά τους ασθενείς που αναζητούν υπηρεσίες υγείας σε μια στιγμή που είναι πιο ευάλωτοι (Happell et al. 2014). Στις εγκαταστάσεις υγείας, οι εκδηλώσεις του στιγματισμού είναι ευρέως τεκμηριωμένες, ενώ κυμαίνονται από την πλήρη άρνηση περίθαλψης, στην παροχή υπο-τυποποιημένης περίθαλψης, τη σωματική και λεκτική κακοποίηση, έως τις πιο λεπτές μορφές, όπως την μεγαλύτερη διάρκεια αναμονής για τους στιγματισμένους ασθενείς και την μεταφορά της ευθύνης της παροχής υπηρεσιών υγείας σε κατώτερα στελέχη του προσωπικού. Ως αποτέλεσμα, το στίγμα αποτελεί εμπόδιο για τη φροντίδα ατόμων που αναζητούν υπηρεσίες για την πρόληψη ασθενειών, τη θεραπεία οξέων ή χρόνιων παθήσεων ή την υποστήριξη για τη διατήρηση υγιούς ποιότητας ζωής. Μέσα στο σύστημα υγείας, το στίγμα έναντι ενός ατόμου που ζει με μια συγκεκριμένη ασθένεια υπονομεύει την πρόσβαση στη διάγνωση, τη θεραπεία και τα επιτυχή αποτελέσματα της υγείας (Clarke et al. 2014).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

### ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

#### 2.1 ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Η φυματίωση είναι μια μεταδοτική αερομεταφερόμενη ασθένεια που προκαλείται από το *Mycobacterium tuberculosis*, ένα βακτήριο που αναπτύσσεται και διαιρείται εντός των κυττάρων. Η μόλυνση, η οποία ξεκινά στους πνεύμονες, προκαλεί οζίδια γνωστά ως φύματα, ή Ghon foci, τα οποία είναι σημεία που αφήνονται από νεκρό μολυσμένο ιστό. Με την πάροδο του χρόνου, η ασθένεια μπορεί να εξαπλωθεί σε άλλες περιοχές του πνεύμονα και μεγαλύτερες περιοχές του πνευμονικού ιστού μπορεί να νεκρώνουν, προκαλώντας κοιλότητες. Τα βακτήρια μπορούν επίσης να εξαπλωθούν σε άλλα όργανα, συμπεριλαμβανομένου του νεφρού, του εγκεφάλου και της σπονδυλικής στήλης.

#### ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η φυματίωση υπάρχει εδώ και δεκάδες χιλιάδες χρόνια. Ονομάστηκε συχνά «χτικιό» λόγω της δραματικής απώλειας βάρους που μπορεί να προκαλέσει. Πριν από τη δεκαετία του 1940, όταν το αντιβιοτικό στρεπτομυκίνη δεν ήταν ακόμα διαθέσιμο, δεν υπήρχαν πολλά που θα μπορούσαν να γίνουν για την θεραπεία της ασθένειας. Ο καθαρός αέρας, η καλή διατροφή και το φως του ήλιου θεωρήθηκαν χρήσιμα αλλά δεν λειτουργούσαν πάντα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι γιατροί επιχείρησαν να αφαιρέσουν έναν προσβεβλημένο πνεύμονα. Πιστεύεται ότι, από τον 17ο έως τον 19ο αιώνα, ένας στους πέντε ανθρώπους πέθαινε από φυματίωση.

#### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Η φυματίωση αποτελεί μια από τις περισσότερο θανατηφόρες ασθένειες παγκοσμίως, αν και είναι λιγότερο διαδεδομένη στις δυτικές χώρες από ό, τι στο παρελθόν. Σύμφωνα με το

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 9.029 νέες περιπτώσεις φυματίωσης αναφέρθηκαν στις ΗΠΑ το 2018 (Talwar et al. 2019).

## ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ

Όταν ένα υγιές άτομο μολυνθεί με φυματίωση, τα κύτταρα του ανοσοποιητικού του συστήματος συνήθως απομακρύνουν τη μόλυνση και αναγκάζουν τα βακτήρια της φυματίωσης να μετατραπούν σε ανενεργή μορφή που δεν προκαλεί συμπτώματα και δεν είναι μεταδοτική. Αυτή η διαδικασία είναι γνωστή ως λανθάνουσα λοίμωξη από φυματίωση. Τα άτομα μπορούν να ζήσουν με λανθάνουσα φυματίωση χωρίς να αναπτύξουν ποτέ τη δραστική μορφή της νόσου. Ωστόσο, όταν το ανοσοποιητικό σύστημα είναι εξασθενημένο, η λοίμωξη μπορεί να γίνει ενεργή, προκαλώντας συμπτώματα και μεταδοτική ασθένεια. Περίπου το 5% έως το 10% των μολυσμένων ατόμων που δεν λαμβάνουν θεραπεία για λανθάνουσα λοίμωξη από φυματίωση θα αναπτύξουν ενεργή φυματίωση κάποια στιγμή στη ζωή τους (CDC, 2016). Το σύμπτωμα της ενεργού φυματίωσης βήχας που παράγει αιματηρό φλέγμα και μπορεί να διαρκέσει τρεις ή περισσότερες εβδομάδες. Άλλα συμπτώματα περιλαμβάνουν πόνο στο στήθος, κόπωση, απώλεια όρεξης, απώλεια βάρους, πυρετό, ρίγη και νυχτερινές εφιδρώσεις.

## ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η φυματίωση είναι μια αερομεταφερόμενη ασθένεια, που εξαπλώνεται κυρίως μέσω σταγονιδίων που απελευθερώνονται στον αέρα μετά από ένα μεταδοτικό άτομο που βήχει, φτύνει ή φτερνίζεται. Ο κίνδυνος μόλυνσης είναι μεγαλύτερος για όσους περνούν μεγάλες χρονικές περιόδους σε κλειστά περιβάλλοντα - όπως αεροπλάνα, λεωφορεία ή μικρό χώρο διαβίωσης που μοιράζονται με μολυσμένα άτομα.

Η φυματίωση είναι ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας σε πολλές χώρες, ιδίως σε αναπτυσσόμενες. Ονομάστηκε «ασθένεια της φτώχειας» επειδή είναι πιο διαδεδομένη σε μέρη με δύσκολες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που οδηγούν σε συμβίωση με πολλά άτομα σε μικρούς χώρους, υποσιτισμό και πολλά άλλα. Ενώ η φυματίωση είναι λιγότερο διαδεδομένη σήμερα, παραμένει πρόβλημα σε νοσοκομεία, φυλακές και καταφύγια αστέγων, όπου επικρατούν πλήθος συνθηκών.



Εκείνοι με εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για φυματίωση. Σε αυτούς περιλαμβάνονται παιδιά, ηλικιωμένοι, άτομα με νόσο που επηρεάζει το ανοσοποιητικό (όπως ο HIV), άτομα που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτικά φάρμακα (όπως στη θεραπεία αυτοάνοσης νόσου ή μετά από μεταμόσχευση οργάνου) και άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία για καρκίνο.

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Μετά την υποψία μόλυνσης, προγραμματίζεται κάποιο τεστ φυματίωσης με έναν πάροχο υγειονομικής περίθαλψης. Η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη είναι η δερματική δοκιμασία Mantoux, η οποία πραγματοποιείται με ένεση ενός καθαρισμένου παραγώγου πρωτεΐνης του *mycobacterium tuberculosis* κάτω από το δέρμα του βραχίονα. Εάν υπάρχει ανοσολογική αντίδραση, θα εμφανιστεί οίδημα στο σημείο της ένεσης εντός δύο έως τριών ημερών (CDC, 2016).

Μερικές φορές η δερματική δοκιμασία μπορεί να εφαρμοστεί πολύ σύντομα μετά την έκθεση στα βακτήρια (από οκτώ έως 10 εβδομάδες) για να αναπτυχθεί η ανοσοαπόκριση. Εάν το αποτέλεσμα είναι θετικό, ο ασθενής θα υποβληθεί σε περαιτέρω εξετάσεις, συμπεριλαμβανομένης ακτινογραφίας θώρακος και βακτηριακής καλλιέργειας ή μικροσκοπικής εξέτασης πτυέλων.

Υπάρχουν επίσης εξετάσεις αίματος που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση της φυματίωσης, γνωστές ως δοκιμασίες απελευθέρωσης ιντερφερόνης-γάμμα (IGRA), αν και δεν χρησιμοποιούνται τόσο συχνά.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η φυματίωση αντιμετωπίζεται με αντιβιοτικά. Η θεραπεία συνήθως αποτελείται από έξι έως οκτώ εβδομάδες λήψης ενός συνδυασμού τεσσάρων φαρμάκων, ακολουθούμενη από δύο από τα τέσσερα φάρμακα για 18 εβδομάδες, με συνολική διάρκεια έξι έως εννέα μηνών. Η ακριβής πορεία της φαρμακευτικής θεραπείας εξαρτάται από την περίπτωση του ασθενούς και τη συνολική υγεία (CDC, 2016).

Η συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη θεραπεία της φυματίωσης, ακόμη και μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων. Η ολοκλήρωση της πορείας των αντιβιοτικών είναι απαραίτητη για να σκοτώσει όλα τα βακτήρια της φυματίωσης. Η αποτυχία ολοκλήρωσης της πλήρους πορείας μπορεί να οδηγήσει σε αναποτελεσματική θεραπεία, μεγαλύτερη διάρκεια της ασθένειας και μικροβιακή αντοχή, για τις οποίες οι επιλογές θεραπείας είναι λιγότερο αποτελεσματικές και έχουν περισσότερες παρενέργειες από τα φάρμακα πρώτης γραμμής.

## ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ

Μετά από θετική διάγνωση της ενεργού φυματίωσης, θα ζητηθεί από τον ασθενή να μην παρευρεθεί στην εργασία ή στο σχολείο έως ότου ο γιατρός καθορίσει ότι δεν είναι πλέον μεταδοτικός. Τυπικά, η καραντίνα διαρκεί περίπου δύο έως τρεις εβδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας, αλλά μπορεί να διαρκέσει έως και έξι εβδομάδες. Μέχρι τότε, ο ασθενής πρέπει να κρατά απόσταση από άτομα με τα οποία έχει τακτική επαφή. Όταν βήχουν πρέπει να χρησιμοποιούν ένα χαρτομάντιλο και να το απορρίψουν σε μια σφραγισμένη σακούλα. Μετά την απελευθέρωση από το νοσοκομείο, οι υπεύθυνοι δημόσιας υγείας παρέχουν οδηγίες για την επιστροφή στην εργασία ή στο σχολείο. Άτομα με τα οποία υπήρχε επαφή θα πρέπει να ελέγχονται για λοίμωξη.

## 2.2 ΣΥΦΙΛΗ

Η σύφιλη είναι μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη που προκαλείται από το βακτήριο *Treponema pallidum* και εξαπλώνεται μέσω κολπικού, πρωκτικού ή στοματικού σεξ με έναν μολυσμένο σύντροφο. Το ενδεικτικό σύμπτωμα είναι η εμφάνιση ανοιχτού έλκους - γνωστή ως συφιλιδικό έλκος- στα γεννητικά όργανα, στο στόμα, στον πρωκτό ή στο ορθό.

Οι εξετάσεις αίματος χρησιμοποιούνται για την διάγνωση της σύφιλης η οποία και αντιμετωπίζεται με αντιβιοτικά. Εάν δεν αντιμετωπιστεί, η σύφιλη μπορεί να προχωρήσει σε διαφορετικά στάδια της νόσου, το καθένα με διαφορετικά συμπτώματα που μπορούν να μιμηθούν άλλες ασθένειες. Εφόσον αφεθεί χωρίς θεραπεία, η σύφιλη μπορεί να εισβάλει στο

νευρικό σύστημα, προκαλώντας πονοκεφάλους, αλλοιωμένη συμπεριφορά, κακό συντονισμό και άνοια.

Η συνεπής σωστή χρήση προφυλακτικών, η μακροχρόνια μονογαμία και η αποχή είναι οι καλύτεροι τρόποι προστασίας από τη σύφιλη και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

## ΑΙΤΙΑ & ΜΕΤΑΔΟΣΗ

Η σύφιλη είναι ένα σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα που προκαλείται από ένα σπειροειδές βακτήριο, το *Treponema pallidum*. Εκτός από τη σεξουαλική επαφή, μπορεί επίσης να μεταδοθεί από τη μητέρα στο παιδί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του τοκετού. Υπάρχουν διάφορες προκαταλήψεις και λανθασμένες αντιλήψεις για τη σύφιλη, καθότι επικρατεί η ιδέα ότι μεταδίδεται μόνο μέσω της εναλλαγής ερωτικών συντρόφων.

Η μόλυνση από σύφιλη εμφανίζεται όταν το δέρμα ή ο βλεννογόνος ιστός έρχονται σε επαφή με μια ανοιχτή, ελκώδη πληγή γνωστή ως συφιλιδικό έλκος. Το σπειροειδές σχήμα των βακτηρίων επιτρέπει την εισχώρησή τους στις βλεννογόνες μεμβράνες του στόματος, του κόλπου ή του ορθού ή σε μικροσκοπικές ρήξεις στο δέρμα.

Εάν αφηθεί χωρίς θεραπεία, η σύφιλη θα περάσει από πέντε στάδια μόλυνσης: πρωτογενή, δευτερογενή, πρώιμη λανθάνουσα, όψιμη λανθάνουσα και τριτογενή σύφιλη. Ο κίνδυνος και ο τρόπος μετάδοσης μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με το στάδιο:

- Κατά τη διάρκεια της πρωτογενούς σύφιλης, η ασθένεια μεταδίδεται σε επαφή με ένα συφιλιδικό έλκος.
- Κατά τη δευτερογενή σύφιλη, η ασθένεια μπορεί να μεταδοθεί σε επαφή με ένα δευτερογενές εξάνθημα.
- Κατά τη διάρκεια της πρώιμης λανθάνουσας σύφιλης, τα δευτερογενή συμπτώματα μπορεί μερικές φορές να υποτροπιάσουν και να αυξήσουν τον κίνδυνο μετάδοσης.
- Κατά την όψιμη λανθάνουσα ή τριτογενή σύφιλη, η ασθένεια θεωρείται μη μεταδοτική.

Η σύφιλη δεν μπορεί να μεταδοθεί μέσω της χρήσης καθισμάτων τουαλέτας, της περιστασιακής κοινωνικής επαφής ή μέσω της κοινής χρήσης σκευών ή ειδών προσωπικής φροντίδας. Αυτό συμβαίνει επειδή το *T. pallidum* έχει ένα εύθραυστο κέλυφος που στερείται των λιποπρωτεϊνών που απαιτούνται για τη διατήρηση της ζωής χωρίς την εισβολή στο σώμα ενός ξενιστή για πολύ καιρό. Ως αποτέλεσμα, η μετάδοση σύφιλης από άνθρωπο σε άνθρωπο είναι εξαιρετικά απίθανη.

Η περιγεννητική μετάδοση της σύφιλης (επίσης γνωστή ως συγγενής σύφιλη) συμβαίνει όταν τα βακτήρια της σύφιλης διεισδύουν στον πλακούντα που περιβάλλει το αναπτυσσόμενο έμβρυο. Ενώ αυτό μπορεί να συμβεί σε οποιοδήποτε στάδιο της εγκυμοσύνης, η πιθανότητα είναι μεγαλύτερη κατά το δεύτερο μισό της κύησης. Ο κίνδυνος μετάδοσης ποικίλλει ανάλογα με το στάδιο της λοίμωξης της μητέρας. Ο κίνδυνος μετάδοσης της σύφιλης από μια μητέρα που δεν λαμβάνει θεραπεία είναι πολύ υψηλός. Στα νεογνά, η σύφιλη μπορεί να προκαλέσει δυσμορφίες στο κρανίο (συνήθως στη μύτη ή το στόμα) και αλλοιωμένο δέρμα στις παλάμες και τα πέλματα).

## ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ενώ η σύφιλη μπορεί να προσβάλει τον οποιονδήποτε, υπάρχουν διάφοροι παράγοντες κινδύνου που μπορούν να αυξήσουν την πιθανότητα μόλυνσης. Ορισμένοι σχετίζονται με σεξουαλικές συμπεριφορές, ενώ άλλοι σχετίζονται με χαρακτηριστικά που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο ολόκληρο τον πληθυσμό. Μεταξύ των πιο κοινών παραγόντων κινδύνου είναι:

- Η ασυνεπής χρήση προφυλακτικών, ως η κύρια αιτία μετάδοσης σε όλες τις ομάδες πληθυσμού. Σύμφωνα με μια μελέτη των Centers for Disease Control and Prevention (CDC), μόνο περίπου το 24% των γυναικών και το 33% των ανδρών μεταξύ 15 και 44 ετών χρησιμοποιούν σταθερά προφυλακτικό (Copen, 2017).
- Η συχνή εναλλαγή πολλών ερωτικών συντρόφων αυξάνουν τις ευκαιρίες για έκθεση, επομένως και για μετάδοση. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για ανώνυμους συντρόφους που συναντώνται σε διαδικτυακές πλατφόρμες.
- Οι άνδρες που κάνουν σεξ με άνδρες αντιπροσωπεύουν περίπου το 60% των ασθενών με σύφιλη στις ΗΠΑ. Οι φυσιολογικές ευπάθειες (όπως η ευθραυστότητα των

ορθικών ιστών) και τα υψηλά ποσοστά HIV τοποθετούν αυτή την ομάδα πληθυσμού σε εγγενώς αυξημένο κίνδυνο σε σύγκριση με τους ετεροφυλόφιλους συνομηλίκους τους.

- Η χρήση ενέσιμων ναρκωτικών έχει προκαλέσει αύξηση των εστιών μετάδοσης σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων τα τελευταία χρόνια. Παρόλο που η σύφιλη δεν μεταδίδεται από έκθεση στο αίμα, η χρήση ενέσιμων ναρκωτικών μπορεί να βλάψει την κρίση των χρηστών και να αυξήσει τον κίνδυνο σεξουαλικής βίας ή πορνείας με σκοπό την πρόσβαση σε ναρκωτικά.

## ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ

Τα σημεία και τα συμπτώματα της σύφιλης σχετίζονται με το στάδιο της λοίμωξης. Το πρώτο στάδιο περιλαμβάνει την εμφάνιση ενός ανώδυνου έλκους στα γεννητικά όργανα, το ορθό ή το στόμα. Μετά την epούλωση του, το δεύτερο στάδιο συνήθως εκδηλώνεται με εξάνθημα. Τέλος, μετά από μια μακρά περίοδο χωρίς συμπτώματα, το τρίτο στάδιο μπορεί να αναπτυχθεί ξαφνικά, προκαλώντας εκτεταμένη βλάβη στον εγκέφαλο, τα νεύρα, τα μάτια ή την καρδιά.

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η ασθένεια συνήθως διαγιγνώσκεται με εξετάσεις αίματος που χωρίζονται σε μη τρεπονημικά και τρεπονημικά τεστ. Συνήθως χρησιμοποιούνται πρώτα τα μη τρεπονημικά, δηλαδή την δοκιμασία διερεύνησης αφροδισίων νοσημάτων και το τεστ ταχείας ρεαγίνης πλάσματος. Ωστόσο, λόγω του ότι συχνά δίνουν ψευδή θετικά αποτελέσματα, η διάγνωση προχωρά με τρεπονημικά τεστ, όπως η δοκιμασία παθητικής αιμοσυγκόλλησης ή η δοκιμασία απορρόφησης φθορίζοντος τρεπονημικού αντισώματος. Συχνά, η εργαστηριακή ανάλυση μπορεί να παρέχει ενδείξεις για το εάν μια μόλυνση είναι νέα ή κάποια που συνέβη στο παρελθόν. Μερικές φορές υπάρχει και η δυνατότητα άμεσης διάγνωσης μέσω της μικροσκοπίας σκοτεινού πεδίου του όρου από το συφιλιδικό έλκος, ωστόσο δεν συνηθίζεται λόγω του ότι πολλά δημόσια νοσοκομεία δεν διαθέτουν τον απαραίτητο εξοπλισμό ή εξειδικευμένο προσωπικό.

Εκτός από τις εξετάσεις που πραγματοποιούνται σε νοσοκομεία, ιατρεία ή φαρμακεία, υπάρχουν πολλά κιτ αυτοελέγχου που επιτρέπουν στους χρήστες να κάνουν δοκιμές από την άνεση του σπιτιού τους.

Η διάγνωση στα νεογνά μπορεί να είναι δύσκολη καθώς τα αντισώματα της μητέρας κυκλοφορούν στο αίμα του μωρού για τους πρώτους 12 έως 18 μήνες της ζωής. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, οι γιατροί δεν μπορούν να διακρίνουν αν τα αντισώματα για τη σύφιλη προέρχονται από τη μητέρα ή ανήκουν στο μωρό, έτσι δεν μπορούν να συμπεραίνουν αν το μωρό έχει μολυνθεί.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η σύφιλη αντιμετωπίζεται συνήθως με πενικιλίνη, το ίδιο φάρμακο που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της λοίμωξης από το 1943. Ενώ μια βακτηριακή ασθένεια μπορεί να αντιμετωπιστεί με άλλους τύπους αντιβιοτικών, υπάρχουν περιπτώσεις όπου η πενικιλίνη είναι η μόνη επιλογή. Ο σύντροφος ενός μολυσμένου ατόμου μπορεί επίσης να υποβληθεί σε υποθετική αγωγή για προστασία από μόλυνση. Εκτός από τα αντιβιοτικά, καμία άλλη μορφή θεραπείας δεν είναι αποτελεσματική για την εξάλειψη της μόλυνσης από σύφιλη.

Η θεραπεία για σύφιλη που διαγνώστηκε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ακολουθεί τις ίδιες συστάσεις για ενήλικες που αναφέρονται παραπάνω. Ωστόσο, μόνο η πενικιλίνη G είναι αποτελεσματική στην πρόληψη της συγγενούς μετάδοσης.

Εάν μια μητέρα είναι αλλεργική στην πενικιλίνη, ο γιατρός της θα πρέπει να την απευαισθητοποιήσει με μια σειρά από αλλεργικά εμβόλια. Αυτό θα συνεπαγόταν την έκθεση της μητέρας σε μικρότερες ποσότητες πενικιλίνης και την αύξηση της δοσολογίας σταδιακά για την ανάπτυξη ανοχής, έτσι ώστε να μπορέσει τελικά να λάβει πενικιλίνη.

## 2.3 ΠΑΝΩΛΗ

Η ίδια η ιδέα της πανώλης είναι κάτι που έχει συνδεθεί με τον Μεσαίωνα, όταν δεκάδες εκατομμύρια σκοτώθηκαν μετά τον "Μαύρο Θάνατο" που έπληξε την Ασία, την Αφρική και

την Ευρώπη τον 14ο αιώνα. Όπως η ευλογιά και η πολιομυελίτιδα, η πανούκλα συχνά θεωρείται ως ένα ιστορικό, αλλά πεπερασμένο πρόβλημα. Οι ειδικοί για τον έλεγχο των ασθενειών λένε ότι αυτό δεν ισχύει - στην πραγματικότητα, έχουν αρχίσει να βλέπουν την επανεμφάνιση της νόσου. Η πρώτη τέτοια επιδημία έλαβε χώρα το 1994 στην Ινδία, με 56 νεκρούς και περισσότερους από 600 νοσηλευόμενους. Έκτοτε, η πανώλη έχει εντοπιστεί θετικά στη Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό (65 θάνατοι το 2005), στη Μαδαγασκάρη (69 θάνατοι το 2014 και 57 ακόμη το 2017), ακόμη και σε περιοχές των ΗΠΑ (τέσσερις θάνατοι και 16 λοιμώξεις το 2015). Μέχρι τον Ιούνιο του 2017, δύο ιθαγενείς του Νέου Μεξικού διαγνώστηκαν θετικά με την πανούκλα, προσθέτοντας στις 600 και πλέον λοιμώξεις που αναμένονται παγκοσμίως μέχρι το τέλος του έτους. Χωρίς θεραπεία, η βουβωνική πανούκλα θα οδηγήσει σε θάνατο το 60% με 90% των περιπτώσεων, συνήθως εντός 10 ημερών. Με τη θεραπεία, περίπου το 90% των ασθενών επιβιώνουν (Yang, 2018).

