



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

“ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ”

ΘΕΜΑ: «Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και νοσηλευτικές παρεμβάσεις»



Σπουδάστρια: Σταμπλιάκα Θεοδώρα (Α.Μ. 15205)

Εισηγήτρια: Ζαμπίρα Τίρις

ΙΩΑΝΝΙΝΑ(2017)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας, η οποία υλοποιήθηκε στο Α.Τ.Ε.Ι ΗΠΕΙΡΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ανθρώπους οι οποίοι με βοήθησαν στην περάτωση αυτής της εργασίας.

Θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθώ σε όλους εκείνους που με συμπαράσταθηκαν σε αυτήν την προσπάθεια.

Κατά κύριο λόγο οφείλω να ευχαριστήσω την εισηγήτρια μου από το Α.Τ.Ε.Ι ΗΠΕΙΡΟΥ Ιωαννίνων κα. Ζαμπίρα Ίρις η οποία με υποστήριξε καθ' όλη την διάρκεια της πτυχιακής εργασίας.

Επίσης, θα ήθελα να αναφερθώ σε ανθρώπους εκτός του ακαδημαϊκού περιβάλλοντος, που παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή μου και χωρίς αυτούς δε θα βρισκόμουν εδώ που βρίσκομαι τώρα. Το ευχαριστώ το οφείλω στη λατρεμένη μου μητέρα μου και στην πολυαγαπημένη μου γιαγιά οι οποίες πίστεψαν στις δυνατότητές μου και παρά τις δυσκολίες μου πρόσφεραν τα πάντα χωρίς καμία στέρηση. Ένα ακόμη ευχαριστώ και στην υπόλοιπη οικογένειά μου και όλους εκείνους που ήταν δίπλα μου σε όλη αυτή την προσπάθεια που μου παρείχαν απεριόριστη κατανόηση και ψυχολογική υποστήριξη.

Την παρούσα εργασία μου θα ήθελα να την αφιερώσω σε δυο λατρεμένα μου πρόσωπα τη γιαγιά μου Φωτίκα και τη μητέρα μου Σταυρούλα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6-7
ABSTRACT	8
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο	
Εισαγωγή.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
Στόχοι & και σκοποί της εργασίας.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	
3.1 Ορισμός των Σεξουαλικών Μεταδιδόμενων νοσημάτων.....	12
3.2 Ιστορική Αναδρομή.....	12-13
3.3 Επιδημιολογία.....	13
3.4 Ανατομία Γεννητικού Συστήματος.....	13-14
3.4.1 Το γεννητικό σύστημα του άνδρα.....	14-16
3.4.2 Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας.....	16-18
3.5 Φυσιολογία Γεννητικού Συστήματος.....	
3.5.1 Η φυσιολογία του ανδρικού συστήματος.....	18
3.5.2 Η φυσιολογία του γυναικείου συστήματος.....	19
3.6 Παθοφυσιολογία & Είδη Σεξουαλικών Μεταδιδόμενων νοσημάτων	19
3.6.1 Βακτηριακές λοιμώξεις.....	20
3.6.1.1 Γονοκοκκική ουρηθρίτιδα.....	20-22
3.6.1.2 Χλαμυδιακές λοιμώξεις (Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα)	22-26
3.6.1.3 Σύφιλη.....	26-31
3.6.1.4 Μαλακό έλκος.....	31
3.6.1.5 Βουβωνικό κοκκίωμα ή Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα.....	32
3.6.2 Μυκητιασικές λοιμώξεις.....	32
3.6.2.1 Καντιντίαση.....	33-34
3.6.3 Πρωτοζωϊκές λοιμώξεις.....	34
3.6.3.1 Τριχομονάδωση	35
3.6.3.2 Αμοιβάδωση	36
3.6.3.3 Λαμβλίαση.....	37

3.6.4 Ιογενείς λοιμώξεις.....	37
3.6.4.1 AIDS	37-39
3.6.4.2 HSV- Έρπης γεννητικών οργάνων.....	39-40
3.6.4.3 HPV- Κονδυλώματα	41-42
3.6.4.4 Ηπατίτιδα A, B ,C, D, E.....	43-45
3.6.4.5 Μολυσματική τέρμινθος.....	46
3.6.5 Παρασιτικές λοιμώξεις.....	46
3.6.5.1 Ψώρα.....	47
3.6.5.2 Φθειρίαση του εφηβαίου.....	48
3.7 Πρόληψη.....	49
3.7.1 Μέθοδοι Φραγμού.....	49
3.7.1.1 Ανδρικό Προφυλακτικό.....	49
3.7.1.2 Γυναικείο Προφυλακτικό.....	50
3.7.1.3 Κολπικοί Σπόγγοι.....	50
3.8 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	51
3.8.1 Οικογενειακός προγραμματισμός και ο ρόλος του νοσηλευτή.....	51
3.8.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκτίμηση.....	52
3.8.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση.....	52
3.8.4 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	53
3.8.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία.....	53-54
3.8.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων.....	54
3.8.7 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην κοινότητα.....	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	
4.1. Το είδος της έρευνας	56
4.2 Περιγραφή δείγματος.....	56
4.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	56
4.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	56-57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	
5.1 Αποτελέσματα/ Ευρήματα.....	58-90
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	
6.1 Συζήτηση αποτελεσμάτων.....	91-93
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	

7.1 Συμπεράσματα.....	94
-----------------------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Περίληψη

Εισαγωγή: Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ) είναι ένα κύριο πρόβλημα για την υγεία τα τελευταία χρόνια. Ακόμη άτομα νεαρής ηλικίας αλλά και μεσήλικες δεν έχουν γνώση πάνω σε αυτά και για το λόγο αυτό οι επαγγελματίες υγείας και αρμόδιοι υγείας προσπαθούν να παρέχουν ενημέρωση, διάγνωση, πρόληψη και θεραπεία.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση των ΣΜΝ και η νοσηλευτική παρέμβαση πάνω σε αυτά.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση διεθνούς βιβλιογραφίας σε συγγράμματα και στις ηλεκτρονικές μηχανές αναζήτησης PubMed και Google Scholar. Το υλικό της μελέτης αποτελέσαν επιστημονικά άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία πενταετία, κατόπιν λεπτομερούς μελέτης. Επιπλέον τέθηκε περιορισμός όσο αφορά τη γλώσσα δημοσίευσης χρησιμοποιώντας λέξεις κλειδιά (σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, φροντίδα, νοσηλευτική παρέμβαση, νοσηλευτική, κλινικές περίθαλψης, sexually transmitted diseases, care, nurse intervention, nurse care, health care clinics) και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην αγγλική και ελληνική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Στις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες τα ποσοστά των ΣΜΝ είναι αυξημένα εδώ και πολλά χρόνια και συνεχίζουν να αυξάνονται. Τα άτομα που προσβάλλονται είναι εκτός από έφηβους κυρίως γυναίκες ή ομοφυλόφιλοι άνδρες. Οι πιο συχνοί παράγοντες είναι ο σεξουαλικός αριθμός των συντρόφων, το εμπορικό σεξ (ιερόδουλες), η μη χρήση του προφυλακτικού, η κοινή χρήση βελόνας (ναρκωτικά), ενώ τα πιο συχνά ΣΜΝ είναι η σύφιλη, τα χλαμύδια και ο HIV. Επιπλέον σε ορισμένα κράτη υπάρχει ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον οποίο γίνεται προσπάθεια να διαδοθεί και σε άλλες χώρες

Συμπεράσματα: Τα ΣΜΝ αποτελούν ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα υγείας σήμερα. Από τη βιβλιογραφία ο ρόλος του νοσηλευτή κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικός όσο αφορά την πρόληψη, αλλά και την παροχή στήριξης του ασθενή σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας του. Για την αντιμετώπιση αυτών των νοσημάτων οι κυβερνήσεις θα μπορούσαν να λάβουν μέτρα που να εστιάζουν στην πρόληψη και τη θεραπεία και να δώσουν κονδύλια στα κέντρα των ΣΜΝ για την επίτευξη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έτσι ώστε να επιτευχθεί καλύτερη πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Λέξεις ευρετηρίου: σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, φροντίδα, νοσηλευτική παρέμβαση, νοσηλευτική, κλινικές περίθαλψης.

Abstract

Background: Sexually Transmitted Diseases (STDs) are a major health problem in recent years. Not only middle-aged people but even young people aren't well and fully informed on this matter and that's the reason why healthcare professionals such as nurses should try to provide information, diagnosis, prevention and treatment.

Aim: The aim of this study was to investigate STDs and the nursing interventions on them.

Materials and methods: This thesis is based on information from scientific works and electronic databases (PubMed and Google Scholar). The material of the study was selected after detailed study of the relevant literature. The selection was made by general articles, reviews, systematic studies and books. In addition, there was a limitation on the language of publication using key words (sexually transmitted diseases, care, nursing intervention, nursing, care clinics) and only those that were published in English and Greek were used.

Results: STDs are a very important health problem today. In developed and developing countries, their rates keep increasing until today. People that are most affected by STIs are adolescents, mostly women or gay men. The most common factors are the sexual number of companions, commercial sex (prostitutes), non-use of the condom, needle sharing (drugs), etc. while the most common STDs are syphilis, chlamydia and HIV. Moreover, in some countries screening control is being made and there is a great effort going on so that more countries will establish it.

Conclusion: Sexually transmitted diseases are a major health problem nowadays. According to literature the nurse's role is considered very important in preventing and providing patient support throughout treatment. Furthermore, as far as prevention and treatment are concerned, governments could allocate various funds in order to achieve better primary health care.

KEY WORDS: sexually transmitted diseases, care, nurse intervention, nurse care, health care clinics

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ:

HIV: Human Immunodeficiency Virus (Ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας)

HPV: Human papilloma virus (Ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων)

HSV: Herpes simplex virus (Ερπης των γεννητικών οργάνων)

ΣΜΝ : Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η παρούσα εργασία αποτελείται από επτά κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφεται το περιεχόμενο των επόμενων κεφαλαίων της εργασίας. Στο δεύτερο κεφάλαιο διατυπώνονται οι στόχοι και οι σκοποί της εργασίας. Στο τρίτο κεφάλαιο δίνονται πληροφορίες που αφορούν τον ορισμό, τα είδη, την κλινική εικόνα, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Επίσης δίνονται πληροφορίες για το ρόλο του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων. Το τέταρτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τη μεθοδολογία της έρευνας ενώ το πέμπτο κεφάλαιο τα αποτελέσματα αυτής. Στο έκτο κεφάλαιο παρατίθεται η συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Στο έβδομο αναφέρονται τα συμπεράσματα της παρούσας εργασίας. Τέλος, παρατίθεται η βιβλιογραφία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΣΤΟΧΟΙ & ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η παρούσα πτυχιακή εστιάζει στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και ο σκοπός της είναι να μελετήσει ένα προς ένα τα σημαντικότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και να ερευνήσει τις διάφορες στοχευμένες παρεμβάσεις υγείας για την πρόληψη τους αναδεικνύοντας το ρόλο των νοσηλευτών. Η διπλωματική αυτή εργασία απευθύνεται σε όλους τους επαγγελματίες υγείας και σε όποιον άλλον ενδιαφέρεται για τη σεξουαλική υγεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

3.1 Ορισμός των Σεξουαλικών Μεταδιδόμενων νοσημάτων

Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ή ΣΜΝ) ορίζονται οι ασθένειες ή οι λοιμώξεις οι οποίες μεταδίδονται από άτομο σε άτομο μέσω της ανθρώπινης σεξουαλικής συμπεριφοράς περιλαμβανομένων της κολπικής, της στοματικής και της πρωκτικής επαφής (Στρατηγού, 2003). Η λέξη σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα έχει αντικατασταθεί πλέον με τον όρο αφροδίσια νοσήματα (Τσίκος και συν., 1999). Μέχρι σήμερα υπάρχουν περισσότερα από πενήντα παθογόνοι μικροοργανισμοί ως αιτία των ΣΜΝ (Χρυσομάλλης, 2005).

3.2 Ιστορική Αναδρομή

Η ιστορία των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων είναι ενδιαφέρουσα. Περιγραφές, ντοκουμέντα και πραγματείες ξεθαμμένες κατά καιρούς αποτελούν μια ξεχωριστή ιστορική ενότητα συνδεδεμένη άμεσα με την ανθρώπινη φύση και την ανθρώπινη ύπαρξη. Πριν 5000 χρόνια οι Κινέζοι ήξερα τη βλεννόρροια. Βρέθηκε σαφής περιγραφή για την πυώδη ρύση της ουρήθρας μνημονευόμενη με τον όρο Tetcho, που λέγεται «αφροδίσια λαβή» μεταφερόμενη με σεξουαλική μόλυνση. Ο ίδιος γιατρός της εποχής εκείνης συνιστά ως θεραπεία τη χορήγηση εκχυλίσματος φύλλων ινδοκαλάμου και σκόνη από όστρακα χελώνας. Οι Εβραίοι γνώριζαν για την βλεννόρροια διότι αναφέρεται στη Βίβλο με εβραϊκή ονομασία «ζαμώ». Οι Αιγύπτιοι το 155 π.Χ. παραθέτουν σε κλινικές περιγραφές βλεννόρροιας. Επιπλέον ο Μωυσής κατά την έξοδό του στη χερσόνησο Σινά βρέθηκε αντιμέτωπος με φαινόμενα βλεννόρροιας και ορχεο-επιδιδυμίτιδας και αφιερώνει κάποια υγιεινά παραγγέλματα για την πρόληψη της νόσου. Αντίστοιχες οδηγίες παραθέτονται από Ινδούς, Άραβες, Έλληνες και Ρώσους γιατρούς αλλά και φιλοσόφους. Ιδιαίτερα από τους Πλάτωνα, Ιπποκράτη και Αριστοτέλη. Από τον Γαληνό ορίζεται η συμπτωματολογία της βλεννόρροιας. Κατά τον 9^ο αιώνα ο Άραβας ιατρός Ραζής κάνει αναφορά στην βλεννόρροια και στην ορχιοεπιδιδυμίτιδα. Παλιά πίστευαν πως η βλεννόρροια και η σύφιλη ήταν η ίδια ασθένεια όμως στο τέλος του 18^ο αιώνα είχε αρχίσει να φαίνεται η διαφορά των δύο νοσημάτων (Στρατηγού, 2003).

Η διαφορετική φύση και οντότητα των δύο νοσημάτων είχε βεβαιωθεί πριν ακόμα αποκαλυφθεί ο γονόκοκκος το 1879. Το 1889 αποκαλύφθηκε ο στρεπτοβάκιλος ενώ κατά το διάστημα 1907-1912 γίνεται η πράξη θεραπείας με αρσενικό και με βισμούθιο. Όμως το 1928 γίνεται η ανακάλυψη της πενικιλίνης και το 1943 τίθεται η πενικιλίνη σε εφαρμογή θεραπείας της σύφιλης και της βλεννόρροιας. Τέλος το 1980 γίνεται και η ανακάλυψη του ιού Aids ενώ πλήρης θεραπεία για αυτόν τον ιό δεν υπάρχει μέχρι και σήμερα (Στρατηγού, 2003).

3.3 Επιδημιολογία

Σε πολλούς πολιτισμούς, η αλλαγή σεξουαλικών ηθών έχουν εξαφανίσει τους παραδοσιακούς σεξουαλικούς περιορισμούς, ιδίως για τις γυναίκες και οι ασθενείς έχουν δυσκολία στην αντιμετώπιση των σεξουαλικών ζητημάτων. Το 2012, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) υπολόγισε ότι πάνω από 1 εκατομμύριο άνθρωποι νοσούν καθημερινά. Περίπου το 60% των νοσημάτων αυτών παρουσιάζονται σε νέους ανθρώπους κάτω των 25 ετών και από αυτούς 30% είναι κάτω των 20 ετών. Μεταξύ των ηλικιών 14-19, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα παρουσιάζονται συχνότερα στα κορίτσια από τα αγόρια. Όσο αφορά τα πιο συνήθη σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, περίπου 1,1 εκατομμύρια άτομα νοσούν από τον ιό HIV (Human Immunodeficiency Virus - Ιός ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας) στις Η.Π.Α. Η νόσος αυτή ενδημεί με τα υψηλότερα ποσοστά στην Ασία και την Αφρική και με τα χαμηλότερα ποσοστά στην Αμερική και Ευρώπη. Ιδίως από τον ιό της ηπατίτιδας Β, παγκοσμίως, έχουν μολυνθεί περίπου δύο δισεκατομμύρια άνθρωποι (Χανιώτης και συν., 2002).

3.4 Ανατομία γεννητικού συστήματος

Το γεννητικό σύστημα είναι χρήσιμο για την διαιώνιση του ανθρώπου και χωρίζεται στο γεννητικό σύστημα του άρρενος και του θήλεος. Τα όργανα του γεννητικού συστήματος χωρίζονται α) στους γεννητικούς αδένες, που δημιουργούν τα γεννητικά κύτταρα και τις γεννητικές ορμόνες, β) την εκφορητική οδό από όπου περνάνε τα γεννητικά όργανα, γ) τους προσαρτημένους αδένες δ) στα έξω γεννητικά όργανα που είναι αναγκαία για τη συνεύρεση.

Επιπλέον τα γεννητικά όργανα χωρίζονται σε έσω γεννητικά όργανα, που είναι μέσα στην ελάσσονα πύελο και στα έξω γεννητικά όργανα, που υπάρχουν έξω από την πύελο. Στον άνθρωπο η διαιώνιση εκτελείται με την ένωση ειδικών κυττάρων, των ώριμων γεννητικών κυττάρων, που είναι τα ωάρια και τα σπερματοζωάρια, που δημιουργούνται έσω των γεννητικών αδένων του άρρενος και του θήλεος φύλου. Η ετεροφυλία των γεννητικών οργάνων επιβάλλει το διαχωρισμό του γεννητικού συστήματος του άρρενος από του θήλεος (Παρασκευάς, 2008).

3.4.1 Το γεννητικό σύστημα του άνδρα

Τα *εσωτερικά όργανα του άρρενος* είναι οι δύο όρχεις (που βρίσκονται στο όσχεο), η επιδιδυμίδα, ο σπερματικός πόρος, η σπερματοδόχος κύστη και ο προστάτης καθώς τα *εξωτερικά όργανα* είναι το πέος. Πιο αναλυτικά (Παρασκευάς, 2008):

1.Όρχεις

Τα γεννητικά κύτταρα του άνδρα δηλαδή τα σπερματοζωάρια, δημιουργούνται από τους όρχεις και μεταφέρονται μέσω των μικρών σωληναρίων στην επιδιδυμίδα όπου εκεί ωριμάζουν (Fritsch & Kuhnel, 2005). Κάθε όρχις συνιστάται από δύο μέρη, τον ιδίως όρχι (που παράγει τα σπερματοζωάρια) και την επιδιδυμίδα (που μεταφέρει το σπέρμα). Στην εμβρυική ζωή βρίσκονται έσω της κοιλιακής κοιλότητας και συγκεκριμένα πλάγια της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Στο τέλος της εμβρυικής ζωής οι όρχεις κατεβαίνουν μέσα από το βουβωνικό πόρο στο όσχεο (Παρασκευάς, 2008). Ο όρχις στον ενήλικα έχει σχήμα αυγού με μια συμπαγή, ελαστική υφή και μέγεθος 4-5 εκ. σε μήκος και 3 εκ. σε διάμετρο. Ο αριστερός όρχις είναι κατά κανόνα χαμηλότερος από τον δεξί αλλά και μεγαλύτερος. Κάθε όρχις έχει έναν άνω πόλο και έναν κάτω πόλο και περιβάλλεται από μια παχιά, λευκωπή κάψα από συνδετικό ιστό που ονομάζεται λευκός χιτώνας (Fritsch, & Kuhnel, 2005).

Ο όρχις μεγαλώνει σε όλο το διάστημα της παιδικής ηλικίας και καταλήγει στην απόλυτη ανάπτυξή του μεταξύ είκοσι και τριάντα χρόνων. Η δημιουργία των σπερματοζωαρίων κρατάει περίπου 3-4 εβδομάδες (Fritsch & Kuhnel, 2005).

2. Επιδιδυμίδα

Η επιδιδυμίδα μοιάζει με μικρή περικεφαλαία ή με ένα μικρό σκουλήκι που κάθεται πάνω στον άνω πόλο και το οπίσθιο χείλος του όρχεος. Έχει μήκος 5-6 εκ. και απαρτίζεται από την κεφαλή, το σώμα και την ουρά (Παρασκευάς, 2008). Κοντά στη κεφαλή της επιδιδυμίδος βρίσκεται η επιδιδυμική απόφυση. Ο όρχις και η επιδιδυμίδα είναι μέσα στο όσχεο. Το λεπτό δέρμα του όσχεου απαρτίζει συνέχεια του δέρματος της κοιλιάς και είναι σκουρόχρωμο, καλυπτόμενο με τρίχες και περιέχει σμηγματοειδούς αδένες (Fritsch & Kuhnel, 2005).

3. Σπερματικός πόρος

Ο σπερματικός πόρος είναι ένας μακρύς μυώδης αγωγός ο οποίος μεταφέρει τα σπερματοζωάρια από την ουρά της επιδιδυμίδας στον εκσπερματικό πόρο (Drake et al., 2005).

Έχει μήκος 50-60 εκ. και δημιουργεί τη σπερματική λήκυθο αναστομώνεται με τη σπερματοδόχο κύστη και δομεί τον εκσπερματικό πόρο, ο οποίος εισχωρεί μέσα στον προστάτη, εκβάλλοντας τελικά στην ουρήθρα (Παρασκευάς, 2008).