## ΑΙΤΙΑ

Η πανώλη είναι μια δυνητικά θανατηφόρα λοίμωξη που προκαλείται από τα βακτήρια *Yersinia pestis*. Η ασθένεια μεταδίδεται από το δάγκωμα ενός μολυσμένου ψύλλου που χρησιμοποιεί ως ξενιστές τους αρουραίους, τα ποντίκια και τους σκίουρους (*Xenopsylla cheopis*). Δεδομένου ότι τα βακτήρια είναι αβλαβή για τους ψύλλους, το *Yersinia pestis* έχει το τέλειο όχημα με το οποίο μεταφέρεται απευθείας από τα ζώα στον άνθρωπο. Εκτός από τα μικρότερα τρωκτικά, το *Yersinia pestis* έχει βρεθεί σε μεγαλύτερα θηλαστικά, όπως κουνέλια, οπόσουμ, άγρια κογιότ, ακόμη και κατοικίδια σκυλιά και γάτες που έχουν έρθει σε επαφή με τρωκτικά (Carniel E., 2002).

## ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Στην μόλυνση ανθρώπου, το *Yersinia pestis* ταξιδεύει μέσω του λεμφικού συστήματος και καταλήγει στους λεμφαδένες, στους οποίους προκαλεί οδυνηρές διογκώσεις (βουβωνική λεμφαδενίτιδα). Αυτό συμβαίνει συνήθως εντός μίας έως επτά ημερών από την έκθεση και μπορεί να συνοδεύεται από διάφορα συμπτώματα όπως (Carniel E., 2002):

- Κρυάδες
- Υψηλός πυρετός

- Ακραία εξάντληση
- Πόνος
- Αναστολή αναπνοής
- Κράμπες στους μύες
- Εμετός με αίμα
- Γάγγραινα των δακτύλων των χεριών, των δακτύλων των ποδιών, των χειλιών και της μύτης
- Εξάπλωση πρησμένων φυσαλίδων (στη μασχάλη ή στη βουβωνική χώρα)
- Επιληπτικές κρίσεις

*Άλλες μορφές:* Η οδός της νόσου μπορεί να ποικίλλει σε άτομα που έχουν μολυνθεί από το *Yersinia pestis*. Για παράδειγμα, αντί να ταξιδεύουν από ένα δάγκωμα του ψύλλου στους λεμφαδένες, τα βακτήρια μπορούν να εισέλθουν στο σώμα μέσω άλλων οδών και να προκαλέσουν ένα εντελώς διαφορετικό σύνολο συμπτωμάτων (Yang, 2020). Χαρακτηριστικά είναι τα εξής παραδείγματα:

- Η πνευμονική πανώλη εμφανίζεται όταν τα βακτήρια εξαπλώνονται στους πνεύμονες, συνήθως όταν ένα μολυσμένο άτομο βήχει ή φτερνίζεται σε άλλο. Αν και ασυνήθιστο, θεωρείται μια πιο σοβαρή μορφή πανούκλας, προκαλώντας την ταχεία ανάπτυξη πνευμονίας, πόνους στο στήθος και αιματηρά πτύελα. Εάν αφεθεί χωρίς θεραπεία, η πνευμονική πανώλη μπορεί να προκαλέσει αναπνευστική ανεπάρκεια και θάνατο, συνήθως εντός 36 ωρών.
- Η σηψαιμική πανώλη εμφανίζεται όταν τα βακτήρια βρίσκουν το δρόμο τους απευθείας στην κυκλοφορία του αίματος, συχνά μέσω ρήξεων ή πληγών στο δέρμα. Είναι η πιο σπάνια μορφή της νόσου και αναμφισβήτητα η πιο επιθετική. Τα συμπτώματα είναι παρόμοια με εκείνα της βουβωνικής πανώλης (βουβωνική λεμφαδενίτιδα), αλλά μπορεί να περιλαμβάνουν χαρακτηριστική αιμορραγία κάτω από το δέρμα. Ο θάνατος είναι σχεδόν αναπόφευκτος εάν η θεραπεία δεν παρέχεται εντός 24 ωρών



## ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η πανώλη διαγιγνώσκεται με τη διεξαγωγή εργαστηριακών καλλιεργειών σε πτύελα, αίμα, νωτιαίο υγρό ή μολυσμένους λεμφαδένες. Σε μέρη του κόσμου όπου παρατηρείται συχνότερα η πανώλη, μια ταχεία δοκιμή ράβδου μπορεί συνήθως να εντοπίσει βακτηριακά αντιγόνα μέσα σε 15 λεπτά (Dillard, 2020).

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Λόγω της κλινικής σοβαρότητας της νόσου, οι γιατροί συνήθως θα ξεκινήσουν τη θεραπεία εν αναμονή των εργαστηριακών αποτελεσμάτων. Στην ιδανική περίπτωση, η θεραπεία πρέπει να ξεκινήσει εντός 24 ωρών, συνήθως με τη μορφή ενδοφλέβιου αντιβιοτικού όπως η στρεπτομυκίνη, η δοξυκυκλίνη ή η τετρακυκλίνη. Εάν αντιμετωπιστεί εγκαίρως, τα ποσοστά επιβίωσης μπορεί να κυμαίνονται από 85% έως και 99% (Dillard, 2020).

## ΠΡΟΛΗΨΗ

Το κλειδί για την πρόληψη της πανώλης είναι η αποφυγή τρωκτικών ή οποιουδήποτε άγριου ζώου που μπορεί να φέρει ψύλλους. Απαιτεί επίσης την προστασία της ιδιοκτησίας από πράγματα που προσελκύουν ζώα, όπως ανοιχτά δοχεία απορριμμάτων ή μη περιφραγμένους κήπους. Υπάρχουν προφυλάξεις που πρέπει να ληφθούν για την πρόληψη της πανώλης των φυτών, ειδικά για κατοίκους περιοχών όπου είναι συχνές οι προσβολές από ψύλλους (Yang, 2018).

## 2.4 ΛΕΠΡΑ

Η λέπρα, γνωστή ως Νόσος του Χάνσεν, υπάρχει ακόμα σήμερα. Ο παγκόσμιος επιπολασμός της λέπρας στις αρχές του 2014 ήταν 180.000 χρόνιες περιπτώσεις και πάνω από 215.000 νέες περιπτώσεις. Πάνω από 15 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν θεραπευτεί από τη

στιγμή που οι θεραπείες έγιναν διαθέσιμες στη δεκαετία του 1980, αλλά η λέπρα εξακολουθεί να ευθύνεται για την παραμόρφωση ή την απενεργοποίηση περισσότερων από 2 εκατομμυρίων ανθρώπων (Sermrittirong & Van Brakel, 2014). Διακρίνονται πολλοί διαφορετικοί τύποι και μορφές, ακόμα και ενδιάμεσες καταστάσεις, ανάλογα με το σύστημα ταξινόμησης. Πριν γίνει διαθέσιμη η θεραπεία, η διάγνωση της λέπρας συνεπάγονταν πόνο και κοινωνική περιθωριοποίηση. Σήμερα, τα αντιβιοτικά και η καλή περιποίηση του δέρματος θα αποτρέψουν την καταστροφή του σώματος από την ασθένεια. Ίσως στο μέλλον, ένα εμβόλιο θα εξαλείψει εντελώς αυτήν την αρχαία μάστιγα (Singh et al. 2012).

## ΑΙΤΙΑ

Το 1873, ο Νορβηγός γιατρός Armauer Hansen ανακάλυψε το αίτιο της λέπρας, το βακτήριο *Mycobacterium leprae*. Μέχρι τότε, η ασθένεια πιστεύονταν ότι προέρχεται από θεική τιμωρία ή κατάρα για την αμαρτωλή συμπεριφορά (Singh et al. 2012).

## ΜΕΤΑΔΟΣΗ

Σύμφωνα με τη σύγχρονη ιατρική, η λέπρα εξαπλώνεται όταν ένα μολυσμένο άτομο που δεν λαμβάνει θεραπεία βήχει ή φτερνίζεται, αλλά όχι με σεξουαλική επαφή ή εγκυμοσύνη. Ωστόσο, η λέπρα δεν είναι πολύ μεταδοτική. Περίπου το 95% των ανθρώπων έχουν φυσική ανοσία στην ασθένεια. Τα άτομα με λέπρα που λαμβάνουν φάρμακα δεν χρειάζεται να απομονωθούν από την κοινωνία, καταρρίπτοντας έτσι την ανάγκη για «αποικίες λεπρών» σε απομακρυσμένα νησιά ή σε σανατόρια (Lusli et al. 2015).

## ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Το πρώτο σημάδι της λέπρας είναι συνήθως μια κηλίδα στο δέρμα που μπορεί να είναι ελαφρώς πιο κόκκινη, σκούρα ή ανοιχτόχρωμη από το κανονικό δέρμα του ατόμου. Μπορεί να υπάρξει τοπική απώλεια της αίσθησης και των τριχών στο σημείο της κηλίδας. Σε μερικούς ανθρώπους, το μόνο σύμπτωμα είναι το μούδιασμα σε ένα δάχτυλο. Ωστόσο, εάν αφηθεί χωρίς θεραπεία, η λέπρα μπορεί να προχωρήσει σε σοβαρές επιπτώσεις στο σώμα, όπως (Lusli et al. 2015):

- *Χέρια και πόδια:* Τα βακτήρια της λέπρας προσβάλλουν τα νεύρα στα χέρια και τα πόδια και προκαλέσουν απώλεια της αίσθησης. Ένα άτομο μπορεί να τραυματιστεί ή να καεί στα μούδιασμένα σημεία και να μην το αντιληφθεί, οδηγώντας σε λοιμώξεις που προκαλούν μόνιμη βλάβη. Μπορεί να υπάρξουν παραμορφώσεις των δακτύλων των χεριών και των ποδιών λόγω της μόλυνσης. Επιπλέον, οι σοβαρές λοιμώξεις στα πόδια μπορεί να χρήζουν ακρωτηριασμού. Η παράλυση μπορεί να προκαλέσει μόνιμη κάμψη των δακτύλων και των ποδιών.
- *Μάτια:* Τα βακτήρια της λέπρας προσβάλλουν τα οπτικά νεύρα. Η ξηροφθαλμία, η απώλεια όρασης και άλλες οφθαλμικές επιπλοκές είναι πιθανές χωρίς θεραπεία. Λόγω της νέκρωσης των οπτικών νεύρων, το άτομο δεν μπορεί να αισθανθεί την παρουσία ξένων σωμάτων ή τραυμάτων στα μάτια.
- *Πρόσωπο:* Η βλάβη στην εσωτερική επένδυση της μύτης προκαλεί ουλές και ενδεχομένως κατάρρευση της μύτης. Επίσης, μπορεί να παρατηρηθεί πάχυνση των λοβίων, προκαλώντας έτσι το φαινόμενο «λεόντειο προσωπείο».

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση γίνεται τόσο κλινικά όσο και εργαστηριακά. Μετά την παρατήρηση των βλαβών και άλλων συμπτωμάτων κάτω από άπλετο φως, ακολουθεί βιοψία από ένα δείγμα δέρματος ή νεύρων. Ο τύπος της λέπρας καθορίζεται από την δοκιμασία λεπρομίνης, κατά την οποία χορηγείται ενέσιμα μια ποσότητα αδρανοποιημένου *Mycobacterium leprae* (Dijkstra et al. 2017).

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην σύγχρονη εποχή, η λέπρα επιδέχεται θεραπεία. Συστήνεται η χρήση ενός συνδυασμού τριών αντιβιοτικών - συνήθως δαψόνης, ριφαμπικίνης και κλοφαζιμίνης - για θεραπεία, η οποία διαρκεί έξι μήνες έως ένα χρόνο ή περισσότερο. Ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να αντιμετωπιστούν με δύο αντιβιοτικά, αλλά η ριφαμπίνη είναι βασικό συστατικό και των δύο θεραπειών. Από το 1995, ο WHO παρέχει αυτά τα φάρμακα δωρεάν σε όλους τους ασθενείς με λέπρα παγκοσμίως. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, το σώμα μπορεί να αντιδρά στα νεκρά βακτήρια με πόνο και πρήξιμο στο δέρμα και τα νεύρα. Αυτό αντιμετωπίζεται με παυσίπονα, πρεδνιζόνη ή θαλιδομίδη (υπό ειδικές συνθήκες) (Peters et al. 2014).

## 2.5 ΓΡΙΠΗ

Η γρίπη είναι μια εξαιρετικά μεταδοτική κοινή ασθένεια που προκαλείται από τον ιό influenza. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν πυρετό, πονοκέφαλο, πόνο στο σώμα, καταρροή, πονόλαιμο, βήχα και κόπωση που εμφανίζονται γρήγορα. Ενώ οι περισσότεροι υγιείς άνθρωποι αναρρώνουν από τη γρίπη σε περίπου μία εβδομάδα, τα παιδιά, οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα ή χρόνιες ιατρικές παθήσεις διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο σοβαρών επιπλοκών, συμπεριλαμβανομένης της πνευμονίας και ακόμη και του θανάτου (Taubenberger & Morena, 2020).

Δύο τύποι ιών influenza προκαλούν ασθένεια στον άνθρωπο, οι τύποι Α και Β. Κάθε τύπος έχει πολλά στελέχη που μεταλλάσσονται συχνά, γι' αυτό οι άνθρωποι συνεχίζουν να αρρωσταίνουν από γρίπη κάθε χρόνο - και γιατί τα εμβόλια κατά της γρίπης παρέχουν μόνο προστασία για μια εποχική γρίπη. Αν και μπορεί να μεταδοθεί οποιαδήποτε εποχή, τα κρούσματα κορυφώνονται μεταξύ Δεκεμβρίου και Μαρτίου (Morens & Fauci, 2007).

### ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα συμπτώματα της γρίπης εμφανίζονται γρήγορα και συνήθως διαρκούν μία ή δύο εβδομάδες, αν και μερικές φορές μπορεί να παραμείνουν ήπια μέχρι την ανάρρωση. Τα κοινά συμπτώματα περιλαμβάνουν (Taubenberger et al. 2019):

- *Πυρετό*, που είναι σχεδόν πάντα παρών με τη γρίπη και συνήθως εμφανίζεται ξαφνικά. Όταν υπάρχει υψηλός πυρετός, είναι επίσης πιθανό να παρουσιαστούν ρίγη επειδή όσο υψηλότερη είναι η θερμοκρασία του σώματός, τόσο πιο κρύος φαίνεται ο αέρας στους ασθενείς.
- *Εξάντληση*, ως ένα από τα πιο σημαντικά συμπτώματα που περιγράφουν οι άνθρωποι όταν πάσχουν από τη γρίπη. Οι ασθενείς συνήθως δεν μπορούν να κάνουν καθημερινές δραστηριότητες και η κόπωση είναι συχνά τόσο σοβαρή που είναι δύσκολο να σηκωθούν από το κρεβάτι. Αυτή η εξάντληση είναι πολύ πιο έντονη από την κόπωση που συνοδεύει το κοινό κρυολόγημα.

- *Μυϊκοί πόνοι*, σε διάφορα σημεία του σώματος. Η μετακίνηση προκαλεί δυσφορία στους ασθενείς. Οι μυϊκοί πόνοι είναι πιο συχνόι στη γρίπη από ό, τι σε πολλές άλλες ασθένειες και συχνά βοηθάει στο διαχωρισμό της από το κοινό κρυολόγημα.
- *Βήχα*, που μπορεί να είναι παραγωγικός (παράγοντας βλέννα) ή μη παραγωγικός. Με τη γρίπη, οι άνθρωποι συχνά έχουν ξηρό βήχα. Εάν ο παραγωγικός βήχας συνοδεύεται από πυρετό, συστήνεται η επικοινωνία με το γιατρό. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα σε ασθενείς με ξηρό βήχα, που αρχίζουν να αισθάνονται καλύτερα και μετά έχουν υγρό ή παραγωγικό βήχα με πυρετό, καθώς θεωρείται ως ένδειξη ανάπτυξης πνευμονίας.
- *Πονοκέφαλο*, που μπορεί να είναι αρκετά σοβαρός, επιδεινώνοντας το επίπεδο δυσφορίας των ασθενών. Η λήψη μη συνταγογραφούμενων παυσίπονων όπως η ακεταμινοφαίνη ή η ιβουπροφαίνη μπορεί να βοηθήσει.
- *Συμφόρηση*, παρόλο που η σοβαρή συμφόρηση είναι πιο συχνή στο κρυολόγημα.

Ο εμετός και η διάρροια δεν είναι συνηθισμένα συμπτώματα γρίπης για τους περισσότερους ανθρώπους, αλλά μερικοί τα βιώνουν. Τα παιδιά είναι πιο πιθανό να έχουν εμετό και διάρροια με γρίπη από ό, τι οι ενήλικες (Morens & Fauci, 2007).

## ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Για τους περισσότερους ανθρώπους, τα συμπτώματα της γρίπης υποχωρούν σε μία έως δύο εβδομάδες. Οι επιπλοκές είναι συνήθως ήπιες, δευτερογενείς λοιμώξεις, όπως κολπίτιδες και ωτίτιδες. Ωστόσο, η γρίπη μπορεί να είναι σοβαρή και απειλητική για τη ζωή. Σοβαρές επιπλοκές της γρίπης μπορεί να περιλαμβάνουν (Morens & Fauci, 2007):

- Πνευμονία
- Μυοκαρδίτιδα
- Εγκεφαλίτιδα
- Πολλαπλή ανεπάρκεια οργάνων
- Σήψη
- Επιδείνωση των χρόνιων ιατρικών παθήσεων

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι θεραπείες στο σπίτι για ήπια συμπτώματα περιλαμβάνουν πολλή ξεκούραση, κατανάλωση υγρών για την πρόληψη της αφυδάτωσης και λήψη μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων όπως Advil (ιβουπροφαίνη) ή Tylenol (ακεταμινοφαίνη) για τον πυρετό και τη δυσφορία. Η ασπιρίνη δεν πρέπει να χορηγείται σε παιδιά ή εφήβους, καθώς μπορεί να οδηγήσει στο σύνδρομο Reye (Taubenberger et al. 2019).

## ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

Σε υποψία γρίπης με βάση τα συμπτώματα, συστήνεται η άμεση επικοινωνία με το γιατρό. Τα αντιικά φάρμακα όπως το Tamiflu μπορούν να μειώσουν τη σοβαρότητα και τη διάρκεια της γρίπης εάν ξεκινήσουν εντός των πρώτων 48 ωρών από την έναρξη των συμπτωμάτων.

Ο γιατρός μπορεί να ζητήσει από τον ασθενή να επιβεβαιώσουν τον ιό της γρίπης με ταχεία εξέταση στο ιατρείο ή μπορεί να συνταγογραφήσει ένα αντιικό μόνο βάσει των συμπτωμάτων και της δραστηριότητας της γρίπης στην περιοχή.

Επίσης, συστήνεται η επικοινωνία με το γιατρό όταν τα συμπτώματα συνεχίσουν να επιδεινώνονται μετά από μια εβδομάδα ή εάν εμφανιστεί πυρετός ή παραγωγικός βήχας ύστερα από μια προσωρινή αίσθηση βελτίωσης, ώστε να προληφθεί μια πιθανή βρογχίτιδα ή πνευμονία. Άλλα συμπτώματα που απαιτούν επικοινωνία με το γιατρό περιλαμβάνουν σοβαρό μυϊκό πόνο, αδυναμία ή αστάθεια και οποιαδήποτε επιδείνωση χρόνιων ιατρικών παθήσεων.

Η γρίπη μπορεί να επιδεινωθεί ραγδαία και να απαιτήσει επείγουσα περίθαλψη. Τα παρακάτω συμπτώματα μπορεί να είναι σημάδια σοβαρών ή απειλητικών για τη ζωή επιπλοκών (Taubenberger et al. 2019):

- Δυσκολία στην αναπνοή ή δύσπνοια
- Επίμονος πόνος ή πίεση στο στήθος ή την κοιλιά
- Επίμονη ζάλη, σύγχυση, αδυναμία του ασθενούς να ξυπνήσει

- Επιληπτικές κρίσεις
- Πυρετός άνω των 105 βαθμών F που δεν ανταποκρίνεται στη φαρμακευτική αγωγή
- Ανουρία

Σε παιδιατρικούς ασθενείς, πρέπει να αναζητηθεί άμεση ιατρική βοήθεια για αυτά τα συμπτώματα (Taubenberger et al. 2019):

- Γρήγορη αναπνοή ή δυσκολία στην αναπνοή
- Γαλάζια χείλη ή πρόσωπο
- Τράβηγμα στα πλευρά με κάθε αναπνοή
- Πόνος στο στήθος
- Σοβαρός μυϊκός πόνος (το παιδί αρνείται να περπατήσει)
- Αφυδάτωση (ανουρία για οκτώ ώρες, ξηροστομία, ξηροφθαλμία)
- Μη αλληλεπίδραση όταν το παιδί είναι ξύπνιο
- Επιληπτικές κρίσεις
- Υψηλός πυρετός (άνω των 100,3 σε βρέφη ηλικίας κάτω των 12 εβδομάδων, άνω των 102,2 βαθμών F σε παιδιά κάτω του έτους ή άνω των 104 βαθμών F κάτω των 12 ετών) που δεν ανταποκρίνεται στη φαρμακευτική αγωγή

## 2.6 ΕΜΠΟΛΑ

Ο έμπολα είναι ένας σπάνιος αλλά θανατηφόρος ιός που βρίσκεται σχεδόν αποκλειστικά σε χώρες της Κεντρικής και Δυτικής Αφρικής. Περίπου οι μισοί από αυτούς που πάσχουν από τη νόσο του ιού Έμπολα (EVD) πεθαίνουν από αυτόν. Όσοι επιβιώνουν μπορούν να βιώσουν αδυναμία, πόνο, διάρροια και ανεξήγητη αιμορραγία. Η μετάδοση γίνεται με άμεση επαφή με σωματικά υγρά ενός ατόμου ή ζώου που έχει μολυνθεί. Δεν υπάρχει επί του παρόντος θεραπεία για την EVD, αλλά ένα εμβόλιο εγκρίθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες τον Δεκέμβριο του 2019. Η EVD ανακαλύφθηκε για πρώτη φορά το 1976, όταν προκάλεσε δύο θανατηφόρες - και εντελώς ξεχωριστές - επιδημίες σε αυτό που είναι τώρα γνωστό ως Νότιο Σουδάν και τη Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό. Έκτοτε, οι ερευνητές έχουν μελετήσει μια μεγάλη ποικιλία φυτών και ζώων για να προσδιορίσουν πώς εισέρχεται ο ιός στους ανθρώπινους πληθυσμούς, αλλά δεν έχουν ακόμη εντοπίσει αυτό που οι ιολόγοι αποκαλούν αρχικό ξενιστή του ιού. Ο

πιο πιθανός υποψήφιος μέχρι στιγμής είναι η φρουτοφάγα νυχτερίδα της Αφρικής, αν και δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία που να υποστηρίζουν ότι τα ζώα παίζουν σημαντικό ρόλο στη μετάδοση του έμπολα (Leach et al. 2010).

## ΑΙΤΙΕΣ

Η EVD προκαλείται από τον ιό Έμπολα. Υπάρχουν πέντε διαφορετικοί τύποι ιών του Έμπολα που επηρεάζουν τα πρωτεύοντα, αλλά μόνο τέσσερις μπορούν να προκαλέσουν EVD σε ανθρώπους. Κατά τη διάρκεια των επιδημιών του Έμπολα, ο ιός συνήθως εξαπλώνεται από άτομο σε άτομο με μερικούς διαφορετικούς τρόπους (Bitchell, 2014):

- Μέσω άμεσης επαφής (μέσω ρήξεων του δέρματος ή οπών όπως τα μάτια ή το στόμα) με σωματικά υγρά, όπως αίμα, σπέρμα, ιδρώτας, σάλιο, κόπρανα, μητρικό γάλα και εμετός. Αυτό περιλαμβάνει το άγγιγμα αντικειμένων (π.χ. σύριγγες ή σεντόνια) που έχουν μολυνθεί με τα σωματικά υγρά κάποιου ατόμου με ενεργό EVD ή κάποιου που πέθανε από EVD.
- Μέσω πρωκτικού, στοματικού ή κοιλιακού σεξ με έναν άνδρα που έχει αναρρώσει από EVD. Οι ερευνητές εξακολουθούν να προσπαθούν να καταλάβουν πόσο καιρό μπορεί να παραμείνει ο ιός στο σπέρμα και σε άλλα σωματικά υγρά, αλλά μερικές μελέτες δείχνουν ότι τα υγρά είναι θετικά για τον ιό Έμπολα για περισσότερο από εννιά μήνες μετά τη μόλυνση του ατόμου.
- Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο ιός του Έμπολα μπορεί επίσης να μεταδοθεί στον άνθρωπο αφού έρθει σε επαφή με μολυσμένους πιθήκους ή νυχτερίδες.

## ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα συμπτώματα συνήθως αρχίζουν να εμφανίζονται μέσα σε οκτώ με 10 ημέρες μετά την έκθεση ενός ατόμου στον ιό του Έμπολα, αν και μπορεί να εμφανιστούν οποιαδήποτε στιγμή σε ένα διάστημα από δύο έως 21 ημέρες. Τα πρώιμα συμπτώματα μοιάζουν πολύ με άλλες, πιο συχνές ασθένειες όπως η ελονοσία και η γρίπη, αλλά μπορούν να κλιμακωθούν γρήγορα, οδηγώντας στο θάνατο μέσα σε μία έως δύο εβδομάδες. Τα συμπτώματα της EVD περιλαμβάνουν (Philips & Markham, 2014):



- Πυρετό
- Κούραση
- Πονοκέφαλο
- Απώλεια όρεξης
- Μυϊκός πόνος ή αδυναμία
- Πονόλαιμο
- Διάρροια και εμετό
- Κοιλιακό άλγος
- Ανεξήγητη αιμορραγία ή μώλωπες, όπως αιμορραγία από τα ούλα ή αίμα στα κόπρανα
- Επιληπτικές κρίσεις
- Κώμα

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η πρόωπη διάγνωση της EVD μπορεί να είναι δύσκολη, τόσο λόγω σπανιότητας όσο και της ομοιότητας των αρχικών συμπτωμάτων με αυτά άλλων λοιμώξεων (π.χ. ελονοσία ή δάγκειος πυρετός). Ο μόνη σίγουρη διαγνωστική μέθοδος της EVD είναι η αιματολογικές εξετάσεις. Οι επαγγελματίες υγείας συνήθως θα κάνουν δοκιμές για EVD μόνο όταν πληρούνται και τα δύο ακόλουθα κριτήρια (Philips & Markham, 2014):

- Υπάρχουν τα συμπτώματα της νόσου
- Υπάρχει ενδεχόμενη έκθεση στον ιό εντός τριών εβδομάδων πριν την έναρξη των συμπτωμάτων

Το πρώτο βήμα για τη διάγνωση της EVD είναι μια φυσική εξέταση, οι επαγγελματίες υγείας αναζητούν συμπτώματα συμβατά με τον Έμπολα. Κατά τη διάρκεια της εξέτασης, θα ρωτήσουν τους ασθενείς εάν έχουν ταξιδέψει σε μέρη όπου ο ιός είναι πιο συνηθισμένος, όπως την Κεντρική ή την Δυτική Αφρική ή εάν προηγήθηκε φυσική επαφή (συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής επαφής) με κάποιον που έχει μολυνθεί.

Όταν καλύπτονται τα παραπάνω, οι επαγγελματίες υγείας θα απομονώνουν τους ασθενείς και θα καλέσουν τις αρχές δημόσιας υγείας κατά τη διεξαγωγή των δοκιμών. Αρχικά, οι

δοκιμές απαιτούν αιμοληψία για την αναζήτηση είτε του γενετικού υλικού του ιού του Έμπολα είτε των αντίστοιχων αντισωμάτων. Ακόμα κι αν υπάρχουν συμπτώματα, ο ιός μπορεί να μην είναι ανιχνεύσιμος στο αίμα για τρεις ημέρες. Έτσι απαιτείται η διατήρηση της απομόνωσης του ασθενούς και η δοκιμή άλλων παθογόνων (π.χ. ελονοσία) έως ότου γίνει διάγνωση (Bitchell, 2014).

## ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Επί του παρόντος, δεν υπάρχει θεραπεία για τη EVD. Ενώ ορισμένοι ιοί μπορούν να αντιμετωπιστούν επιτυχώς με αντιικά φάρμακα, δεν υπάρχουν τέτοια φάρμακα για την καταπολέμηση του ιού Έμπολα. Ο μόνος τρόπος για τη θεραπεία της EVD είναι η διαχείριση των συμπτωμάτων. Αυτό περιλαμβάνει (Bitchell, 2014):

- Λήψη πολλών υγρών, συμπεριλαμβανομένων μερικών με ηλεκτρολύτες, είτε από το στόμα είτε ενδοφλεβίως για την πρόληψη ή τη θεραπεία της ενυδάτωσης
- Παροχή οξυγονοθεραπείας για την πρόληψη υποξίας
- Χορήγηση φαρμάκων για τη μείωση του πυρετού, του πόνου ή της ναυτίας ή για την υποστήριξη της αρτηριακής πίεσης
- Χορήγηση θεραπείας για τη θεραπεία συνοδών λοιμώξεων (όπως ελονοσία)

Ενώ αυτές οι μέθοδοι δεν θα απαλλάξουν κάποιον από την EVD, μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά τις πιθανότητες επιβίωσής του εάν ξεκινήσουν κατά τα πρώτα στάδια της νόσου (Leach et al. 2010).

## 2.7 HIV/AIDS

Ο ιός ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) είναι ο ιός που προκαλεί σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (AIDS). Ο HIV μεταδίδεται μέσω αίματος, σπέρματος και κολπικών υγρών και προκαλεί μια σειρά συμπτωμάτων που εμφανίζονται αμέσως μετά τη μόλυνση, συμπεριλαμβανομένου του πυρετού και των πρησμένων αδένων. Μετά από μια λανθάνουσα περίοδο - κατά τη διάρκεια της οποίας ο HIV εξελίσσεται σε AIDS (HIV / AIDS) - αυτοί που

έχουν μολυνθεί αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα, όπως ακραία απώλεια βάρους και ευκαιριακές λοιμώξεις (Phelan et al. 2008).

Όταν το AIDS εμφανίστηκε για πρώτη φορά το 1981, οι περισσότερες περιπτώσεις ήταν θανατηφόρες. Μόλις προσδιορίστηκε ότι ο HIV ήταν η αιτία του AIDS, οι ερευνητές μπόρεσαν να αναπτύξουν δοκιμές και θεραπείες. Ένα πρωτόκολλο που ονομάζεται αντιρετροϊκή θεραπεία (ART) βοηθά στην αποτροπή της αναπαραγωγής του HIV στον οργανισμό. Αυτή η αποτελεσματική θεραπεία επιτρέπει σε πολλούς ανθρώπους που διαγιγνώσκονται θετικά ως φορείς του HIV να ζήσουν μια μακρά και υγιή ζωή (Phelan et al. 2008).

## ΑΙΤΙΑ

Ο ιός ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας που προκαλεί μόλυνση από τον ιό HIV ταξινομείται ως ρετροϊός. Προκαλεί ασθένειες μολύνοντας και καταστρέφοντας κύτταρα αίματος γνωστά ως CD4 T-κύτταρα που παίζουν βασικό ρόλο στο ανοσοποιητικό σύστημα. Καθώς αυτά τα κύτταρα εξαλείφονται προοδευτικά, το ανοσοποιητικό αποδυναμώνεται.

Εάν δεν αντιμετωπιστεί, ο HIV θα εξαλείψει σταδιακά αυτά τα κύτταρα, κάνοντας το σώμα όλο και λιγότερο ικανό να υπερασπιστεί τον εαυτό του ενάντια σε ευκαιριακές λοιμώξεις -οι οποίες εκμεταλλεύονται την εξασθενημένη ανοσοαπόκριση του σώματος - και τελικά οδηγεί σε ένα θανατηφόρο στάδιο μόλυνσης που είναι γνωστό ως επίκτητη ασθένεια ανοσοανεπάρκειας (AIDS) (Logie et al. 2018).

Ευτυχώς, είναι σπάνιο για τον ιό HIV να φτάσει σε αυτό το στάδιο στις ανεπτυγμένες χώρες λόγω της πρόσβασης σε φάρμακα για τη διαχείρισή του.

## ΜΕΤΑΔΟΣΗ

Ο HIV μεταδίδεται μέσω αίματος, σπέρματος και ορισμένων άλλων σωματικών υγρών. Για το λόγο αυτό, οι πρωταρχικοί παράγοντες κινδύνου για λοίμωξη σχετίζονται με συμπεριφορές τρόπου ζωής, όπως το σεξ χωρίς προφυλάξεις και η κοινή χρήση βελόνων. Ο

ιός μπορεί επίσης να μεταδοθεί από μια μητέρα στο μωρό της κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού ή μέσω του μητρικού γάλακτος (συγγενής μετάδοση). Η ύπαρξη μιας άλλης σεξουαλικά μεταδιδόμενης λοίμωξης σχετίζεται επίσης με τον κίνδυνο μετάδοσης του HIV (Logie et al. 2011).

Η ευαισθητοποίηση και η ενημέρωση είναι σημαντική επειδή, εκτός από τον σκοπό της πρόληψης, θα μπορούσε να μειώσει τις προκαταλήψεις για το AIDS. Αν και ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας μπορεί να μεταδοθεί σε ορισμένα υγρά που ανταλλάσσουν συχνά οι άνθρωποι, υπάρχουν άλλα υγρά στα οποία ο ιός δεν ευδοκιμεί. Αυτό υπήρξε πηγή σύγχυσης και περιττού φόβου στο παρελθόν. Έτσι, τα υγρά που επιτρέπουν την μετάδοση είναι (Logie et al. 2011):

- Προσπερματικά υγρά
- Σπέρμα
- Κολπικά υγρά
- Ορθικά υγρά
- Μητρικό γάλα

Ο HIV δεν μεταδίδεται μέσω:

- Σάλιου
- Ιδρώτα
- Δακρύων
- Κοινόχρηστων τροφίμων ή ποτών
- Νερού Τουαλέτας
- Κοινή χρήση πισίνας, μπανιέρας ή ντους

Στις αρχές του 1980, όταν οι επιστήμονες μπόρεσαν να εντοπίσουν με ακρίβεια το πώς μεταδίδεται ο HIV άρχισε μια νέα σελίδα στην αντιμετώπιση αυτής της κρίσης υγείας. Αυτή η κατανόηση υπήρξε ζωτικό μέρος της εκπαίδευσης του κοινού σχετικά με τους πολλούς τρόπους πρόληψης της εξάπλωσης του HIV (Phelan et al. 2008).

## ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι συνήθεις συμπεριφορές που σχετίζονται με τη μόλυνση από τον ιό HIV είναι 1) η σεξουαλική επαφή χωρίς προστασία και 2) η χρήση ενέσιμων ναρκωτικών.

1. *Σεξουαλική επαφή*: Ο κίνδυνος HIV από το σεξ με άτομο που έχει μολυνθεί από τον HIV εξαρτάται από τον τύπο της σεξουαλικής δραστηριότητας. Περιλαμβάνονται τα εξής (Logie et al. 2018):

- Παθητικό πρωκτικό σεξ: 138 ανά 10.000 (1,38%)
- Ενεργητικό πρωκτικό σεξ: 11 ανά 10.000 (0,11%)
- Παθητικό κολπικό σεξ: Οκτώ ανά 10.000 (0,08%)
- Ενεργητικό κολπικό σεξ: Τέσσερα ανά 10.000 (0,04%)
- Στοματικό σεξ: Ο κίνδυνος είναι χαμηλός σε αμελητέο

Υπήρξαν κάποιες αναφορές για γυναίκες που κάνουν σεξ με γυναίκες που μεταδίδουν τον ιό στο εμμηνορροϊκό αίμα ή κολπικά υγρά, αλλά αυτό είναι πολύ σπάνιο (Logie et al. 2018).

Όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα του HIV στο αίμα ενός μολυσμένου ατόμου (το ιικό φορτίο του ιού HIV), τόσο πιθανότερο είναι να το μεταδώσουν σε έναν σεξουαλικό σύντροφο. Η παρουσία άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων μπορεί να αυξήσει σημαντικά την πιθανότητα ενός ατόμου να αποκτήσει HIV. Επιπλέον, κάποιος που είναι θετικός στον HIV και έχει συνυπάρχον σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα είναι πιο πιθανό να μεταδώσει τον ιό σε κάποιον άλλο.

Αντίθετα, υπάρχουν ορισμένες μεταβλητές που μπορούν να μειώσουν την πιθανότητα ενός ατόμου να αποκτήσει ή να μεταδώσει HIV κατά τη διάρκεια μιας σεξουαλικής συνάντησης (Earnshaw et al. 2018).

Η χρήση τόσο αντιρετροϊκής θεραπείας όσο και προφυλακτικών μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης HIV από ένα άτομο μετά από σεξουαλική έκθεση κατά περισσότερο από 99%. Επιπλέον, η προφύλαξη πριν από την έκθεση (PrEP) μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο μόλυνσης από HIV κατά περισσότερο από 90% για ορισμένες ομάδες ανθρώπων.

2. *Ενέσιμη χρήση ναρκωτικών*: Ο ιός HIV μπορεί να εξαπλωθεί με άμεση εισαγωγή στην κυκλοφορία του αίματος. Όπως είναι λογικό, λοιπόν, η κοινή χρήση μολυσμένων βελόνων ή σύριγγων, άλλων εργαλείων για τη χρήση ναρκωτικών ή η επανάχρησή τους μετά από ξέπλυμα είναι πρακτικές που αυξάνουν τον κίνδυνο μόλυνσης. Ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού HIV με κοινή χρήση βελόνων είναι 63 ανά 10.000 (0,63%). Από τις αρχές έως τα μέσα της δεκαετίας του 1990, τα προγράμματα ανταλλαγής βελόνων, έχουν μειώσει επιτυχώς το ποσοστό του HIV και άλλων μεταδοτικών ασθενειών όπως η ηπατίτιδα C, διανέμοντας καθαρές σύριγγες στους χρήστες ναρκωτικών (Logie et al. 2018).
3. *Μεταγγίσεις αίματος*: Ο πιο άμεσος τρόπος μόλυνσης από τον ιό HIV είναι η λήψη μολυσμένου αίματος μέσω μετάγγισης. Υπό αυτές τις συνθήκες, ο κίνδυνος μόλυνσης είναι περίπου 93%. Ωστόσο, χάρη στις προηγμένες τεχνικές διαλογής αίματος που καθιστούν δυνατή την ανίχνευση του HIV στους αιμοδότες, αυτό το σενάριο είναι σπάνιο.
4. *Τραυματισμοί από βελόνες*: Οι τραυματισμοί από βελόνες (μερικές φορές αναφέρονται ως τραυματισμοί από αιχμηρά αντικείμενα) - καθώς και οποιοσδήποτε τραυματισμός κάτω από το δέρμα που μπορεί να εκθέσει ένα άτομο σε μολυσμένο αίμα ή σωματικά υγρά - υπήρξε από καιρό ανησυχία, ιδιαίτερα για τους γιατρούς, τους νοσηλευτές και άλλους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας. Η εκπαίδευση και η λήψη προφυλάξεων μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση του κινδύνου μόλυνσης από τον ιό HIV από μια βελόνα, έναν κίνδυνο που φτάνει το 0,23%. Ωστόσο, συμβαίνουν ατυχήματα. Μια πρακτική που ονομάζεται προφύλαξη μετά την έκθεση (PEP), στην οποία η φαρμακευτική αγωγή χορηγείται εντός 72 ωρών από ένα ακούσιο τρύπημα με βελόνα, έχει βρεθεί ότι μειώνει τον κίνδυνο μετάδοσης ιού κατά περίπου 81% (Logie et al. 2018).
5. *Εξοπλισμός piercing ή τατουάζ*: Αν και σπάνια, η έκθεση στον ιό HIV μέσω εξοπλισμού piercing ή τατουάζ που επαναχρησιμοποιείται ή δεν απολυμαίνεται είναι δυνατή.
6. *Συγγενής μετάδοση*: Υπάρχουν τρεις περιπτώσεις υπό τις οποίες μια γυναίκα που είναι θετική στον ιό HIV μπορεί να μεταδώσει τον ιό στο μωρό της: κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού ή του θηλασμού. Στις ανεπτυγμένες χώρες, η μετάδοση του ιού από το παιδί στο παιδί είναι σπάνια, χάρη στα αντιρετροϊκά φάρμακα τα οποία, όταν λαμβάνονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο μετάδοσης σε λιγότερο από 1% εάν το ιικό φορτίο κατασταλεί επαρκώς (σε επίπεδα μη ανιχνεύσιμα). Η πλήρης αντικατάσταση του θηλασμού με άλλη μέθοδο σίτισης, θα

προστατεύσει περαιτέρω ένα μωρό που γεννιέται από μια μητέρα που είναι θετική στον ιό HIV. Ομοίως, η διευρυμένη διανομή φαρμάκων HIV στον αναπτυσσόμενο κόσμο έχει οδηγήσει σε τεράστια αντιστροφή σε ορισμένες από τις χώρες που έχουν πληγεί περισσότερο στην Αφρική. Οι γυναίκες σε αυτές τις χώρες μπορεί να αποτελούν εξαίρεση από τον κανόνα της αποχής από τον θηλασμό, καθώς τα πολλά οφέλη για την υγεία του ανθρώπινου γάλακτος υπερτερούν του κινδύνου μόλυνσης σε αυτούς τους πληθυσμούς (Katz et al. 2013).

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Χρησιμοποιείται μια δοκιμή HIV για να προσδιοριστεί η μόλυνση με τον ιό ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV). Ενώ η δοκιμή πραγματοποιείται συνήθως σε δείγμα αίματος ή σάλιου, μια νέα δοκιμή με βάση τα ούρα εγκρίθηκε για χρήση στις ΗΠΑ το 2015. Ενώ τόσο οι επιλογές δοκιμών στα νοσοκομεία όσο και στο σπίτι είναι εξαιρετικά ακριβείς εάν χρησιμοποιούνται σωστά, μπορούν να επιστρέψουν ένα ψευδώς αρνητικό αποτέλεσμα, αν εφαρμοστούν πολύ σύντομα μετά από μια έκθεση (Katz et al. 2013).

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η αντιρετροϊκή θεραπεία είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της θεραπείας με HIV. Δεν θεραπεύει τον ιό HIV αλλά μάλλον αναστέλλει ένα στάδιο στον κύκλο αναπαραγωγής του ιού. Ο HIV προκαλεί ασθένεια μολύνοντας έναν τύπο λευκοκυττάρων που ονομάζεται CD4 T-κύτταρα που έχουν κεντρικό ρόλο στην ανοσολογική άμυνα του οργανισμού. Μόλις ο ιός HIV εισέλθει στο κύτταρο, σφετερίζεται τους γενετικούς μηχανισμούς του και το μετατρέπει σε εργοστάσιο παραγωγής HIV, δημιουργώντας πολλαπλά αντίγραφα μέχρι να πεθάνει. Καθώς ολοένα και περισσότερα από αυτά τα κύτταρα καταστρέφονται, το ανοσοποιητικό σύστημα βρίσκεται όλο και περισσότερο σε κίνδυνο και καθίσταται λιγότερο ικανό να υπερασπιστεί το σώμα από λοιμώξεις που διαφορετικά θα μπορούσε να ελέγξει. Εάν αφηθεί χωρίς θεραπεία, τα άτομα με HIV συνήθως πεθαίνουν από αυτές τις ευκαιριακές λοιμώξεις.

Τα αντιρετροϊκά φάρμακα στοχεύουν σε συγκεκριμένα στάδια αντιγραφής του HIV, εμποδίζοντας τα ένζυμα ή τις πρωτεΐνες που ο ιός χρειάζεται για να ολοκληρώσει τον κύκλο

ζωής του. Χωρίς τα μέσα για αναπαραγωγή, ο ιικός πληθυσμός μειώνεται γρήγορα σε μη ανιχνεύσιμα επίπεδα όπου μπορεί να προκαλέσει μικρή ζημιά στο σώμα. Ένα συνεχές μη ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο όχι μόνο αποτρέπει την εξέλιξη της νόσου, αλλά επίσης εξαλείφει τον κίνδυνο μετάδοσης (Katz et al. 2013).

Παρά τους παγκόσμιους στόχους για την εξάλειψη του AIDS ως κοινή απειλή για την υγεία έως το 2030, περίπου το 14% (3,5 εκατομμύρια) των 25,4 εκατομμυρίων ατόμων που ζουν με τον ιό HIV και λαμβάνουν αντιρετροϊκή θεραπεία είναι μη κατασταλαμένοι ιικά (Okoli C et al. 2021). Το 2016, η Prevention Access Campaign για να αυξήσει την υποστήριξη και εκπαίδευση σχετικά με τις νέες επιστημονικές ανακαλύψεις δημιούργησε το σλόγκαν « $U = U$ » ή αλλιώς «Μη ανιχνεύσιμο = Μη μεταδιδόμενο» (*Undetectable=Untransmittable*) (Rendina, H Jonathon et al. 2020). Η βασισμένη σε αποδείξεις καμπάνια, «Μη ανιχνεύσιμο = Μη μεταδιδόμενο» ( $U = U$ ), πρόκειται για μία ενδυναμωτική εκστρατεία που μπορεί να βοηθήσει στο να δώσει κίνητρα στους ασθενείς με HIV, να φτάσουν και να διατηρήσουν μη ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο. Το βασικό μήνυμα πίσω από αυτήν την ενημερωτική εκστρατεία είναι ότι «για άτομα που επιτυγχάνουν και διατηρούν ιογενή καταστολή, δεν υπάρχει ουσιαστικά κανένας κίνδυνος μετάδοσης του HIV στους σεξουαλικούς συντρόφους τους που είναι αρνητικοί στον HIV» (Okoli C et al. 2021). Την τελευταία δεκαετία, οι κλινικές δοκιμές -ορόσημα συνέχισαν να μην δείχνουν καμία σχέση μετάδοσης του HIV μεταξύ οροδιαφορετικών ζευγαριών του HIV, όπου ο σύντροφος που ζούσε με HIV είχε κατεσταλαμένο ιικό φορτίο. Πιο πρόσφατα, εξετάζοντας συγκεκριμένα τα οροδιαφορετικά ζευγάρια, τουλάχιστον τρεις μελέτες έχουν αποδείξει ότι δεν υπάρχει καμία μετάδοση του ιού HIV κατά τη διάρκεια του πρωκτικού σεξ χωρίς προφυλακτικό, όταν ο σύντροφος που ζούσε με HIV είχε κατεσταλαμένο ιικό φορτίο (Rendina, H Jonathon et al. 2020).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

### ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΤΑ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

#### 3.1 ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΣΕ ΚΑΘΕ ΕΝΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΠΙΑΝΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

##### 3.1.1 ΣΤΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Η φυματίωση είναι μια παγκόσμια κρίση δημόσιας υγείας. Το ένα τρίτο του παγκόσμιου πληθυσμού είναι μολυσμένο και 10 εκατομμύρια άνθρωποι εμφάνισαν τη νόσο της φυματίωσης, ενώ 1,6 εκατομμύρια πέθαναν από φυματίωση το 2017. Τα εθνικά προγράμματα φυματίωσης έχουν διαγνώσει και θεραπεύσει εκατομμύρια περιπτώσεις φυματίωσης με την πάροδο των ετών. Ωστόσο, περίπου 4 εκατομμύρια κρούσματα φυματίωσης από όλο τον κόσμο κατέληξαν σε θάνατο μόνο το 2017 (Shivarajimath et al., 2017). Αυτό το κενό μπορεί να οφείλεται σε προβλήματα που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας και την μειωμένη αναζήτηση υπηρεσιών κοινοτικής υγείας, τα οποία επηρεάζονται από παράγοντες που περιλαμβάνουν την ευαισθητοποίηση σχετικά με τη φυματίωση, το φύλο, το στίγμα και τις περιορισμένες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες (Abebe et al. 2010, Zhang et al. 2007, Johansson et al. 2000).

Η αναζήτηση υπηρεσιών κοινοτικής υγείας επηρεάζεται επίσης από την προσβασιμότητα των υπηρεσιών, τη διαθεσιμότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών και τους πολιτιστικούς παράγοντες. Αυτά ποικίλλουν ανάλογα με τον τύπο της κατάστασης της υγείας και τις απόψεις και τις αντιλήψεις των ασθενών και των κοινοτήτων, οι οποίες εκφράζονται σε μια σειρά συμπεριφορών, συμπεριλαμβανομένου του στίγματος (Johansson et al. 2000). Το στίγμα περιγράφεται ως κοινωνικός καθοριστικός παράγοντας της υγείας, διότι διαμορφώνεται από τους κοινοτικούς κανόνες, τις διαπροσωπικές σχέσεις και τον πολιτισμό

των ιδρυμάτων υγείας (Courtwright & Turner, 2010, Heijnders & Van Der Meij, 2006). Δυστυχώς, τα άτομα που ζουν ορισμένες ασθένειες, συμπεριλαμβανομένης της φυματίωσης, αντιμετωπίζουν βαθιά ριζωμένο και μακροχρόνιο στίγμα στην κοινότητα (Dako-Gyeke, 2018, Daftary, 2012).