4.Σπερματοδόχος Κύστη

Η σπερματοδόχος κύστη είναι ένα σακοειδές εκκόλπωμα του σύστοιχου σπερματικού πόρου και έχει σχήμα αχλαδιού. Βρίσκεται πάνω από τη βάση του προστάτη, ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη και πλαγίως της ληκύθου του σπερματικού πόρου. Επιπλέον αποτελεί αποθήκη σπέρματος (Παρασκευάς, 2008).

5. Προστάτης

Προστάτης ορίζεται ένα επικουρικό μόρφωμα του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος, το οποίο περιβάλλει την ουρήθρα στην πυελική κοιλότητα. Βρίσκεται απευθείας κάτω από την ουροδόχο κύστη πίσω από την ηβική απόφυση και μπροστά από τον ορθό. Ο προστάτης έχει σχήμα ενός αναποδογυρισμένου υποστρόγγυλου κώνου και φανερώνει μια πλατύτερη βάση, που συνδέεται προς τα πάνω με τον αυχένα της ουροδόχου κύστης και μια στενότερη κορυφή, που βασίζεται πάνω στο πυελικό έδαφος (Drake et al., 2005).

6. Πέος

Το πέος είναι το όργανο της συνουσίας. Το σχήμα και οι διαστάσεις του πέους διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Γενικά παρουσιάζει ένα στενόμακρο κυλινδρικό ή τριγωνικό και το μέγεθος αυτού που είναι σε στύση γίνεται το διπλάσιο από αυτού της χαλάρωσης. Το πέος εντοπίζεται μπροστά από την ηβική σύμφυση και πάνω από το όσχεο (Παρασκευάς, 2008). Επίσης το πέος σκεπάζεται από δέρμα το οποίο δεν έχει καθόλου λίπος. Επιπλέον η στύση παράγεται από τα σεξουαλικά ερεθίσματα που κατεργάζονται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα το οποίο είναι ενωμένο με το κεντρικό νευρικό σύστημα (Fritsch & Kuhnel, 2005).

3.4.2 Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας

Το *γεννητικό σύστημα της γυναίκας* περιλαμβάνεται από δύο ωοθήκες, δύο ωαγωγούς ή σάλπιγγες, τη μήτρα, τον κόλπο, την κλειτορίδα και το αιδοίο. Από τα όργανα αυτά το αιδοίο είναι έξω γεννητικό όργανο ενώ τα άλλα είναι έσω γεννητικά όργανα. Ως όριο μεταξύ των έξω και έσω γεννητικών οργάνων βρίσκεται ο παρθενικός υμένας. Πιο αναλυτικά (Παρασκευάς, 2008):

1. Αιδοίο

Το αιδοίο είναι το έξω γεννητικό όργανο της γυναίκας και παρουσιάζει ένα σφηνοειδές έπαρμα μήκους 7εκ. που εξαπλώνεται από το ηβικό μέρος μέχρι το περίνεο. Η επιφάνειά του είναι τριχωτή και τα πρόσθια άκρα των μεγάλων χείλων δημιουργούν τον πρόσθιο σύνδεσμο, ενώ τα οπίσθια άκρα τον οπίσθιο σύνδεσμο. Τα μικρά χείλη υπάρχουν επί τα εντός μεγάλα χείλη και είναι λεπτές άτριχες δερματικές πτυχές (Παρασκευάς, 2008).

2. Κλειτορίδα

Η κλειτορίδα είναι ένα στυτικό και πολύ ευαίσθητο όργανο. Έχει μήκος 3-4 και απαρτίζεται από τα σκέλη, το σώμα και τη βάλανο της κλειτορίδας. Βρίσκεται στην κορυφή των εξωτερικών γεννητικών οργάνων, πάνω από την ουρήθρα και τον κόλπο (Fritsch & Kuhnel, 2005).

3. Οι ωοθήκες

Οι ωοθήκες είναι αδένες με σχήμα αμυγδάλου και βρίσκονται σε κάθε πλευρά του σώματος στο πλάγιο τοίχωμα της πυέλου, κάτω και πίσω από τις σάλπιγγες (Lowdermilk et al., 2010). Οι ωοθήκες έχουν χρώμα γκριζοπράσινο και ανώμαλη επιφάνεια. Επιπλέον η ωοθήκη απαρτίζεται περιφερικά από τη φλοιώδη ουσία και κεντρικά από τη μυελώδη ουσία (Παρασκευάς, 2008).

4.Οι σάλπιγγες

Οι ωαγωγοί ή σάλπιγγες είναι δύο ινομυώδεις σωλήνες (με μήκος 8-20 εκ.) και υπάρχουν κλειστοί μέσα στο άνω χείλος του πλατέος συνδέσμου της μήτρας και ονομάζεται μεσοσαλπίγγειο. Οι σάλπιγγες κάνουν τις εξής λειτουργίες: α) μεταφορά των σπερματοζωαρίων β) παραλαβή του ωαρίου, γ) διασταύρωση γονιμοποιητικής ικανότητας δ) διασταύρωση γονιμοποίησης ε) θρέψη του γονιμοποιημένου ωαρίου στ) μετακίνηση του γονιμοποιημένου ωαρίου μέσα στη μήτρα (Παρασκευάς, 2008).

5. Η μήτρα

Η μήτρα είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο με παχύ τοίχωμα και έχει μορφή αναποδογυρισμένου αχλαδιού με τη βάση προς τα πάνω και την κορυφή της προς τα κάτω (Drake et al., 2005). Εντοπίζεται μέσα στην ελάσσονα πυέλο, πίσω από την ουροδόχο κύστη, μπροστά από το απευθυσμένο και κάτω από τις εντερικές έλικες. Η μήτρα ωφελεί για τη διαμόρφωση του γονιμοποιημένου ωαρίου σε έμβρυο, για τη διατροφή και ανάπτυξή του, για τον τοκετό και την έμμηνο ρύση. Επιπλέον η μήτρα έχει μήκος 7,5 εκ, πλάτος 5 εκ. και πάχος 2,5 εκ. ενώ διαιρείται σε τρία μέρη τον πυθμένα, το σώμα και τον τράχηλο (Παρασκευάς, 2008):

- 1) Ο πυθμένας κάνει στροφή προς τα πάνω και μπροστά και στα πλάγια χείλη του εκβάλλει στην κοιλότητα της μήτρας ο ωαγωγός.
- 2) Το σώμα είναι το μεγαλύτερο μέρος της μήτρας και παρεμβάλλεται ανάμεσα στον πυθμένα και τον τράχηλο
- 3) Ο τράχηλος είναι το κατώτερο μέρος της μήτρας Ο τράχηλος έχει σχήμα ενός μεγάλου κυλίνδρου μικρού μήκους. Επιπλέον ο τράχηλος χωρίζεται σε υπερκολπική και ενδοκολπική μοίρα. Η ενδοκολπική μοίρα είναι ψηλαφητή στην γυναίκα και παρουσιάζεται στο άκρο και έξω στόμιο της μήτρας

6. Κόλπος

Ο κόλπος είναι ένα ελαστικό, μυώδες όργανο σαν σωλήνας μήκους 8-10εκ. που είναι χρήσιμο για να δέχεται το πέος κατά τη διάρκεια της συνουσίας. Ο κόλπος συνεχίζεται περίπου κάθετα μέσα στο σώμα, από τον τράχηλο της μήτρας μέχρι το αιδού. Εσωτερικά του κόλπου, βρίσκεται η ουροδόχος κύστη η οποία καταλήγει εξωτερικά στην ουρήθρα (Παπαρίζος & Κυριακής, 2003).

7. Παρθενικός υμένας

Είναι λεπτή μεμβράνη από συνδετικό ιστό, και περιβάλλει το στόμιο του κόλπου. Ο παρθενικός υμένας δεν αποτελεί τέλεια μεμβράνη αλλά διάτρητη, γιατί στο κέντρο του έχει άνοιγμα. Ο παρθενικός υμένας, σχίζεται στην πρώτη συνουσία της γυναίκας και αφήνει σαρκώδη χείλη που λέγονται μύρτα (Παρασκευάς, 2008).

3.5 Φυσιολογία του αναπαραγωγικού συστήματος

3.5.1 Η φυσιολογία του ανδρικού συστήματος

Στο ανδρικό αναπαραγωγικό σύστημα οι νευρικές ώσεις για το ξεκίνημα της ανδρικής γενετήσιας πράξης αρχίζουν από τη βάλανο του πέους. Η μάλαξη της βαλάνου κατά τη συνουσία ερεθίζει τα τελευταία αισθητικά όργανα και τα σεξουαλικά αισθήματα. Τα γενετήσια αισθήματα μπορούν να αρχίσουν και από το προστάτη, την ουρήθρα, την ουροδόχο κύστη, τη σπερματοδόχο κύστη και το σπερματικό πόρο. Μερικές φορές η λοίμωξη και η φλεγμονή αυτών των οργάνων εξάπτουν σχεδόν σεξουαλική επιθυμία. Πολλά άτομα, ιδιαίτερα οι έφηβοι εμφανίζουν σε διάφορα στάδια της σεξουαλικής τους ζωής, νυχτερινές εκσπερματίσεις (Βαρσαμίδης, 2001). Η στύση είναι μια πολύπλοκη οργανική διαδικασία, κατά την οποία τα σπέρματα του πέους γεμίζουν με αίμα. Δηλαδή οι μικρές αρτηρίες θρέφουν τα αγγειακά τμήματα που είναι σε συστολή και το αίμα είναι λίγο αλλά και το πέος πλαδαρό. Κατά τη διάρκεια ερωτικής συνεύρεσης οι μικρές αρτηρίες διαστέλλονται και το πέος είναι σε στύση. Η πλήρη στύση γίνεται μέσα σε 5-10 δευτερόλεπτα (Vander et al., 2011). Επίσης στους όρχεις παράγεται μια ορμόνη η τεστοστερόνη, η οποία συμβάλλει στην ωρίμανση των όρχεων και στην παραγωγή του σπέρματος. Τέλος είναι υπεύθυνη για την ανάπτυξη της τριχοφυΐας, των μυών, στην αλλαγή φωνής κ.α. (Βαρσαμίδης, 2001)

3.5.2 Η φυσιολογία του γυναικείου συστήματος

Το αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας ξεκινά με την ανάπτυξη του ωαρίου στις ωοθήκες. Στο καταμήνιο γεννητικό κύκλο, από ένα ωοθυλάκιο βγαίνει στην περιτοναϊκή κοιλότητα ένα ωάριο. Ο καταμήνιος κύκλος στις γυναίκες είναι 28 μέρες και ξεκινάει από 11-15 ετών. Η πρόσθια υπόφυση παράγει δύο ορμόνες την ωοθυλακιοτρόπο και την ωχρινότροπο. Τέλος η σεξουαλική διέγερση των γυναικών είναι ίδια με των ανδρών, διότι η μάλαξη των γεννητικών οργάνων και της ουρήθρας παράγουν γενετήσια αισθήματα και ιδιαίτερη ευαίσθητη στην ενεργοποίηση των σεξουαλικών ερεθισμάτων είναι η κλειτορίδα (Βαρσαμίδης, 2001).

3.6 Παθοφυσιολογία & Είδη Σεξουαλικών Μεταδιδόμενων νοσημάτων

Πολλά σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα μεταδίδονται μέσω του βλεννογόνου του πέους, του αιδοίου, του ορθού, του ουροποιητικού συστήματος και από το βλεννογόνο του στόματος και του λαιμού. Οι κύριες πηγές μόλυνσης είναι τα αφροδίσια υγρά, το σάλιο, ο βλεννογόνος ενώ λοιμώξεις μπορούν να μεταδοθούν από τα περιττώματα και τα ούρα. Η πιθανότητα μετάδοσης είναι υψηλότερη με τη σεξουαλική επαφή παρά με κάποιο άλλο τρόπο μετάδοσης. Οι βλεννογόνοι βρίσκονται στο στόμα και στα γεννητικά όργανα και για αυτό είναι εύκολο να εξαπλωθούν μέσω της στοματικής επαφής. Αρκετές λοιμώξεις μεταδίδονται με ευκολία από το στόμα στα γεννητικά όργανα και το αντίστροφο ενώ είναι δύσκολο να μεταφερθούν μόνο από τις στοματικές επαφές. Ένα άτομο μπορεί να είναι φορέας σε σεξουαλικό μεταδιδόμενο νόσημα και να μεταδώσει αυτό το νόσημα χωρίς ο ίδιος να εκδηλώσει κάποιο σύμπτωμα. Επίσης κάποια σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα όπως ο HIV μπορούν να μεταφερθούν από τη μητέρα στο παιδί είτε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είτε μέσω θηλασμού. Άλλοι τρόποι μετάδοσης είναι μέσω της μετάγγισης αίματος, τη κοινή χρήση βελονών, από τη σεξουαλική επαφή ίδιου φύλου. Τέλος τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα οφείλονται σε α) βακτήρια, β) μύκητες, γ) πρωτόζωα δ) σε ιούς και ε) στις παρασιτικές λοιμώξεις (Στρατηγού, 2003).

3.6.1 Βακτηριακές Λοιμώξεις

Στις Βακτηριακές λοιμώξεις ανήκουν (Στρατηγού, 2003): 1) γονοκοκκική ουρηθρίτιδα ή βλεννόρροια, 2) χλαμυδιακές λοιμώξεις (μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα), 3) σύφιλη, 4) μαλακό έλκος και 5) βουβωνικό κοκκίωμα ή αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα (Γιωτάκη- Χaráτση, 2014).

3.6.1.1 Γονοκοκκική ουρηθρίτιδα ή βλεννόρροια

Ορισμός: Η γονοκοκκική ουρηθρίτιδα ή βλεννόρροια είναι μία σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη και εμφανίζεται με τραχηλίτιδα, ουρηθρίτιδα, πρωκτίτιδα και επιπεφυκίτιδα (Γιωτάκη- Χaráτση, 2014).

Αιτιολογία: Οφείλεται στη ναϊσέρεια της γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας και συγκεκριμένα σε ένα Gram αρνητικό διπλόκοκκο που φανερώνεται κατά ζεύγη (Γιωτάκη- Χaráτση, 2014). Αυτό το gram αρνητικό βακτηρίδιο είναι ο γονόκοκκος του Neisser. Πρόκειται για εξωκυτάριους ή ενδοκυττάριους διπλόκοκκους, καφεοειδούς σχήματος (Κατσάμπας, 2007) Υπάρχουν δύο είδη γονόκοκκων: N.Gonorrhoeae (γονόκοκκος) και ο N.meningitides (μηνιγγιτιδόκοκκος). Ο N.Gonorrhoeae (γονόκοκκος) προσβάλλει το ουρογεννητικό σύστημα ενώ ο N.meningitides (μηνιγγιτιδόκοκκος) προσβάλλει το ανώτερο αναπνευστικό σύστημα και τις μήνιγγες (Στρατηγού, 2003).

Μορφολογία: Η N.Gonorrhoeae είναι gram αρνητικός κόκκος, ακίνητος και με σχήμα νεφροειδούς. Έχει διάμετρο περίπου 0,8μm (Στρατηγού, 2003). Η N.meningitides (μηνιγγιτιδόκοκκος) είναι ένα gram αρνητικό βακτήριο του γένους της ναϊσέρια. Το βακτήριο αυτό ζει αποκλειστικά στον άνθρωπο παρά στο περιβάλλον (Γιωτάκη- Χaráτση, 2014).

Μετάδοση: Η μετάδοση της βλεννόρροιας-γονόρροιας γίνεται αποκλειστικά με τη σεξουαλική επαφή είτε κατά τη διάρκεια του τοκετού (έκθεση του νεογνού στο κολπικό έκκριμα της μητέρας) είτε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Χρυσομάλλης, 2005).

Η πιθανότητα να μολυνθεί ένας άνδρας μετά από μια σεξουαλική επαφή με μολυσμένη γυναίκα μετά είναι το 30-35%, ενώ για να μολυνθεί μια γυναίκα από μια σεξουαλική επαφή με μολυσμένο άνδρα είναι το 50% (Στρατηγού, 2003).

Κλινική εικόνα: Στους άνδρες εκδηλώνεται 2-7 ημέρες μετά την σεξουαλική επαφή και εμφανίζεται με μια αίσθηση καύσου κατά την ούρηση και έκκριση λευκοκίτρινου ή κίτρινου χρώματος πύου (Γιωτάκη- Χαραάτση, 2014). Τα συμπτώματα μετά από 2-3 εβδομάδες γίνονται ήπια και η κατάσταση είναι χαρακτηριστική στην πρωινή σταγόνα από την ουρήθρα. Συγχρόνως ξεκινά και η εμφάνιση επιπλοκών, οι οποίες στον παρόν είναι σπάνιες (Κατσάμπας, 2007).

Οι επιπλοκές της γονόρροιας στον άνδρα είναι η προστατίτις, η σπερματοδοχοκυτίτις, η επιδιδυμίτις- ορχεοεπιδιδυμίτις και οξεία λεμφαγγεΐτιδα (Κατσάμπας, 2007).

Στις γυναίκες η γονοκοκκική ουρηθρίτιδα ή βλεννόρροια εμφανίζεται ως σαλπινγίτιδα, τραχηλίτιδα και περιτονίτιδα της πυέλου. Τα κύρια χαρακτηριστικά της τραχηλίτιδας είναι η φλεγμονή των Bartholinian αδένων και η έκκριση πύου. Στη σαλπινγίτιδα εμφανίζεται με πυρετό και οξύ άλγος που μπορεί να οδηγήσει σε στειρότητα (Γιωτάκη- Χαραάτση, 2014).

Κοινές μολύνσεις ανδρών-γυναικών είναι α) η γονοκοκκική οφθαλμία η οποία παρουσιάζεται στα νεογνήτα αλλά και στους ενήλικες λόγω της άμεσης μετάδοσης του γονόκοκκου, β) η γονοκοκκική πρωκτίτις που δημιουργείται λόγω της πρωκτικής επαφής ή δευτερογενής στις γυναίκες λόγω της ροής υγρών από τον κόλπο στον πρωκτό (Κατσάμπας, 2007) και γ) η γονοκοκκική στοματο-φαρυγγίτις της οποίας η μετάδοση γίνεται μέσω της στοματο-γενετικής σεξουαλικής επαφής (συνήθως παρουσιάζεται στις γυναίκες και στους ομοφυλόφιλους) (Στρατηγού, 2003).

Διάγνωση: Η γονοκοκκική ουρηθρίτιδα ή βλεννόρροια μπορεί να διαγνωστεί με εργαστηριακές καλλιέργειες (με αίμα ή αιμοσφαιρίνη και συστατικά απαραίτητα για την ανάπτυξη της *N. gonorrhoeae*), με άμεση μικροσκοπική εξέταση (με τη χρώση κατά Gram, η οποία αποκαλύπτει αρνητικούς κατά Gram διπλοκόκκους με ενδοκυττάρια εντόπιση δηλαδή εμφάνιση Ναϊσσεριών), με αναζήτηση νουκλεϊνικού οξέος (ανίχνευση του DNA του βακτηρίου), με αναζήτηση αντιγόνων (Por, Opa κτλ.)

και με αναζήτηση αντισωμάτων (ανίχνευση στον ορό του αίματος αντισωμάτων εναντίων της *N. gonorrhoeae*) (Στρατηγού, 2003):

Θεραπεία: Η θεραπεία περιλαμβάνει τη χορήγηση κεφτριαξόνης και εβδομαδιαία χορήγηση τετρακυκλίνης από το στόμα (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014). Τέλος μέσα στην θεραπεία περιλαμβάνεται ο αποκλεισμός άλλων σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων (AIDS, ηπατίτιδες, σύφιλη), ο έλεγχος ερωτικών συντρόφων, ο έλεγχος αποτελεσμάτων θεραπείας και η θεραπεία με αντιβιοτικά (Κατσάμπας, 2007).

3.6.1.2 Χλαμυδιακές λοιμώξεις(μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα)

Ορισμός: Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα είναι η οξεία ή χρόνια φλεγμονή της ουρήθρας που οφείλεται στο μικρόβιο του γονοκόκκου ή σε ιούς (Στρατηγού., 2003). Διακρίνονται σε α) λοιμώδεις (σχίζομύκητες, χλαμύδιο *trachomatis*, μυκοπλάσματα, τριχομονάδα *vaginalis*, αιμόφιλος *vaginalis*, διάφοροι ιοί, αερόβια μικρόβια και μύκητες) και β) μη λοιμώδεις παράγοντες [κρυσταλλουρία, υπερευαισθησία αλλεργικής αιτιολογίας, τραυματισμός της ουρήθρας από διάφορες αιτίες (ιππασία, πλύσεις με αντισηπτικά, ποδηλασία κλπ)]. Στους άνδρες η μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα παρουσιάζεται με μη γονοκοκκική και μεταγονοκοκκική ουρηθρίτιδα ή με επιδιδυμίτιδα ή με πρωκτίτιδα ενώ στις γυναίκες παρουσιάζεται με ουρηθρίτιδα ή τραχηλίτιδα-τραχηλοκολπίτιδα ή με σαλπινγίτιδα (Κουσκούρης, 2006).

Αιτιολογία: Τα χλαμύδια είναι ένα μικρόβιο και κατατάσσεται στα Gram αρνητικά βακτηρίδια. Το μέγεθός τους είναι 200-1000nm (Στρατηγού, 2003).

Μετάδοση: Μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή ή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του τοκετού (Στρατηγού, 2003).

▪ Σχιζομύκητες

Αιτιοπαθογένεια: Τα πιο συχνά μικρόβια που προκαλούν ουρηθρίτιδα είναι ο παθογόνος και ο μη παθογόνος σταφυλόκοκκος, ο σαπροφυτικός διπλόκοκκος, ο πρωτέας, διάφορα αναερόβια μικρόβια, το κολοβακτηρίδιο (*E. coli*), το ψευδοδιφθεριτικό βακτηρίδιο και το πυοκυανικό βακτηρίδιο (Στρατηγός, 2004):

Κλινική εικόνα: Στους άνδρες σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις τα συμπτώματα να είναι όμοια με αυτά της γονόρροιας, δηλαδή πόνο κατά τη διάρκεια της ούρησης και εκροή πυώδους υγρού από την ουρήθρα. Συνήθη όμως συμπτώματα είναι ελαφρά ή μέτρια έκκριση βλέννας ή βλεννοπυώδους υγρού από την ουρήθρα. Η ουρήθρα δεν εμφανίζει κάψιμο ή πόνο. Ο ασθενής όμως πολλές φορές έχει την αίσθηση ενός ελαφρύ γαργαλητού. Σε περίπτωση όμως που λοίμωξη δε θεραπευτεί έγκαιρα, τότε μεταπίπτει σε χρόνια μορφή. Όπου η εκροή υγρού μειώνεται σταδιακά και η παρουσία της νόσου εκδηλώνεται με τη μορφή μιας οροπυώδους σταγόνας από την ουρήθρα, κάθε πρωί (Κουσκούρης, 2006).

Επίσης μπορεί να προκαλέσει διάφορες επιπλοκές (σπερματοδοχοκυστιτίδα, προστατίτιδα, κυστίτιδα και επιδιδυμίτιδα). Στις γυναίκες τα συμπτώματα είναι ίδια με αυτά της γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας. Η διαφορά όμως είναι ότι το έκκριμα είναι λιγότερο πυκνό και πιο λευκό από αυτό της βλεννόρροιας. Επίσης μπορεί να προκαλέσει διάφορες επιπλοκές (σαλπινγίτιδα, τραχηλίτιδα και κυστίτιδα) (Κουσκούρης, 2006).

Διάγνωση: Γίνεται με καλλιέργεια εκκρίματος (προσδιορισμός για το ποιός σχιζομύκητας ευθύνεται) και με αντιβιογράμμα (προσδιορισμός για το κατάλληλο αντιβιοτικό (Κουσκούρης, 2006).

Θεραπεία: Χορηγείται τετρακυκλίνη σε δόση 1-2g ημερησίως επί 3 εβδομάδες. Τέλος στους ασθενείς πρέπει να συνιστάται η αποφυγή αεριούχων και οينوπνευματωδών ποτών καθώς και η σεξουαλική επαφή (Κουσκούρης, 2006).

▪ **Χλαμύδιο trachomatis**

Αιτιοπαθογένεια: Το είδος χλαμύδιο trachomatis του γένους των χλαμυδίων είναι το γνωστό αίτιο της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας (Στρατηγός, 2004).

Μεταδίδεται: Μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή σε άτομα νεαρής ηλικίας με έντονη σεξουαλική επαφή αλλά και σε άτομα με αμφιφυλική δραστηριότητα (Στρατηγός, 2004).

Κλινική εικόνα: Στους άντρες ο χρόνος επώασης είναι συνήθως 1-3 εβδομάδες. Συνήθη συμπτώματα είναι υποξεία με έκκριμα ιξώδες και διαυγές. Σπάνια μνημονεύονται αισθήματα δυσουρίας, νυγμών και έπειξη προς ούρηση. Επίσης μπορεί να εκδηλώσει διάφορες επιπλοκές όπως προστατίτιδα και επιδιδυμίτιδα. Στις γυναίκες εκδηλώνεται με μορφή τραχηλίτιδας. Η μη αντιμετώπιση της χλαμυδιακής αιτιολογίας μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές. Σπάνια μπορεί να εκδηλωθεί περιουρηθρίτιδα και στένωση της ουρήθρας. Στις γυναίκες μπορεί να εκδηλώσει διάφορες και σημαντικές επιπλοκές όπως σαλπινγίτιδα και ενδομητρίτιδα. Στα νεογνά κατόπιν άμεσης μετάδοσης της χλαμυδιακής λοίμωξης της μητέρας κατά τον τοκετό μπορούν να εκδηλώσουν πνευμονία ή επιπεφυκίτιδα (Κουσκούρης, 2006).

Διάγνωση: Η διάγνωση βασίζεται στην κυτταρική καλλιέργεια, τη μέθοδο ανοσοφθορισμού (ELISA) και τις τεχνικές μοριακής βιολογίας PCR, LCR (Στρατηγός, 2004).

Θεραπεία: Η θεραπεία περιλαμβάνει χορήγηση azithromycin (1g από το στόμα εφ' άπαξ) και doxycycline (100mg 2 φορές την ημέρα για 7 ημέρες). Σε ειδικές περιπτώσεις όπως η εγκυμοσύνη χορηγείται Azithromycin 1g από το στόμα εφ' άπαξ ή Amoxicillin 500mg από το στόμα 3 φορές την ημέρα για 7 ημέρες. Στα παιδιά χορηγείται Erythromycin base 50mg/kg από το στόμα διαιρούμενη σε 4 δόσεις την ημέρα για 14 ημέρες (Στρατηγός, 2004).

▪ **Μυκοπλάσματα**

Αιτιοπαθογένεια: Τα μυκοπλάσματα είναι οι μικρότεροι οργανισμοί. Συνήθως είναι λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος και βρίσκονται στα ακόλουθα μυκοπλάσματα (Κουσκούρης, 2006):

- a) *Ureaplasma urealyticum*: Παράγοντας της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας με ποσοστό 20%
- b) *Mycoplasma hominis*: Δε θεωρείται σημαντικός παράγοντας
- c) *Mycoplasma genitalium*: Είναι το μοναδικό αίτιο της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας με ποσοστό 13% και αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα μαζί με ουρεόπλασμα και χλαμύδια 15%

Κλινική εικόνα: Ο χρόνος επώασης είναι συνήθως 10-20 ημέρες. Τα συμπτώματα είναι ήπια ενώ στο 1/3 των ασθενών μπορεί να λείπουν τελείως. Το έκκριμα βέβαια είναι λίγο και υδαρές και συνυπάρχει με μετρίου βαθμού δυσουρία. Στη γυναίκα τα συμπτώματα είναι σπάνια (Κουσκούρης, 2006).

Διάγνωση: Η διάγνωση βασίζεται στην κυτταρική καλλιέργεια (Κουσκούρης, 2006).

Θεραπεία: Η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι ίδια με αυτή των χλαμυδίων. Σε περίπτωση ανθεκτικότητας στις τετρακυκλίνες χορηγείται erythromycin base 500mg 4 φορές την ημέρα για 7 ημέρες (Κουσκούρης, 2006).

▪ **Η τριχομονάδα vaginalis- αιμόφιλος vaginalis**

Αιτιοπαθογένεια: Η τριχομοναδική ουρηθρίτιδα οφείλεται στο παθογόνο βακτήριο trichomonas vaginalis. Είναι ένας μονοκύτταρος οργανισμός, ο οποίος παρουσιάζει κυματοειδή κυτταρική μεμβράνη και διαθέτει 4 μαστίγια. Η trichomonas vaginalis είναι πιο συχνή στις γυναίκες παρά στους άντρες (Στρατηγός, 2004).

Μεταδίδεται: Μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή (Στρατηγός, 2004).

Κλινική εικόνα: Ο χρόνος επώασης είναι συνήθως 4-20 ημέρες. Τα συμπτώματα είναι ήπια: μικρή ποσότητα υγρού λευκωπού-γαλακτώδους χρώματος με ιδιάζουσα οσμή και αίσθημα κνησμού αλλά και γαργαλισμού.

Στις γυναίκες προκαλεί κολπίτιδα η οποία χαρακτηρίζεται από δύσοσμη έκκριση, δυσουρία, κνησμό, καύσο αλλά και συχνουρία (Στρατηγός, 2004).

Διάγνωση: Η διάγνωση γίνεται με κυτταρική καλλιέργεια και κολποσκόπηση στις γυναίκες (Στρατηγός, 2004).

Θεραπεία: Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει Flagyl caps (χορηγείται 500mgr για 7 ημέρες) και Flagyl caps (χορηγείται 500mgr στις γυναίκες για 5-7 μέρες με προσθήκη κολπικού υπόθετου) (Στρατηγός, 2004).

3.6.1.3 Σύφιλη

Ορισμός: Η σύφιλη είναι μια χρόνια σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος. Από το 1943 έχει καθοδική κατεύθυνση ενώ το 1990 παρατηρήθηκε επιδημική έξαρση. Οι εξάρσεις αυτές παρατηρήθηκαν κυρίως σε ομοφυλόφιλους ή σε πληθυσμούς με AIDS αλλά και σε ετεροφυλοφίλικους πληθυσμούς (Γιωτάκη- Χαραάτση, 2014).

Αιτιολογία: Οφείλεται στο ωχρό τρεπόννημα μια σπειροχαίτη που μεταδίδεται μέσω της σεξουαλικής επαφής και μέσω της μετάγγισης μολυσμένου αίματος (Γιωτάκη-Χαραάτση, 2014). Είναι μικρόβιο με μήκος 15-20μ και φέρει 14-20 σπείρες. Η ωχρά σπειροχαίτη διασκορπίζεται σε πολλά όργανα και συστήματα και γι αυτό καθίσταται συστηματική νόσος (Κατσάμπας, 2007).

Ταξινόμηση Σύφιλης: Η σύφιλη ταξινομείται σε επίκτητη και συγγενή (Κατσάμπας, 2007).

A) Επίκτητη σύφιλη:

Μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή από άτομο σε άτομο , από τη μετάγγιση μολυσμένου αίματος, από τον τραυματισμό με μολυσμένα αντικείμενα και από το φιλί. Στην επίκτητη σύφιλη ανήκει η πρωτογόνος, η δευτερογόνος, η λανθάνουσα και η τριτογόνος σύφιλη (Κατσάμπας, 2007).

1) Πρωτογόνος σύφιλη:

Η πρωτογόνος σύφιλη διαρκεί περίπου 60 ημέρες. Μερικές φορές μπορεί να φτάσει και στις 120 ημέρες (Κουσκούρης, 2006). Η πρωτογόνος επίκτητη σύφιλη εμφανίζει δύο εκδηλώσεις (Κατσάμπας, 2007):

α) στο συφιλιδικό έλκος

β) στη σύστοιχη συφιλιδική αδενίτιδα

Το συφιλιδικό έλκος εντοπίζεται στο σημείο ενοφθαλμισμού της σπειροχαΐτης και είναι συνήθως το στόμα, τα γεννητικά όργανα (Κατσάμπας, 2007). Το συφιλιδικό έλκος παρουσιάζει ορισμένα χαρακτηριστικά (Στρατηγού, 2003):

- i) η διάρκειά του είναι 3-8 εβδομάδες, έπειτα εξαφανίζεται ή ουλοποιείται αυτομάτως αφήνοντας ένα αμυδρό σημάδι,
- ii) έχει ομαλά χείλη,
- iii) συνοδεύεται από σύστοιχη συφιλιδική αδενίτιδα,
- iv) το χρώμα του είναι σαν μυϊκή σάρκα,
- v) είναι ανώδυνο,
- vi) είναι σκληρό με βάση σκληρή και διηθημένη,
- vii) το έκκριμά του είναι μάλλον ορώδες και όχι πυώδες.
- viii) είναι μάλλον μονήρες και σπάνια να παρουσιάσει πολλαπλά έλκη.

Το συφιλιδικό έλκος εμφανίζεται στις αμυγδαλές, στο στόμα. Η μετάδοσή του γίνεται μέσω του φιλιού ή της στοματογεννητικής σεξουαλικής επαφής. Επίσης εμφανίζεται στα αυτιά, στα δάχτυλα του χεριού, στους βραχίονες, στις θηλές του μαστού, στον πρωκτό και στα τοιχώματα του εντέρου. *Στους άντρες* εντοπίζεται στη βάλανο, μέσα στην ουρήθρα και στο δέρμα του όσχεου. *Στην γυναίκα* το συφιλιδικό έλκος παρουσιάζεται στην κλειτορίδα, στα μεγάλα και μικρά χείλη και στην περιοχή του τραχήλου της μήτρας (Στρατηγού, 2003). Η διάγνωση του συφιλιδικού έλκους είναι εύκολη να διαγνωσθεί από τις τραυματικές βλάβες, την άφθωση, το επιθηλίωμα της γεννητικής περιοχής και από τον έρπη των γεννητικών οργάνων (Κουσκούρης, 2006).

Παράλληλα όμως η διάγνωση μπορεί να είναι και δυσχερής επειδή υπάρχει μεγάλη ποικιλία αιτιών τα οποία μπορούν να προκαλέσουν την παρουσίαση έλκους (Στρατηγού, 2003).

Η σύστοιχη συφιλιδική αδενίτιδα συνοδεύεται από το συφιλιδικό έλκο. Η σύστοιχη συφιλιδική αδενίτιδα είναι μονομερής και οι αδένες είναι ανώδυνοι και σκληροί (Κατσάμπας, 2007).

2) Δευτερογόνος Σύφιλη

Η δευτερογόνος σύφιλη παρουσιάζεται 1-6 μήνες μετά την αρχική και μη θεραπευθείσα πρωτογόνο σύφιλη. Επιπλέον η δευτερογόνος σύφιλη επηρεάζει τα όργανα, το δέρμα και τους βλεννογόνους. Εμφανίζει κυρίως διάφορα εξανθήματα στις παλάμες και στα πέλματα (Κατσάμπας, 2007). Τα συφιλιδικά εξανθήματα έχουν μερικούς γενικούς τύπους όπως: δεν αφήνουν ουλές, είναι πολύμορφα, παρουσιάζουν διαδοχικές εκθέσεις, στην αρχή είναι συμμετρικά και αργότερα καταλήγουν ασύμμετρα. Οι κλινικές εκδηλώσεις της κατατάσσεται σε δύο μέρη: α) τις συστηματικές εκδηλώσεις από τα σπλάχνα και β) τις κλινικές εκδηλώσεις από τους βλεννογόνους και το δέρμα (Στρατηγού, 2003).

Στις *συστηματικές εκδηλώσεις* παρουσιάζονται: α) συφιλιδική ηπατίτιδα, β) περιστατίτιδα, γ) αρθρίτιδα και δ) νευρολογικές εκδηλώσεις. Υπάρχει πρωινός πονοκέφαλος και αυτό αιτιολογείται από τη φλεγμονή των μηνίγγων. Δημιουργούνται επιπλοκές στα αυτιά με βαρηκοΐα, καθώς επίσης και αλλοιώσεις στο ΕΝΥ (Στρατηγού, 2003).

Στις *κλινικές εκδηλώσεις* παρουσιάζονται (Κατσάμπας, 2007):

1. *Συφιλιδική ροδάνθη (Κηλιδώδες εξάνθημα)*. Μέλλεται για μεμονωμένες διασκορπισμένες κηλίδες με ρόδινη χροιά οι οποίες καλύπτουν τον κορμό. Εμφανίζονται την 50-60 μέρα μετά τη μόλυνση και έχουν διάμετρο 0,5-1 εκ.. Φεύγουν μετά 8-10 ημέρες. Στις κηλίδες αυτές δεν υπάρχουν ωχρά τρεπονήματα.
2. *Συφιλιδικές βλαστίδες (Βλατιδώδη εξανθήματα)*. Αυτά τα εξανθήματα είναι πολυμορφικά και πολυάριθμα. Ως μορφολογία είναι σκληρά, στρογγυλά, ανώδυνα και δεν παρουσιάζουν κνησμό. Έχουν χρώμα χάλκινο ή λευκό ή ερυθρό και σχηματίζουν κύκλους ή τόξα. Έχουν διάμετρο 0,5 εκ. περίπου.

Παρουσιάζονται 3-4 μήνες μετά τη μόλυνση και αφού δεν έχει παρθεί κάποια θεραπεία. Η εξαφάνισή τους συχνά δεν αφήνουν ουλές.

3. *Συφιλιδικές πλάκες*. Παρουσιάζονται στην περιοχή του πρωκτού και των γεννητικών οργάνων αλλά και στις γωνίες των μεγάλων και μικρών χειλέων. Οι πλάκες αυτές είναι λευκές, ωοειδείς, ρηχές που περικλείονται από ερυθρηματώδη άλω και παρουσιάζονται στο βλεννογόνο της μύτης, στις περείες, στο φάρυγγα, στις αμυγδαλές, στη γλώσσα και στα χείλη.
4. *Συφιλιδική μελανοδερμία (περιδέραιο της Αφροδίτης)*. Πρόκειται για υπόχρωμες ή μελαγχρωματικές κηλίδες. Παρουσιάζονται συνήθως στα πλάγια του τραχήλου για αυτό και ονομάζεται «περιδέραιο της Αφροδίτης», καθώς επίσης εμφανίζονται και στον αυχένα.
5. *Συφιλιδική αλωπεκία*. Χαρακτηρίζεται από πολλές μικρές πλάκες ή από διάχυτη απώλεια τριχών. Επίσης εμφανή είναι και η τριχόπτωση από την ουρά των φρυδιών.
6. *Συφιλιδική όνυξη-περιόνυξη*. Στην δευτερογόνο σύφιλη υπάρχει μια κακουχία, μια διάχυτη λεμφαδενοπάθεια, γενική αδιαθεσία, μικρός πυρετός και αρθραλγίες.

3) Λανθάνουσα Σύφιλη

Πρόκειται για μια ύπουλη μορφή συφιλίδος, διότι δημιουργεί βλάβες στο καρδιαγγειακό και νευρικό σύστημα, στους οφθαλμούς καθώς επίσης και σε ασθενείς που νοσούν από τη νόσο και δεν έχουν κανένα σύμπτωμα. Επίσης μπορεί να εμφανιστεί και σε ασθενείς που δεν έχουν τελειώσει πλήρως τη θεραπεία ή ακόμη και από άτομα που έχουν μολυνθεί από βλεννόρροια (Κουσκούρης, 2006). Η λανθάνουσα σύφιλη ταξινομείται σε πρώιμη και σε όψιμη λανθάνουσα (Κατσάμπας, 2007).

4) Τριτογόνος Σύφιλη (Όψιμη Σύφιλη)

Η τριτογόνος σύφιλη είναι σπάνια στη σημερινή εποχή επειδή οι ασθενείς που νοσούν θεραπεύονται νωρίς στα πρώτα ακόμα στάδια της σύφιλης (Κατσάμπας, 2007). Ξεκινά στα 2-3 χρόνια μετά τη σύφιλη. Στο τρίτο αυτό στάδιο τα εξανθήματα εμφανίζονται είτε ως φυματοελκωτικά ή φυματώδη εξανθήματα, είτε ως συφιλιδικά κοκκιώματα, είτε ως ερύθημα του Fournier. Τα φυματοελκωτικά ή φυματώδη εξανθήματα έχουν ρόδινο χρώμα και έλκωση βαθιά. Το σχήμα και το μέγεθός τους είναι σαν φακή και αφήνουν πάντα ουλή.

Όσο για τα συφιλιδικά κοκκιώματα παρουσιάζονται στις κνήμες και στα άνω άκρα καθώς επίσης και στο κεφάλι. Μερικές φορές μπορεί να δημιουργεί κοκκιωματώδεις πλάκες που εξαπλώνονται στα οστά, στους μυς και στο υποδόριο λίπος. Καθώς επίσης και εξωτερικά από το δέρμα στο στόμα, στα γεννητικά όργανα, στη μύτη και στους λεμφαδένες. (Κουσκούρης, 2006)

B) Συγγενής σύφιλη:

Μετάδοση: Μεταδίδεται από τη μητέρα στο έμβρυο κατά την ενδομήτρια ζωή (Κατσάμπας, 2007). Η μετάδοση γίνεται με το *Treponema pallidum* και οι βλάβες που θα αναπτυχθούν από το μικρόβιο της σύφιλης θα είναι μετά το 4^ο μήνα της κύησης. Εάν η μητέρα νοσεί από σύφιλη τότε το παιδί ή θα αποβληθεί ή θα γεννηθεί πρόωρα ή θα γεννηθεί νεκρό ή θα αναπτύξει σοβαρές μόνιμες βλάβες, όπως κυρτό μέτωπο και ατελώς αναπτυγμένη γνάθος (Γιωτάκη- Χαρατίση, 2014). Στη συγγενή σύφιλη ανήκει η πρόιμη, η όψιμη συγγενής σύφιλη και τα συφιλιδικά στίγματα (Κατσάμπας, 2007):

1. Πρόιμη συγγενής σύφιλη

Παρατηρούνται πολλές αλλοιώσεις καθώς επίσης και βλάβες στο ρινικό βλεννογόνο. Επιπλέον υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να δημιουργηθεί το χαρακτηριστικό πομφωλυγώδες εξάνθημα (συφιλιδική πέμφιξ). Αυτό το εξάνθημα είναι μεταδοτικό (Κουσκούρης, 2006).

2. Όψιμη συγγενής σύφιλη

Οι βλάβες παρουσιάζονται 5-15 χρόνια ύστερα από τη γέννηση. Συχνά συνυπάρχουν με συφιλιδικά στίγματα (Κουσκούρης, 2006).