Η κατανόηση του στίγματος στη φυματίωση, σε αντίθεση με το στίγμα σε άλλα λοιμώδη, είναι περιορισμένη (Godfrey-Faussett & Ayles, 2003). Η φυματίωση είναι κυρίως ασθένεια των φτωχών και σχετίζεται με υψηλό στίγμα στην κοινότητα. Εκτός από τη στιγματιστική ανταπόκριση της κοινότητας (Macq et al. 2008, Macq et al. 2005), ο αυτοστιγματισμός από ασθενείς με φυματίωση επηρεάζει τη βούληση των ασθενών με φυματίωση να αναζητήσουν φροντίδα και να τηρήσουν τη θεραπεία τους (Barnhoorn & Adriaanse, 1992), η οποία επηρεάζεται επίσης από τη συσχέτιση της φυματίωσης με τον ιό HIV και τις αρνητικές πολιτισμικές πεποιθήσεις ή νόρμες (Edginton et al. 3002). Επιπλέον, οι προκαταλήψεις των επαγγελματιών υγείας και της κοινότητας για τους ασθενείς με φυματίωση, όπως η συσχέτιση της φυματίωσης με κακή συμπεριφορά, ενισχύει την διατήρηση του στίγματος στις κοινότητες και το σύστημα υγείας (Jaramillo, 1998).

Μελέτες έχουν δείξει υψηλότερο στίγμα μεταξύ των φτωχών, των λιγότερο μορφωμένων, των γυναικών και των κοινωνικά μειονεκτικών κοινοτήτων. Ωστόσο, το μέγεθος του στιγματισμού ποικίλλει σε κάθε περίπτωση και είναι χειρότερο όταν ένα άτομο υφίσταται διακρίσεις από την κοινωνία και τα μέλη της οικογένειάς του, με αρνητικές συνέπειες στη συζυγική ζωή, την ποιότητα ζωής και τις μελλοντικές ευκαιρίες για εργασία (Cremers et al. 2015, Liefoghe et al. 1995).

Η κατανόηση των αντιλήψεων σχετικά με τη φυματίωση και τις λανθασμένες αντιλήψεις της κοινότητας είναι μια αρχή για το σχεδιασμό υπηρεσιών με επίκεντρο τον ασθενή. Ποιοτικές μελέτες έχουν αναφέρει ότι οι ασθενείς προτιμούν να αντιμετωπίζονται καλά και να λαμβάνουν επαρκή συμβουλευτική σε κατάλληλες ώρες και θέλουν υποστηρικτικούς μηχανισμούς κατά τη διάρκεια της ασθένειάς τους (Juniarti & Evans, 2011, Baral et al. 2007). Αλλά οι αρνητικές αντιλήψεις για τη φυματίωση επηρεάζουν την ικανότητα των ασθενών να αποκαλύπτουν την κατάσταση της νόσου τους σε συγγενείς και μέλη της οικογένειας. Αυτό έχει αποθαρρύνει τους ασθενείς και έχει ως αποτέλεσμα την επιλεκτική αποκάλυψη της κατάστασής τους μόνο σε έμπιστα μέλη της κοινότητας (Miller et al. 2017). Ωστόσο, σε

κοινότητες με μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση για τη φυματίωση, όπου οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είναι υποστηρικτικοί και υπάρχουν κατάλληλοι μηχανισμοί υποστήριξης ασθενών, έχει αναφερθεί ότι το μέγεθος του στίγματος είναι χαμηλό (Macq et al. 2008).

### 3.1.2 ΣΤΗ ΣΥΦΙΛΗ

Ιστορικά, η σύφιλη είναι ίσως το σεξουαλικό μεταδιδόμενο νόσημα που έχει στιγματιστεί περισσότερο, ιδίως επειδή είναι γνωστή ήδη από τον 19ο αιώνα. Εκατοντάδες βιβλία και χιλιάδες άρθρα ασχολήθηκαν με αυτή.

Στη μη ιατρική βιβλιογραφία, πολλά μυθιστορήματα και θεατρικά έργα παρουσίασαν τη σύφιλη ως ουσιαστικό μέρος της πλοκής (Goens, 1995). Σε αυτές τις αντανάκλασεις της κουλτούρας, η ντροπή που συνδέεται με τους ασθενείς περιβάλλει την κοινωνική και προσωπική τους ζωή με ένα κλίμα στιγματισμού, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών, ηθικών, πολιτικών και θρησκευτικών πτυχών (Oriol, 1994). Ωστόσο, σημαντική ήταν και η έλλειψη κατανόησης και ιατρικής γνώσης για αυτή.

Οι γιατροί ανέπτυξαν από τη δεκαετία του 1880 ένα σύστημα σκέψης που θεωρούσε την σύφιλη κληρονομική. Αυτή η αντίληψη έθεσε την σύφιλη στο επίκεντρο της ηθικής ανησυχίας και αγωνίας της εποχής τους. Μέχρι την ανακάλυψη του *T. pallidum* το 1905, οι γιατροί συνέχιζαν να μπερδεύουν τη μετάδοση και την κληρονομικότητα, δημιουργώντας μια σειρά θεωριών. Η έκφραση αυτών των θεωριών ως επιστημονικοί νόμοι ενίσχυαν τη σημασία των υποτιθέμενων ηθών σε ό,τι αφορούσε την σύφιλη και τους ασθενείς. Το άγχος για τη σύφιλη έγινε όλο και πιο έντονο, φτάνοντας σε τέτοιο βαθμό που θεωρήθηκε ότι περιλαμβάνει όλες τις εκδηλώσεις της νοσηρής κληρονομικότητας γενικά. Παρά την απουσία πραγματικών στοιχείων, η σύφιλη θεωρήθηκε ικανή να δημιουργήσει μια φυλή εκφυλισμένων παιδιών και χαρακτηρίστηκε ως "δολοφόνος κατά συρροή" (Oriol, 1994).

Στην πραγματικότητα, η ενασχόληση με την επίδραση της σύφιλης στο ποσοστό γεννήσεων προήλθε από μια πραγματική ερήμωση της Γαλλίας στα τέλη του 19ου αιώνα και από τα γειτονικά έθνη, ιδιαίτερα τη Γερμανία, νικήτρια του πρωσικού γαλλικού πολέμου το

1870. Με το σκεπτικό ότι επηρεάζει τη σωματική ακεραιότητα, η σύφιλη στερούσε από το έθνος τις γεννήσεις μελλοντικών στρατιωτών. Οι ξενοφοβικές σκέψεις ολοκλήρωσαν τις στρατιωτικές ανησυχίες. Λαμβάνοντας υπόψη τη μείωση του πληθυσμού που υποτίθεται ότι ήταν συνέπεια της σύφιλης, οι πιο δραστήριοι άνθρωποι στον αγώνα κατά της σύφιλης επεσήμαναν την συγκλονιστική αύξηση των ξένων εργαζομένων, που ήταν απαραίτητη για την συμπλήρωση των εθνών σε δυναμικό. Παρόλα αυτά, οι πόλεμοι μεταξύ διαφόρων κρατών της Ευρώπης αύξανε την ξενοφοβία, κι έτσι η σύφιλη αποτέλεσε τον "αποδιοπομπαίο τράγο" για την εισαγωγή των ξένων. Ο αγώνας κατά της σύφιλης έγινε κορυφαία προτεραιότητα όχι μόνο λόγω των ατομικών ζημιών αλλά και λόγω των συλλογικών ζημιών που προκαλούνταν στην οικογένεια, λόγω της τρομακτικής θνησιμότητας που απειλούσε τις μελλοντικές γενιές και τελικά λόγω του εκφυλισμού και της επιδείνωσης που θα μπορούσε να επιφέρει στην ανθρώπινη φυλή (Hook, 2017).

Ο τύπος του νοσοκομείου για συφιλιτικούς ασθενείς ήταν ακόμα ένα αμφισβητήσιμο πρόβλημα και υπήρχαν δύο αντίθετες θεωρίες σχετικά με το ζήτημα. Ορισμένοι γιατροί όπως ο Fournier επέμεναν στην ανάγκη δημιουργίας ειδικών νοσοκομείων και ειδικών ιατρείων, που θα παρείχαν όλες τις υπηρεσίες για τη θεραπεία των συφιλιτικών ασθενών αλλά θα απέκλειαν τους μη συφιλιτικούς. Άλλοι γιατροί όπως ο Brocq τάχθηκαν υπέρ της θεραπείας των συφιλιδικών σε γενικά νοσοκομεία ή τουλάχιστον σε δερματοενερολογικά τμήματα και όχι σε τμήματα αποκλειστικά αφιερωμένα στη σύφιλη, έτσι ώστε οι συφιλιτικοί να μην φοβούνται το νοσοκομείο και το ηθικό τους να αυξάνεται (Goens, 1995).

Στο Παρίσι, υπήρχαν τρία νοσοκομεία που φιλοξένησαν συφιλιτικούς ασθενείς: το Lourcine που ήταν αφιερωμένο στις γυναίκες, το Hôpital du Midi για τους άνδρες (τότε ονομαζόταν Riocord από το όνομα του ιδρυτή της γαλλικής αφροδισιολογίας) και το Saint-Louis, εξειδικευμένο στη δερματολογία και την αφροδισιολογία.

Κατά γενικό κανόνα, η μετάδοση της σύφιλης θεωρήθηκε ότι μεταφέρθηκε στις οικογένειες από τις ιερόδουλες ή τις γυναίκες της εργατικής τάξης. Συγκεκριμένα, θεωρούνταν ότι προτρέποντας τους παντρεμένους να μοιχεύσουν, επιτίθονταν στην ακεραιότητα της κοινωνικής τάξης μέσω της μετάδοσης της σύφιλης. Δεδομένου ότι η σύφιλη θεωρούνταν κληρονομική, οι ιερόδουλες έπαιζαν ουσιαστικό ρόλο στον εκφυλισμό της φυλής και την καταστροφή τιμίων οικογενειών. Έτσι, οι ιερόδουλες κατέληξαν να

συμβολίζουν περισσότερο την απο-ηθικοποίηση της κοινωνίας παρά μια ευπαθή ομάδα ή έστω έναν παράγοντα μετάδοσης (Goens, 1995).

Σε αυτό το πλαίσιο, οι πολιτικές σχετικά με την πορνεία ήταν δύο:

- Είτε να θεωρούν τις ιερόδουλες ως απλούς ανθρώπους που πάσχουν από μια μεταδοτική, και πιθανώς σοβαρή ασθένεια, επομένως άξιζαν να αντιμετωπίζονται όπως οποιοδήποτε άλλο άρρωστο άτομο στα γενικά νοσοκομεία.
- Είτε να αντιμετωπίζεται η πορνεία ως ηθική και μοιραία ασθένεια και τη σύφιλη ως αναπόφευκτο στάδιο στη ζωή των ιερόδουλων και των πελατών τους. Η εγκληματική τους δράση εις βάρος της κοινωνίας δικαιολογούσε τη φυλάκιση τους ως τη μόνη αποτελεσματική μεταχείριση.

Σύμφωνα με αυτήν την τελευταία στάση, η ρύθμιση της πορνείας βασίστηκε σε δύο αρχές:

- Την αναγνώριση των ιερόδουλων ως τέτοιες χάρη στην υποχρεωτική δήλωση
- Την υπόταξη τους σε ιατρικούς ελέγχους.

Με αυτές τις μεθόδους, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα θα αναγνωρίζονταν και θα επιβάλλονταν φυλάκιση στις ασθενείς, μέχρι να ανακτήσουν την υγεία τους.

Στην πραγματικότητα, αυτά τα διοικητικά μέτρα που ελέγχονταν από την αστυνομία ξεπέρασαν τους στόχους της δημόσιας υγείας και επέτρεψαν τον έλεγχο της συμπεριφοράς των ιερόδουλων και τη σύλληψή τους για οποιοδήποτε κίνητρο, ανεξάρτητα από την κατάσταση της υγείας τους (Oriel, 1994).

Ο υγειονομικός έλεγχος των ιερόδουλων πραγματοποιούνταν σε τρομερές συνθήκες. Οι ιερόδουλες εντοπίζονταν από την αστυνομία και υποβάλλονταν σε εβδομαδιαία ιατρική εξέταση. Στην υποψία σύφιλης, οι ασθενείς καλούνταν σε ειδικό ιατρείο, συνήθως στο Αρχηγείο της Αστυνομίας της περιοχής. Στη συνέχεια, αφού ελέγχονταν από την αστυνομία, ένας γιατρός που διορίζονταν από το Αστυνομικό Τμήμα διενήργησε μια αυστηρά προγραμματισμένη φυσική εξέταση. Κάθε ασκούμενος είχε περίπου 1 λεπτό ανά ασθενή στη διάθεσή του.

Μετά από αυτήν την πολύ σύντομη εξέταση, οι ασθενείς που θεωρήθηκαν άρρωστες οδηγούνταν σε ένα αστυνομικό φορητό που χρησιμοποιούνταν για κατάδικους σε ειδικά τμήματα γενικών νοσοκομείων και νοσοκομείων φυλακών. Με αυτόν τον τρόπο, από το 1871 έως το 1903, συνελήφθησαν 725.000 ενήλικες και ανήλικες γυναίκες μόνο στο Παρίσι. Στην πραγματικότητα, ορισμένοι γιατροί θεώρησαν τη φυλακή ως τον μόνο τρόπο θεραπείας και διαχείρισης των ιερόδουλων (Hook, 2017).

Στα νοσοκομεία των φυλακών, οι ιερόδουλες που φυλακίστηκαν επίσημα για θεραπεία της σύφιλης υποβλήθηκαν στους κανόνες της φυλακής, στην απόλυτη σιωπή κατά τις ώρες εργασίας και σε διάφορες ποινές. Η σίτιση ήταν φτωχή, δεν υπήρχαν μέσα προστασίας της υγιεινής ούτε θέρμανση, ενώ τους απαγορεύτηκαν και οι επισκέψεις. Όσο για τις καλόγριες που ήταν υπεύθυνες για την επίβλεψη τους, φαίνεται ότι σπάνια εκπλήρωσαν το καθήκον τους για φιλανθρωπία, αλλά η προσέλευση των ασθενών αυτών στις μαζώξεις της Κυριακής ήταν υποχρεωτική. Επιπλέον, ορισμένοι γιατροί, υποστήριζαν ότι οι ιερόδουλες πρέπει να υποβληθούν σε στρατιωτικό καθεστώς και συνέστησαν ακόμη και τη χρήση των μύλων, όπως στις αγγλικές φυλακές, δίνοντας έμφαση στα σωματικά αποτελέσματα μιας τέτοιας μεθόδου σε βόδια (Goens, 1995).

Όσον αφορά τον γενικό πληθυσμό, το στίγμα της σύφιλης αποτυπώθηκε διαφορετικά, όπως μέσω της διατήρησης της μυστικότητας. Ο υδράργυρος είχε εισβάλει στο πεδίο της θεραπευτικής ήδη από τον 15 αιώνα, και παρά τις λίγες σποραδικές αντιρρήσεις, την τεράστια τοξικότητα και την αμφισβητήσιμη αποτελεσματικότητα, εξακολουθούσε να θεωρείται ως η μόνη φαρμακευτική θεραπεία. Κατέληξε να γίνει συνώνυμο της σύφιλης και μόνο η λέξη "υδράργυρος" ήταν αρκετή για να φανερώσει τον ασθενή. Το στίγμα ήταν τόσο μεγάλο πολύ που οι γιατροί προσπαθούσαν να κρύψουν τον υδράργυρο πίσω από άσχετες συσκευασίες και ετικέτες, που επέτρεπαν στον ασθενή να κρύψει την σύφιλη χωρίς να προκαλέσει υποψίες.

Η καταπολέμηση της αφροδίσιας επικινδυνότητας εμφανίστηκε με διάφορους τρόπους, με κύριο παρακλάδι το Société française de prophylaxie sanitaire et moral (SFPSM) που ιδρύθηκε από τον Fournier το 1901. Έγινε το κέντρο ενός λόμπι του οποίου ο ρόλος ήταν

τεράστιος στη ρύθμιση της πορνείας και στη σκέψη για τη σεξουαλικότητα που οδηγούν γιατροί, στρατιωτικοί και οι οικογένειες των ανώτερων τάξεων (Goens, 1995).

Η δράση της Société αφορούσε εν μέρει σε επιτυχημένες εκστρατείες για τη σεξουαλικότητα των εφήβων. Πολλά φυλλάδια σχετικά με τους υποτιθέμενους κινδύνους της σεξουαλικότητας που δημοσιεύτηκαν από γιατρούς για νέους άνδρες και γυναίκες τόνιζαν τις ασθένειες που τους περιμένουν για να τους αποθαρρύνουν να κάνουν σεξ πριν από το γάμο. Στην πραγματικότητα, λόγω της αναγκαιότητας των γεννήσεων, η αναπαραγωγή θεωρήθηκε ο πρώτος παράγοντας της σεξουαλικότητας. Ο σκοπός της δημιουργίας των γεννητικών οργάνων ήταν η γέννηση. Η σεξουαλική αποχή προτάθηκε ως ένας φυσικός τρόπος για την καταπολέμηση της σύφιλης και μάλιστα θεωρήθηκε ευκολότερο να καλυφθεί από γυναίκες, των οποίων οι σεξουαλικές ανάγκες θα περιορίζονταν στο σκοπό της μητρότητας (Goens, 1995).

Συνοψίζοντας, τα μέλη του SFPSM επέκτειναν την επιρροή τους πέρα από την ατομική ζωή των ανδρών και των γυναικών και τελικά ανέπτυξαν ένα μήνυμα συλλογικού φόβου:

- Οι ιερόδουλες, μια περιθωριακή κοινωνική κατηγορία και σε γενικές γραμμές οι εργατικές τάξεις θεωρήθηκαν ως επιτιθέμενοι της αριστοκρατικής κοινωνίας και της αστικής τάξης,
- Η σεξουαλικότητα θεωρήθηκε ως στοιχείο εκφυλισμού που απειλεί την εξέλιξη της φυλής λόγω των επιβλαβών συνεπειών της σύφιλης στη συχνότητα γεννήσεων,
- Η σύφιλη ως υπαίτια της φθοράς των κοινωνιών και των εθνών.

Παρά τη μεταδοτικότητα των γεννητικών βλαβών της σύφιλης, μόνο λίγοι γιατροί θεώρησαν τα προφυλακτικά ως αποτελεσματική προφυλακτική μέθοδο. Στην πραγματικότητα, για την πλειοψηφία των γιατρών, το προφυλακτικό αντιπροσώπευε μια κοινωνική και πολιτική αντιπαράθεση λόγω της αντιγεννητικής του λειτουργίας. Έτσι, η χρήση προφυλακτικών ένωνε τις εθνικιστικές και ξενοφοβικές εκτιμήσεις που περιεγράφηκαν παραπάνω και μερικές φορές θεωρήθηκε ικανή να προκαλέσει ασθένειες, ειδικά σε γυναίκες των οποίων ο οργανισμός θεωρούνταν άχρηστος στην αναπαραγωγή (Oriel, 1994).

Εκτός από τις προφυλάξεις μέσω θεραπευτικών και διοικητικών μέτρων, η δημιουργία μιας κοινωνίας καθαρισμένης από τη ντροπή φαινόταν σε πολλούς η καλύτερη προφυλακτική μέθοδος. Σε αυτή την ιδανική προοπτική, ο πρόωρος γάμος με συνοικέσια ήταν το ουσιαστικό σύμβολο αυτής της ηθικής κοινωνίας. Χάρη στον γάμο και την εποπτευόμενη σεξουαλικότητα, το ζήτημα των προφυλακτικών θα μπορούσε εύκολα να λυθεί και η αναπαραγωγή θα συνεχίζονταν χωρίς τον κίνδυνο της σύφιλης.

Η υποκίνηση του γάμου που προωθήθηκε ως προφυλακτική μέθοδος κατά της σύφιλης έθεσε τη βάση ενός κοινωνικού αποκλεισμού με κίνητρα μη συμμόρφωσης με ένα διανοητικό και σωματικό ιδανικό. Στην πραγματικότητα, η ιδέα του γάμου συνδέθηκε τόσο πολύ με άθικτη φυσική κατάσταση, ώστε η υγεία των συφιλιτικών συγκρίθηκε με ύποπτες αξίες που σηματοδοτούν την υποβάθμιση της μελλοντικής κοινωνίας. Η απαγόρευση του γάμου σύμφωνα με τα κριτήρια που ορίστηκαν από τους γιατρούς έθεσε τη βάση ενός κοινωνικού αποκλεισμού για πολλούς ασθενείς, οι οποίοι δεν συμμορφώνονταν με ένα ψυχικό ή σωματικό ιδανικό. Από αυτή την άποψη, εκείνοι που αποκλείστηκαν από το γάμο, όπως οι συφιλιτικοί, σχημάτισαν έναν άθλιο λαό που εκδιώχθηκε από την κανονική ζωή. Σύμφωνα με το σύστημα της αστικής τάξης του άγχους και του φόβου, οι συφιλιτικοί θα αποτελούσαν εξαιρετικό κίνδυνο εάν δεν ελέγχονταν. Αυτοί οι άνθρωποι αντιπροσώπευαν για την ιδανική κοινωνία παντρεμένων ανδρών και γυναικών μια σωματική απειλή λόγω της φύσης της μεταδοτικής ασθένειας, καθώς και ένα πλήγμα στην κοινωνική τάξη (Oriel, 1994).

Συνοψίζοντας, τόσο τα κοινωνικά ιδεώδη όσο και η υποστήριξη που δέχτηκαν από τις παρανοήσεις σχετικά με την ασθένεια, την σεξουαλικότητα και την αναπαραγωγή, οδήγησαν στο ότι γάμος προοριζόταν για έντιμους, όμορφους άνδρες και γυναίκες με στόχο να γεννηθούν παιδιά που θα τους μοιάζουν, αφήνοντας έτσι τους συφιλικούς και άλλους ασθενείς ως όντα χωρίς κοινωνική λειτουργία.

Η θεωρία της σεξουαλικής μόλυνσης ως αδίκημα ήταν πολλές φορές στην ατζέντα των συνεδριάσεων της Société française de prophylaxie sanitaire et moral. Κάθε μέλος συμφώνησε με αυτήν την πρόταση, με κύριο μέλημα να βρεθεί καλύτερη κύρωση μεταξύ της φυλάκισης για λίγες ημέρες και της ποινής ισόβιας κάθειρξης (Goens, 1995).



Συμπερασματικά αυτής της επισκόπησης, ο 19ος αιώνας ήταν μια εντυπωσιακή περίοδος κατά την οποία πραγματοποιήθηκαν πολλαπλές αλληλεπιδράσεις με τους συφιλιτικούς ασθενείς για να τους αποκλείσουν από τη ζωή των επονομαζόμενων έντιμων ανθρώπων. Σε οποιοδήποτε στάδιο της ζωής του, ο ασθενής αντιπροσώπευε έναν κίνδυνο για τις αξίες του έθνους, του γάμου, του στρατού, της εργασίας και της οικογένειας. Αυτοί οι παράγοντες επηρέασαν την κατανόηση της νόσου και καθόρισαν την κοινωνική κατασκευή των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών, με την ηθική ερμηνεία της σεξουαλικής δραστηριότητας να επηρεάζει την συλλογικής συνείδησης σε σχέση με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τους ασθενείς μέχρι σήμερα.