3. Συφιλιδικά στίγματα

Απαρτίζουν την τριάδα του Hutchinson: α) μέση πυώδης ωτίτιδα, β) οδόντες του Hutchinson και γ) διάμεσος κερατίτιδα (Κατσάμπα, 2007).

Διάγνωση: Το ωχροό τρεπόννημα εντοπίζεται με ειδικό φωτισμό και με κοινό μικροσκόπιο. Επίσης στη διάγνωση συμβάλλει και εύρεση μη ειδικών αντισωμάτων που φέρει η λοίμωξη. Τα αντισώματα βρίσκονται με διάφορες δοκιμασίες όπως τα αντισώματα IgM και IgG (Γιωτάκη- Χαρατίση, 2014)

Θεραπεία: Η σύφιλη θεραπεύεται με βενζαθινική ή προκαΐνική πενικιλλίνη από το στόμα 600mg για 12-15 ημέρες, ενώ σε ασθενείς που έχουν αλλεργία στην πενικιλλίνη χορηγείται η δοξοκυκλίνη 100mg για 28 ημέρες (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014).

3.6.1.4 Μαλακό Έλκος

Ορισμός: Το μαλακό έλκος οφείλεται στον αιμόφιλο του Dugrey. Οι αιμόφιλοι είναι αέρια μικρόβια, ανήκουν στα Gram αρνητικά και καλλιεργούνται όπου υπάρχει αίμα. Για αυτό το λόγο ονομάζονται αιμόφιλοι (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014).

Αιτιολογία: Το μικρόβιο αυτό συνήθως υπάρχει σε αναπαραγωγικές ηλικίες δηλαδή μεταξύ 15-30 ετών. Οι άνδρες μολύνονται συχνότερα από ότι οι γυναίκες και είναι μια νόσος εξαπλωμένη σε θερμές και υγρές χώρες και ειδικά στην Αφρική, Ν. Αμερική και στην Άπω Ανατολή. Ο χρόνος επώασης του μαλακού έλκους είναι 1-8 ημέρες και εμφανίζει επώδυνα γεννητικά έλκη (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014).

Μεταδίδεται: Μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή. Δηλαδή μεταδίδεται μέσω της κολπικής, στοματικής ή πρωκτικής σεξουαλικής επαφής (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014).

Κλινική εικόνα: Στους άνδρες παρουσιάζεται στη βάλανο ή το σώμα του πέους, ενώ στις γυναίκες στην είσοδο του κόλπου, στα χείλη του αιδοίου και στον κόλπο. Στους ομοφυλόφιλους άνδρες μπορεί να εμφανιστεί και στον πρωκτό. Αρχικά το μαλακό έλκος εμφανίζεται στα γεννητικά κύτταρα ως μια πληγή που μπορεί να πυρροεί και να υπάρχει έντονος πόνος. Στις γυναίκες βέβαια μπορεί να μην υπάρχει πληγή αλλά υπάρχει πόνος κατά την ούρηση κωλικός του εντέρου ή πόνος κατά την σεξουαλική επαφή ή αίμα από τον πρωκτό ή κολπικά υγρά. Τα συμπτώματα εμφανίζονται μέσα σε μια εβδομάδα (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014).

Διάγνωση και θεραπεία: Μπορεί να διαγνωσθεί από την καλλιέργεια του υγρού των πληγών και θεραπεύεται με αντιβιοτικά από το στόμα (κυρίως κοτριμοξαζόλη ή με κεφαλοσπορίνη ή με τριμφενικόλη) (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014).

3.6.1.5 Βουβωνικό κοκκίωμα- Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα

Ορισμός-Αιτιολογία: Είναι μια χρόνια σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος και οφείλεται σε έναν μικροοργανισμό και ειδικά στον *Calymmatobacterium granulomatis*. Ο μικροοργανισμός αυτός που κατατάσσεται στα Gram αρνητικά βακτηρίδια και στη ομάδα των Βρουκελλών. Αυτό το νόσημα είναι ενδημικό στη Ν. Αφρική, στη Νότιο-Ανατολική Ινδία, στη Δυτική Νέα Γουινέα, στην Αυστραλία και στη Ν. Αμερική. Σπάνιο είναι στη Β. Αμερική και στην Ευρώπη. Η ασθένεια παρουσιάζεται σε άτομα ηλικία 20-40 ετών και ιδιαίτερα σε άτομα με χαμηλές κοινωνικο-οικονομικές τάξεις (Στρατηγού, 2003).

Μεταδίδεται: Η νόσος είναι η μετρίως μεταδιδόμενη. Μπορεί να μεταδοθεί με τη σεξουαλική επαφή (Στρατηγού, 2003).

Κλινική Εικόνα: Τα συμπτώματα που μπορεί να εμφανιστούν είναι η δημιουργία έλκων με χρώμα κόκκινο και με κοκκιωματώδη ιστό ο οποίος αιμορραγεί εύκολα. Το βουβωνικό κοκκίωμα παρουσιάζεται κυρίως στα γεννητικά όργανα, στους άνδρες στη βάλανο ή στο σώμα του πέους ενώ στις γυναίκες στην είσοδο του κόλπου, στα χείλη του αιδοίου, στο κόλπο και στο τράχηλο της μήτρας. Ο χρόνος επώασης είναι 8-12 εβδομάδες (Στρατηγού, 2003).

Διάγνωση: Η διάγνωση γίνεται με απόξεση της ελκωτικής βλάβης και χρώση κατά Gram. Επίσης γίνεται η εύρεση των σωματίων του Donovan από την περιφέρεια των ελκώσεων μετά τη χρώση Wright ή Giemsa (Στρατηγού, 2003).

Θεραπεία: Θεραπεύεται με α) τριμεθοπρίμη 2 δισκία ημερησίως ή με Δοξυκυκλίνη 100mg για 3 εβδομάδες, β) σιπροφλοξασίνη 750 mg 2 φορές την ημέρα και γ) ερυθρομυκίνη 500mg 4 φορές την ημέρα επί 3 εβδομάδες (Στρατηγού, 2003).

3.6.2 Μυκητιασικές Λοιμώξεις

Στις μυκητιασικές λοιμώξεις ανήκει η καντιντίαση (Κουσκούρης, 2006).

Ορισμός: Η καντιντίαση είναι γνωστή σε όλους ως και μονιλίαση (William, 2011). Οι καντιντιάσεις οφείλονται στους δερματομύκητες. Οι δερματομύκητες αυτοί αποτελούνται από 35 είδη με κύριο την κάντιντα τη λευκάζουσα (Κουσκούρης, 2006).

Αιτιολογία: Η κάντιντα είναι ένας μονοκύτταρος μικροοργανισμός και ανήκει στην ομάδα των ζυμομυκήτων. Προσβάλλει όλες τις ηλικίες και τα δυο φύλα. Οι παράγοντες που ευνοούν τη καντιντίαση είναι η υπερβολική υγρασία, η χρήση πολλών αντιβιοτικών ή κορτικοστεροειδών, η παχυσαρκία, το stress, ο διαβήτης, το AIDS και τέλος η εγκυμοσύνη (Κουσκούρης, 2006).

Μεταδίδεται: Η καντιντίαση μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή. Επίσης η ανάπτυξή και η μετάδοσή της μπορεί να γίνει και με διαφορετικούς τρόπους. Το μικρόβιο μπορεί να αναπτυχθεί και μόνο στον κόλπο ύστερα από μεγάλη λήψη αντιβιοτικών. Μπορεί ακόμα να αναπτυχθεί από έντονο σεξ ή μετά από φλεγμονές. Επίσης αναπτύσσεται από τη χρήση συνθετικών εσώρουχων ή από συνθήκες υγρασία του περιβάλλοντος (θαλασσινά μπάνια). Στις γυναίκες μπορεί να μεταδοθεί και από τον πρωκτό στον κόλπο λόγω της περιγεννητικής περιοχής. Δηλαδή τα μικρόβια ζουν παρασιτικά στο έντερο και μπορούν εύκολα να εισχωρήσουν από τον πρωκτό στον κόλπο της γυναίκας (Κατσάμπας, 2007).

Κλινική εικόνα: Η καντιντίαση στους άντρες είναι γνωστή ως βαλανοποσθίτιδα ή βαλανίτιδα. Οι κλινικές εκδηλώσεις που εμφανίζονται είναι στρογγυλές μικροραβδώσεις που παρουσιάζονται στη βάλανο (Κουσκούρης, 2006). Επίσης εμφανίζουν έντονη φαγούρα, πόνο, ερεθισμό, καύσο, πυρετό και το έκκριμα που παρουσιάζει είναι ημίλευκο και έχει δυσάρεστη οσμή (Χανιώτης, 2002).

Η καντιντίαση στις γυναίκες είναι γνωστή ως αιδοιοκολπίτιδα ή κολπικοί μύκητες. Οι κλινικές εκδηλώσεις που εμφανίζονται είναι α) αιδοιοκολπικός κνησμός ή ερεθισμός που μπορεί να επιδεινωθεί πριν την περίοδο και την κολπική έκκριση β) ελαφρύ οίδημα με λευκή έκκριση που είναι κολλημένη στους αδένες του τοιχώματος γ) το κολπικό pH να είναι πολύ όξινο με τιμές κάτω από 4,5 δ) μπορεί να υπάρχει έντονη ξηρότητα ε) υπάρχει αίσθημα καύσου και κνησμού όπου ο κνησμός μετά από καιρό γίνεται έντονος και μόνιμος στ) ο χρόνος επώασης των ζυμομυκήτων είναι άγνωστη και ζ) από τον κόλπο απεκκρίνεται ένα πυώδες λευκοκίτρινο υγρό, το οποίο έχει δυσάρεστη οσμή (Κουσκούρης, 2006).

Διάγνωση: Η διάγνωση της νόσου στις γυναίκες γίνεται με εργαστηριακές εξετάσεις (καλλιέργεια κολπικού εκκρίματος) ή με κλινική εικόνα. Η διάγνωση στους άντρες γίνεται με αιμοκαλλιέργεια (καλλιέργεια επιχρίσματος της βάλανου) ή με μικροσκοπική εξέταση ή με κλινική εικόνα ή από το ιστορικό (Χανιώτης, 2002).

Θεραπεία: Κατάλληλη θεραπεία για τις γυναίκες είναι σωστός καθαρισμός και στέγνωμα της περιοχής. Επιπλέον χορηγούνται ενδοκολπικά υπόθετα ή κολπική κρέμα, ενώ από το στόμα τικοναζόλη ή κλοτριμαζόλη ή νυστατίνη ή ιατρικοναζόλη 150mg εφάπαξ (Στρατηγού, 2003). Πιο συγκεκριμένα η θεραπεία περιλαμβάνει καλό πλύσιμο, με φυσιολογικό ορό για 5-15 min, τη χορήγηση αντιμυκησικών φαρμάκων ή τοπική εφαρμογή κρέμας 1-2 φορές την ημέρα για 7-10 ημέρες (William, 2011).

3.6.3 Πρωτοζωικές Λοιμώξεις

Στις πρωτοζωικές λοιμώξεις ανήκουν: 1) τριχομονάδωση, 2) αμοιβάδωση και 3) λαμβλίαση (William, 2011).

3.6.3.1 Τριχομονάδωση

Ορισμός: Τριχομονάδωση είναι η μόλυνση των ανδρικών και γυναικών γεννητικών οργάνων (William, 2011).

Αιτιολογία: Η τριχομονάδωση είναι ένα πρωτόζωο, μονοκύτταρος αναερόβιος οργανισμός με κυματοειδή μεμβράνη και 4 μαστίγια. Ο μικροοργανισμός αυτός είναι ο *Trichomonas vaginalis* (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014). Το μικρόβιο έχει μήκος 5-15μm και είναι άχρωμο (William, 2011).

Μεταδίδεται: Μεταδίδεται με την άμεση επαφή και κυρίως με τη σεξουαλική επαφή. Στις γυναίκες η παρουσίαση της λοίμωξης είναι σε ηλικίες 16-35 ετών ενώ στους άντρες από 15-30 ετών (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014).

Κλινική εικόνα: Στους άνδρες δεν εμφανίζει η τριχομονάδωση συμπτώματα (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014). Μπορεί όμως να προκαλέσει βαλανοποσθίτιδα, προστατίτιδα ακόμα και ουρηθρίτιδα (William, 2011). Στις γυναίκες μετά από χρονικό διάστημα 5-28 ημερών εμφανίζει κολπικό έκκριμα το οποίο είναι κίτρινο-γκρι-πράσινο και είναι δύσοσμο. Επίσης υπάρχει η αίσθηση της δυσουρίας, του κνησμού, τη δυσπαρευνία και το ερύθημα του αιδοίου (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014). Τα νεογνά μπορούν να μολυνθούν με το πέρασμα από το γεννητικό σύστημα (William, 2011).

Διάγνωση: Η διάγνωση γίνεται με εξέταση υγρού από τον κόλπο ή από την ουρήθρα (Χανιώτης, 2002).

Θεραπεία: Θεραπεύεται με μετρονιδαζόλη 500mg 3 φορές την ημέρα για 7 ημέρες. Στις έγκυες γυναίκες αντενδείκνυται για αυτό χορηγείται και κλοτριμαζόλη 100mg τη νύχτα για 2 εβδομάδες (Χανιώτης, 2002).

3.6.3.2 Αμοιβάδωση

Ορισμός-Αιτιολογία: Η λοίμωξη αυτή προκαλείται από το εντερικό πρωτόζωο *E. histolytica*. Το πρωτόζωο αυτό στην ουσία είναι μια αμοιβάδα. Η αμοιβάδα αυτή παρουσιάζεται με δύο μορφές: σαν τροφοζώδια ή σαν κύστεις. Τα τροφοζώδια δεν μπορούν να ζήσουν στο έξω περιβάλλον ενώ οι κύστεις έχουν τη δυνατότητα να ζήσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα στο χώμα ή στο νερό. Ενδημεί περισσότερο στις αναπτυγμένες τροπικές χώρες της Κεντρικής και Ν. Αμερικής, της Ασία και της Αφρικής και συνήθως τη μεταφέρουν οι ταξιδιώτες, οι μετανάστες και οι ομοφυλόφιλοι άνδρες (Γιωτάκη- Χαραάτση, 2014).

Μεταδίδεται: Μεταδίδεται με τη στοματοπρωκτική σεξουαλική πράξη ή από μολυσμένο νερό ή από μολυσμένα τρόφιμα ή χέρια (Γιωτάκη- Χαραάτση, 2014).

Κλινική Εικόνα: Οι ασθενείς είναι είτε ασυμπτωτοι είτε θα παρουσιάσουν εντερική κολίτιδα. Έπειτα από 3-6 εβδομάδες από την κατάποση των κύστεων παρουσιάζεται διάρροια, καταβολή και πόνος. Ενώ στο ήπαρ όταν παρουσιαστεί η αμοιβάδα μετά από 5 μήνες ο ασθενής θα εμφανίσει πυρετό και σπάνια ίκτερο (Γιωτάκη- Χαραάτση, 2014).

Διάγνωση: Διαγιγνώσκεται με ορολογική εξέταση ή με εξέταση κοπράνων (Γιωτάκη- Χαραάτση, 2014).

Θεραπεία: Θεραπεύεται με ιωδοκινόλη 650 mg για 20 ημέρες ή μετρονιδαζόλη 750mg για 10 ημέρες (Χανιώτη, 2002).

3.6.3.3 Λαμβλίαση

Ορισμός-Αιτιολογία: Η λαβλία είναι πρωτόζωο και κάνει εγκατάσταση στο λεπτό έντερο. Το πρωτόζωο αυτό είναι η *Giardia lamblia* (Γιωτάκη- Χαραάτση, 2014).

Μεταδίδεται: Μεταδίδεται με τη στοματοπρωκτική σεξουαλική πράξη ή από μολυσμένο νερό ή από μολυσμένα τρόφιμα ή χέρια (Γιωτάκη- Χαραάτση, 2014).

Κλινική εικόνα: Η λοίμωξη δηλώνεται με ναυτία εμετό και με διαρροϊκές κενώσεις. Η λοίμωξη αυτή στην αρχή είναι ασυμπτωτη μέχρι την μεγάλη διάρροια που οδηγεί σε δυσασπορρόφιση και ίσχνανση (Γιωτάκη- Χαραάτση, 2014).

Διάγνωση: Διαγιγνώσκεται με εξέταση κοπράνων ή με βιοψία λεπτού εντέρου (Χανιώτης, 2002).

Θεραπεία: Θεραπεύεται με μετρονιδαζόλη 750mg για 10 ημέρες ή τινιδαζόλη 2 gr / 24ωρο (Χανιώτης, 2002).

3.6.4 Ιογενείς Λοιμώξεις

Στις ιογενείς λοιμώξεις ανήκουν 1) το AIDS, 2) ο HSV- Έρπης γεννητικών οργάνων, 3) ο HPV- Κονδυλώματα, 4) οι ηπατίτιδες A, B, C, D, E και 5) η μολυσματική τέρμινθος (Γιωτάκη-Χαραάτση, 2014).

3.6.4.1 AIDS (Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας)

Ορισμός: Το AIDS δηλαδή το σύνδρομο της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας δημιουργείται από ένα ρετροϊό του ανθρώπου τον HIV (Human Immunodeficiency Virus) ή HTLV-III (Human Tcell Lymphotropic Virus-III). Ο ιός αυτός προκαλεί βλάβες στον αμυντικό μηχανισμό του ανθρώπινου οργανισμού (Γιωτάκη-Χαραάτση, 2014).

Μεταδίδεται: Μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή, τη μετάγγιση μολυσμένου αίματος, από τη μητέρα στο παιδί (εγκυμοσύνη, τοκετός, θηλασμός), με μεταμόσχευση μολυσμένων οργάνων ή σπέρματος και με τη χρήση ίδιας βελόνας.

Το AIDS δεν μπορεί να μεταδοθεί με την κοινωνική επαφή, ούτε με την τροφή, τη θάλασσα, τη μπανιέρα και τα προσωπικά είδη (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014).

Κλινική εικόνα: Ο χρόνος επώασης είναι 3-5 χρόνια. Σε αυτό το διάστημα είναι φορέας και μεταδίδει τη νόσο. Στα πρώτα στάδια το AIDS δηλώνεται με πυρετό, ρίγη, εξάνθημα, κνίδωση, κοιλιακούς πόνους. Τα συμπτώματα αυτά κρατούν 2-3 εβδομάδες και σταματούν απότομα. Μετά από 8-10 χρόνια οι ασθενείς έχουν επίμονο πυρετό και διάρροια και απώλεια βάρους (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014). Επιπλέον εμφανίζουν διάφορες λοιμώξεις και επιπλοκές από διάφορα άλλα συστήματα. Από το αναπνευστικό εκδηλώνουν φυματίωση και πνευμονία, από το νευρικό μηνιγγίτιδα ή εγκεφαλίτιδα από το αιμοποιητικό αναιμία, λευκοπενία, σιδηροπενία, έλλειψη της βιταμίνης B12 κ.α. Επίσης από το γαστρεντερικό παρουσιάζονται συμπτώματα όπως κοιλιακός πόνος, ναυτία, εμετοί, διάρροια, απώλεια βάρους, ενώ από το καρδιαγγειακό διάφορες καρδιαγγειακές επιπλοκές (Στρατηγού, 2003). Στο τελικό στάδιο οι ασθενείς παρουσιάζουν σοβαρές επιπλοκές από το ΚΝΣ. Το 80% των ασθενών εμφανίζει πνευμονία, στο 10% εμφανίζει φυματίωση και στο υπόλοιπο 10% μηνιγγίτιδα. Τέλος το AIDS μπορεί να παρουσιάσει δύο μορφές καρκίνου το λέμφωμα Hodgkin και μη Hodgkin και το καρκίνο σάρκωμα Kaposi (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014).

Διάγνωση: Ο HIV βρίσκεται κυρίως στο μυελό των οστών, στα λεμφοκύτταρα του περιφερικού αίματος, στο σπερματικό και κολπικό υγρό, στο μυελό των οστών, στα δάκρυα, στον ιδρώτα, στο σάλιο και στο σπέρμα. Οι μέθοδοι για την ανίχνευση του ιού χωρίζονται σε δύο κατηγορίες α) στις ορολογικές μεθόδους ανίχνευσης αντισωμάτων και β) στις μεθόδους ανίχνευσης του ιού και των ιϊκών αντιγόνων (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014). Στις *ορολογικές μεθόδους* ανίχνευσης αντισωμάτων ανήκουν ο έμμεσος ανοσοφθορισμός, η μέθοδος Western Blot, η μέθοδος RIPA, η επιβεβαιωτική μέθοδος (ELISA), η ανοσοενζυμική μέθοδος (ELISA) και η ανίχνευση εξουδετερωτικών αντισωμάτων. Στις *μεθόδους ανίχνευσης του ιού και των ιϊκών αντιγόνων* ο ενοφθαλμισμός σε πειραματόζωα, η καλλιέργεια σε πρωτογενή λεμφοκύτταρα ή σε ειδικές T λεμφοκυτταρικές σειρές και η ανίχνευση πυρηνικών οξέων με υβριδισμό (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014).

Θεραπεία: Ριζική θεραπεία δεν υπάρχει. Η θεραπεία κατά του ρετροϊού γίνεται με τη χρήση τριών ή περισσότερων αντιρετροϊκών παραγόντων και επιδιώκει στη διατήρηση χαμηλού ιϊκού φορτίου έτσι ώστε να επιτευχτεί η αναγέννηση του ανοσοποιητικού συστήματος. Σήμερα χρησιμοποιούνται 16 αντιρετροϊκοί παράγοντες. Άλλος ένας θεραπευτικός παράγοντας είναι η αντιμετώπισης των ευκαιριακών λοιμώξεων την κατάλληλη στιγμή. Τα αντιρετροϊκά φάρμακα που διαθέτει η αγορά ανήκουν σε τρεις διαφορετικές οικογένειες. Η θεραπεία αρχίζει με συνδυασμό δύο φαρμάκων μετρώντας τα CT₄ και το ιικό φορτίο. Τα αντιρετροϊκά φάρμακα δε θεραπεύουν το AIDS και δεν εξαλείφουν τον ιό. Επίσης παρατείνουν την επιβίωση του ασθενή, βελτιώνουν την υποκειμενική και κλινική κατάσταση. Τέλος η χορήγηση τους πρέπει να είναι μακροχρόνια με άγνωστο τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014).

3.6.4.2 HSV (Herpes Simplex Virus)-Έρπης γεννητικών οργάνων)

Ορισμός- Αιτιολογία: Ο έρπης των γεννητικών οργάνων ή γεννητικός έρπης είναι μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος που οφείλεται στον ιό του απλού έρπητα τύπου 2 (Χανιώτης, 2002). Υπάρχουν δύο τύποι του ιού του απλού έρπητα (HSV), ο τύπος 1 (HSV-1) και ο τύπος HSV-2. Ο HSV-2 έχει εμφανιστεί τα τελευταία χρόνια και οφείλεται από τον ιό HSV-1. Η ηλικία πρωτομόλυνσης είναι 18-25 χρονών, δηλαδή από την έναρξη της σεξουαλικής ζωής (Στρατηγού, 2003).

Μεταδίδεται: Μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή ή από την μητέρα στο παιδί (προκαλώντας στο παιδί νεογνικό έρπη) (Χανιώτης, 2002).

Παθογένεια: Η αρχική μόλυνση γίνεται μέσα σε 2 εβδομάδες από την επαφή με ενεργό ερπητική βλάβη ή με κύτταρα του ιού που αποπίπτουν από συμπτωματική λοίμωξη. Μετά τον ενοφθαλμισμό του ιού και μετά τον πολλαπλασιασμό προκαλεί δερματοβλεννογόνο πρωτομόλυνση χωρίς να είναι απαραίτητο. Ο ιός μεταπίπτει σε λανθάνουσα κατάσταση και μπορεί να επανενεργοποιηθεί μετά από πυρετό, κόπωση, υπεριώδη ακτινοβολία, ψυχικά stress, έμμηνο ρύση και σεξουαλικές υπερβολές (Κατσάμπας, 2007). Παράγοντες κινδύνου αποτελούν η HIV λοίμωξη, το χαμηλό εισόδημα, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, ο μεγάλος αριθμός ερωτικών συντρόφων, η ανδρική ομοφυλοφιλία και το γυναικείο φύλο (Χανιώτης, 2002).

Κλινικές Εκδηλώσεις: Η πρωτολοίμωξη ακολουθείται από εντονότατη βαλανοποσθίτιδα στους άντρες και επώδυνη αιδοιοκολπίτιδα στις γυναίκες. Τα συμπτώματα μπορεί να διαρκέσουν 2-3 εβδομάδες και να αποτελούνται από συρρεουσών φυσαλίδων που μεταπίπτουν σε φλύκταινες και καταλήγουν σε ελκωτικές βλάβες οι οποίες αργότερα θα επουλωθούν και δε θα αφήσουν κάποια ουλή. Στους άνδρες παρουσιάζεται στο πέος και στον πρωκτό ενώ στις γυναίκες στο αιδοίο, στον κόλπο, στον τράχηλο της μήτρας, στο πρωκτό, στο περίνεο και στην περιοχή των γλουτών. Ο αριθμός των υποτροπών αυξάνεται κατά την εγκυμοσύνη όσο η γυναίκα πλησιάζει στον τοκετό. Η μετάδοση του HSV από τη μητέρα στο παιδί μπορεί να προκαλέσει νεογνικό έρπη. Ο νεογνικός έρπης δεν είναι συχνός. Η μετάδοση του HSV μπορεί να μεταδοθεί κατά τη διάρκεια του τοκετού, ενδομητρικά και τέλος μετά τον τοκετό από άτομα που ασχολούνται μαζί του και πάσχουν από τον επιχείλιο έρπητα. Η ενδομητρική ερπητική λοίμωξη συνδέεται με αυτόματη αποβολή στα 2 πρώτα τρίμηνα της κύησης. Ο νεογνικός έρπης αναγνωρίζεται στα μάτια, στο δέρμα και στο στόμα. Τέλος μπορεί να προσβάλει τον εγκέφαλο, το ήπαρ και τους πνεύμονες (Κατσάμπας, 2007).

Διάγνωση: Η διάγνωση του γεννητικού έρπητα είναι δύσκολη λόγω των πολλών κλινικών εκδηλώσεων. Διαγιγνώσκεται με καλλιέργεια υλικού από τις αρχικές βλάβες και αφού το δείγμα ληφθεί εντός 72 ωρών (Κατσάμπας, 2007).

Θεραπεία: Η θεραπεία ξεκινά την πρώτη εβδομάδα. Θεραπεύεται τοπικά με αλοιφή ενώ σε βαριές καταστάσεις συνιστάται ενδοφλέβια χορήγηση ακυκλοβίρης 400mg 3 φορές την ημέρα για 7-10 ημέρες αποτέλεσμα (Γιωτάκη- Χαρατίση, 2014).

3.6.4.3 HPV (Human papilloma virus- Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων)

Ορισμός: Οι ιοί των ανθρωπίνων θηλωμάτων είναι DNA-ιοί, γνωστοί ως HPV. Ο HPV ανήκει σε μια μεγάλη ομάδα ιών που προσβάλλουν το ζωικό βασίλειο και είναι οι λεγόμενοι θηλωματοϊοί. Λέγονται έτσι γιατί προκαλούν θηλώματα. Υπάρχουν διαφορετικά είδη θηλωμάτων όπως μια ομάδα που προσβάλλει τους σκύλους, τους λαγούς, τα πρόβατα και μία άλλη που προσβάλλει τους ανθρώπους. Οι θηλωματοϊοί του ανθρώπου δεν προσβάλλουν τα ζώα και αντίστροφα. Μέχρι σήμερα έχουν καταγραφεί πάνω από 80 γονότυποι HPV (Στρατηγού, 2003).

Αιτιολογία: Τα οξυτενή θηλώματα ή κονδυλώματα ανήκουν στην οικογένεια ΡΑΡΟΝΑ. Οι HPV προκαλούν πλήθος αλλοιώσεων στους βλεννογόνους και στο δέρμα του ανθρώπινου σώματος. Οι HPV ιοί δημιουργούν τα οξυτενή κονδυλώματα και είναι οι τύποι 6 και 11. Υπάρχουν καλοήθεις γεννητικοί τύποι HPV και είναι οι 41, 42, 43 και 44. Όσο για τους ογκογεννητικούς είναι οι τύποι 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51-59 και 68. Η λοίμωξη είναι συχνή σε ηλικίες 18-30 ετών (Κατσάμπας, 2007).

Μεταδίδεται: Η μετάδοση γίνεται α) με τη σεξουαλική επαφή, β) με στοματική σεξουαλική επαφή, γ) με τη λύση της συνέχειας του δέρματος (ήπιες δερματικές βλάβες- εκδορές- σχισμές) προκειμένου για δερματικές μυρμηγκιές, με αυτοενοφθαλμισμό σε διάφορες θέσεις (π.χ. κατά το ξύσιμο σε μεγάλα άτομα και σε παιδιά), και δ) με τη δίοδο του εμβρύου μέσω του μολυσμένου γεννητικού σωλήνα (λαρυγγική θηλωμάτωση παιδιών) (William, 2011).

Προδιαθεσικοί παράγοντες: Προδιαθεσικοί παράγοντες αποτελούν το λέμφωμα Hodgkin, η λήψη κορτιζόνης, η κύηση, η ουρηθρίτιδα στον άνδρα, η μονιλική βαλανοποσθίτιδα ή αιδοιοκολπίτιδα, ο διαβήτης και η μεταμόσχευση νεφρού (William, 2011).

Κλινική εικόνα: Ο χρόνος επώασης είναι 1-8 μήνες. Οι κλινικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν τα οξυτενή κονδυλώματα, τα άμισχα επίπεδα κονδυλώματα και τις υποκλινικές μορφές. Η κλινική εικόνα των οξυτενών κονδυλωμάτων παρουσιάζουν μια βλατίδα που αναπτύσσονται σε ανθοκραμβοειδή εκβλάστηση και φτάνει σε μέγεθος από φακή μέχρι αυγού. Τα οξυτενή κονδυλώματα είναι ανώδυνα και έχουν μαλακή υφή. Επίσης έχουν πλατιά βάση ή είναι μισχωτά και αιμορραγούν εύκολα. Παρουσιάζονται και στα δύο φύλλα των γεννητικών οργάνων.

Συνήθως εντοπίζονται στην ουρήθρα, στη βάλανο, στα μικρά και μεγάλα χείλη, στον κόλπο, στο τράχηλο της μήτρας, στο στόμα, στις μασχάλες και στις γωνίες των χειλιών. Οι επιπλοκές των οξυτενών κονδυλωμάτων χωρίζονται σε μικρές και σε μεγάλες. Οι μικρές αφορούν ψυχολογικά προβλήματα, μηχανικά προβλήματα, ελκώσεις και αιμορραγία. Οι μεγάλες περιλαμβάνουν το διηθητικό καρκίνωμα, το καρκίνωμα in situ, σοβαρές ψυχολογικές επιπλοκές και τα γιγάντια οξυτενών κονδυλώματα. Όταν οι αλλοιώσεις που προκαλούνται από τους HPV δεν είναι εμφανείς στην απλή κλινική εξέταση τότε υπάρχει μια υποκλινική νόσος. Μπορεί να εμφανιστεί στον τράχηλο της μήτρας ύστερα από τεστ Παπανικολάου (Κατσάμπας, 2007).

Διάγνωση: Η διάγνωση του HPV γίνεται με ουρηθροσκόπηση, Pap test, έλεγχος των σεξουαλικών συντρόφων, ιστολογική εξέταση, κλινική εξέταση, κολποσκόπηση και αποκλεισμός από άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Κατσάμπας, 2007).

Θεραπεία: Η θεραπεία των κονδυλωμάτων εμφανίζει πολλές δυσκολίες λόγω του μεγάλου χρόνου επώασης, της πολυεστιακής φύσης της λοίμωξης, των υποκλινικών μορφών και της απουσίας ενός αποτελεσματικού φαρμάκου. Πριν από οποιαδήποτε έναρξη θεραπείας πρέπει στον ασθενή να γίνεται ενημέρωση για μακροχρόνια θεραπεία, χρήση προφυλακτικού και σωστή υγιεινή. Όσο για θεραπευτική αντιμετώπιση των κονδυλωμάτων είναι η εξής: ανοσοθεραπεία (ιντερφερόνη), τοπικές ουσίες (χημειοθεραπευτικές και χημικές) και χειρουργικές μέθοδοι (laser, κρυοθεραπεία, διαθερμοπηξία). Η επιλογή οποιασδήποτε θεραπείας των κονδυλωμάτων εξαρτάται από τις προηγούμενες θεραπείες, την αποδοχή της θεραπείας, την κλινική κατάσταση του ασθενή, την ηλικία, το μέγεθος και τη θέση των βλαβών και τον αριθμό των οξυτενών κονδυλωμάτων (Κατσάμπας, 2007).

Εμβόλιο: Από το 2007 κυκλοφορούν στην Ελλάδα δύο εμβόλια κατά τον HPV. Το Gardasil και το Cervarix. (Κατσάμπας, 2007).

3.6.4.4 Ηπατίτιδες A, B, C, D, E

Ορισμός: Η ηπατίτιδα είναι οξεία νόσος όπου προσβάλλει το ήπαρ και εμφανίζεται σε όλες τις ηλικίες. Υπάρχουν πέντε είδη ηπατίτιδας. Η ηπατίτιδα A, η B, η C, η D και η E (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014).

- **Ηπατίτιδα A:**

Ορισμός: Ο ιός της ηπατίτιδας A είναι ένας μικρός RNA ιός που ανήκει στην οικογένεια των picorna ιούς (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014).

Αιτιολογία: Ο χρόνος επώασης είναι 2-6 εβδομάδες. Καταστρέφεται σε θερμοκρασία 100°C για 5' ή σε έκθεση με υπεριώδη ακτινοβολία. Συνήθως προσβάλλονται άτομα με κακές συνθήκες διαβίωσης ή σε συνθήκες πλημμελούς καθαριότητας (πρόσφυγες, καταυλισμοί). Ακόμη προσβάλλονται παιδιά (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014).

Μεταδίδεται: Μπορεί να μεταδοθεί με τη μετάγγιση αίματος, τη σεξουαλική επαφή, από μολυσμένη τροφή ή νερό. Η περίοδος μολυσματικότητας είναι 2 εβδομάδες πριν ή μετά τις κλινικές εκδηλώσεις (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014).

Κλινική εικόνα: Η κλινικής εικόνα ξεκινάει με περίοδο επώασης για 15-45 ημέρες και αργότερα εμφανίζει ίκτερο, κακουχία και έντονη καταβολή (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014).

Διάγνωση: Διαγιγνώσκεται με την ανίχνευση των ειδικών αντισωμάτων IgM, αντι-HAV τα οποία αυτά τα αντισώματα αυξάνονται πρόωρα στη νόσο και επιμένουν για 4 έως 12 μήνες (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014).

Θεραπεία: Η θεραπεία για την ηπατίτιδα A δεν υπάρχει. Συνιστάται αποφυγή της σωματικής κόπωσης και χρειάζεται να γίνεται συχνά παρεντερική χορήγηση ηλεκτρολυτών και υγρών (Γιωτάκη- Χαράτση, 2014).

- **Ηπατίτιδα Β:**

Ορισμός-Αιτιολογία: Η ηπατίτιδα Β είναι DNA ιός. Έχει διάμετρο 42 nm και περιβάλλεται από επιφανειακή εξωτερική μεμβράνη το αντιγόνο s. Το αντιγόνο s είναι το λεγόμενο Αυστραλιανό αντιγόνο. Το αυστραλιανό αντιγόνο καταστρέφεται σε θερμοκρασία 100°C για 15-30'. Ο χρόνος επώασης είναι 20-60 ημέρες (Γιωτάκη-Χαράτση, 2014).

Μεταδίδεται: Μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή, με μεταγγίσεις, με σύριγγες, με βελόνες, με οδοντιατρικά μολυσμένα εργαλεία, από τη μητέρα στο έμβryo (πριν ή μετά τον τοκετό), με τα έντομα (κουνούπια) (Γιωτάκη-Χαράτση, 2014).

Κλινική εικόνα: Η κλινικής εικόνα ξεκινάει με περίοδο επώασης για 30-150 ημέρες. Στη συνέχεια παρουσιάζει ναυτία, εμετούς, μυαλγίες, πυρετό, αρθραλγίες ανορεξία και έντονη αδυναμία. Επίσης παρουσιάζει ίκτερο. Όσο για τα ούρα είναι σκούρα κόκκινα σαν κονιάκ και τα κόπρανα λευκά. Σε κάποιους ασθενείς ο ίκτερος μπορεί να απουσιάζει (Γιωτάκη-Χαράτση, 2014).

Διάγνωση: Διαγιγνώσκεται με αιματολογικές εξετάσεις και με ειδικές εξετάσεις μέσω από το αντίσωμα HbsAg (Γιωτάκη-Χαράτση, 2014).

Θεραπεία-Πρόληψη: Η θεραπεία για την ηπατίτιδα Β δεν υπάρχει. Η πρόληψη όμως γίνεται με το εμβόλιο HBIG αλλά και με προφύλαξη κατά την επαφή. Επίσης ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται 3 με 6 μήνες για την πιθανή ανάπτυξη ηπατίτιδας (Γιωτάκη-Χαράτση, 2014).

- **Ηπατίτιδα C:**

Ορισμός-Μετάδοση: Η ηπατίτιδα C είναι ένας RNA ιός και μεταδίδεται και αυτός με τη σεξουαλική επαφή, με μεταγγίσεις, με σύριγγες, με βελόνες, με οδοντιατρικά μολυσμένα εργαλεία, από τη μητέρα στο έμβρυο (πριν ή μετά τον τοκετό) (Γιωτάκη-Χαράτση, 2014).

Κλινική Εικόνα: Η κλινική εικόνα είναι περίπου ίδια με την ηπατίτιδα B. Ξεκινάει με περίοδο επώασης 7-8 εβδομάδες και στη συνέχεια να εμφανίζει μειωμένη όρεξη, κούραση, ναυτία, πόνους στους μυς ή στις αρθρώσεις και απώλεια βάρους (Γιωτάκη-Χαράτση, 2014).

Διάγνωση: Διαγιγνώσκεται με αιματολογικές εξετάσεις και με ειδικές εξετάσεις μέσω από το αντίσωμα HCV (Γιωτάκη-Χαράτση, 2014).

Θεραπεία: Θεραπεύεται με φαρμακευτική αγωγή και συγκεκριμένα με ιντερφερόνη-α (Γιωτάκη-Χαράτση, 2014).

- **Ηπατίτιδα D-E:**

Ορισμός: Οι ηπατίτιδες D- E συνδέονται επιδημιολογικά με την ηπατίτιδα B (Στρατηγού, 2003).

Μετάδοση: Μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή, το μολυσμένο αίμα, από μολυσμένη μητέρα στο νεογνό της κατά τη διάρκεια του τοκετού (Στρατηγού, 2003).

Κλινική Εικόνα: Εκδηλώνονται με συλλοίμωξη δηλαδή ταυτόχρονη λοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας B. Επίσης εκδηλώνονται με επιλοίμωξη δηλαδή εμφάνιση οξείας ηπατίτιδας D με χρόνια εμφάνιση ηπατίτιδας B (Στρατηγού, 2003).

Διάγνωση: Διαγιγνώσκονται με αυξημένες τρανσαμινάσεις του ορού με θετικό αυστραλιανό αντιγόνο HBs (Στρατηγού, 2003).

Θεραπεία: Δεν υπάρχει θεραπεία για την ηπατίτιδα D και την E. Εφαρμόζεται η θεραπεία της ηπατίτιδας B (Στρατηγού, 2003).

3.6.4.5 Μολυσματική τέρμινθος

Ορισμός- Αιτιολογία: Η μολυσματική τέρμινθος είναι μια μολυσματική δερματοπάθεια και οφείλεται στον *roch* ιό. Είναι μια νόσος αυτοενοφθαλμίσιμη και μεταδοτική (Κατσάμπας, 2007).

Μετάδοση: Στα παιδιά μπορεί να μεταδοθεί από το νερό των κολυμβητικών δεξαμενών. Προσβάλλει κυρίως τα αγόρια παρά τα κορίτσια. Στους ενήλικες μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή (Κατσάμπας, 2007).

Κλινική εικόνα: Ο χρόνος επώασης είναι 2-7 εβδομάδες. Η μολυσματική τέρμινθος εμφανίζεται με ένα εξάνθημα. Το εξάνθημα αυτό είναι σε στρογγυλές ημισφαιρικές βλατίδες. Έχουν διάμετρο 3-6 χιλιοστών. Έχουν ελαφρύ ρόδινο χρώμα, μαλακής συστάσεως. Τα εξανθήματα μπορεί να είναι γύρω στα είκοσι ή και παραπάνω (Κατσάμπας, 2007).

Διάγνωση: Η διάγνωση είναι ευχερής από την κλινική εκδήλωση. Ωστόσο η επιβεβαίωση γίνεται με μικροσκοπική ή ιστολογική ή με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο (Κατσάμπας, 2007).

Θεραπεία: Τα εξανθήματα αυτοϊάνται σε 3-6 μήνες αλλά μπορεί να επιμείνει για 3-4 χρόνια (Κατσάμπας, 2007).

3.6.5 Παρασιτικές Λοιμώξεις

Στις παρασιτικές λοιμώξεις ανήκουν: 1) η ψώρα και 2) η φθειρίαση του εφηβαίου (Χανιώτης, 2002).

3.6.5.1. Ψώρα

Ορισμός-Αιτιολογία: Η ψώρα προκαλείται από το άκαρι της ψώρας. Το θηλυκό άκαρι είναι μικρόβιο στρογγυλού σχήματος, έχει 8 πόδια και μήκος 400μ και είναι γκριζωπό (Χανιώτης, 2002). Το αρσενικό άκαρι είναι μικρότερο και έχει χρώμα κόκκινο. (Στρατηγού, 2003). Το άκαρι εισβάλλει στο δέρμα, δημιουργεί μια φωλιά δηλαδή το σπίτι του για τις 30 ημέρες της ζωής του (ανοίγει σήραγγες) και σε λίγες ώρες γεννά 2-3 αυγά την ημέρα (Χανιώτης, 2002). Μέσα σε 4 εβδομάδες μπορεί να γεννήσει 10-25 ή 40-50 αυγά όπου το κάθε αυγό γεννιέται μέσα σε 3-4 ημέρες (Στρατηγού, 2003).

Μεταδίδεται: Μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή και από άνθρωπο σε άνθρωπο (σχολείο, γηροκομεία κ.α.), καθώς επίσης και σε κακές συνθήκες υγιεινής (Χανιώτης, 2002).