### 3.1.3 ΣΤΗΝ ΠΑΝΩΛΗ

Η πανώλη, ως πιο θανατηφόρα και καταστροφική ασθένεια της Ευρώπης από το 1347 έως το 1351, έγινε αφορμή για μαζική βία: τις συστηματικές δολοφονίες Καταλανών στη Σικελία και κληρικών και ζητιάνων στη Ναρβόννη και άλλες περιοχές, και ειδικά τα πογκρόμ εναντίον των Εβραίων, με περισσότερες από χίλιες κοινότητες κάτω από τη Ρηνανία, στην Ισπανία και τη Γαλλία, και προς ανατολάς σε μεγάλες περιοχές της Ευρώπης να εξαλείφονται, με τα μέλη τους να εξορίζονται και να καίγονται μέχρι θανάτου - άνδρες, γυναίκες και παιδιά. Πολύ περισσότερο από κάθε προηγούμενο πογκρόμ εναντίον των Εβραίων στον μεσαίωνα ή κατά την πρώιμη σύγχρονη περίοδο, αυτή η διάκριση αναδιαμόρφωσε θεμελιωδώς τον εβραϊκό πολιτισμό. Τα δικαστήρια καταδίκασαν τους Εβραίους συλλογικά για την υποτιθέμενη δηλητηρίαση φρεατίων και τροφίμων. Αυτές οι εικόνες αποτυπώθηκαν στην κοινή μνήμη για τις κοινωνικο-ψυχολογικές συνέπειες της μεσαιωνικής πανούκλας (Carniel, 2002). Ωστόσο, οι επόμενες εξάρσεις του Μαύρου Θανάτου στην ύστερη μεσαιωνική και αναγεννησιακή Ευρώπη δεν πυροδότησαν κύματα βίας εναντίον των Εβραίων ή άλλων μειονοτήτων. Στο δεύτερο μισό του δέκατου έκτου και του δέκατου έβδομου αιώνα, μια μεγάλη ποικιλία από υψηλόβαθμους αξιωματικούς και γιατρούς έως τα χαμηλότερα επίπεδα εργαζομένων στον τομέα της υγείας αποτέλεσαν στόχους, κατηγορούμενοι για την διαίونيση της ασθένειας για διάφορους λόγους, συμπεριλαμβανομένων των ιδιοτελών συμφερόντων. Παράλληλα, οι ίδιοι οι γιατροί ανίχνευσαν την πανούκλα στους Εβραίους που είχαν παραβιάσει την καραντίνα μεταφέροντας τα υποτιθέμενα μολυσμένα προϊόντα τους από τη μια πόλη στην άλλη.

Ωστόσο, τέτοια ευρήματα δεν πυροδότησαν περιστατικά μαζικής βίας κατά των Εβραίων, ακόμη και μέσα στο αναζωπυρωμένο κλίμα της Αντιμεταρρύθμισης της θρησκευτικής προκατάληψης (Yang, 2018).

Δεδομένων των ισχυρισμών και των προσδοκιών των πρόσφατων ιστορικών, ίσως τόσο εκπληκτική είναι η σχεδόν παντελής απουσία ευθύνης και διώξεων των φτωχών για πανούκλα, τουλάχιστον μέχρι τον δέκατο έκτο αιώνα ή αργότερα, παρά το γεγονός ότι μέχρι το 1400, όπως μπορεί να ανασυγκροτηθεί από τα αρχεία των ταφών, η πανούκλα σε μέρη όπως η Φλωρεντία είχε γίνει σαφώς ασθένεια των φτωχών. Με λίγες εξαιρέσεις, οι αρχές δεν ενήργησαν για αυτούς τους επιδημιολογικούς λόγους μέχρι την πανούκλα του 1575–1588, όταν «απατεώνες, τσιγγάνοι, νέγροι, νάνοι, βοτανολόγοι, τραγουδιστές του δρόμου, κωμικοί, πόρνες και παρόμοια περιέργα μετέφεραν τον Μαύρο Θάνατο». Το 2012 τους απαγορεύτηκε η είσοδος σε πόλεις ή εκδιώχονταν πέρα από τα τείχη της πόλης για να τα βγάλουν πέρα. Κατά τη διάρκεια αυτής της πανούκλας, οι φύλακες της πύλης και οι υγειονομικοί υπάλληλοι του Μιλάνου λάμβαναν συχνά οδηγίες να επισκέπτονται τους Εβραίους της πόλης και τους φτωχούς του Αγίου Πέτρου για να διασφαλίσουν ότι τα σπίτια τους διατηρούνται καθαρά. Σε περιπτώσεις άρνησης, μαστιγώνονταν και εκτελούνταν (Dillard, 2020). Παρόλα αυτά, η φτώχεια δεν θεωρήθηκε έγκλημα ή λόγος δίωξης. Στην ίδια πανούκλα, πόλεις όπως το Παλέρμο, το Μιλάνο, η Πάντοβα και η Βενετία αναγνώρισαν τις δυσκολίες που επέβαλε η καραντίνα και ο αποκλεισμός στο εμπόριο και η απασχόληση τεχνιτών και εργατών. Περισσότερο από ποτέ, οι περιφερειακές κυβερνήσεις και οι πόλεις αναζητούσαν νέες μεθόδους για τη σίτιση, τη διασκέδαση και την επέκταση της ιατρικής βοήθειας στους φτωχούς. Ζήτησαν ουσιαστική συνεισφορά από την αριστοκρατία και άλλες ελίτ ομάδες πολιτών, την οποία και εισέπραξαν. Αμέσως μετά από αυτήν την πανώλη, σχολιαστές σε πεζογραφία και στίχους καυχόντουσαν για τα τεράστια ποσά που είχαν συγκεντρώσει στις πόλεις τους για να στηρίξουν τους φτωχούς και με τα οποία είχαν θριαμβεύσει συλλογικά πάνω στην πανούκλα. Στο τέλος αυτής της πανούκλας, ο Αρχίατρός της Σικελίας, Giovanni Filippo Ingrassia, πρότεινε ότι μόνο με την οικοδόμηση ενός νέου συστήματος δημόσιας ευημερίας θα μπορούσαν οι κυβερνήσεις να εξαλείψουν τη φτώχεια και να αποτρέψουν μελλοντικές επιδημίες πανούκλας. Συγκέντρωσε τις κοινότητες αντί να τις διαλύσει με κατηγορίες υπαιτιότητας και μίσους του «Άλλου». Στην σύγχρονη εποχή, τόσο στην Ινδία όσο και την Μαδαγασκάρη όπου είχαν σημειωθεί εξάρσεις των κρουσμάτων, είχαν γίνει

σημαντικές κυβερνητικές προσπάθειες για την υποστήριξη των πληγέντων, καθώς και τον έλεγχο της εξάπλωσης μέσω καραντίνα (Carniel E., 2002).

### 3.1.4 ΣΤΗ ΛΕΠΡΑ

Η λέπρα είναι ίσως η παλαιότερη στιγματισμένη νόσος που είναι γνωστή στην ανθρωπότητα (Jorling, 1991). Οι περισσότερες μεγάλες θρησκευτικές γραφές αναφέρουν τη λέπρα, συχνά ως μια κατάσταση που πρέπει να αποφεύγεται ή / και ως θεϊκή υπερφυσική τιμωρία για την αμαρτία (Sermittirong & Van Brakel, 2014). Η ιδέα ότι η λέπρα - ή μια ομάδα δερματικών παθήσεων που περιλάμβαναν τη λέπρα - ήταν μεταδοτική υπήρχε ήδη στην Παλαιά Διαθήκη της Βίβλου. Ο φόβος της μόλυνσης και του κοινωνικού αποκλεισμού παραμένει στενά συνδεδεμένος με την εικόνα της λέπρας (Singh et al. 2012) και η πεποίθηση ότι η λέπρα είναι κληρονομική είναι επίσης διαδεδομένη (Lusli et al. 2015). Μαζί, αυτοί οι παράγοντες οδηγούν τη διαδικασία στιγματισμού για τα άτομα που ζουν με λέπρα.

Το γεγονός ότι τα άτομα που πάσχουν από λέπρα έχουν συχνά χαμηλό κοινωνικοοικονομικό στάτους, χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και λίγη ενημέρωση για τα ανθρώπινα δικαιώματα αυξάνει την ευπάθεια τους σε διακρίσεις (Sermittirong et al. 2014). Στη Νότια Ασία, ένα υπόβαθρο χαμηλής κάστας μπορεί να προσθέσει μια ακόμα δικαιολογία για στιγματισμό, όπως συμβαίνει στις γυναίκες σε πολλές ενδημικές χώρες (Dijkstra et al. 2017). Το στίγμα που συνδέεται με τη λέπρα συνήθως εκδηλώνεται ως «χαλασμένη ταυτότητα» στο πάσχον άτομο, επηρεάζοντας το στάτους και τη φήμη, συμπεριλαμβανομένης της οικογένειας του ατόμου (Dako-Gyeke, 2018). Η κοινωνική συμμετοχή μπορεί να περιοριστεί σοβαρά, συμπεριλαμβανομένων προβλημάτων στην εύρεση ή διατήρηση εργασίας, μειωμένη πρόσβαση στην εκπαίδευση, μειωμένες ευκαιρίες εύρεσης συζύγου ή προβλήματα σε τρέχοντες γάμους και σεξουαλική υγεία (van't Noordende et al. 2016, van Brakel et al. 2012).

Επιπλέον, πολλά άτομα που πάσχουν από λέπρα επιδιώκουν να αποκρύψουν την κατάστασή τους (Peters et al. 2014). Η απόκρυψη προκαλεί άγχος και φόβο για μια ενδεχόμενη αποκάλυψη, αλλά μπορεί επίσης να οδηγήσει σε καθυστέρηση στην αναζήτηση διάγνωσης και θεραπείας (Somar et al. 2020). Όταν η θεραπεία καθυστερήσει, η σοβαρότητα

της πάθησης μπορεί να αυξηθεί (Cross, 2008). Άλλοι ενδέχεται να επιλέξουν να διακόψουν τη θεραπεία αντί να διακινδυνεύσουν να αποκαλυφθούν (Peters et al. 2014). Σε προσωπικό επίπεδο, αυτά τα αποτελέσματα του στίγματος οδηγούν σε μια σειρά αρνητικών επιπτώσεων για τα άτομα που ζουν με λέπρα, όπως μειωμένη ποιότητα ζωής και ψυχική ευεξία, συμπεριλαμβανομένου του πολύ αυξημένου κινδύνου για άγχος και κατάθλιψη (Yamaguchi et al. 2013, Tsutsumi et al. 2007). Σε οργανωτικό επίπεδο, τα αποτελέσματα του στίγματος που σχετίζονται με τη λέπρα μπορεί να περιλαμβάνουν κακή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και αυξημένο κύκλο εργασιών του προσωπικού. Σε κοινωνικό επίπεδο, ο συνδυασμένος αντίκτυπος αυτών των αποτελεσμάτων μπορεί να είναι η παρατεταμένη μετάδοση στην κοινότητα.

### 3.1.5 ΣΤΗ ΓΡΙΠΗ

Σε αντίθεση με την επιδημία πανώλης στην Ινδία του 1994, η πανδημία γρίπης του 1918 εξαπλώθηκε εύκολα σε πολλές ομάδες με διαφορετικά δημογραφικά στοιχεία και πληθυσμούς σε όλο τον κόσμο (Figura, 1998). Έτσι, συχνά θεωρείται ότι ήταν οι κοινωνικές αντιδράσεις στη γρίπη μπορεί να ήταν διαφορετικές από τις αντιδράσεις σε άλλες, παραδοσιακά στιγματισμένες ασθένειες. Ωστόσο, υπήρξαν πολλά παραδείγματα δημόσιου πανικού, διακρίσεων και θνησιμότητας εις βάρος των συστηματικά εγκαταλελειμμένων άρρωστων ατόμων που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί (Morens & Fauci, 2007). Σε διεθνές επίπεδο, ο έλεγχος της πανδημίας της γρίπης του 1918 παρεμποδίστηκε από τους περιορισμούς που επέφερε ο πόλεμος σχετικά με τη ροή των πληροφοριών. Η πανδημία της γρίπης του 1918 έγινε γνωστή λόγω της αποχής της Ισπανίας από τον πόλεμο, και ως εκ τούτου δεν υπήρχε μεγάλος βαθμός λογοκρισίας. Έτσι, ο ισπανικός Τύπος ήταν ο πρώτος που ανακοίνωσε το παρούσα της γρίπης, με αποτέλεσμα την καθιέρωση του προσωνυμίου «ισπανική». Αυτή η ετικέτα επέτρεψε στις Ηνωμένες Πολιτείες να μην αναλάβουν την ευθύνη για την εμφάνιση της, παρότι εκεί εντοπίστηκαν τα πρώτα κρούσματα γρίπης.

Η λογοκρισία συνέκλινε με την ταχεία μείωση της ασθένειας για να θάψει πολλές ιστορικές λεπτομέρειες της πανδημικής γρίπης του 1918. Ωστόσο, ο φόβος της γρίπης παραμένει μέρος της κοινής μνήμης για τις πανδημίες. Αντίστοιχες συζητήσεις συχνά τονίζουν την εξαιρετικά υψηλή θνησιμότητα της γρίπης του 1918 πανδημία χωρίς να

λαμβάνεται υπόψη η κατανομή αυτής της θνησιμότητας. Παραδείγματος χάριν, η αποικιακή Ινδία γνώρισε πιθανώς 18 εκατομμύρια θανάτους, περισσότερο από όλα τα άλλα έθνη μαζί (Taubenberger & Morena, 2020). Αυτή η αυξημένη θνησιμότητα έχει αποδοθεί στον υποσιτισμό και την διαβίωση σε πυκνοκατοικημένες περιοχές, κάτω από ανθυγιεινές συνθήκες που συχνά συνδέονται με τη φτώχεια. Η περιορισμένη πρόσβαση στους βασικούς πόρους εξακολουθούν να είναι ένας από τους καλύτερους προγνωστικούς δείκτες θνησιμότητας κατά τη διάρκεια οποιουδήποτε ξεσπάσματος ασθενειών, ιδιαίτερα μεταξύ της φτωχότερης πλειοψηφίας του κόσμου (Taubenberger et al. 2019).

Ο φόβος της μόλυνσης επιδεινώνεται από τα προβλεπόμενα σενάρια για κοινωνικοοικονομική κατάρρευση, χάος, έλλειψη τροφίμων και καυσίμων, βία και ανικανότητα. Με αυτό κατά νου, οι φορείς της δημόσιας υγείας προσπαθούν να παρακινήσουν την προετοιμασία και όχι τον πανικό. Ωστόσο, αντιμετωπίζουν μια κατάσταση χωρίς κέρδος και απέναντι σε πολλές απειλές ασθενειών: κάθε επίπεδο ανησυχίας μπορεί να φαίνεται ως αδικαιολόγητος συναγερμός πριν την εμφάνιση επιδημίας, αλλά κανένα επίπεδο προετοιμασίας δεν θα θεωρηθεί επαρκές εάν εμφανιστεί επιδημία, όπως φάνηκε να συμβαίνει με πολλές χώρες επί της πανδημίας του COVID-19 και όχι μόνο. Για παράδειγμα, όταν η πανδημία της γρίπης των χοίρων του 1976 δεν έφτασε ποτέ, οι φορείς της δημόσιας υγείας που προέτρεψαν μαζικούς εμβολιασμούς αργότερα επικρίθηκαν για ένα πολύ μικρό ποσοστό παρενεργειών σε εμβολιασμένους (Morens et al. 2010). Μια τέτοια δημόσια επίκριση αποθαρρύνει τους αρμόδιους φορείς από τη σύσταση δυναμικών πρωτογενών προσπαθειών πρόληψης.

Τέλος, ο οικονομικός αντίκτυπος του στίγματος μπορεί να εμποδίσει τις έγκαιρες αναφορές από εκείνους που διατρέχουν τον υψηλότερο κίνδυνο μόλυνσης κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας γρίπης. Η δήλωση των αρχών 6 σημείων που αναπτύχθηκε κατά τη διάρκεια ενός συνεδρίου του 2006 για την κοινωνική δικαιοσύνη και τη γρίπη στο Μπελάτζιο της Ιταλίας, αφορούσε προβλήματα φόβου για διακρίσεις, αντίποινα και απώλεια βιοπορισμού χωρίς αντισταθμίσεις. Οι αρχές αναφέρουν ότι, λόγω της ευπάθειας, «απαιτούνται ειδικές προσπάθειες για την προώθηση των αναφορών από μειονεκτούσες ομάδες, καθώς και για την προστασία τους από αρνητικές επιπτώσεις που θα μπορούσαν να επιδεινώσουν την κατάστασή τους» (Taubenberger et al. 2019). Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τους φτωχούς κτηνοτρόφους στον τομέα των πουλερικών στην Ταϊλάνδη, όπου υπάρχουν σημαντικές

καθυστερήσεις στην αναφορά της γρίπης των πτηνών. Επομένως, η αποτελεσματική επιτήρηση πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις οικονομικές συνέπειες του στίγματος, καθώς φαίνεται να λαμβάνει μεγαλύτερες διαστάσεις όταν οι πανδημίες προβάλλονται από τα ΜΜΕ.

### 3.1.6 ΣΤΟΝ ΕΜΠΟΛΑ

Όπως συμβαίνει με πολλά λοιμώδη που σχετίζονται με την φτώχεια, το στίγμα στο πλαίσιο του έμπολα είναι εξίσου ανησυχητικό καθώς προέρχεται επίσης από δομικές ανεπάρκειες, συμπεριλαμβανομένης της κακής διαβίωσης, της έλλειψης εκπαίδευσης και των πολιτικών συγκρούσεων (Leach et al. 2010). Αυτοί οι παράγοντες σε συνδυασμό με πολιτιστικές πρακτικές επηρεάζουν τις στάσεις, τις πεποιθήσεις και τις συμπεριφορές όσον αφορά τη μετάδοση ασθενειών (Kunii et al. 2001). Κατά τη διάρκεια των επιδημιών του έμπολα του 2000 και 2001 στην Ουγκάντα, για παράδειγμα, η παρενόχληση, η απόρριψη και η εγκατάλειψη των φορέων ήταν συνηθισμένα φαινόμενα (Hewlett & Amola, 2003). Όσοι ήρθαν σε επαφή με φορείς έπεσαν επίσης θύματα, ενώ κάποιιοι εμποδίστηκαν από το να επιστρέψουν στα σπίτια και τις κοινότητές τους και οι περιουσίες τους καταστράφηκαν (Kinsman, 2012). Ακόμα, υπάρχουν αναφορές για παιδιά-φορείς που έμειναν ορφανά λόγω του έμπολα και που παραμένουν ορο-αρνητικά αλλά δεν έχουν λάβει φροντίδα από οικογένειες και κοινότητες λόγω του φόβου μόλυνσης (Bitchell, 2014).

Από τις 15 Οκτωβρίου 2014, τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) ανέφεραν 8.973 περιπτώσεις έμπολα στη Δυτική Αφρική και 4.484 θανάτους (CDC, 2014). Η επιδημία έχει επηρεάσει βαθιά τη Λιβερία, τη Γουινέα και τη Σιέρα Λεόνε και έχει προσδιοριστεί ως η χειρότερη επιδημία στην ιστορία της νόσου, με ποσοστό επιβίωσης 53% (Philips & Markham, 2014). Όσοι έχουν επιβιώσει αντιμετωπίζουν το στίγμα ότι είχαν έμπολα και αυτό είναι σύμφωνο με προηγούμενα ευρήματα της έρευνας (Kinsman, 2012, Hewlett & Amola, 2003). Σύμφωνα με τη Διεθνή Ομοσπονδία Εταιρειών του Ερυθρού Σταυρού και της Ερυθράς Ημισελήνου, τα άτομα που θεραπεύτηκαν από τον έμπολα με πιστοποίηση έγκρισης από τις ιατρικές αρχές απαγορεύτηκε να επιστρέψουν στα σπίτια τους και αποφεύγονται από τις κοινότητες, τους φίλους, την οικογένεια και τους συναδέλφους τους ([www.ifrc.org](http://www.ifrc.org)). Ορισμένοι επιζώντες έχουν επίσης αναφέρει απειλές βίας από την κοινότητά τους (Guimard, 1999). Έχουν επίσης αναφερθεί περιστατικά εμφύλιων αναταραχών και βίας

κατά των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και των εκπαιδευτικών (Yakubu et al. 2014).

Οι στιγματιστικές συμπεριφορές και στάσεις που απευθύνονται σε άτομα με έμπολα επηρεάζονται από διάφορες προκαταλήψεις για την φτώχεια και την μετανάστευση από την Αφρική (Kinsman, 2012). Επιπλέον, ο έμπολα έχει θεωρηθεί ως θεϊκή ανταπόδοση για διάπραξη ανεπιθύμητων ενεργειών (Guimard, 1999). Άλλα στοιχεία στιγματισμού περιλαμβάνουν τον παράλογο και αβάσιμο φόβο της μόλυνσης μέσω μηχανισμών που δεν έχουν επιστημονικά επισημανθεί, την περιθωριοποίηση ατόμων που συνδέονται με όσους ζουν με τη λοίμωξη από τον ιό (Yakubu et al. 2014) και την αντίληψη ότι είναι το αποτέλεσμα της προπαγάνδας για τον έλεγχο του πληθυσμού (Kinsman, 2012).

### 3.1.7 ΣΤΟΝ HIV/AIDS

Το στίγμα που σχετίζεται με τον ιό HIV οφείλεται σε διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου (1) του φόβου μόλυνσης, όπου τα άτομα που ζουν με τον ιό HIV μπορεί να θεωρηθούν ως απειλή λόγω της μολυσματικής φύσης του HIV, (2) των ανησυχιών σχετικά με την παραγωγικότητα και τη μακροζωία, όπου τα PLHIV μπορεί να εκληφθούν ως ακατάλληλα για απασχόληση, φιλίες και ρομαντικές σχέσεις και (3) της επιβολής κοινωνικών κανόνων, δεδομένου ότι ο κίνδυνος HIV σχετίζεται με μια σειρά κοινωνικά στιγματισμένων συμπεριφορών (π.χ. σεξουαλικές σχέσεις μεταξύ ομόφυλων, χρήση ενέσιμων ναρκωτικών, πορνεία) και ως εκ τούτου οι φορείς του ιού υποτιμώνται λόγω της αντιληπτής τους σχέσης με αυτές τις συμπεριφορές (Phelan et al. 2008). Οι παράγοντες που διευκολύνουν το στίγμα του HIV κυμαίνονται από νόμους που ποινικοποιούν τη μετάδοση του HIV ή συγκεκριμένα επαγγέλματα (π.χ. πορνεία) ή συμπεριφορές (π.χ. σεξουαλικές σχέσεις μεταξύ ομόφυλων, χρήση ενέσιμων ναρκωτικών) έως την έλλειψη καθολικών προμηθειών προστασίας σε εγκαταστάσεις υγείας. Οι βασικοί πληθυσμοί για τον ιό HIV περιλαμβάνουν άντρες που κάνουν σεξ με άντρες, άτομα με ιστορικό ενέσιμων ναρκωτικών, φυλετικές και εθνοτικές μειονότητες, και εργαζόμενους στη βιομηχανία του σεξ και συνεπώς στίγματα που τέμνονται με τον HIV περιλαμβάνουν εκείνους που σχετίζονται με τον σεξουαλικό προσανατολισμό, τη χρήση ουσιών, τη φυλή και το επάγγελμα (Logie et al. 2018, Logie et al. 2011).

Τα άτομα που ζουν με τον ιό του HIV, συμπεριλαμβανομένων των εφήβων και των νέων, αναφέρουν μια σειρά στιγματιστικών εμπειριών από άλλους, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής απόρριψης, του αποκλεισμού, των κουτσομπολιών και της κακής υγειονομικής περίθαλψης, και κινδυνεύουν να εσωτερικεύσουν το στίγμα (Earnshaw et al. 2018). Το επίπεδο του στίγματος του HIV στις κοινότητες και τις κοινωνίες επηρεάζει μια σειρά από πρακτικές στιγματισμού, όπως συμπεριφορές που εισάγουν διακρίσεις μεταξύ του κοινού και των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και επιβλαβή στερεότυπα και προκαταλήψεις που μπορούν να οδηγήσουν σε στιγματισμό της συμπεριφοράς απέναντι στους φορείς (αποκλεισμός, λεκτική κακοποίηση κ.λπ.) . Τα αποτελέσματα του στίγματος του HIV για τα άτομα που κινδυνεύουν ή ζουν με τον HIV περιλαμβάνουν την εμπλοκή σε μεγαλύτερες συμπεριφορές κινδύνου για τον HIV, χαμηλότερα ποσοστά δοκιμών HIV, χειρότερη εμπλοκή και διατήρηση της φροντίδας του HIV και χειρότερη έναρξη και συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή (Logie et al. 2018, Katz et al. 2013). Τα θεσμικά αποτελέσματα περιλαμβάνουν πολιτικές στιγματισμού, όπως εκείνες που ποινικοποιούν την απόκρυψη της νόσησης με HIV στους ερωτικούς συντρόφους ή που απαγορεύουν στους φορείς να ταξιδεύουν. Τέλος, το στίγμα που σχετίζεται με τον ιό HIV έχει μεταγενέστερες επιπτώσεις στην επίπτωση του HIV καθώς και στη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα και την ποιότητα ζωής για τους φορείς (Logie et al. 2018, Mahajan et al. 2008).

### 3.2 ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αναγνωρίζοντας ότι το στίγμα εξαρτάται από το περιβάλλον, τα στίγματα που σχετίζονται με την υγεία και τους επαγγελματίες υγείας εμφανίζουν επίσης κοινά χαρακτηριστικά σε όλες τις χώρες και συνθήκες όσον αφορά ορισμένους μηχανισμούς, εκδηλώσεις και συνέπειες του στιγματισμού (Wijeratne, M. P., & Østbye, 2017, van Brakel, 2006). Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τους μηχανισμούς ή παράγοντες που θεωρείται ότι προκαλούν ή εκφράζουν το στίγμα. Μέσα στις εγκαταστάσεις υγείας, οι συνηθισμένοι μηχανισμοί μπορούν να περιλαμβάνουν αρνητικές στάσεις, φόβο, πεποιθήσεις, έλλειψη ενημέρωσης τόσο για την ίδια τη νόσο όσο και για το στίγμα, αδυναμία κλινικής διαχείρισης της νόσου και θεσμοθετημένες διαδικασίες ή πρακτικές (de Los Santos, 2020, Bergman et al. 2017, Wijeratne, M. P., & Østbye, 2017, van Brakel, 2006). Οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να φοβούνται τη μόλυνση, τις συμπεριφορές της στιγματισμένης ομάδας (όπως χρήση ναρκωτικών ή ακανόνιστες ή



απρόβλεπτες ενέργειες) ή θνησιμότητα που σχετίζεται με την πάθηση (Bergman et al. 2017, van Brakel, 2006, de Los Santos, 2020). Μπορεί επίσης να αντιμετωπίσουν ηθική δυσφορία με βάση την προσωπική τους απόρριψη συμπεριφορών που σχετίζονται με νόσους, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε αντιδράσεις στιγματισμού. Αυτό μπορεί να επηρεάσει τις ικανότητές τους να είναι αποτελεσματικοί πάροχοι υπηρεσιών υγείας, υπονομεύοντας έτσι την ποιότητα της περίθαλψης (de Los Santos, 2020, Bergman et al. 2017). Οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να μην γνωρίζουν για τους τρόπους εκδήλωσης του στίγματος ή τις συνέπειες για τους ασθενείς και τις κοινότητες και, ως εκ τούτου, δεν μπορούν να γνωρίζουν τις επιπτώσεις των ενεργειών τους ή τον τρόπο με τον οποίο οι πολιτικές ή οι δομές των εγκαταστάσεων υγείας επηρεάζουν τους ασθενείς (Sima et al. 2019, Alotaibi et al. 2019). Η έλλειψη γνώσεων σχετικά με τις λοιμώδη νοσήματα μπορεί επίσης να προκαλέσει στίγμα (Sima et al. 2019, Alotaibi et al. 2019, Bergman et al. 2017). Για παράδειγμα, οι λανθασμένες αντιλήψεις μετάδοσης μπορεί να οδηγήσουν σε στιγματισμό, περιττές προφυλάξεις (π.χ. διπλό γάντι, περιττή καραντίνα), ενώ η δυσπιστία στη δυνατότητα θεραπείας ορισμένων στιγματισμένων νόσων μπορεί να προκαλέσει μεροληψία στην παροχή φροντίδας (van Brakel, 2006). Η έλλειψη γνώσεων σχετικά με τον τρόπο παροχής φροντίδας για μια συγκεκριμένη νόσο ή έλλειψη εμπιστοσύνης στην ικανότητά τους να το πράξουν, μπορεί να οδηγήσει σε κακή ποιότητα φροντίδας ή σε διακρίσεις στην παροχή υπηρεσιών. Οι θεσμικές πολιτικές ή τα συστήματα για την παροχή φροντίδας, όπως ο διαχωρισμός (π.χ. παροχή φροντίδας σε ξεχωριστή κλινική ή διαγράμματα "επισήμανσης" για τη διάκρισή τους από τα ιατρικά αρχεία άλλων ασθενών) μπορούν επίσης να εκφράσουν τον στιγματισμό των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους ασθενείς με λοιμώδη νοσήματα.

Ο στιγματισμός εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας δεν περιορίζεται μόνο σε σχετικά νέες ασθένειες, για τις οποίες υπάρχουν περιθώρια να ανακαλυφθούν περισσότερα σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης ή διαχείρισης τους. Υπάρχει πλήθος βιβλιογραφικών αναφορών για τη λέπρα (Wijeratne, M. P., & Østbye, 2017, Sermittirong et al. 2015, Sermittirong et al. 2014), τον Έμπολα (Camara, 2018, Ahmad et al. 2016, Touré et al. 2016), τον HIV (de Los Santos, 2020, Osman et al. 2019, van Brakel, 2006), την φυματίωση (Sima et al. 2019, Alotaibi et al. 2019, Pardeshi et al. 2016). Άλλες μελέτες έχουν επίσης βρει εντυπωσιακές ομοιότητες στις συνέπειες του στίγματος σε ασθένειες και πολιτισμούς (James et al. 2020, Pfitzner & Kapitány-Fövény, 2018). Σε πολλές περιπτώσεις, οι ασθενείς ενδέχεται να αντιμετωπίζουν ταυτόχρονα περισσότερους από έναν τύπο στίγματος (π.χ. στίγμα που

σχετίζεται με τον ιό HIV ή τη φυματίωση ή στίγμα χρήσης ουσιών) (Pfitzner & Kapitány-Fövény, 2018).

Η ύπαρξη αρνητικών στάσεων, ιδίως της ευθύνης για την πάθηση, είναι σημαντικό εύρημα για τις περισσότερες νόσους που στιγματίζονται. Τέτοιες στάσεις συνδέονται με την έλλειψη ευαισθητοποίησης για το στίγμα και των συνεπειών της σε γνωστικό επίπεδο, μύθους και δυσπιστία και θεσμικές πολιτικές, διαδικασίες και πρακτικές (Kyaw et al. 2018, Pfitzner & Kapitány-Fövény, 2018, van Boekel et al. 2013, van Brakel, 2006). Ο φόβος για λοίμωξη είναι συχνός σε πολλά λοιμώδη νοσήματα, ιδιαίτερα για τα μη ιάσιμα, όπως για τον HIV και τον Έμπολα (James et al. 2020, Kyaw et al. 2018, van Brakel, 2006).

Επιπλέον, παρόλο που οι ιδιαιτερότητες των στερεοτύπων, οι εκδηλώσεις και οι συνέπειες του στιγματισμού μπορούν να ποικίλουν, οι μηχανισμοί που διέπουν την πορεία μεταξύ του στίγματος από τους επαγγελματίες υγείας και αυτού από τον γενικό πληθυσμό συχνά εμφανίζουν καθολικά χαρακτηριστικά. Θεωρητικά, ο Link και ο Phelan (2001) ορίζουν το στίγμα ως τη συνύπαρξη πέντε συστατικών: επισήμανση, στερεότυπα, διαχωρισμός, απώλεια στάτους και διακρίσεις (Link & Phelan, 2001). Πολλές νόσοι, συμπεριλαμβανομένων των λοιμωδών νοσημάτων, οι οποίες στιγματίζονται σε διάφορα περιβάλλοντα, εμφανίζουν πολύ παρόμοιους μηχανισμούς που οδηγούν τον στιγματισμό τους. Παρόλο που τα συγκεκριμένα συνδυασμένα χαρακτηριστικά μιας νόσου μπορεί να είναι μοναδικά, οι οδοί μέσω των οποίων οι αντιλήψεις τροφοδοτούν τον στιγματισμό τους είναι συχνά παρόμοιες - ειδικά στο συγκεκριμένο πλαίσιο των εγκαταστάσεων υγείας.

Οι υποκείμενοι μηχανισμοί της διαδικασίας στιγματισμού, τα συνήθη κίνητρα στιγματισμού, η πιθανότητα γενικών εργαλείων μέτρησης στίγματος που σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας, η συνύπαρξη στιγματισμένων νόσων (π.χ. φυματίωση / κατάχρηση ουσιών / HIV) και οι ομοιότητες στις συνέπειες του στιγματισμού, ανεξάρτητα από την νόσο, όλα δείχνουν τη δυνατότητα παρεμβάσεων για ταυτόχρονη μείωση του στίγματος που σχετίζεται με περισσότερες από μία νόσους σε εγκαταστάσεις υγείας. Αυτό θα ενίσχυε την παροχή δίκαιης, ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης, ενώ θα ενίσχυε τον ρόλο των επαγγελματιών υγείας στην διαφύλαξη των κοινοτήτων από λοιμώδη νοσήματα.

Το στίγμα επηρεάζει επίσης την ευημερία των επαγγελματιών υγείας, διότι οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη μπορεί επίσης να ζουν με νόσους που συνδέονται με το στίγμα. Μπορεί να αποκρύψουν τη δική τους κατάσταση υγείας από τους συναδέλφους τους και να είναι απρόθυμοι να έχουν πρόσβαση και να ασχοληθούν με τη φροντίδα. Ωστόσο, η μείωση του στιγματισμού δεν αποτελεί μέρος του τρόπου με τον οποίο παρέχονται ή αξιολογούνται οι υπηρεσίες υγείας, ούτε ενσωματώνεται τακτικά στην προ-υπηρεσιακή και ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση όλων των στελεχών των εργαζομένων στον τομέα της υγείας.

### 3.3 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Υπάρχουν διάφορες βασικές στρατηγικές που μπορούν να εφαρμοστούν για τη μείωση του στίγματος που συνοδεύει τα λοιμώδη νοσήματα στα περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης:

1. Η «παροχή πληροφοριών», η οποία συνίσταται στη διδασκαλία των συμμετεχόντων για την ίδια τη νόσο ή για το στίγμα, τις εκδηλώσεις της και την επίδρασή της στην υγεία.
2. Οι «δραστηριότητες δημιουργίας δεξιοτήτων», που περιλαμβάνουν τη δημιουργία ευκαιριών για τους επαγγελματίες υγείας να αναπτύξουν τις κατάλληλες δεξιότητες για να εργαστούν άμεσα με τη στιγματισμένη ομάδα.
3. Οι προσεγγίσεις «Συμμετοχικής μάθησης», που απαιτούν από τους συμμετέχοντες (επαγγελματίες υγείας ή ασθενείς ή και τα δύο) να συμμετέχουν ενεργά στην παρέμβαση.
4. Η «επαφή με στιγματισμένη ομάδα», η οποία βασίζεται στη συμμετοχή μελών της στιγματισμένης ομάδας στην υλοποίηση των παρεμβάσεων για την ανάπτυξη ενσυναίσθησης, τον εξανθρωπισμό του στιγματισμένου ατόμου και την κατάρρευση στερεοτύπων.
5. Η προσέγγιση «ενδυνάμωσης» για τη βελτίωση των μηχανισμών αντιμετώπισης των πελατών για την υπέρβαση του στίγματος σε επίπεδο εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης.

6. Οι προσεγγίσεις «δομικών» ή «αλλαγών πολιτικής» που περιλαμβάνει την αλλαγή πολιτικών, την παροχή κλινικού υλικού, τα συστήματα αποκατάστασης και την αναδιάρθρωση των εγκαταστάσεων.

Οι περισσότερες παρεμβάσεις βασίζονται σε πολλαπλές προσεγγίσεις και, κατά συνέπεια, χρησιμοποιούν επίσης πολλαπλές μεθόδους για την υλοποίηση αυτών των προσεγγίσεων. Πολλές από τις παραπάνω παρεμβάσεις μπορούν να εφαρμοστούν μέσω τεχνολογίας βίντεο ή ζωντανής αναμετάδοσης ή στηρίζονται σε στρατηγικές αναδιάρθρωσης των χώρων των κλινικών. Για τον σχεδιασμό ή την υλοποίησή τους, μπορούν να ηγηθούν διάφοροι επαγγελματίες υγείας (π.χ., νοσηλεύτες, ιατροί ή ιατρικοί επισκέπτες) ή μέλη της στιγματισμένης ομάδας. Η εμπειρία και η επιμόρφωση τόσο στα θέματα των σχετικών νόσων όσο και του στίγματος είναι πολύτιμη για την παροχή καθοδήγησης στα μέλη του προσωπικού, με σκοπό την εκπαίδευσή τους για την παροχή της καλύτερης δυνατής φροντίδας προς όλους και την συμμετοχή τους στη μείωση του στίγματος (Li et al. 2015, Li et al. 2014, Odeny et al. 2013, Li et al. 2013). Οι προσεγγίσεις παροχής πληροφοριών μπορούν να παραδοθούν μέσω διδακτικών διαλέξεων, μαθημάτων νοσηλευτικής κατάρτισης, συζήτησης ή έντυπου εκπαιδευτικού υλικού. Οι προσεγγίσεις επαφής μπορούν να συμπεριλάβουν την έκθεση των συμμετεχόντων του προσωπικού της μονάδας υγείας σε άτομα που ζουν με τη στιγματισμένη νόσο είτε αυτοπροσώπως είτε μέσω βίντεο, σε μη κλινικές αλληλεπιδράσεις. Οι μηχανισμοί αυτών των ελεγχόμενων εκθέσεων διευκολύνονται μέσω παραστάσεων, συζητήσεων, συμμετοχικών δραστηριοτήτων ή κλινικών τοποθετήσεων. Οι συμμετοχικές μαθησιακές δραστηριότητες στηρίζονται στον σχεδιασμό και την υλοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων, βασισμένα σε συζητήσεις, διαδραστική ομαδική εργασία, παιχνίδι ρόλων, παιχνίδια και εργασίες. Οι προσεγγίσεις δημιουργίας δεξιοτήτων συχνά λειτουργούν μέσω παιχνιδιού ρόλων ή μέσω καθοδηγούμενης ή ελεγχόμενης κλινικής πρακτικής, τόσο με τα μέλη της στιγματισμένης ομάδας όσο και χωρίς αυτά.

Συχνά, πιο παθητικές δραστηριότητες, όπως η παρακολούθηση διαλέξεων ή η παρακολούθηση παραστάσεων, συνοδεύονται από ανοιχτές συζητήσεις ή συμμετοχικές δραστηριότητες. Για τις παρεμβάσεις που χρησιμοποιούν διαρθρωτικές προσεγγίσεις, μπορεί να χρησιμοποιηθεί μετατόπιση καθηκόντων, δηλαδή ανακατανομή των ευθυνών που έχουν οι αρμόδιοι φορείς της υγειονομικής περίθαλψης σε άλλους τομείς, καθώς και ενσωμάτωση άλλων δημόσιων ή κοινοτικών υπηρεσιών. Σε μερικές περιπτώσεις, η περίθαλψη για τα

λοιμώδη νοσήματα ενσωματώνεται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, επιτρέποντας στα μέλη της στιγματισμένης ομάδας να ενσωματωθούν στη γενική ομάδα ασθενών και να μειώσουν τον κίνδυνο αποκάλυψης της νόσου τους (Uebel et al. 2013, Odeny et al. 2013). Μια άλλη διαρθρωτική παρέμβαση επικεντρώνεται στη μείωση του φόβου μετάδοσης ως μέσο μείωσης του στίγματος που σχετίζεται με τη νόσο. Αυτή η παρέμβαση εκπαιδεύσει τους ηγέτες της κοινής γνώμης για τη μείωση του στίγματος σε καθολικές διαδικασίες προφύλαξης και παρέχει προμήθειες προστασίας από λοιμώξεις, όπως γάντια, σε ολόκληρες τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης (Pulerwitz et al. 2015, Li et al. 2015, Li et al. 2014, Odeny et al. 2013, Li et al. 2013). Από τις παρεμβάσεις που αφορούν σε ειδικές κατηγορίες στίγματος, π.χ. τους τοξικομανείς μπορεί να χρησιμοποιηθούν κλινικές τοποθετήσεις ή παιχνίδι ρόλων για την παροχή κλινικής περίθαλψης, για την παροχή φροντίδας που προσανατολίζεται στην αποκατάσταση. Ένα τέτοιο είδος περίθαλψης χαρακτηρίζεται από μια πιο αισιόδοξη στάση για την ανάρρωση, την ενδυνάμωση του ασθενούς και την ευθυγράμμιση των στόχων των επαγγελματιών υγείας με τους στόχους αποκατάστασης των ασθενών (Flanagan et al. 2016, Fernandez et al. 2016, Knaak et al. 2015, Happell et al. 2014, Feeney et al. 2013, Papish et al. 2013).

Όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα των διαφορετικών στρατηγικών, υπάρχουν κάποια παραδείγματα στην βιβλιογραφία. Οι Clarke et al. (2015) συνέκριναν τη «διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία», η οποία στοχεύει στη μείωση των προκαταλήψεων και των διακρίσεων έναντι των ασθενών με διαταραχές προσωπικότητας, παρέχοντας στο προσωπικό γνώσεις και δεξιότητες για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της κλινικής τους πρακτικής, με «εκπαίδευση αποδοχής και δέσμευσης», η οποία στοχεύει στην παροχή δεξιοτήτων αυτοδιαχείρισης για τη μείωση του αντίκτυπου των αρνητικών αξιολογήσεων και την ενίσχυση της συμπεριφοράς που βασίζεται στην εκτίμηση. Και για τους δύο τύπους κατάρτισης, η στάση του προσωπικού βελτιώθηκε και η κοινωνική απόσταση μειώθηκε, αλλά χωρίς σημαντική διαφορά (Clarke et al. 2015). Οι Fernandez et al. (2016) συνέκριναν την αποτελεσματικότητα μιας επαφής πρόσωπο με πρόσωπο σε συνδυασμό και εκπαιδευτική διάλεξη, με μια επαφή με βίντεο και εκπαιδευτική διάλεξη. Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο μεθόδων όσον αφορά τη μείωση του στίγματος των ψυχικών διαταραχών (Fernandez et al. 2016). Οι Mak et al. (2015) συνέκριναν την αποτελεσματικότητα μιας εκπαιδευτικής διάλεξης συν 90 λεπτών προσωπικής συνεδρίας κοινής γνώμης από άτομα που ζουν με HIV σε μια εκπαιδευτική διάλεξη συν διαδραστικών

παιχνιδιών μεταξύ των μελών του προσωπικού με επικεφαλής ερευνητές (που δεν ζούσαν με HIV) και δεν βρήκαν σημαντικές διαφορές στη μείωση του στίγματος του HIV (Mak et al. 2015). Οι Winkler et al. (2017) συνέκριναν ένα ενημερωτικό φυλλάδιο, μια σύντομη παρέμβαση με βίντεο και ένα σεμινάριο που περιλάμβανε άμεση επαφή των επαγγελματιών υγείας με έναν ασθενή ψυχικής υγείας. Διαπίστωσαν ότι οι συμπεριφορές και η πρόθεση συμπεριφοράς απέναντι σε ασθενείς που ζουν με ψυχική διαταραχή βελτιώθηκαν σημαντικά για τις ομάδες βίντεο και σεμιναρίων, ενώ περιορισμένες αλλαγές παρατηρήθηκαν για την δεύτερη ομάδα. Ωστόσο, δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων (Wrinkles et al. 2017).

Αξίζει να σημειωθεί ότι ελάχιστες αναφορές προσδιορίζουν ρητά τους μηχανισμούς του στιγματισμού που στοχοποιούνται από τις παρεμβάσεις τους. Οι Li et al. (2015) στόχευσαν στον φόβο και έτσι σχεδίασαν στρατηγικές για την αντιμετώπιση στιγματιστικών συμπεριφορών που προκαλούνται από φόβο επιμόλυνσης. Οι Batey et al. (2016) στόχευσαν στις στάσεις, τις γνώσεις για το στίγμα και τις γνώσεις για τον ιό του HIV. Οι Geibel et al. (2017) σχεδίασαν στοχευμένες πολιτικές για τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης και το εργασιακό περιβάλλον για την αναδιαμόρφωση στάσεων απέναντι σε σεξουαλικά ενεργούς νέους και άτομα που ζουν με HIV. Οι Shah et al. (2014) στόχευσαν στην αντιμετώπιση του φόβου και των λανθασμένων αντιλήψεων για τη μετάδοση του HIV και τις στάσεις απέναντι σε πληθυσμούς ευάλωτους στη μόλυνση από τον ιό HIV.

Σε κάθε περίπτωση, υπάρχει αυξανόμενη αναγνώριση ότι, για να επιτευχθεί μια βιώσιμη και κλιμακωτή απάντηση στο στίγμα στο χώρο της υγείας, είναι σημαντικό να αντιμετωπιστεί το στίγμα σε πολλαπλά επίπεδα σε μια μονάδα υγειονομικής περίθαλψης (Pulerwitz et al. 2015, Nyblade et al. 2009) Οι προσπάθειες μερικών ερευνητών σε νοσοκομεία στην Ταϊλάνδη (Srithanaviboonchai et al. 2017) τη Γκάνα και τη Τανζανία δοκιμάζουν ένα πακέτο παρεμβάσεων που λειτουργούν τόσο σε ατομικό επίπεδο (προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης) όσο και σε δομικό επίπεδο (πολιτική υγειονομικής περίθαλψης και φυσικό περιβάλλον) σε μια εγκατάσταση. Σε ατομικό επίπεδο, αυτές οι παρεμβάσεις επικεντρώνονται στη συμμετοχική εκπαίδευση του συνόλου του προσωπικού των εγκαταστάσεων. Οποιοσδήποτε υπάλληλος σε εγκατάσταση υγειονομικής περίθαλψης που έχει επαφή με τον ασθενή μπορεί να έχει συμπεριφορές στιγματισμού. Ως εκ τούτου, η συνεργασία με όλα τα στελέχη των εργαζομένων στον τομέα της υγείας είναι σημαντική. Σε

διαρθρωτικό επίπεδο, οι συνολικές διευκολύνσεις όπως αυτές του Project Policy Health στην Τανζανία επικεντρώνονται στην ανάπτυξη και επιβολή πολιτικών κατά των διακρίσεων, στον έλεγχο των λοιμώξεων με την παροχή προμηθειών και την επιβολή τυποποιημένων προληπτικών πρακτικών ελέγχου των λοιμώξεων, καθώς και μηχανισμών καταγγελίας και θετικής κριτικής από τους ασθενείς για τις υπηρεσίες περίθαλψης. Απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση του δυναμικού των διαρθρωτικών παρεμβάσεων για τη μείωση του στίγματος (Corrigan et al., 2017), ιδιαίτερα γύρω από το πώς η φυσική διάταξη ή ο χώρος μέσα σε μια εγκατάσταση μπορεί να συμβάλει ή να μετριάσει την εμπειρία και την πρόβλεψη του στίγματος στις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης (Sullivan, 2012). Με βάση τις εμπειρίες του προσωπικού και των ασθενών, οι απλές φυσικές αλλαγές μπορούν να μειώσουν την εμπειρία και τον κίνδυνο στίγματος, καθώς και την ανεπιθύμητη αποκάλυψη της νόσου (Bil, 2016, Novotná, 2011). Για παράδειγμα, ένας φαρμακοποιός που συμμετείχε στην εκπαίδευση για τη μείωση του στίγματος στη Γκάνα συνειδητοποίησε ότι το φαρμακείο τους στιγματίσει ακούσια πελάτες που ζούσαν με HIV (και πρόδιδε την κατάστασή τους HIV) έχοντας δύο ξεχωριστά παράθυρα για παραλαβή φαρμάκων: ένα για πελάτες που ζητούν φάρμακα για τον HIV και ένα για όλους τους άλλους. Με το πέρας της παρέμβασης, όλοι οι πελάτες μεταβαίνουν στο ίδιο παράθυρο (Health Policy Plus, 2018, Torpp, 2012)

Η διατήρηση όσων φοβούνται ή επιβαρύνονται από τον στιγματισμό στο επίκεντρο κάθε απάντησης στο στίγμα έχει αναγνωριστεί ως η καλύτερη πρακτική (Batey et al. 2016, Bil, 2016, Torpp et al. 2012, Novotná et al. 2011). Αυτό περιλαμβάνει την εργασία για την ενδυνάμωση ατόμων ή ομάδων που βιώνουν στίγμα, για παράδειγμα, με την ανάπτυξη δεξιοτήτων και αποτελεσματικότητας για την αντιμετώπιση του εσωτερικευμένου στίγματος και την αντιμετώπιση και αμφισβήτηση του στίγματος, και την οικοδόμηση συνεργασιών με πρόσωπα που επηρεάζουν την κοινή γνώμη. Από τη βιβλιογραφία που αναφέρθηκε, ο πιο συνηθισμένος τρόπος συμμετοχής ασθενών που βίωσαν το στίγμα στην παρέμβαση είναι η συμμετοχή τους ως εκπαιδευτές ή ομιλητές (Srithanaviboonchai et al. 2017, Winkler et al. 2017, Flanagan et al. 2016, Mak et al. 2015, Pulerwitz et al. 2015, Happell et al. 2014, Shah et al. 2014, Knaak et al. 2013, Papish et al. 2013). Ωστόσο, αξίζει να αναφερθεί και μία παρέμβαση που ξεπέρασε αυτό το επίπεδο συμμετοχής για να επικεντρωθεί σε μια πτυχή «ενδυνάμωσης» (Batey et al. 2014). Σε μια στρατηγική παρέμβασης στην Αλαμπάμα των ΗΠΑ, συγκεντρώθηκαν επαγγελματίες υγείας και ασθενείς σε ένα εργαστήριο έξω από τις εγκαταστάσεις ενός νοσοκομείου, για να μοιραστούν πληροφορίες, να αυξήσουν τις επαφές

και να χρησιμοποιήσουν στρατηγικές ενδυνάμωσης για να αμφισβητήσουν τα στίγματα που σχετίζονται με τον ιό HIV. Το τελευταίο έγινε με την εφαρμογή ενός σχεδίου μείωσης στίγματος που αναπτύχθηκε από ασθενείς και το προσωπικό του νοσοκομείου. Ομοίως, μια συνεχής παρέμβαση για την πρόληψη του στίγματος σε άτομα με ψυχικές διαταραχές ή τοξικομανείς στη Λίμα, το Περού και το Τορόντο του Καναδά, συγκέντρωσε τους παρόχους πρωτοβάθμιας υγείας και τους ασθενείς για να μειώσει το στίγμα μέσω πέντε βημάτων, ένα από τα οποία περιλαμβάνει παρόχους και ασθενείς που εργάζονται μαζί σε εργαστήρια για την δημιουργία έργων τέχνης που παρουσιάζεται σε άλλους (Khenti et al. 2017).