Κλινική Εικόνα: Οι ασθενείς εμφανίζουν φαγούρα και πολλά εξανθήματα (γκριζόασπρες σήραγγες στο δέρμα των δακτύλων, των καρπών και των αγκώνων). Εκζεματοειδείς ζημιές μπορεί να υπάρχει στους μαστούς και στη κοιλιά ενώ οζίδια υπάρχουν συχνά στο πέος (Χανιώτης, 2002).

Διάγνωση: Η ψώρα διαγιγνώσκεται με τη λήψη ξυσμάτων από το άκαρι που ανακατεύονται με υδροξείδιο του καλίου και εξετάζονται με μικροσκόπιο (Χανιώτης, 2002).

Θεραπεία: Θεραπεύεται με κρέμα ή με βαζελίνη σε όλο το σώμα (από λαιμό και κάτω) ή με διάφορα παρασικτόνα λοσιόν ή σαμπουάν (Χανιώτης, 2002). Το συνηθέστερο παρασικτόνο είναι το βενζύλιο για 2-3 συνεχόμενα βράδια. Για την ανακούφιση από έντονο κνησμό χρησιμοποιούνται τα αντιισταμινικά από το στόμα (Χανιώτης, 2002).

3.6.5.2 Φθειρίαση του εφηβαίου

Ορισμός-Αιτιολογία: Η φθειρίαση του εφηβαίου οφείλεται στην φθείρα του εφηβαίου (*Phthirus pubis*). Είναι ένα στρογγυλό και άπτερο έντομο. Έχει χρώμα σκούρου καφέ ή λευκόφαιου και έχει μήκος 0,3-1,2 mm. Έχει 3 ζεύγη ποδιών τα οποία προσκολλώνται γερά πάνω στις τρίχες και ο κύκλος ζωής του είναι 25 ημέρες. Τα θηλυκά εναποθέτουν τα ωάρια κατά μήκος των τριχών του εφηβαίου. Στους άντρες μέσω των τριχών μπορούν να προχωρήσουν στα φρύδια, στις βλεφαρίδες, στην κοιλιά, στο γένι, στις μασχάλες ενώ στις γυναίκες στην περιοχή του εφηβαίου (Χανιώτης, 2002).

Μετάδοση: Μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή και από άνθρωπο σε άνθρωπο (σχολείο, γηροκομεία κ.α.), καθώς επίσης και σε κακές συνθήκες υγιεινής (Χανιώτης, 2002).

Κλινική εικόνα: Χαρακτηρίζεται από έντονη φαγούρα στο εφήβαιο, διαβρώσεις και αιματογενείς εφελκίδες. Η παθογνωμική βλάβη της νόσου είναι οι κυανές κηλίδες στα πλάγια της κοιλιάς και του θώρακα, στο υπογάστριο και στους μηρούς (Χανιώτης, 2002).

Διάγνωση: Διαγιγνώσκεται με τη εξέταση της περιοχής με μεγεθυντικό φακό (Χανιώτης, 2002).

Θεραπεία: Θεραπεύεται με κρέμα ή με βαζελίνη σε όλο το σώμα (από λαιμό και κάτω) ή με διάφορα παρασικτόνα λοσιόν ή σαμπουάν (Χανιώτης, 2002).

3.7 Πρόληψη

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αυξάνονται ολοένα και περισσότερο και είναι ένα σοβαρό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία. Για να ελατωθούν τα κρούσματα θα πρέπει να υπάρξει και η κατάλληλη πρόληψη, να υπάρχει διαγνωστικός έλεγχος αλλά και ενημέρωση. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ενημερώσουν τους γονείς και τα παιδιά για τα σεξουαλικά νοσήματα και τι προκαλούν αυτά αλλά και τι πρέπει να κάνουν αν νοσήσουν από κάποιο σεξουαλικό μεταδιδόμενο νόσημα. Για να γίνει όμως μια ολοκληρωμένη αντιμετώπιση χρειάζεται διάγνωση, κατάλληλη θεραπεία και ενημέρωση των σεξουαλικών συντρόφων (Παπαρίζος & Κυριακής, 2003). Τα μέτρα πρόσληψης και μέθοδοι φραγμού είναι: α) το ανδρικό προφυλακτικό β) το γυναικείο προφυλακτικό και οι γ) κολπικοί σπύγγοι (Ρούπα-Δριβάκη, 2006)

3.7.1 Μέθοδοι Φραγμού

3.7.1.1 Ανδρικό προφυλακτικό

Είναι από υλικό λάτεξ, περιέχει σπερματοκτόνο ουσία και χρησιμοποιείται για την αποφυγή της εγκυμοσύνης αλλά και των σεξουαλικών μεταδιδόμενων ουσιών. Δεν πρέπει να γίνεται η επάλειψη βαζελίνης ή άλλης λιπαρής ουσίας, επειδή υπάρχει μεγάλος κίνδυνος το ελαστικό να γλιστρήσει ή να σχιστεί. Το προφυλακτικό είναι για μια μόνο χρήση. Θα πρέπει να γίνεται αλλαγή του προφυλακτικού για κάθε διαδοχική επαφή. Το προφυλακτικό έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Στα πλεονεκτήματα ανήκουν η προστασία από τα σεξουαλικά νοσήματα, το χαμηλό κόστος, ότι είναι παντού διαθέσιμο, είναι εύκολο στη χρήση και δεν έχει παρενέργειες. Τα μειονεκτήματα του είναι ότι σκίζεται εύκολα, μειώνει τη σεξουαλική ικανοποίηση, προκαλεί μεταβολή αίσθησης και επιπλέον πρέπει να κοιτάμε την ημερομηνία λήξης αλλά και το υλικό διότι μπορεί να υπάρξει κάποια αλλεργία (Ρούπα-Δριβάκη, 2006).

3.7.1.2 Γυναικείο προφυλακτικό

Στην αγορά ξεκίνησε να κυκλοφορεί για πρώτη φορά το 1990. Το διάφραγμα τοποθετείται γύρω από τον τράχηλο της μήτρας για να εμποδίζεται η είσοδος του σπέρματος σε αυτή. Το γυναικείο προφυλακτικό είναι αποτελεσματικός φραγμός των ΣΜΝ αλλά και της εγκυμοσύνης. Επιπλέον το προφυλακτικό αυτό είναι μιας χρήσης και το κόστος του είναι πολύ ακριβό από ότι ένα ανδρικό προφυλακτικό και υπάρχει διαθέσιμο σε όλα τα φαρμακεία (Χανιώτης, 2002).

3.7.1.3 Κολπικοί σπόγγοι

Οι κολπικοί σπόγγοι εμφανίζουν 94% ποσοστά επιτυχίας αν τοποθετηθούν σωστά ενώ το 40% μπορεί να οδηγήσει σε αποτυχία από λανθασμένες τεχνικές. Ο κολπικός σπόγγος υγραίνεται με νερό και τοποθετείται βαθιά στον κόλπο πάνω από τον τράχηλο. Τοποθετείται μέχρι και 24 ώρες πριν την επαφή. Μετά την επαφή πρέπει να παραμείνει για 6 μέχρι και 30 ώρες. Ακόμη δεν επιφέρει παρενέργειες, δίνει προστασία στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και είναι αποτελεσματικό για την αποφυγή εγκυμοσύνης. Μειονεκτεί στο ότι υπάρχει ενόχληση ή τοπικός ερεθισμός, το κόστος του είναι υψηλό και έχει αρκετά χαμηλή αποτελεσματικότητα (Ρούπα-Δριβάκη, 2006)

3.8 Νοσηλευτική Παρέμβαση

3.8.1 Οικογενειακός Προγραμματισμός και ρόλος του νοσηλευτή

Τα κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού απαρτίζονται από μια ομάδα υγείας η οποία αποτελείται από άτομα διαφορετικής επιστημονικής ειδικότητας όπως είναι γιατροί και νοσηλευτές διαφόρων ειδικοτήτων, καθώς και μαίες. Η ομάδα υγείας όμως περικλείει και άλλες ειδικότητες με σκοπό την πληρέστερη κάλυψη των αναγκών της κοινότητας. Στη διευρυμένη αυτή ομάδα ανήκουν οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι ψυχολόγοι, οι επισκέπτες υγείας και πολλές άλλες ειδικότητες που ασχολούνται με θέματα υγείας και με την αντιμετώπιση προβλημάτων που προκύπτουν από τη διαταραχή της υγείας των ατόμων. Τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού έχουν ένα χαρακτήρα περισσότερο ενημέρωσης και πρόληψης και λιγότερο ιατρικής φροντίδας και παρακολούθησης. Ο ρόλος του νοσηλευτή στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού είναι κυρίως συμβουλευτικός. Ο κύριος σκοπός του νοσηλευτή είναι να ενημερώνει τους έφηβους, τα ενεργώς σεξουαλικά άτομα και τα ζευγάρια που προγραμματίζουν να ξεκινήσουν οικογένεια. Στους έφηβους και στα ενεργώς σεξουαλικά άτομα κυρίως τους ενημερώνει για τις μεθόδους αντισύλληψης, για την σωστή επιλογή από την πληθώρα που υπάρχει στο εμπόριο και για την σωστή χρήση τους, που θα έχει ως αποτέλεσμα την αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης αλλά και την μείωση της μετάδοσης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Στα ζευγάρια που επιθυμούν να δημιουργήσουν οικογένεια ο νοσηλευτής τους συμβουλεύει να κάνουν κάποιες εξετάσεις για να εξασφαλίσουν πως και οι δυο γονείς είναι υγιείς και πως δεν θα μεταδοθεί κάποια ασθένεια στο παιδί κατά την διάρκεια της κύησης ή μετά τη γέννα του μωρού. Τέλος ο νοσηλευτής για να επιτύχει το σκοπό του θα πρέπει να γνωρίζει και να αποδέχεται τις μεθόδους της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και να τις εφαρμόζει στην άσκηση της επιστήμης του, να έχει σαφή γνώση και να αποδέχεται τις υποχρεώσεις του και τις αρμοδιότητες του. (Ρούπα-Δριβάκη, 2006)

3.8.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκτίμηση

Η νοσηλευτική εκτίμηση στους ασθενούς γίνεται από τις πληροφορίες που συλλέγει ο νοσηλευτής, σε συνεργασία με τον ασθενή ή κάποιο συγγενικό πρόσωπο. Τα στοιχεία που συλλέγονται είναι το ιστορικό του ασθενούς σε ότι αφορά φάρμακα που πήρε το τελευταίο χρονικό διάστημα, το χρόνο του τελευταίου αντιτετανικού εμβολίου και την παρουσία επειγόντων ιατρικών προβλημάτων. Επίσης ελέγχει αν υπάρχουν επιπλοκές κατά την ούρηση, αν υπάρχει ρίγος, πυρετός, εξάνθημα, ερυθρότητα ή κνησμός. Ακόμη οι νοσηλευτές κάνουν εκτίμηση της κατάστασης οποιουδήποτε ασθενή για πιθανές νοητικές διαταραχές όπως μειωμένη προσοχή, σύγχυση κ.α. Οι νοσηλευτές εξετάζουν αν υπάρχει πόνος, αν υπάρχει κίνδυνος για λοίμωξη, αν υπήρχε κατάλληλη φροντίδα στο σπίτι και αν υπάρχουν διαταραχές όγκου υγρών-έλλειμμα (Καραγεωργοπούλου, 1999).

3.8.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση της νόσου είναι σημαντικός. Γι' αυτό θα πρέπει να διαθέτει κατάλληλες γνώσεις για την αξιολόγηση και τον εντοπισμό των αναγκών του ατόμου. Θα πρέπει επίσης να διατυπώνονται οι πιθανές επιπλοκές στα άτομα με σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα προκειμένου να ληφθούν προληπτικά μέτρα για την αποφυγή των επιπλοκών, οι οποίες απασχολούν άμεσα τον ίδιο τον ασθενή και το περιβάλλον του. Προκειμένου ο νοσηλευτής να διατυπώσει τα υπαρκτά και τα πιθανά προβλήματα που απορρέουν από ένα ΣΜΝ θα πρέπει να έχει συγκεντρώσει πληροφορίες από τον ασθενή ή στην οικογένειά του αλλά και να ανατρέξει στο νέο ή παλαιό φάκελο νοσηλείας του νοσοκομείου εάν υπάρχει (Καραγεωργοπούλου, 1999). Η λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού είναι χρήσιμη, επειδή με τον τρόπο αυτό ο νοσηλευτής συγκεντρώνει πολλές χρήσιμες πληροφορίες. Οι νοσηλευτές σε κάθε νοσηλευτική διάγνωση εξετάζουν αν υπάρχει πόνος, αν υπάρχει κίνδυνος για λοίμωξη, αν υπήρχε κατάλληλη φροντίδα στο σπίτι και αν υπάρχουν διαταραχές όγκου υγρών-έλλειμμα (Καραγεωργοπούλου, 1999).

3.8.4 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Οι νοσηλευτές πρέπει να εφαρμόζουν στον ασθενή σωστή διατροφή και άσκηση. Σε ότι αφορά την μετάδοση των ΣΜΝ οι νοσηλευτές θα πρέπει να ενημερώνουν τον ασθενή και τους συγγενείς για την μετάδοσή τους, για την εξάπλωσή τους, για το τι επιπτώσεις θα φέρουν στην υγεία και πως αυτά θεραπεύονται. Επίσης οι νοσηλευτές πρέπει να συμβουλεύουν τον ασθενή για την ατομική του υγιεινή και να τον ενθαρρύνουν για τις κοινωνικές δραστηριότητες. Τέλος σε ένα ασθενή με ΣΜΝ οι νοσηλευτές πρέπει να φοράνε πάντα γάντια σε οποιαδήποτε δραστηριότητά (Καραγεωργοπούλου, 1999).

3.8.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία

Όσο αφορά τη θεραπεία των ασθενών οι νοσηλευτές πρέπει να εφαρμόζουν μια σειρά ενεργειών. Τη θεραπεία των ασθενών την ορίζει ο γιατρός και ο νοσηλευτής εκτελεί τις οδηγίες που έχει λάβει από το γιατρό. Πρώτον, θα πρέπει να γίνεται ενημέρωση του ασθενή ότι, σε περίπτωση που ο/η σύντροφος έχει μολυνθεί θα πρέπει να λάβει την ίδια φαρμακευτική αγωγή (αντιβιοτικά). Σε περίπτωση που ο σύντροφος είναι γυναίκα θα πρέπει να αποφεύγει τη χρήση ταμπόν και τη χρήση αλκοολούχων ποτών πριν και μετά τη θεραπεία. Ακόμη, οι νοσηλευτές θα πρέπει να ενημερώνουν τον πάσχοντα και το σύντροφο να ακολουθούν πιστά τη φαρμακευτική αγωγή και να υπάρχει τακτική παρακολούθηση για 1-2 εβδομάδες. Επίσης, θα πρέπει να υπάρχει καλή και συνεχής τοπική καθαριότητα του ασθενή αλλά και προσοχή από τους επαγγελματίες υγείας για την αποφυγή διασπορά του μικροβίου. Δηλαδή για την καθαριότητα των γεννητικών οργάνων πρέπει να χρησιμοποιούνται πολύ ήπια αντισηπτικά (νερό και πράσινο σαπούνι), με την τεχνική του καθαρισμού από πάνω προς τα κάτω. Τέλος θα πρέπει να γίνεται ενημέρωση του ασθενή για το πώς θα χρησιμοποιεί κάποια φάρμακα (κολπικές κρέμες, κολπικά υπόθετα κ.α.) (Καραγεωργοπούλου, 1999). Η νοσηλεία πασχόντων με ΣΜΝ έχει πολλές ιδιαιτερότητες και γι αυτό θα πρέπει να επισημανθούν και να ληφθούν υπόψη. Το είδος της ιδιαίτερης νοσηλείας ορίζει κυρίως τη μεταδοτικότητα των νόσων αυτών. Προπάντων οι νοσηλευτές πρέπει να προστατεύσουν πρώτα τον εαυτό τους αλλά και το συνάνθρωπό τους. Οι νοσηλευτές οφείλουν να γνωρίζουν πως τα είδη καθημερινής χρήσης πρέπει να αποστειρώνονται.

Κάθε σεξουαλικό μεταδιδόμενο νόσημα έχει και το δικό του χρόνο επώασης, το χρόνο μετάδοσης αλλά και το χρόνο που χρειάζεται ο ίδιος ο πάσχοντας για να νοσηλευτεί (Καραγεωργοπούλου, 1999). Η προφυλακτική μπλούζα δεν πρέπει να αλλάζει στο θάλαμο του ασθενή αλλά να τη χρησιμοποιούμε για συνεχή χρήση. Ακόμη, οι νοσηλευτές πρέπει πάντα να φοράνε μάσκα και γάντια για να μη μολυνθούν. Ο ασθενής που νοσεί από οποιοδήποτε σεξουαλικό μεταδιδόμενο νόσημα εισάγεται σε θάλαμο απομόνωσης. Ο οποιοσδήποτε εισέρχεται στο θάλαμο απομόνωσης πρέπει να φοράει γάντια, μάσκα και όταν εξέρχεται να τα αφαιρεί. Στην έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο ο θάλαμος πρέπει να απολυμαίνεται. (Καραγεωργοπούλου, 1999).

3.8.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων

Η πρόληψη των νόσων είναι μια από τις θεμελιώδεις ευθύνες των επαγγελματιών υγείας. Η πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων μπορεί να είναι πρωτοβάθμια, η οποία περιλαμβάνει την προσέγγιση των εφήβων που δεν έχουν ακόμη αρχίσει τη σεξουαλική τους δραστηριότητα ή μπορεί να είναι δευτεροβάθμια που επικεντρώνεται στους εφήβους που έχουν αρχίσει ή είναι έτοιμοι να ξεκινήσουν τη σεξουαλική τους δραστηριότητα με σκοπό την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Η δευτεροβάθμια πρόληψη περιλαμβάνει τη βοήθεια από τους γονείς αλλά και τους επαγγελματίες υγείας, ιδίως τους νοσηλευτές για τη χρήση του προφυλακτικού, τον τακτικό έλεγχο σε κέντρα θεραπείας των ίδιων αλλά και των σεξουαλικών συντρόφων. Ακόμη οι έφηβες που έχουν ενεργή σεξουαλική ζωή θα πρέπει να κάνουν το εμβόλιο των ανθρωπίνων θηλωμάτων. Τέλος στις γυναίκες ηλικίας άνω των 21 ετών θα πρέπει να γίνεται η σταδιακή παρακολούθηση μέσω του τεστ Παπ για τυχόν αλλοιώσεις του τραχήλου (Καραγεωργοπούλου, 1999).

3.8.7 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην κοινότητα

Η σεξουαλική δραστηριότητα σήμερα δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο στην οικογένεια αλλά σε όλη την κοινότητα. Ο περιορισμός των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων και των εφηβικών κήσεων είναι ο στόχος για τη σεξουαλική αγωγή. Για τη σεξουαλική αγωγή όμως χρειάζεται η βοήθεια του κοινοτικού νοσηλευτή. Ο ρόλος του οποίου σχετίζεται με την ενημέρωση ως προς τη σεξουαλική δραστηριότητα των ατόμων αλλά και την αντίφαση που υπάρχει ηθικά, νομικά, κοινωνικά αλλά και θρησκευτικά. Θα πρέπει να υποστηρίζει οποιοδήποτε άτομο στο να εξερευνά και να ενδιαφέρεται για τις λειτουργίες του σώματός του και τέλος να ενημερώνει τη κοινωνία για τη σεξουαλική αγωγή (Καραγεωργοπούλου, 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Το είδος της έρευνας

Το είδος της έρευνας είναι ποιοτική και δευτερογενής (έχουν χρησιμοποιηθεί τα ευρήματα άλλων ερευνών). Η ποιοτική έρευνα αποτελεί όχι μόνο μια ερευνητική μεθοδολογία που η χρήση της διαρκώς αποκτά όλο και μεγαλύτερη σπουδαιότητα, αλλά και μια μεθοδολογία που είναι ιδιαίτερα σχετική με τη νοσηλευτική πράξη και χρήσιμη για τη διερεύνηση και διεύρυνση της νοσηλευτικής γνώσης (Δαρβίρη, 2009).

4.2 Περιγραφή δείγματος

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 15 άρθρα στην αγγλική και ελληνική γλώσσα. Τα άρθρα αυτά συλλέχθηκαν από τις μηχανές αναζήτησης PubMed και Google Scholar και περιγράφουν την επιδημιολογία και τη νοσηλευτική παρέμβαση στα ΣΜΝ.

4.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar. Οι ελληνικές λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, φροντίδα, νοσηλευτική παρέμβαση, νοσηλευτική, κλινικές περίθαλψης και οι αγγλικοί όροι sexually transmitted diseases, care, nurse intervention, nurse care.

4.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων ακολουθήθηκε η διαδικασία της αναζήτησης μέσω των μηχανών αναζήτησης PubMed και Google Scholar χρησιμοποιώντας συγκεκριμένες λέξεις κλειδιά στην ελληνικά και αγγλική γλώσσα. Τα κριτήρια αποδοχής αυτών ήταν το έτος δημοσίευσής τους, δηλαδή να είναι δημοσιευμένα την τελευταία πενταετία και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Επίσης τέθηκε περιορισμός όσο αφορά τη γλώσσα δημοσίευσης των άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην αγγλική και ελληνική γλώσσα.