Τέλος, οι στρατηγικές για την συστηματική καταπολέμηση του στίγματος μπορεί να ενισχυθεί από την χρήση της τεχνολογίας. Τα τελευταία χρόνια, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης γνώρισαν ραγδαία πρόοδο στην τεχνολογία, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων και διαδικτύου, tablet και έξυπνων τηλεφώνων για την παροχή φροντίδας, την συλλογή δεδομένων και την υποστήριξη κλινικών πληροφοριών και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Αυτές οι πρόοδοι, ιδιαίτερα η χρήση της αυτο-εκμάθησης μέσω tablet, Διαδικτύου και τηλεφώνων, προσφέρουν δυναμικά αποτελεσματικές μεθόδους για τη μείωση του στιγματισμού στο πολυάσχολο προσωπικό των νοσοκομείων (Radhakrishna et al. 2017, Winkler et al. 2017). Η τεχνολογία μπορεί επίσης να προσφέρει στους ασθενείς έναν τρόπο άμβλυνσης ή αποφυγής του στίγματος του χώρου της υγείας (Canidate et al. 2017, Naslund et al. 2016). Μια μελέτη στην Ινδία έχει αναπτύξει μια παρέμβαση για τη μείωση του στίγματος που στοχεύει σε φοιτητές νοσηλευτικής και σε προσωπικό ιατρού μέσω δύο συνεδριών αυτοδιδασκαλίας σε tablet και μιας προσωπικής ομαδικής συνεδρίας 1,5 ώρας, υπό την καθοδήγηση ενός ατόμου που ζει με HIV (Nyblade et al. 2018). Αυτή η παρέμβαση στοχεύει σε πολλούς βασικούς οδηγούς στίγματος σε ατομικό επίπεδο, συμπεριλαμβανομένης της ευαισθητοποίησης, του φόβου και των στάσεων. Στην παρέμβαση Client Centered Care Coordination (C4), χρησιμοποιήθηκε τεχνολογία κινητής τηλεφωνίας για να ενδυναμώσει και να βοηθήσει τους ασθενείς να μετριάσουν και να αποφύγουν το στίγμα στην πολιτεία της Νέας Υόρκης (ΗΠΑ), το Τορόντο (Καναδάς) και τη Γκάνα (Nelson et al. 2018). Αυτή η παρέμβαση αξιοποίησε διαφορετικές εφαρμογές τηλεφώνου για τη σύνδεση πελατών που ζουν με HIV από βασικές πληθυσμιακές κοινότητες, με σκοπό την υποστήριξη από συνομηλίκους και για νοσηλευτές και άλλα μέλη του προσωπικού των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και για την αναφορά και λήψη ανατροφοδότησης σχετικά με συμπεριφορές υγείας και συμπτώματα ασθένειας. Η χρήση εφαρμογών για κινητά



λειτουργεί ως σημείο πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και μειώνει τις ευκαιρίες έκθεσης σε στιγματισμό στο φυσικό χώρο της μονάδας υγείας, καθώς και της πιθανής ανεπιθύμητης αποκάλυψης της νόσησης από HIV.

### 3.4 ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ

#### 3.4.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ HIV

Ένας 43χρονος άνδρας, τρώφιος φυλακών με HIV/AIDS (στάδιο C3) παρουσιάζει χαλαρά, υδαρή κόπρανα, κράμπες στην κοιλιά, εφίδρωση, πυρετό, ανορεξία (2 μήνες) και απώλεια βάρους 15 κιλών. Λαμβάνει Combivir σε δισκία μιας δόσης και Nelfinavir 1.000 mg tid, καθώς και τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη για προφύλαξη από δευτερογενή πνευμονία *Pneumocystis carinii*. Αναφέρει καλή συμμόρφωση στην θεραπεία, με μη ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο και αριθμό CD4 100 κυττάρων/mm<sup>3</sup>. Διαγνώστηκε με HIV και πνευμονία *Pneumocystis carinii* όταν εισήλθε στην Ελλάδα από την Νιγηρία πριν από ένα χρόνο, οπότε είχε αριθμό CD4 2 κυττάρων/mm<sup>3</sup> και «υψηλό» ιικό φορτίο HIV-1. Είναι χρήστης ενέσιμων ναρκωτικών και έχει σεξουαλικές επαφές μόνο με άντρες. Αναφέρει σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη με δύο ανώνυμους συντρόφους πριν από δύο έως τρεις μήνες. Ζυγίζει 120 κιλά, έχει πυρετό και φυσιολογική αρτηριακή πίεση. Οι γεννητικές και νευρολογικές εξετάσεις του ήταν "καθαρές", όπως και ο φάρυγγας του. Δεν υπήρχε ίκτερος, εξάνθημα, κοιλιακή ευαισθησία, οργανομεγαλία, λεμφαδενοπάθεια ή περιφερικό οίδημα.

#### ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα ευκαιριακά παθογόνα και οι συννοσηρές καταστάσεις που επιφέρουν, όπως το διαδεδομένο *Mycobacterium avium* (MAC), ο *Pneumocystis carinii* και ο κυτταρομεγαλοϊός (CMV), αν και ο *Pneumocystis carinii* δεν προκαλεί συνήθως νόσο του γαστρεντερικού συστήματος. Οι ασθενείς με HIV/AIDS είναι ευπαθείς και σε *Entamoeba histolytica*, *Dientamoeba fragilis*, *Blastocystis hominis*, *Giardia lamblia*, *Campylobacter jejuni*, *Shigella* spp, *Salmonella* spp, *C. difficile*, σύφιλη και ιό απλού

έρπητα. Λόγω των πρόσφατων ταξιδιών στο εξωτερικό, το *Escherichia coli*, το *Vibrio parahaemolyticus*, το *Yersinia spp*, οι ροταϊοί και οι ιοί που μοιάζουν με Norwalk βρίσκονται επίσης στην εμβέλεια της διαφοροδιάγνωσης. Επιπλέον, αυτός ο τρόφιμος μπορεί να έχει διάρροια και απώλεια υγρών από τον ίδιο τον HIV. Η διάρροια είναι απίθανο να οφείλεται στο Nelfinavir, καθώς ανέχεται αυτό το φάρμακο για εννέα έως δέκα μήνες και μόλις πρόσφατα ανέπτυξε διάρροια. Ωστόσο, ακόμα και αν δεν είναι η αιτία της, μπορεί να την επιδεινώσει.

## ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Ελήφθησαν δείγματα κοπράνων και ελέγχθηκαν για αιμοσφαίρια, ώστε να βοηθήσουν στη διαφοροποίηση των φλεγμονωδών από τις μη φλεγμονώδεις αιτίες διάρροιας. Το ιστορικό του υδατώδους, σε αντίθεση με την αιματηρή διάρροια, υποδηλώνει μη φλεγμονώδη. Επιπλέον, τα δείγματα κοπράνων στάλθηκαν για καλλιέργεια για εντερικά παθογόνα και αυγά τους, παράσιτα, αντιγόνο σε *Giardia*, *Clostridium difficile* τοξίνες A και B και καλλιέργεια ταχέως όξινου βακίλου. Οι δοκιμές για αυγά και παράσιτα, τοξίνες *C. difficile* και η καλλιέργεια ταχέως όξινου βακίλου για πρέπει να επαναλαμβάνονται δύο φορές, καθώς συχνά απαιτούνται πολλαπλές αξιολογήσεις πριν ανιχνευθούν ορισμένα από αυτά τα παθογόνα. Επίσης, έγινε λήψη αίματος για καλλιέργεια ταχέως όξινου βακίλου και βακτηριακή καλλιέργεια ρουτίνας. Στην περίπτωση του ασθενούς δεν υπήρχε χρονική συσχέτιση της έναρξης της διάρροιας με αντιρετροϊκή θεραπεία, και οι μελέτες κοπράνων και αίματος είναι αρνητικές, το επόμενο βήμα στην αξιολόγηση είναι η κολonosκόπηση. Η υψηλότερη απόδοση για κολonosκόπηση είναι συνήθως σε ασθενείς με πυρετό, απώλεια βάρους και αριθμό CD4 μικρότερη από 200 κύτταρα/mm<sup>3</sup>.

Οι εξετάσεις των κοπράνων έδειξε πολλές κύστες από *Giardia lamblia* και *Entamoeba histolytica*. Αυτή η διάγνωση πρέπει να αναφέρεται στο τοπικό τμήμα δημόσιας υγείας. Επίσης, παρατηρήθηκαν πολλές κύστες *Entamoeba coli*, πολλές κύστες *Endolimax nana* και μέτριες κύστες *Iodamoeba butschlii*. Σε χρώση αυραμίνης, ανιχνεύθηκαν μέτριες ποσότητες από κρυπτοσπορίδια.

Σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει χρονική συσχέτιση της έναρξης της διάρροιας με αντιρετροϊκή θεραπεία και που οι μελέτες κοπράνων και αίματος είναι αρνητικές, το επόμενο

βήμα στην αξιολόγηση είναι η κολονοσκόπηση. Η υψηλότερη απόδοση για κολονοσκόπηση είναι συνήθως σε ασθενείς με πυρετό, απώλεια βάρους και αριθμό μικρότερο από CD4 200 κύτταρα/mm<sup>3</sup>.

## ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΩΝ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Το Endolimax nana, το Entamoeba coli και το Iodamoeba butschlii είναι συνήθως μη παθογόνα και ως εκ τούτου δεν απαιτούν καμία θεραπεία. Ωστόσο, είναι δείκτες έκθεσης στα ανθρώπινα περιττώματα και συχνά βρίσκονται σε ασθενείς που έχουν μολυνθεί από παθογόνους οργανισμούς. Τα Giardia και Entamoeba histolytica μπορεί να προκαλέσουν διηθητική ασθένεια και πρέπει γενικά να αντιμετωπιστούν. Το φάρμακο επιλογής για τη γαριαδίαση είναι η μετρονιδαζόλη 250 mg tid για επτά ημέρες, η οποία έχει επίσης δραστηριότητα έναντι του E. histolytica. Δυστυχώς, δεν υπάρχουν αξιόπιστες θεραπείες για την κρυπτοσποριδίωση, αν και η παρομομυκίνη ή η νιταζοξανίδη μπορεί να έχουν δράση και να προσφέρουν όφελος. Η υποστηρικτική φροντίδα με ενυδάτωση και διατροφή, καθώς και η καθιέρωση ενός αποτελεσματικού αντιρετροϊκού σχήματος θεραπείας, είναι κρίσιμες πτυχές της φροντίδας, καθώς η βελτίωση του ανοσοποιητικού συστήματος συχνά βοηθά στην εξάλειψη της λοίμωξης. Σε ανοσοεπαρκείς ξενιστές, η κρυπτοσποριδίωση είναι συνήθως αυτοπεριοριζόμενη. Μπορεί να είναι προς το συμφέρον αυτού του τρόφιμου να αλλάξει τα φάρμακά του σε ένα πιο ισχυρό αντιρετροϊκό σχήμα σε μια προσπάθεια να βελτιώσει την απόκριση των T-κυττάρων του και να ελαχιστοποιήσει τις γαστρεντερικές παρενέργειες του. Εάν το σχήμα δεν αλλάξει, η δόση του Nelfinavir θα πρέπει να αλλάξει σε 1.250 mg po bid, καθώς αυτή η δόση είναι ευκολότερο να ληφθεί και σχετίζεται με λιγότερα χαλαρά κόπρανα σε σύγκριση με τη δόση tid. Δεν υπάρχουν γνωστές αλληλεπιδράσεις φαρμάκων μεταξύ μετρονιδαζόλης, παραμομυκίνης ή νιταζοξανίδης και των αντιρετροϊκών που λαμβάνει αυτήν τη στιγμή. Υπάρχει αλληλεπίδραση φαρμάκων μεταξύ της στοματικής μορφής διαλύματος του αναστολέα της πρωτεάσης αμπρεναβίρης και της μετρονιδαζόλης, αν και αυτό δεν ισχύει για τη σύνθεση κάψουλας αμπρεναβίρης.

## ΜΕΤΡΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Για να ελαχιστοποιηθεί η δευτερογενής μετάδοση σε άλλους μέσω της λήψης κοπράνων από το στόμα, είναι σημαντικό να εκπαιδευτεί ο τρόφιμος και το προσωπικό σχετικά με τις καλές δεξιότητες πλυσίματος των χεριών, ιδιαίτερα πριν και μετά τα γεύματα και τη χρήση της τουαλέτας. Θα πρέπει να αποκλειστεί από οποιαδήποτε εργασία κουζίνας μέχρι να εξαφανιστεί η διάρροια και να καθαριστούν τα κόπρανά του από όλους τους οργανισμούς.

### 3.4.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΓΡΙΠΗΣ

Μια 24χρονη γυναίκα, που ξεκίνησε να εργάζεται ως νοσηλεύτρια σε παιδιατρική κλινική, παρουσιάζεται στο Τμήμα Εκτάκτων Περιστατικών με δύσπνοια, πυρετό, μυαλγία, λήθαργο και ρινόρροια. Τα συμπτώματά της ξεκίνησαν πριν από περίπου 1 ημέρα, είναι συνεχή, και επιδεινώνονται σταθερά. Παρουσιάζει σημαντική ρινική έκκριση αλλά ελάχιστο βήχα. Ένας 4χρονος ασθενής της είχε επίσης ρινόρροια τις τελευταίες 2 ημέρες, αλλά δεν ήταν τόσο άρρωστος όσο η ίδια. Δεν έχει σημαντικό προηγούμενο ιατρικό ιστορικό και δεν λαμβάνει φάρμακα ρουτίνας. Αναφέρει ότι έλαβε το εμβόλιο της γρίπης πριν από 4 ημέρες, αμέσως πριν ξεκινήσει να εργάζεται στην κλινική. Ανέφερε επίσης ότι ήταν καπνίστρια αλλά σταμάτησε πριν 2 χρόνια.

### ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η διάγνωση της γρίπης είναι προβληματική για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης εδώ και αρκετά χρόνια. Το πρότυπο για τον έλεγχο της γρίπης ήταν η ιογενής καλλιέργεια. Ωστόσο, αυτή η διαδικασία μπορεί να έχει ανατροπή 3-10 ημερών. Η καλλιέργεια με την μέθοδο shell-vial μπορεί να μειώσει το χρόνο αναμονής, δίνοντας αποτελέσματα μέσα σε 48 ώρες, με παρόμοια ακρίβεια με τις ιογενείς καλλιέργειες. Ωστόσο, η καλλιέργεια με την μέθοδο shell-vial για τη γρίπη έχει περιορισμένη αξία για τους κλινικούς ιατρούς, καθώς ο βασικός πυλώνας της θεραπείας, η οσελταμιβίρη, λειτουργεί καλύτερα μόνο όταν ξεκινάει εντός 48 ωρών από την εμφάνιση των συμπτωμάτων. Ομοίως, επειδή η θεραπεία με οσελταμιβίρη διαρκεί 5 ημέρες, εάν ένας ασθενής ξεκινήσει εμπειρικά με οσελταμιβίρη τη στιγμή που στάλθηκε η καλλιέργεια shell-vial, θα έχει ολοκληρώσει τη μισή αντιική πορεία

του έως ότου επιβεβαιωθεί ή διαψευστεί η διάγνωση. Επομένως, η ταχεία εξέταση γρίπης παρέχει σημαντικά πλεονεκτήματα έναντι των παραδοσιακών διαγνωστικών μεθόδων.

Τα εμπορικά διαθέσιμα πακέτα ταχείας δοκιμής γρίπης κοστίζουν 10-25 ευρώ, στο οποίο συμπεριλαμβάνονται τα αναλώσιμα. Αυτό το κόστος αντισταθμίζεται από το χονδρικό κόστος του oseltamivir, το οποίο είναι σήμερα περίπου 14 € ανά 75 mg κάψουλας. Το τυπικό σχήμα θεραπείας για ενήλικες με γρίπη είναι το oseltamivir 75 mg δύο φορές ημερησίως για 5 ημέρες. Συχνά, οι ασθενείς με υψηλή υποψία γρίπης θα ξεκινήσουν εμπειρικά τη θεραπεία κατά τη στιγμή της παρουσίασης. Ένα θετικό τεστ ταχείας γρίπης μπορεί να αποδείξει ότι η χορήγηση πολλαπλών αντιβιοτικών δεν είναι απαραίτητη, με αποτέλεσμα την ήπια εξοικονόμηση φαρμάκων και την ελαχιστοποίηση της χρήσης αντιβιοτικών όταν δεν ενδείκνυται.

Η εν λόγω ασθενής διαγνώστηκε με γρίπη Α. Εισήχθη στο νοσοκομείο για αναπνευστική υποστήριξη και ξεκίνησε με το αντικό Tamiflu (oseltamivir). Δεν ξεκίνησε να χρησιμοποιεί αντιβιοτικά για βακτηριακή πνευμονία, καθώς η ασθενής δεν παρουσίασε τυπικά συμπτώματα βακτηριακής πνευμονίας (αξιοσημείωτη έλλειψη βήχα). Ενημέρωσε την κλινική στην οποία εργαζόταν, προκειμένου να ακολουθηθεί το πρωτόκολλο ελέγχου λοιμώξεων. Πήρε εξιτήριο μετά από 1,5 ημέρες νοσηλείας καθώς βελτιώθηκε η αναπνοή της και τα επίπεδα οξυγόνωσης της. Ολοκλήρωσε μια πενταήμερη θεραπεία με oseltamivir στο σπίτι και επέστρεψε στα καθήκοντα της ως νοσηλεύτρια εντός δύο εβδομάδων.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, υπάρχουν πολλές βιβλιογραφικές αναφορές που επισημαίνουν την ύπαρξη μιας σημαντικής σχέσης μεταξύ λοιμωδών νοσημάτων και στιγματισμού. Διάφοροι κοινωνικοί, ψυχολογικοί, ακόμα και πολιτικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν ρόλο στην διαμόρφωση και την επιδείνωση αυτού του ζητήματος, με αποτέλεσμα να επεκτείνονται οι συνέπειες μιας ασθένειας σε όλες τις πτυχές της ζωής. Το στίγμα που σχετίζεται με την υγεία θα μπορούσε κάλλιστα να χαρακτηριστεί ως η πιο επιζήμια μορφή κοινωνικού στιγματισμού, διότι θέτει, σε ορισμένες περιπτώσεις, ανυπέρβλητα εμπόδια σε αυτό που θα μπορούσε να είναι σωτήρια ιατρική φροντίδα. Το στίγμα που σχετίζεται με την ασθένεια έχει επιζήμια επίδραση στην ψυχοσυναισθηματική ικανότητα των θυμάτων του με αποτέλεσμα να αποτρέπει ουσιαστικά τους ασθενείς από το να αναζητήσουν θεραπεία. Μάλιστα, στην περίπτωση των λοιμωδών νοσημάτων, αυτό τοποθετεί την κοινότητα σε μεγαλύτερο κίνδυνο μετάδοσης, εντείνοντας τον μαζικό πανικό. Ακόμα, οι ασθενείς μπορούν να στιγματιστούν ακόμα και από επαγγελματίες υγείας, με αποτέλεσμα την φτωχότερη ποιότητα φροντίδας, της θνησιμότητας και του κινδύνου εξάπλωσης. Έτσι, κρίνεται αναγκαίος ο σχεδιασμός στρατηγικών που αντισταθμίζουν το στίγμα και τις προκαταλήψεις με την εκπαίδευση των επαγγελματιών στις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης, της συνεργασίας με τους ασθενείς και άλλους φορείς, με σκοπό την υποστήριξη των ασθενών και την πρόληψη της εξάπλωσης των λοιμωδών νοσημάτων.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abebe, G., Deribew, A., Apers, L., Woldemichael, K., Shiffa, J., Tesfaye, M., Abdissa, A., Deribie, F., Jira, C., Bezabih, M., Aseffa, A., Duchateau, L., & Colebunders, R. (2010). Knowledge, health seeking behavior and perceived stigma towards tuberculosis among tuberculosis suspects in a rural community in southwest Ethiopia. *PloS one*, 5(10), e13339. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013339>

Ahmad, A., Khan, M., & Jamshed, S., Bandari, D., Kumar, G., Kumar, P., Goverdhan, A., & Ajmera, S. (2016). Are healthcare workers ready for Ebola? An assessment of their knowledge and attitude in a referral hospital in South India. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 10. 747-754. 10.3855/jidc.7578.

Alotaibi, B., Yassin, Y., Mashi, A., Maashi, F., Thomas, A., Mohamed, G., Hassan, A., & Yezli, S. (2019). Tuberculosis knowledge, attitude and practice among healthcare workers during the 2016 Hajj. *PLOS ONE*. 14. e0210913. 10.1371/journal.pone.0210913.

Baral, S. C., Karki, D. K., & Newell, J. N. (2007). Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: a qualitative study. *BMC public health*, 7, 211. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-211>

Barnhoorn, F., & Adriaanse, H. (1992). In search of factors responsible for noncompliance among tuberculosis patients in Wardha District, India. *Social science & medicine* (1982), 34(3), 291–306. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90271-q](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90271-q)

Batey, D. S., Whitfield, S., Mulla, M., Stringer, K. L., Durojaiye, M., McCormick, L., Turan, B., Nyblade, L., Kempf, M. C., & Turan, J. M. (2016). Adaptation and Implementation of an Intervention to Reduce HIV-Related Stigma Among Healthcare Workers in the United States: Piloting of the FRESH Workshop. *AIDS patient care and STDs*, 30(11), 519–527. <https://doi.org/10.1089/apc.2016.0223>

Bergman, L., Britton, A., & Kneck, A. (2017). Health-related stigma related to leprosy: What can be learned from nurses in Ghana?. *Nordic Journal of Nursing Research*, 38. 205715851771960. 10.1177/2057158517719603.

Bil J. S. (2016). Stigma and architecture of mental health facilities. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 208(5), 499–500. <https://doi.org/10.1192/bjp.208.5.499b>

Bitchell, RE (2014). After losing parents to Ebola, orphans face stigma. Διαθέσιμο στο: <http://www.npr.org/blogs/goatsandsoda/2014/10/03/353473707/after-losing-parents-to-ebola-orphans-face-stigma>

Camara, A. (2018). Knowledge, Attitudes and Practices of Health Care Workers on Ebola in Hospital Towards Ebola Virus Disease, Conakry, Guinea, 2016.. *Central African Journal of Public Health*, 12(3), 9-12.

Campbell, C. & Deacon, H. (2006). Unravelling the contexts of stigma: From internalisation to resistance to change. *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 16. 10.1002/casp.901.

Clarke, S., Taylor, G., Bolderston, H., Lancaster, J., & Remington, B. (2015). Ameliorating Patient Stigma Amongst Staff Working With Personality Disorder: Randomized Controlled Trial of Self-Management Versus Skills Training. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 43(6), 692–704. <https://doi.org/10.1017/S1352465814000320>

Centers for Disease Control and Prevention (2014). Ebola outbreak in West Africa. 2014. Διαθέσιμο στο: <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/guinea/index.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2016). TB Risk factors. Ανανεώθηκε στις 18 Μαρτίου, 2016.



Copen, C. (2017). Condom Use During Sexual Intercourse Among Women and Men Aged 15-44 in the United States: 2011-2015 National Survey of Family Growth. *National Health Statistics Reports*. 2017.

Corrigan, P. W., Schomerus, G., Shuman, V., Kraus, D., Perlick, D., Harnish, A., Kulesza, M., Kane-Willis, K., Qin, S., & Smelson, D. (2017). Developing a research agenda for reducing the stigma of addictions, part II: Lessons from the mental health stigma literature. *The American journal on addictions*, 26(1), 67–74. <https://doi.org/10.1111/ajad.12436>

Courtwright, A., & Turner, A. N. (2010). Tuberculosis and stigmatization: pathways and interventions. *Public health reports (Washington, D.C. : 1974)*, 125 Suppl 4(Suppl 4), 34–42. <https://doi.org/10.1177/00333549101250S407>

Cremers, A. L., de Laat, M. M., Kapata, N., Gerrets, R., Klipstein-Grobusch, K., & Grobusch, M. P. (2015). Assessing the consequences of stigma for tuberculosis patients in urban Zambia. *PloS one*, 10(3), e0119861. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119861>

Crocker J, Major B, & Steele C. 1998. Social stigma. In *The Handbook of Social Psychology*, ed. DT Gilbert, ST Fiske, 2, 504-53. Boston, MA: McGraw-Hill

Cross, Hugh. (2008). The prevention of disability for people affected by leprosy: Whose attitude needs to change?. *Leprosy review*, 78, 321-9.

Daftary A. (2012). HIV and tuberculosis: the construction and management of double stigma. *Social science & medicine* (1982), 74(10), 1512–1519. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.01.027>

Dako-Gyeke M. (2018). Courtesy stigma: A concealed consternation among caregivers of people affected by leprosy. *Social science & medicine*, 196, 190–196. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.030>

de Los Santos, J. (2020). Healthcare Workers Attitude and Stigma among People living with HIV/AIDS (PLHA): A Literature Review. *Journal of Health and Caring Sciences*, 2, 150-166. 10.37719/jhcs.2020.v2i2.ra001.

Dijkstra, J.I.R., Van Brakel, W. & Elteren, M. (2017). Gender and leprosy-related stigma in endemic areas: A systematic review. *Leprosy Review*, 88, 419-440.

Dillard, R. L. (2020). Plague. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Edginton, M. E., Sekatane, C. S., & Goldstein, S. J. (2002). Patients' beliefs: do they affect tuberculosis control? A study in a rural district of South Africa. *The international journal of tuberculosis and lung disease : the official journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease*, 6(12), 1075–1082.

Falk, G. (2001). *STIGMA: How We Treat Outsiders*, Prometheus Books.

Feeney, L., Jordan, I., & McCarron, P. (2013). Teaching recovery to medical students. *Psychiatric rehabilitation journal*, 36(1), 35–41. <https://doi.org/10.1037/h0094745>

Fernandez, A., Tan, K. A., Knaak, S., Chew, B. H., & Ghazali, S. S. (2016). Effects of Brief Psychoeducational Program on Stigma in Malaysian Pre-clinical Medical Students: A Randomized Controlled Trial. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 40(6), 905–911. <https://doi.org/10.1007/s40596-016-0592-1>

Figura S. Z. (1998). The forgotten pandemic. The Spanish Flu of 1918 was the gravest crisis American hospitals had ever faced. *The Volunteer leader*, 39(2), 5.

Flanagan, E. H., Buck, T., Gamble, A., Hunter, C., Sewell, I., & Davidson, L. (2016). "Recovery Speaks": A Photovoice Intervention to Reduce Stigma Among Primary Care Providers. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 67(5), 566–569. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500049>

Geibel, S., Hossain, S. M., Pulerwitz, J., Sultana, N., Hossain, T., Roy, S., Burnett-Zieman, B., Stackpool-Moore, L., Friedland, B. A., Yasmin, R., Sadiq, N., & Yam, E. (2017). Stigma Reduction Training Improves Healthcare Provider Attitudes Toward, and Experiences of, Young Marginalized People in Bangladesh. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 60(2S2), S35–S44. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.09.026>

Godfrey-Faussett, P., & Ayles, H. (2003). Can we control tuberculosis in high HIV prevalence settings?. *Tuberculosis (Edinburgh, Scotland)*, 83(1-3), 68–76. [https://doi.org/10.1016/s1472-9792\(02\)00083-5](https://doi.org/10.1016/s1472-9792(02)00083-5)

Goens, J. (1995). *De la syphilis au Sida, Cinq siècles des mémoires littéraires de Vénus*. Presses interuniversitaires européennes, Mémoire d'Europe.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall

Guimard, Y., Bwaka, M. A., Colebunders, R., Calain, P., Massamba, M., De Roo, A., Mupapa, K. D., Kibadi, K., Kuvula, K. J., Ndaberey, D. E., Katwiki, K. R., Mapanda, B. B., Nkuku, O. B., Fleerackers, Y., Van den Enden, E., & Kipasa, M. A. (1999). Organization of patient care during the Ebola hemorrhagic fever epidemic in Kikwit, Democratic Republic of the Congo, 1995. *The Journal of infectious diseases*, 179 Suppl 1, S268–S273. <https://doi.org/10.1086/514315>

Happell, B., Byrne, L., Platania-Phung, C., Harris, S., Bradshaw, J., & Davies, J. (2014). Lived-experience participation in nurse education: reducing stigma and enhancing popularity. *International journal of mental health nursing*, 23(5), 427–434. <https://doi.org/10.1111/inm.12077>

Health Policy Plus. (2018). *Webinar: How to engage with health facilities to reduce HIV-related stigma and move closer to test and treat goals*. Washington, DC: Health Policy Plus.

Heatherton, TF, Kleck, RE, Hebl, MR, Hull, JG, eds. (2000). *The Social Psychology of Stigma*. New York: Guilford.

Heijnders, M., & Van Der Meij, S. (2006). The fight against stigma: an overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychology, health & medicine*, 11(3), 353–363. <https://doi.org/10.1080/13548500600595327>

Hewlett, B. S., & Amola, R. P. (2003). Cultural contexts of Ebola in northern Uganda. *Emerging infectious diseases*, 9(10), 1242–1248. <https://doi.org/10.3201/eid0910.020493>

<https://www.healthpolicyproject.com/index.cfm?id=stigmapackage>

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Battling fear and stigma over Ebola in West Africa (2014). Διαθέσιμο στο: <http://www.ifrc.org/en/news-and-media/news-stories/africa/guinea/battling-fear-and-stigma-over-ebola-in-west-africa-65367/>

Jacoby, A., Snape, D., & Baker, G. A. (2005). Epilepsy and social identity: the stigma of a chronic neurological disorder. *The Lancet. Neurology*, 4(3), 171–178.

James, P., Wardle, J., Steel, A, & Adams, J. (2020). An assessment of Ebola-related stigma and its association with informal healthcare utilisation among Ebola survivors in Sierra Leone: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 20. [10.1186/s12889-020-8279-7](https://doi.org/10.1186/s12889-020-8279-7).

Jaramillo E. (1998). Pulmonary tuberculosis and health-seeking behaviour: how to get a delayed diagnosis in Cali, Colombia. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 3(2), 138–144. <https://doi.org/10.1046/j.1365-3156.1998.00202.x>

Johansson, E., Long, N. H., Diwan, V. K., & Winkvist, A. (2000). Gender and tuberculosis control: perspectives on health seeking behaviour among men and women in Vietnam. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 52(1), 33–51. [https://doi.org/10.1016/s0168-8510\(00\)00062-2](https://doi.org/10.1016/s0168-8510(00)00062-2)

Jones E, Farina A, Hastorf A, Markus H, Miller DT, & Scott R. (1984). *Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships*. New York: Freeman

Jopling, W. (1991). Leprosy stigma. *Leprosy review*, 62, 1-12. 10.5935/0305-7518.19910001.

Juniarti, N., & Evans, D. (2011). A qualitative review: the stigma of tuberculosis. *Journal of clinical nursing*, 20(13-14), 1961–1970. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03516.x>

Katz, D. A., Golden, M. R., Hughes, J. P., Farquhar, C., & Stekler, J. D. (2018). HIV Self-Testing Increases HIV Testing Frequency in High-Risk Men Who Have Sex With Men: A Randomized Controlled Trial. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, 78(5), 505–512. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001709>

Kinsman, J. (2012). A time of fear: local, national, and international responses to a large Ebola outbreak in Uganda. *Globalization and health*, 8, 15. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-8-15>

Knaak, S, Hawke, L, & Patten, S. (2013). That's just crazy talk evaluation report. Ottawa: Mental Health Institute of Canada.

Knaak, S., Szeto, A., Fitch, K., Modgill, G., & Patten, S. (2015). Stigma towards borderline personality disorder: effectiveness and generalizability of an anti-stigma program for healthcare providers using a pre-post randomized design. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 2, 9. <https://doi.org/10.1186/s40479-015-0030-0>

Kunii, O., Kita, E., & Shibuya, K. (2001). [Nihon koshu eisei zasshi] *Japanese journal of public health*, 48(10), 853–859.

Kyaw, S, Htoo, H., Than, N., & Lwin, H., Phyu, K., Htay, M., Moe, S., & Abas, A. (2018). Knowledge and attitude of mandatory infectious disease notification among final year medical students. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7, 756. 10.4103/jfmpc.jfmpc\_300\_17.

Leach, M., Scoones, I., Stirling, A. (2010). Governing epidemics in an age of complexity: narratives, politics and pathways to sustainability. *Global Environ Change*, 20, 369–77.

Liefooghe, R., Michiels, N., Habib, S., Moran, M. B., & De Muynck, A. (1995). Perception and social consequences of tuberculosis: a focus group study of tuberculosis patients in Sialkot, Pakistan. *Social science & medicine*, 41(12), 1685–1692. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00129-u](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00129-u)

Li, L., Liang, L. J., Lin, C., & Wu, Z. (2015). Addressing HIV stigma in protected medical settings. *AIDS care*, 27(12), 1439–1442. <https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1114990>

Li, L., Lin, C., Guan, J., & Wu, Z. (2013). Implementing a stigma reduction intervention in healthcare settings. *Journal of the International AIDS Society*, 16(3 Suppl 2), 18710. <https://doi.org/10.7448/IAS.16.3.18710>

Li, L., Liang, L. J., Wu, Z., Lin, C., & Guan, J. (2014). Assessing outcomes of a stigma-reduction intervention with venue-based analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(6), 991–999. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0808-6>

Link, B., & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.

Logie, C. H., James, L., Tharao, W., & Loutfy, M. R. (2011). HIV, gender, race, sexual orientation, and sex work: a qualitative study of intersectional stigma experienced by HIV-positive women in Ontario, Canada. *PLoS medicine*, 8(11), e1001124. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001124>

Logie, C. H., Lacombe-Duncan, A., Wang, Y., Kaida, A., Conway, T., Webster, K., de Pokomandy, A., Loutfy, M. R., Anema, A., Becker, D., Brotto, L., Carter, A., Cardinal, C., Colley, G., Ding, E., Duddy, J., Gataric, N., Hogg, R. S., Hosward, T., Jabbari, S., ... Ogunnaike-Cooke, S. (2018). Pathways From HIV-Related Stigma to Antiretroviral Therapy Measures in the HIV Care Cascade for Women Living With HIV in Canada. *Journal of*

*acquired immune deficiency syndromes*, 77(2), 144–153.  
<https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001589>

Lusli, M., Zweekhorst, M., & Miranda-Galarza, B., Peters, R., Cummings, S., Seda, F., & Bunders, J., & Irwanto, I. (2015). Dealing with Stigma: Experiences of Persons Affected by Disabilities and Leprosy. *BioMed Research International*. 10.1155/2015/261329.

Mahajan, A. P., Sayles, J. N., Patel, V. A., Remien, R. H., Sawires, S. R., Ortiz, D. J., Szekeres, G., & Coates, T. J. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS (London, England)*, 22 Suppl 2(Suppl 2), S67–S79.

Macq, J., Solis, A., Martinez, G., & Martiny, P. (2008). Tackling tuberculosis patients' internalized social stigma through patient centred care: an intervention study in rural Nicaragua. *BMC public health*, 8, 154. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-154>

Macq, J., Solis, A., Martinez, G., Martiny, P., & Dujardin, B. (2005). An exploration of the social stigma of tuberculosis in five “municipios” of Nicaragua to reflect on local interventions. *Health Policy*, 74(2), 205–17.

Mak, W. W., Cheng, S. S., Law, R. W., Cheng, W. W., & Chan, F. (2015). Reducing HIV-related stigma among health-care professionals: a game-based experiential approach. *AIDS care*, 27(7), 855–859. <https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1007113>

Miller, C., Huston, J., Samu, L., Mfinanga, S., Hopewell, P., & Fair, E. (2017). 'It makes the patient's spirit weaker': tuberculosis stigma and gender interaction in Dar es Salaam, Tanzania. *The international journal of tuberculosis and lung disease : the official journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease*, 21(11), 42–48. <https://doi.org/10.5588/ijtld.16.0914>

Morens, D. M., & Fauci, A. S. (2007). The 1918 influenza pandemic: insights for the 21st century. *The Journal of infectious diseases*, 195(7), 1018–1028. <https://doi.org/10.1086/511989>

Morens, D. M., Taubenberger, J. K., Harvey, H. A., & Memoli, M. J. (2010). The 1918 influenza pandemic: lessons for 2009 and the future. *Critical care medicine*, 38(4 Suppl), e10–e20. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181ceb25b>

Novotná, G., Urbanoski, K. A., & Rush, B. R. (2011). Client-centered design of residential addiction and mental health care facilities: staff perceptions of their work environment. *Qualitative health research*, 21(11), 1527–1538. <https://doi.org/10.1177/1049732311413782>

Nyblade, L., Stangl, A., Weiss, E., & Ashburn, K. (2009). Combating HIV stigma in health care settings: what works?. *Journal of the International AIDS Society*, 12, 15. <https://doi.org/10.1186/1758-2652-12-15>

Odeny, T. A., Penner, J., Lewis-Kulzer, J., Leslie, H. H., Shade, S. B., Adero, W., Kioko, J., Cohen, C. R., & Bukusi, E. A. (2013). Integration of HIV Care with Primary Health Care Services: Effect on Patient Satisfaction and Stigma in Rural Kenya. *AIDS research and treatment*, 2013, 485715. <https://doi.org/10.1155/2013/485715>

Oriel, J.D. (1994). *The scars of Venus, a history of venerology*, Springer Verlag.

Osman, E., Mohamed, T., Raja'a, S., Yahia, A., Adetunji, M., Hamed, A., Khalid, M., Sufian, S., Siddiq, E., Remah, D., & Ademola, H. (2019). Stigma and discrimination among health care providers towards people living with HIV/AIDS (PLWHA). *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*, 8, 36-44. [10.11591/ijphs.v8i1.17081](https://doi.org/10.11591/ijphs.v8i1.17081).

Papish, A., Kassam, A., Modgill, G., Vaz, G., Zanussi, L., & Patten, S. (2013). Reducing the stigma of mental illness in undergraduate medical education: a randomized controlled trial. *BMC medical education*, 13, 141. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-141>

Pardeshi, G., Kadam, D., Chandanwale, A., Bollinger, R., & Deluca, A. (2016). Resident doctors' attitudes toward tuberculosis patients. *Indian Journal of Tuberculosis*, 64. [10.1016/j.ijtb.2016.11.001](https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2016.11.001).



Peters, R., Hofker, M., Van Brakel, W., Zweekhorst, M., Seda, F., Irwanto, I. & Bunders, J. (2014). Narratives Around Concealment and Agency for Stigma-reduction: A Study of Women Affected by Leprosy in Cirebon District, Indonesia. *Disability, CBR & Inclusive Development*, 25. 10.5463/DCID.v25i4.389.

Pfitzner, K., & Kapitány-Fövény, M. (2018). Stigma of substance use in healthcare: A research on contact hypothesis. *Developments in Health Sciences*, 1, 1-5. 10.1556/2066.2.2018.14.

Phelan, J., Link, B., & Dovidio, J. (2008). Stigma and Prejudice: One Animal or Two?. *Social science & medicine*, 67, 358-67. 10.1016/j.socscimed.2008.03.022.

Philips, M., & Markham, A. (2014). Ebola: a failure of international collective action. *Lancet (London, England)*, 384(9949), 1181. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61606-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61606-8)

Pulerwitz, J., Oanh, K. T., Akinwolemiwa, D., Ashburn, K., & Nyblade, L. (2015). Improving hospital-based quality of care by reducing HIV-related stigma: evaluation results from Vietnam. *AIDS and behavior*, 19(2), 246–256. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0935-4>

Sermittirong, S., & Van Brakel, W. (2014). Stigma in leprosy: concepts, causes and determinants. *Leprosy review*, 85, 36-47. 10.47276/lr.85.1.36.

Sermittirong, S., Van Brakel, W., Rodchan, S., & Nuncho, S., & Bunders, J.. (2015). Assessing the Attitudes and Perceptions of Community Members and Health Workers Regarding Leprosy Stigma. *International Journal of TROPICAL DISEASE & Health*. 5. 11-24. 10.9734/IJTDH/2015/11867.

Shah, S. M., Heylen, E., Srinivasan, K., Perumpil, S., & Ekstrand, M. L. (2014). Reducing HIV stigma among nursing students: a brief intervention. *Western journal of nursing research*, 36(10), 1323–1337. <https://doi.org/10.1177/0193945914523685>

Shaw, L. L. (1991). Stigma and the moral careers of ex-mental patients living in board and care. *Journal of Contemporary Ethnography*, 20(3), 285–305.

Shivapujimath, R., Rao, A. P., Nilima, A. R., & Shilpa, D. M. (2017). A cross-sectional study to assess the stigma associated with tuberculosis among tuberculosis patients in Udupi district, Karnataka. *The Indian journal of tuberculosis*, 64(4), 323–326. <https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2016.10.002>

Sima, B., Belachew, T., & Abebe, F. (2019). Health care providers' knowledge, attitude and perceived stigma regarding tuberculosis in a pastoralist community in Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 19. 10.1186/s12913-018-3815-1.

Singh, S., Sinha, A., Banerjee, B., & Jaswal, N. (2012). Knowledge, Beliefs and Perception of Leprosy. *Diability, CBR and Inclusive Development Journal*, 23, 67-75. 10.5463/dcid.v23i4.179.

Somar, PMW., Waltz, M., & Van Brakel, W. (2020). The impact of leprosy on the mental wellbeing of leprosy-affected persons and their family members – a systematic review. *Global Mental Health*, 7, 10.1017/gmh.2020.3.

Stafford MC, & Scott RR. (1986). Stigma deviance and social control: some conceptual issues. In *The Dilemma of Difference*, ed. SC Ainlay, G Becker, LM Coleman. New York: Plenum

Srithanaviboonchai, K., Stockton, M., Pudpong, N., Chariyalertsak, S., Prakongsai, P., Chariyalertsak, C., Smutrapapoot, P., & Nyblade, L. (2017). Building the evidence base for stigma and discrimination-reduction programming in Thailand: development of tools to measure healthcare stigma and discrimination. *BMC public health*, 17(1), 245. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4172-4>

Sullivan, N. (2012). Enacting spaces of inequality: placing global/state governance within a Tanzanian hospital. *Space Cult*, 15(1):57–67.

Talwar, Amish & Tsang, Clarisse & Price, Sandy & Pratt, Robert & Walker, William & Schmit, Kristine & Langer, Adam. (2019). Tuberculosis — United States, 2018. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68, 257-262. 10.15585/mmwr.mm6811a2.

Taubenberger, J. K., & Morens, D. M. (2020). The 1918 Influenza Pandemic and Its Legacy. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*, 10(10), a038695. <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a038695>

Taubenberger, J. K., Kash, J. C., & Morens, D. M. (2019). The 1918 influenza pandemic: 100 years of questions answered and unanswered. *Science translational medicine*, 11(502), eaau5485. <https://doi.org/10.1126/scitranslmed.aau5485>

Topp, S. M., Chipukuma, J. M., Chiko, M. M., Matongo, E., Bolton-Moore, C., & Reid, S. E. (2013). Integrating HIV treatment with primary care outpatient services: opportunities and challenges from a scaled-up model in Zambia. *Health policy and planning*, 28(4), 347–357. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs065>

Touré, A., Traoré, F., Sako, F., Alexandre, D., Bangoura, M., Barry, M., Cisse, M., & Vanhems, P. (2016). Knowledge, attitudes, and practices of health care workers on Ebola virus disease in Conakry, Guinea: A cross-sectional study. *Journal of Public Health and Epidemiology*, 8, 12-16. 10.5897/JPHE2015.0752.

Tsutsumi, A., Izutsu, T., Islam, A., Maksuda, A., Kato, H., & Wakai, S. (2007). The quality of life, mental health, and perceived stigma of leprosy patients in Bangladesh. *Social science & medicine*, 64, 2443-53. 10.1016/j.socscimed.2007.02.014.

Uebel, K., Guise, A., Georgeu, D., Colvin, C., & Lewin, S. (2013). Integrating HIV care into nurse-led primary health care services in South Africa: a synthesis of three linked qualitative studies. *BMC health services research*, 13, 171. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-171>

Van Boekel, L., Brouwers, E., van Weeghel, J., & Garretsen, H. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for

healthcare delivery: Systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 131, 23-35. 10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018.

Van Brakel, W. H. (2006). Measuring health-related stigma--a literature review. *Psychology, health & medicine*, 11(3), 307–334. <https://doi.org/10.1080/13548500600595160>

van Brakel, W. H., Sihombing, B., Djarir, H., Beise, K., Kusumawardhani, L., Yulihane, R., Kurniasari, I., Kasim, M., Kesumaningsih, K. I., & Wilder-Smith, A. (2012). Disability in people affected by leprosy: the role of impairment, activity, social participation, stigma and discrimination. *Global health action*, 5, 10.3402/gha.v5i0.18394. <https://doi.org/10.3402/gha.v5i0.18394>

van 't Noordende, A., Van Brakel, W., Banstola, N., & Dhakal, K. (2016). The Impact of Leprosy on Marital Relationships and Sexual Health among Married Women in Eastern Nepal. *Journal of Tropical Medicine*, 2016, 1-9. 10.1155/2016/4230235.

Wijeratne, M. P., & Østbye, T. (2017). Knowledge, Attitudes and Practices relating to Leprosy among Public Health Care Providers in Colombo, Sri Lanka. *Leprosy review*, 88(1), 75–84.

Winkler, P., Janoušková, M., Kožený, J., Pasz, J., Mladá, K., Weissová, A., Tušková, E., & Evans-Lacko, S. (2017). Short video interventions to reduce mental health stigma: a multi-centre randomised controlled trial in nursing high schools. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(12), 1549–1557. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1449-y>

Yakubu, A., Folayan, M. O., Sani-Gwarzo, N., Nguku, P., Peterson, K., & Brown, B. (2016). The Ebola outbreak in Western Africa: ethical obligations for care. *Journal of medical ethics*, 42(4), 209–210. <https://doi.org/10.1136/medethics-2014-102434>

Yamaguchi, N., Poudel, K., & Jimba, M. (2013). Health-related quality of life, depression, and self-esteem in adolescents with leprosy-affected parents: Results of a cross-sectional study in Nepal. *BMC public health*, 13, 22. 10.1186/1471-2458-13-22.

Yang, R. (2018). Plague: Recognition, Treatment, and Prevention. *Journal of clinical microbiology*, 56(1), e01519-17. <https://doi.org/10.1128/JCM.01519-17>

Zhang, T., Liu, X., Bromley, H., & Tang, S. (2007). Perceptions of tuberculosis and health seeking behaviour in rural Inner Mongolia, China. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 81(2-3), 155–165. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.12.009>

Rendina, H. J., Talan, A. J., Cienfuegos-Szalay, J., Carter, J. A., & Shalhav, O. (2020). Treatment Is More Than Prevention: Perceived Personal and Social Benefits of Undetectable = Untransmittable Messaging Among Sexual Minority Men Living with HIV. *AIDS patient care and STDs*, 34(10), 444–451. <https://doi.org/10.1089/apc.2020.0137>

Okoli, C., Van de Velde, N., Richman, B., Allan, B., Castellanos, E., Young, B., Brough, G., Eremin, A., Corbelli, G. M., Mc Britton, M., Hardy, W. D., & de Los Rios, P. (2021). Undetectable equals untransmittable (U = U): awareness and associations with health outcomes among people living with HIV in 25 countries. *Sexually transmitted infections*, 97(1), 18–26. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2020-054551>