Τέλος το περιεχόμενο των άρθρων αφορά τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και σε ποιούς πληθυσμούς ενδημούν περισσότερο καθώς τη νοσηλευτική παρέμβαση στα ΣΜΝ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ / ΕΥΡΗΜΑΤΑ

ΑΡΘΡΟ 1

Marks et al., (2015). Prevalence of sexually transmitted infections in female clinic attendees in Honiara, Solomon Islands, *BMJ Open*, 1, p.1-6

ABSTRACT

Objectives: This study sought to determine the prevalence of common bacterial sexually transmitted infections, including *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*, in women attending clinics in the Solomon Islands.

Methods: We conducted a sexual health survey among women attending three nurse-led community outpatient clinics in August 2014, to establish the prevalence of bacterial sexually transmitted infections in female clinic attenders in Honiara, Solomon Islands. Vaginal swab samples were tested for infection with *C. trachomatis* and *N. gonorrhoeae* using a commercial strand displacement amplification assay. Serum samples were tested for syphilis.

Results: We enrolled 296 women, aged 16–49, attending three clinics. Knowledge of safe sexual practices was high but reported condom usage was low. The prevalence of infection with *C. trachomatis* was 20%. The prevalence of infection with *N. gonorrhoeae* and syphilis were 5.1% and 4.1%, respectively.

Conclusions: Bacterial sexually transmitted infections are a major health problem in the Solomon Islands. Interventions are urgently needed.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Στόχοι: Η παρούσα μελέτη επεδίωξε να προσδιορίσει την επικράτηση των κοινών βακτηριακών σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων, συμπεριλαμβανομένων των χλαμυδίων και γονόρροιων, στις γυναίκες που παρακολουθούν κλινικές στις Νήσους Σολομώντος.

Μέθοδοι: Διεξήγαμε έρευνα σεξουαλικής υγείας μεταξύ των γυναικών που παρακολουθούσαν τρεις κλινικές εξωτερικών ασθενών, τον Αύγουστο του 2014, προκειμένου να διαπιστωθεί η επικράτηση βακτηριακών σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων σε γυναίκες που παρακολουθούν κλινικές στην Χόνιρα των Νήσων Σολομώντος. Τα δείγματα κολπικού επιχρίσματος ελέγχθηκαν για μόλυνση με χλαμύδια και γονόρροια χρησιμοποιώντας μια δοκιμασία ενίσχυσης μετατόπισης κλώνου. Τα δείγματα ορού δοκιμάστηκαν για σύφιλη.

Αποτελέσματα: Εισήχθησαν 296 γυναίκες, ηλικίας 16-49 ετών, που παρακολούθησαν τρεις κλινικές. Η γνώση σχετικά με τις ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές ήταν υψηλή, αλλά ανέφεραν ότι η χρήση προφυλακτικών ήταν χαμηλή. Ο επιπολασμός της μόλυνσης με χλαμύδια ήταν 20%. Ο επιπολασμός της μόλυνσης με γονόρροια και σύφιλη ήταν 5,1% και 4,1% αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Οι βακτηριακές σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις αποτελούν μείζον πρόβλημα υγείας στις Νήσους Σολομώντος. Απαιτούνται επείγοντως παρεμβάσεις.

APΘPO 2

Ruan, et al., (2013). Evaluation of Harm Reduction Programs on Seroincidence of HIV, Hepatitis B and C, and Syphilis Among Intravenous Drug Users in Southwest China, *Sexually Transmitted Diseases*, 40 (4), p.323-328

Objective: The aim of this study was to evaluate the impact of a multifaceted harm reduction program by comparing Seroincidence rates of HIV, hepatitis C virus (HCV), hepatitis B virus (HBV), and syphilis before and after implementation of harm reduction strategies among intravenous drug users in a drug-trafficking city in Southwest China.

Methods: Two prospective cohorts were followed up every 6 months for seroconversions of HIV, HCV, and syphilis antibodies and HBV surface antigen.

Results: After implementation of harm reduction strategies in Xichang city, Sichuan province, the HIV incidence rate among IDUs significantly dropped from 2.5 to 0.6 cases per 100 person-years. Sub analyses also indicated that the incidence rate of HBV significantly declined from 14.2 to 8.8 cases per 100 person-years. No significant changes in the Seroincidence rates of HCV or syphilis were detected after implementation of IDU harm reduction strategies.

Conclusions: Harm reduction strategies may help reduce the high incidence of certain blood-borne infectious diseases and sexual transmitted diseases among high-risk IDUs in southwest China. Additional research is needed on the implementation and evaluation of harm reduction strategies in China.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Στόχοι: Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογηθεί ο αντίκτυπος ενός πολύπλευρου προγράμματος του HIV, του ιού ηπατίτιδας C, του ιού ηπατίτιδας B και της σύφιλης πριν και μετά από την εφαρμογή των στρατηγικών μείωσης ζημιάς μεταξύ των ενδοφλέβιων χρηστών φαρμάκων πόλη διακίνησης ναρκωτικών στη νοτιοδυτική Κίνα.

Μέθοδοι: Δύο ενδεχόμενες ομάδες ακολουθήθηκαν κάθε 6 μήνες για τις εκδόσεις του HIV, HCV και των αντισωμάτων σύφιλης και του αντιγόνου επιφάνειας HBV.

Αποτελέσματα: Μετά από την εφαρμογή των στρατηγικών στην πόλη Xichang και συγκεκριμένα στην επαρχία Sichuan, το ποσοστό επίπτωσης HIV ελαττώθηκε σημαντικά από 2.5 έως 0.6 περιπτώσεις ανά 100 άνθρωποι. Οι υποαναλύσεις επίσης έδειξαν ότι το ποσοστό επίπτωσης του HBV μειώθηκε σημαντικά από 14.2 έως 8.8 περιπτώσεις ανά 100 άνθρωποι. Καμία σημαντική αλλαγή στα ποσοστά του HCV ή σύφιλης δεν ανιχνεύθηκε μετά από την εφαρμογή των στρατηγικών μείωσης.

Συμπεράσματα: Οι στρατηγικές μείωσης ζημιάς μπορούν να βοηθήσουν να μειώσουν την υψηλή συχνότητα ορισμένων μολυσματικών ασθενειών και των σεξουαλικών διαβιβασθεισών ασθενειών μεταξύ υψηλού κινδύνου στη νοτιοδυτική Κίνα. Η πρόσθετη έρευνα απαιτείται την εφαρμογή και την αξιολόγηση στις στρατηγικές μείωσης ζημιάς στην Κίνα.

APΘPO 3

Cynthia et al., (2015). Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae and syphilis among men who have sex with men in Brazil, *BMC Public Health*, p.1-15

Background: Sexually transmitted diseases are frequently asymptomatic and increase the likelihood of transmitting and acquiring HIV. In Brazil, the guidelines for STDs diagnosis and treatment are based on the syndromic approach. Nucleic acid amplification tests have been recommended as routine STDs screening in some countries, especially for men who have sex with men. Limited data are available about how to best define target groups for routine screening by NAATs within this population. We aimed to assess the prevalence of rectal and urethral *Chlamydia trachomatis* (CT) and *Neisseria gonorrhoeae* (NG) infections and syphilis, and the factors associated with having at least one STD among HIV-infected and uninfected MSM in Rio de Janeiro, Brazil.

Methods: From August 2010 to June 2012, 391 MSM were enrolled into the Evandro Chagas National Institute of Infectious Diseases-INI-Fiocruz cohort, and 292 MSM (HIV-infected:211 and HIV-uninfected:81) were included in this study. NAATs were performed on the rectal swabs and urine for CT and NG. The rapid plasma reagin test and microhemagglutination assay for *Treponema pallidum* were performed for syphilis diagnosis.

Results: The overall prevalence of STD was 20.0% (95%CI: 15.7-25.1): 10% anorectal chlamydia; syphilis 9.9%; anorectal gonorrhea 2.5%; and urethral chlamydia 2.2%; no case of urethral gonorrhea was detected. The proportion of HIV-positive MSM who had at least one STD was nearly two times that of HIV-negative MSM (22.6% vs 13.2%; $P = 0.09$). The frequency of each STD, except for anorectal NG (1.5% vs.5.2%), was higher among HIV-positive than HIV-negative individuals. Among the 211 asymptomatic participants, 17.5% ($n = 37$) were identified as having at least one STD; 10.4% ($n = 22/211$) tested positive for anorectal chlamydia. Sixty five percent of HIV-positive MSM were asymptomatic at the time of the STD diagnosis, while 100.0% of the HIV-negative MSM. Age and a positive-HIV serostatus were significantly associated with STD diagnosis.

Conclusion: An overall high STD-prevalence rate was observed, especially among HIV-infected and in younger individuals, and the majority of STDs were

asymptomatic. STD screening using NAATs among asymptomatic MSM is a potentially cost-effective intervention for the prevention of HIV infection among MSM.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Υπόβαθρο: Οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες είναι συχνά ασυμπτωματικές και αυξάνουν την πιθανότητα της διαβίβασης και της απόκτησης του HIV. Στη Βραζιλία, οι οδηγίες για τη διάγνωση και τη θεραπεία σεξουαλικών μεταδιδόμενων ασθενειών είναι βασισμένες στη συνδρομική προσέγγιση. Οι δοκιμές ενίσχυσης νουκλεϊνικού οξέος έχουν συστηθεί ως στερεότυπα στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα καλύπτοντας σε μερικές χώρες, ειδικά για τα άτομα που έρχονται σε σεξουαλική επαφή με άλλα άτομα. Στοχεύσαμε να αξιολογήσουμε την επικράτηση πρωκτικών της σύφιλης, χλαμυδίων και βλεννορροιών και οι παράγοντες σύνδεσαν με την κατοχή τουλάχιστον ενός σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος μεταξύ HIV-μολυσμένου και ομοφυλόφιλων ανδρών στο Pó de Janeiro, στη Βραζιλία.

Μέθοδοι: Από τις Αυγούστου 2010 έως τις Ιουνίου 2012, 391 ομοφυλόφιλοι άνδρες εγγράφηκαν στο εθνικό ίδρυμα Evandro Chagas και 292 ομοφυλόφιλοι άνδρες (HIV-μολυσμένα: 211 και HIV-μη μολυσμένα: 81) περιλήφθηκε σε αυτήν την μελέτη. Η έρευνα εκτελέστηκε στα πρωκτικά και στα ούρα για χλαμύδια και βλεννόρροια. Το γρήγορο πλάσμα εξετάζουν και η δοκιμή για τρεπόννημα εκτελέστηκε για τη διάγνωση σύφιλης.

Αποτελέσματα: Η γενική επικράτηση του σεξουαλικού μεταδιδόμενου νοσήματος ήταν 20.0%, χλαμύδια 10%, σύφιλη 9.9%, ορθοπρωκτική γονόρροια 2.5% και χλαμύδια 2.2%. Το ποσοστό οροθετικών ομοφυλόφιλων ανδρών είχε τουλάχιστον ένα σεξουαλικό μεταδιδόμενο νόσημα. Η συχνότητα κάθε σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος, εκτός από τη βλεννόρροια, ήταν υψηλότερη μεταξύ οροθετικού από τον HIV. Μεταξύ των 211 ασυμπτωματικών συμμετεχόντων, 17.5% προσδιορίστηκαν πως έχοντας τουλάχιστον ένα σεξουαλικό μεταδιδόμενο νόσημα δοκιμασμένο θετικό 10.4% για χλαμύδια. Η ηλικία και ο θετικός-HIV συνδέθηκαν σημαντικά με τη διάγνωση σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Το **συμπέρασμα:** Ένα γενικό υψηλό ποσοστό πρότυπο-επικράτησης παρατηρήθηκε, ειδικά μεταξύ των HIV μολυσμένων και νεότερων ατόμων, και η πλειοψηφία των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων ήταν ασυμπτωματική. Η διαλογή ενός σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος που χρησιμοποιεί μεταξύ ασυμπτωματικού ομοφυλόφилου είναι μια ενδεχομένως οικονομικώς αποδοτική επέμβαση για την πρόληψη της μόλυνσης HIV μεταξύ ομοφυλόφιλων ανδρών.

APPOPO 4

Lorch, et al., (2015). Do Australian general practitioners believe practice nurses can take a role in chlamydia testing? A qualitative study of attitudes and opinions, *BMC Infectious Diseases*, 1, p.1-16

Background: Chlamydia notifications continue to rise in young people in many countries and regular chlamydia testing is an important prevention strategy. Although there have been initiatives to increase testing in primary care, none have specifically investigated the role of practice nurses (PNs) in maximising testing rates. PNs have previously expressed a willingness to be involved, but noted lack of support from general practitioners (GPs) as a barrier. We sought GPs' attitudes and opinions on PNs taking an expanded role in chlamydia testing and partner notification.

Methods: In the context of a cluster randomised trial in mostly rural towns in 4 Australian states, semi structured interviews were conducted with 44 GPs between March 2011 and July 2012. Data relating to PN involvement in chlamydia testing were thematically analysed using a conventional content analysis approach.

Results: The majority of GPs interviewed felt that a role for PNs in chlamydia testing was appropriate. GPs felt that PNs had more time for patient education and advice, that patients would find PNs easier to talk to and less intimidating than GPs, and that GPs themselves could benefit through a reduction in their workload. Although GPs felt that PNs could be utilised more effectively for preventative health activities such as chlamydia testing, many raised concerns about how these activities would be remunerated whilst some felt that existing workload pressures for PNs could make it difficult for them to expand their role. Whilst some rural GPs recognised that PNs might be well placed to conduct partner notification, they also recognised that issues of patient privacy and confidentiality related to living in a "small town" was also a concern.

Conclusion: This is the first qualitative study to explore GPs' views around an increased role for PNs in chlamydia testing. Despite the concerns raised by PNs, these findings suggest that GPs support the concept and recognise that PNs are suited to the role. However issues raised, such as funding and remuneration may act as barriers that will need to be addressed before PNs are supported to make a contribution to increasing chlamydia testing rates in general practice.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Υπόβαθρο: Τα γλαμύδια συνεχίζουν να αυξάνονται στους νέους σε πολλές χώρες. Αν και έχουν υπάρξει πρωτοβουλίες να αυξηθεί η δοκιμή στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, κανένας δεν έχει ερευνήσει συγκεκριμένα το ρόλο των νοσοκόμων πρακτικής στη μεγιστοποίηση των εξεταστικών ποσοστών. Το ρόλο των νοσοκόμων πρακτικής έχει εκφράσει προηγουμένως μια προθυμία που περιλαμβάνεται, αλλά τη σημειωμένη έλλειψη υποστήριξης από τους ιατρούς παθολόγους ως εμπόδιο. Τοποθετήσεις και απόψεις επιδιώχθηκαν στους παθολόγους σχετικά με το ρόλο των νοσοκόμων πρακτικής που παίρνουν έναν αποκτηθέντα ρόλο στη δοκιμή γλαμυδίων.

Μέθοδοι :Στα πλαίσια μιας μελέτης τυχαιοποίησαν τη δοκιμή στις αγροτικές πόλεις και συγκεκριμένα σε 4 αυστραλιανά κράτη. Συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν με τους παθολόγους στις Μαρτίου 2011 και τον Ιούλιο του 2012. Τα στοιχεία σχετικά με τη συμμετοχή του ρόλου των νοσοκόμων πρακτικής στη δοκιμή γλαμυδίων αναλύθηκαν θεματικά χρησιμοποιώντας μια συμβατική προσέγγιση ανάλυσης περιεχομένου.

Αποτελέσματα: Οι παθολόγοι από τις συνεντεύξεις δήλωσαν πως ο ρόλος για τους νοσηλευτές στα ΣΜΝ ήταν κατάλληλος. Επίσης θεώρησαν ότι ο ρόλος των νοσοκόμων πρακτικής είχαν περισσότερο χρόνο και για την εκπαίδευση και στο να συμβουλευθούν τους ασθενείς και πως οι ασθενείς θα έβρισκαν τους νοσηλευτές ευκολότερα από τον παθολόγο. Επιπλέον μερικοί παθολόγοι θεώρησαν ότι οι νοσηλευτές θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικότερα για τις προληπτικές δραστηριότητες υγείας όπως στη δοκιμή γλαμυδίων, ενώ μερικοί θεώρησαν ότι οι υπάρχουσες πιέσεις φόρτου εργασίας για τους νοσηλευτές θα μπορούσαν να το καταστήσουν δύσκολο στο να επεκτείνουν το ρόλο τους.

Ενώ κάποιο αγροτικός παθολόγος αναγνώρισε ότι η δύναμη των νοσηλευτών τοποθετείται καλά για να διευθύνει την ανακοίνωση συνεργατών, επίσης αναγνώρισε ότι τα ζητήματα της υπομονετικήςμυστικότητας και της εμπιστευτικότητας σχετικά με τη διαβίωση «σε έναν μικρού χωριού» ήταν επίσης μια ανησυχία.

Συμπέρασμα: Αυτό είναι η πρώτη ποιοτική μελέτη για να εξερευνηθούν απόψεις γύρω από έναν αυξανόμενο ρόλο των νοσηλευτών. Παρά τις ανησυχίες που προκαλούνται από τους νοσηλευτές, αυτά τα συμπεράσματα προτείνουν ότι ο παθολόγος υποστηρίζει την έννοια και αναγνωρίζει ότι οι νοσηλευτές ταιριάζουν στο ρόλο αυτό. Εντούτοις τα ζητήματα που προκύπτουν, όπως η χρηματοδότηση και η ανταμοιβή μπορούν να ενεργήσουν ως εμπόδια που θα πρέπει να εξεταστούν προτού

να υποστηριχθεί ο ρόλος των νοσηλευτών για να έχει μια συμβολή στην αυξανόμενη πρακτική ποσοστών χλαμύδια εξεταστική γενικά.

APPOPO 5

Mendelsohn, et al., (2015). Design and implementation of a sexual health intervention for migrant construction workers situated in Shanghai, China, *Emerging Themes in Epidemiology*, 1, p.1-16

Background: China's growing population of internal migrants has exceeded 236 million. Driven by rapid development and urbanization, this extreme population mobility creates opportunities for transmission of HIV and sexually transmitted infections (STI). Large numbers of rural migrants flock to megacities such as Shanghai in search of employment. Although migrants constitute a key population at heightened risk of acquiring HIV or an STI, there is a lack of easily accessible sexual health services available for them. In response, we designed a short, inexpensive sexual health intervention that sought to improve HIV and STI knowledge, while reducing stigma, risky sexual behaviour, and sexual transmission of HIV and STI among migrant construction workers (MCW) situated in Shanghai, China.

Results: We implemented a three-armed, community-randomized trial spread across three administrative districts of Shanghai. The low-intensity intervention included educational pamphlets. The medium-intensity intervention included pamphlets, posters, and videos. The high-intensity intervention added group and individual counseling sessions. Across 18 construction sites, 1871 MCW were allocated at baseline to receive one intervention condition. Among baseline participants, 1304 workers were retained at 3-months, and 1013 workers were retained at 6-months, representing a total of 579 person-years of follow-up. All workers, regardless of participation, had access to informational materials even if they did not participate in the evaluation. Overall outputs included: 2284 pamphlets distributed, 720 posters displayed, 672 h of video shown, 376 participants accessed group counselling, and 61 participants attended individual counselling sessions. A multivariable analysis of participation found that men, workers situated in Huangpu district, and those with a middle school education were more likely to have participated in intervention activities.

Conclusion: A brief educational intervention that prioritized ease of delivery to a highly mobile workforce was feasible and easily accessed by participants.

Routine implementation of sexual health interventions in workplaces that employ migrant labour have the potential to make important contributions toward improving HIV and STI outcomes among migrant workers in China's largest cities.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Υπόβαθρο: Ο αυξανόμενος πληθυσμός της Κίνας λόγω των εσωτερικών μεταναστών έχει υπερβεί στα 236 εκατομμύρια. Η ταχεία ανάπτυξη και η αστικοποίηση, του πληθυσμού δημιουργεί ευκαιρίες τη μετάδοση του ιού HIV και των ΣΜΝ. Ο μεγάλος αριθμός των αγροτικών μεταναστών συρρέουν σε μεγαλουπόλεις όπως η Σαγκάη για αναζήτηση εργασίας. Παρά το γεγονός ότι οι μετανάστες αποτελούν ένα βασικό πληθυσμό σε αυξημένο κίνδυνο του ιού HIV ή των ΣΜΝ, υπάρχει και η έλλειψη σε προσβάσιμες υπηρεσίες για την υγεία τους. Σε απάντηση, σχεδιάσαμε μια μικρή, φθηνή παρέμβαση για τη σεξουαλική υγεία που επιδιώκει να βελτιώσει τη γνώση του ιού HIV και των ΣΜΝ, μεταξύ των διακινούμενων εργαζομένων στις κατασκευές που βρίσκονται στη Σαγκάη της Κίνας.

Αποτελέσματα: Έχει εφαρμοστεί μια δοκιμή, σε τυχαιοποιημένη κοινότητα εξάπλωσης σε τρεις διοικητικές περιφέρειες της Σαγκάης. Η παρέμβαση χαμηλής έντασης περιλαμβάνει εκπαιδευτικά φυλλάδια. Η παρέμβαση μεσαίας έντασης περιλαμβάνει φυλλάδια, αφίσες και βίντεο. Η παρέμβαση υψηλής έντασης έχει προσθέσει ομαδικές και ατομικές συνεδρίες συμβουλευτικής. Σε 18 εργοτάξια, 1871 μετανάστες διατέθηκαν κατά την έναρξη για να λάβουν μια παρέμβαση. Οι βασικοί συμμετέχοντες ήταν 1304 εργαζόμενοι σε 3-μήνες, και 1013 εργαζόμενοι σε 6 μήνες, αντιπροσωπεύοντας συνολικά τα 579 άτομα παρακολούθησης. Όλοι οι εργαζόμενοι, ανεξάρτητα από τη συμμετοχή του, είχαν πρόσβαση σε πληροφοριακό υλικό, ακόμη και αν ορισμένοι από αυτούς δεν συμμετείχαν στην αξιολόγηση. Συνολικά αποτελέσματα περιλαμβάνονται: 2284 φυλλάδια που διανέμονται, 720 αφίσες, 672 ώρες βίντεο, 376 συμμετέχοντες είχαν πρόσβαση συμβουλευτική ομάδα, και 61 συμμετέχοντες παρακολούθησαν ατομικές συνεδρίες συμβουλευτικής. Μια πολυπαραγοντική ανάλυση της συμμετοχής διαπίστωσαν ότι οι άνδρες, οι εργαζόμενοι που βρίσκονται στην περιοχή Huangpu, και εκείνοι με μια μέση σχολική εκπαίδευση ήταν πιο πιθανό να έχουν συμμετάσχει σε δραστηριότητες παρέμβασης.

Συμπεράσματα: Μια σύντομη εκπαιδευτική παρέμβαση που προτεραιότητα της ήταν η ευκολία της παράδοσης σε ένα ιδιαίτερα κινητό εργατικό δυναμικό ήταν εφικτό και εύκολα προσβάσιμο από τους συμμετέχοντες. Η τακτική εφαρμογή της σεξουαλικής παρέμβασης στην υγεία στους χώρους εργασίας που απασχολούν εργάτες μετανάστες έχουν τη δυνατότητα να συμβάλουν σημαντικά στην βελτίωση του ιού HIV και των

σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων μεταξύ των διακινούμενων εργαζομένων στις μεγαλύτερες πόλεις της Κίνας.

ΑΡΘΡΟ 6

Βαλάρη και συν., (2011). Απόψεις φοιτητών νοσηλευτικής και επαγγελματιών νοσηλευτών σχετικά με την επίδραση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων στη σεξουαλική τους συμπεριφορά, *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 3 (2), σελ.81-86

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή/ Σκοπός: Η διερεύνηση των απόψεων φοιτητών νοσηλευτικής και επαγγελματιών νοσηλευτών για την επίδραση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (ΣΜΝ) στη σεξουαλική τους συμπεριφορά.

Υλικό και μέθοδος: Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 150 φοιτητές ΑΤΕΙ Νοσηλευτικής και 150 επαγγελματίες νοσηλευτές. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με κλειστού και ανοικτού τύπου ερωτήσεις. Χρησιμοποιήθηκαν πίνακες συνάφειας και η στατιστική δοκιμασία χ^2 test. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0,05$.

Αποτελέσματα: Το 54,6 % των φοιτητών και το 64,7 % των νοσηλευτών θεωρεί ότι οι άνθρωποι με τους οποίους συνευρίσκονται σεξουαλικά δε θα μπορούσαν ποτέ να κολλήσουν AIDS. Η πλειονότητα των φοιτητών (56,9%) θεωρούσε, με στατιστικά σημαντική διαφορά από τους νοσηλευτές (21,3%) ότι είναι ευθύνη του άντρα η παροχή προφυλακτικών. Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ομάδας των νοσηλευτών και της ομάδας των φοιτητών νοσηλευτικής σχετικά με την επάρκεια των γνώσεών τους πάνω στα ΣΜΝ/AIDS (75,0% έναντι 8,6 % αντίστοιχα).

Συμπέρασμα: Τα ΣΜΝ έχουν επίπτωση στη σεξουαλική συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας. Οι φοιτητές νοσηλευτικής θεωρούν ότι έχουν έλλειμμα γνώσης πάνω στο ζήτημα των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

APPOPO 7

Pathela. et al., (2015). Sexually Transmitted Infection Clinics as Safety Net Providers: Exploring the Role of Categorical Sexually Transmitted Infection Clinics in an Era of Health Care Reform, *Sexually Transmitted Diseases* 42 (5), p.286-293

Background: For many individuals, the implementation of the US Affordable Care Act will involve a transition from public to private health care venues for sexually transmitted infection care and prevention. To anticipate challenges primary care providers may face and to inform the future role of publicly funded Sexually Transmitted Disease clinics, it is useful to consider their current functions.

Methods: Data collected by 40 Sexually Transmitted Disease clinics that are a part of the Sexually Transmitted Disease Surveillance Network were used to describe patient demographic and behavioral characteristics, Sexually Transmitted Disease diagnoses, and laboratory testing data in 2010 and 2011.

Results: A total of 608,536 clinic visits were made by 363,607 unique patients. Most patients (61.9%) were male; 21.9% of men reported sex with men. Roughly half of patients were 20 to 29 years old (47.1%) and non-Hispanic black (56.2%). There were 212,765 STI diagnoses (mostly non reportable) that required clinical examinations. A high volume of chlamydia, gonorrhea, and HIV testing was performed (>350,000 tests); the prevalence was 11.5% for chlamydia, 5.8% for gonorrhea, 0.9% for HIV, and varied greatly by sex and men reported sex with men status. Among men reported sex with men with chlamydia or gonorrhea, 40.1% (1811/4448) of chlamydia and 46.2% (3370/7300) of gonococcal infections were detected at extragenital sites.

Conclusions: Sexually Transmitted Disease Surveillance Network clinics served populations with high Sexually Transmitted Disease rates. Given experience with diagnoses of both non reportable and reportable Sexually Transmitted Disease and extragenital chlamydia and gonorrhea testing, Sexually Transmitted Disease clinics comprise a critical specialty network in Sexually Transmitted Disease diagnosis, treatment, and prevention.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Υπόβαθρο: Για πολλά άτομα, η εφαρμογή του νόμου αμερικανικής προσιτού προσοχής θα περιλάβει μια μετάβαση στους δημόσιους σε ιδιωτικούς χώρους περίθαλψης για τη σεξουαλικά μεταδιδόμενη προσοχή και την πρόληψη μόλυνσης. Για να προσδοκήσουν τις προκλήσεις οι αρχικοί προμηθευτές προσοχής μπορούν να αντιμετωπίσουν και να ενημερώσουν το μελλοντικό ρόλο για τις χρηματοδοτούμενες από το δημόσιο σεξουαλικά μεταδιδόμενες κλινικές ασθενειών, που είναι χρήσιμο να εξεταστούν οι τρέχουσες λειτουργίες τους.

Μέθοδοι: Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από 40 σεξουαλικά μεταδιδόμενες κλινικές είναι ένα μέρος του σεξουαλικά μεταδιδόμενου δικτύου επιτήρησης ασθενειών για να περιγράψουν τα υπομονετικά δημογραφικά και συμπεριφοριστικά χαρακτηριστικά. Δηλαδή τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες διαγνώσεις ασθενειών, και τα στοιχεία εργαστηριακής δοκιμής το 2010 και το 2011.

Αποτελέσματα: Συνολικά 608.536 επισκέψεις κλινικών έγιναν από 363.607 μοναδικούς ασθενείς. Οι περισσότεροι ασθενείς (61.9%) ήταν αρσενικοί 21.9% αναφερόμενου του ίδιου φύλου. Κατά προσέγγιση οι μισοί από τους ασθενείς ήταν 20 έως το 29 ετών (47.1%). Μια μεγάλη ποσότητα του χλαμύδιου, της βλεννόρροιας, και της δοκιμής HIV εκτελέσθηκε (δοκιμές >350,000) η επικράτηση ήταν 11.5% για τα χλαμύδια, 5.8% για τη βλεννόρροια, 0.9% για το HIV. Μεταξύ αναφερόμενου του τα άτομα με χλαμύδια ή βλεννόρροια ήταν 40.1%.

Συμπεράσματα: Σεξουαλικά μεταδιδόμενες κλινικές από την επιτήρηση ασθενειών είχαν τα υψηλότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα ποσοστά ασθενειών. Λαμβάνοντας υπόψη την εμπειρία με τις διαγνώσεις η μη καταγράψιμη και καταγράψιμη σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια είναι τα χλαμύδια και η βλεννόρροιας. Οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες κλινικές περιλαμβάνουν ένα κρίσιμο δίκτυο ειδικότητας στη σεξουαλικά μεταδιδόμενη διάγνωση, τη θεραπεία, και την πρόληψη ασθενειών.

APΘPO 8

Monti- Suzan et al., (2015). Benefits of task-shifting HIV care to nurses in terms of health-related quality of life in patients initiating antiretroviral therapy in rural district hospitals in Cameroon, *HIV Medicine*, 16, p.307-318

Objectives: The World Health Organization (WHO) recommends task-shifting HIV care to nurses in low resource settings with limited numbers of physicians. However, the effect of such task-shifting on the health-related quality of life of people living with HIV has seldom been evaluated. We aimed to investigate the effect of task-shifting HIV care to nurses on health-related quality of life outcomes in people living with HIV initiating antiretroviral therapy in rural district hospitals in Cameroon.

Methods: Outcomes in people living with HIV were longitudinally collected in the 2006–2010 Stratall trial. people living with HIV were followed up for 24 months by nurses and/or physicians. Six -related quality of life dimensions were assessed during face-to-face interviews using the World Health Organization Quality of Life HIV BREF scale: physical health; psychological health; independence level; social relationships; environment; and spirituality/religion/personal beliefs. The degree of task-shifting was estimated using a consultant ratio. The effect of task-shifting and other potential correlates on health-related quality of life dimensions was explored using a Heckman two-stage approach based on linear mixed models to adjust for the potential bias caused by missing data in the outcomes.

Results: Of 1424 visits in 440 people living with HIV (70.5% female; median age 36 years; median CD4 count 188 cells/μL at enrolment), 423 (29.7%) were task-shifted to nurses. After multiple adjustments, task-shifting was associated with higher health-related quality of life L level for four dimensions: physical health, psychological health independence level and environment.

Conclusions: Task-shifting HIV care to nurses benefits the health-related quality of life of people living with HIV Together with the previously demonstrated comparable clinical effectiveness of physician-based and nurse-based models of HIV care, our results support the World Health Organization recommendation for task-shifting.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Στόχοι: Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας συστήνει ως στόχο την προσοχή HIV σε νοσοκόμες με τους περιορισμένους αριθμούς παθολόγων. Εντούτοις, στα αγροτικά νοσοκομεία περιοχής στο Καμερούν η επίδραση σχετικά με την υγεία και στη ποιότητα της ζωής των ανθρώπων που ζουν με το HIV και αρχίζουν θεραπεία.

Μέθοδοι: Οι εκβάσεις των ανθρώπων που ζουν με HIV συλλέχθηκαν κατά μήκος στη δοκιμή 2006–2010. Οι άνθρωποι που ζουν με το HIV ακολουθήθηκαν για 24 μήνες από τις νοσοκόμες ή/και τους παθολόγους. Έξι οι σχετικές ποιοτικές της ζωής διαστάσεις αξιολογήθηκαν κατά τη διάρκεια συνεντεύξεις πρόσωπο με πρόσωπο χρησιμοποιώντας την κλίμακα ποιοτικού της ζωής HIV BREF Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας: φυσική υγεία ψυχολογική υγεία επίπεδο ανεξαρτησίας κοινωνικές σχέσεις περιβάλλον και πνευματικότητα/ θρησκεία/ προσωπικές πεποιθήσεις. Ο βαθμός μετατόπισης υπολογίστηκε χρησιμοποιώντας μια αναλογία συμβούλων. Η επίδραση συσχετίζει την υγεία της ζωής σε δύο στάδια βασισμένα στα γραμμικά μικτά πρότυπα για να ρυθμίσει για την πιθανή προκατάληψη που προκαλείται με την απώλεια των στοιχείων στις εκβάσεις.

Αποτελέσματα: Από 1424 επισκέψεις σε 440 ανθρώπους που ζουν με το HIV (θηλυκό 70.5% μεσαία ηλικία 36 έτη, 423 (29.7%) μετατοπίστηκε στις νοσοκόμες. Μετά από την πολλαπλάσια ρύθμιση, η μετατόπιση συνδέθηκε με το πιο υψηλό σχετικό με την υγεία επίπεδο ποιοτικού της ζωής για τέσσερις διαστάσεις: φυσική υγεία, ψυχολογικά επίπεδο ανεξαρτησίας υγείας και περιβάλλον.

Συμπεράσματα: Η μετατόπιση του HIV στις νοσοκόμες ωφελεί τη σχετική υγεία με την ποιότητα ζωής των ανθρώπων που ζουν με HIV μαζί με την κλινική αποτελεσματικότητα των νοσηλευτών στο πρότυπο της προσοχής HIV και τα αποτελέσματά μας να υποστηρίζουν τη σύσταση Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για την μετατόπιση.

AP0PO 9

Feng et al., (2015). The Epidemic of HIV, Syphilis, Chlamydia and Gonorrhea and the Correlates of Sexual Transmitted Infections among Men Who Have Sex with Men in Jiangsu, China, *PLoS One*, 1, p.1-8

Background: In China, the HIV/AIDS epidemic is expanding among men who have sex with men. As independent risk factors of HIV infection, the epidemics of Chlamydia and Gonorrhea in men who have sex with men were not well studied, particular for the risk factors of these infectious. The objectives of current reported study were to understand the dynamics of HIV and other sexual transmitted infections among men who have sex with men in Jiangsu, China, and to measure factors that correlated with sexual transmitted infections.

Methods: In order to gain more participants, a multisite cross-sectional study design was used in our study, by using convenience-sampling to recruit men who have sex with men in two Changzhou and Yangzhou, Jiangsu, China, between the July and October of 2009.

Results: In this comprehensive survey involving men who have sex with men in two cities of Jiangsu province of China, the prevalence of sexual transmitted infections of Chlamydia (6.54%), Gonorrhea (3.63%), syphilis (20.34%) and HIV (11.62%) were measured. Overall, the sexual transmitted infections prevalence (Chlamydia, Gonorrhea or syphilis) for the participants in our study was 26.39%, meanwhile, 3.4% (14 out of the 413) participants had at least two kinds of sexual transmitted infections Meeting casual partners at parks, public restrooms or other public areas, having had anal sex with men in the past six months, having had sexual transmitted infections symptoms in the past year were positively correlated with sexual transmitted infections positive, with adjusted ORs of 4.61(95%CI 1.03–20.75), 1.91 (95%CI 1.14–3.21) and 2.36 (95%CI 1.07,5.24).

Conclusion: Our study findings reiterate the fact that Chinese men who have sex with men are highly susceptible to acquiring syphilis, Chlamydia, Gonorrhea and HIV, and there is an urgent need for intervention targeted towards this population. Behavioral measures should constitute an important part of the targeted intervention. Furthermore, the already implemented preventive and diagnostic services for HIV should be expanded to include syphilis Chlamydia and Gonorrhea, too.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Υπόβαθρο: Στην Κίνα, η επιδημία HIV επεκτείνεται μεταξύ των ατόμων που έρχονται σε σεξουαλική επαφή με τα άτομα. Σαν ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου της μόλυνσης HIV, οι επιδημίες χλαμύδια και βλεννόρροιας στα άτομα που έρχονται σε σεξουαλική επαφή με τα άτομα δεν μελετήθηκαν καλά, ιδιαίτερα για τους παράγοντες κινδύνου. Οι στόχοι της τρέχουσας αναφερόμενης μελέτης ήταν να γίνει κατανοητή η δυναμική του HIV και άλλων σεξουαλικών μεταδιδόμενων μολύνσεων μεταξύ των ατόμων που έρχονται σε σεξουαλική επαφή με τα άτομα σε Jiangsu, Κίνα, και για να μετρήσουν τους παράγοντες που συσχετίστηκαν με τις σεξουαλικές μεταδιδόμενες μολύνσεις.

Μέθοδοι: Προκειμένου να κερδηθούν περισσότεροι συμμετέχοντες, χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη δειγματοληψία για να στρατολογηθούν τα άτομα που έρχονται σε σεξουαλική επαφή σε δύο πόλεις Changzhou και Yangzhou, Jiangsu, της Κίνας μεταξύ Ιουλίου και Οκτωβρίου του 2009.

Αποτελέσματα: Σε αυτήν την περιεκτική έρευνα που περιλαμβάνει τα άτομα που έρχονται σε σεξουαλική επαφή με τα άτομα σε δύο πόλεις της επαρχίας Jiangsu της Κίνας, η επικράτηση των σεξουαλικών μεταδιδόμενων μολύνσεων χλαμύδια (6.54%), βλεννόρροια (3.63%), σύφιλη (20.34%) και το HIV (11.62%) μετρήθηκε. Συνολικά, η σεξουαλική επικράτηση μολύνσεων (χλαμύδια, βλεννόρροια ή σύφιλη) για τους συμμετέχοντες στη μελέτη μας ήταν 26.39%.

Συμπεράσματα: Τα συμπεράσματα μελέτης μας επαναλαμβάνουν το γεγονός ότι τα άτομα που έρχονται σε σεξουαλική επαφή με τα άτομα είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα στην απόκτηση της σύφιλης, χλαμύδια, της βλεννόρροιας και του HIV, και υπάρχει μια επείγουσα ανάγκη για την επέμβαση που στοχεύει προς αυτόν τον πληθυσμό. Τα συμπεριφοριστικά μέτρα πρέπει να αποτελέσουν ένα σημαντικό μέρος της στοχοθετημένης επέμβασης. Επιπλέον, οι ήδη εφαρμοσμένες προληπτικές και διαγνωστικές υπηρεσίες για το HIV πρέπει να επεκταθούν για να περιλάβουν τη σύφιλη χλαμύδια και τη βλεννόρροια.

Edusei et al., (2011). County-Level Sexually Transmitted Disease Detection and Control in Texas: Do Sexually Transmitted Diseases and Family Planning Clinics Matter, *Sexually Transmitted Diseases*, 38 (10), p. 970-975

Abstract

Background: Sexually transmitted disease detection and control have traditionally been performed by Sexually transmitted disease and family planning clinics. However, the magnitude of their impact (or the lack thereof) has not been examined. We examine the association between having Sexually transmitted disease and/or family planning clinics and county-level Sexually transmitted disease detection and control in the state of Texas.

Methods: We used county-level Sexually transmitted disease (chlamydia, gonorrhea, and primary and secondary syphilis) morbidity data from the National Electronic Telecommunications System for Surveillance for 2000 and 2007. We applied spatial regression techniques to examine the impact of the presence of Sexually transmitted disease / family planning clinic(s) (included as dichotomous variables) on Sexually transmitted disease detection (i.e., morbidity) and control. We included county-level demographic characteristics as control variables.

Results: Our results indicated that counties with Sexually transmitted disease or family planning clinics were associated with at least 8% ($P \leq 0.05$) increase in the transformed chlamydia and gonorrhea rates, 20% ($P \leq 0.01$) increase in transformed syphilis rates in 2000, and at least 6% ($P \leq 0.05$) increase in transformed gonorrhea and Chlamydia rates in 2007. From 2000 to 2007, the transformed incidence rates of chlamydia declined by 4% ($P \leq 0.10$), 8% ($P \leq 0.01$) for gonorrhea, and 8% ($P \leq 0.05$) for primary and secondary syphilis for the counties that had at least 1 Sexually transmitted disease or family planning clinic.

Conclusions: The results from this ecological study are associations and do not establish a causal relationship between having an Sexually transmitted disease / family planning clinic and improved Sexually transmitted disease detection and control. Finer level analyses (such as census block or cities) may be able to provide more detail information.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Υπόβαθρο: Η σεξουαλικά μεταδιδόμενη ανίχνευση και ο έλεγχος ασθενειών έχουν εκτελεσθεί παραδοσιακά από τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες κλινικές προγραμματισμού ασθενειών και οικογενειών. Εντούτοις, το μέγεθος του αντίκτυπού τους δεν έχει εξεταστεί. Εξετάζουμε την ένωση μεταξύ της κατοχής των σεξουαλικά μεταδιδόμενων κλινικών προγραμματισμού ασθενειών ή/και οικογενειών και της σεξουαλικά μεταδιδόμενης ανίχνευσης και του ελέγχου ασθενειών νομός-επιπέδων στην κατάσταση του Τέξας.

Μέθοδοι: Χρησιμοποιήσαμε τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα στοιχεία νοσηρότητας ασθενειών (χλαμύδια, βλεννόρροια, και αρχική και δευτεροβάθμια σύφιλη) από το εθνικό ηλεκτρονικό σύστημα τηλεπικοινωνιών για την επιτήρηση για το 2000 και το 2007. Εφαρμόσαμε τις χωρικές τεχνικές οπισθοδρόμησης για να εξετάσουμε τον αντίκτυπο της παρουσίας σεξουαλικά μεταδιδόμενης κλινικής προγραμματισμού ασθενειών/οικογενειών στη σεξουαλικά μεταδιδόμενη ανίχνευση ασθενειών δηλ., νοσηρότητα και έλεγχο.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματά μας έδειξαν ότι οι νομοί με τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες κλινικές προγραμματισμού ασθενειών ή οικογενειών συνδέθηκαν με αύξηση τουλάχιστον 8% στα χλαμύδια και βλεννόρροιας, αύξηση 20% σύφιλης το 2000, και αύξηση τουλάχιστον 6% στη βλεννόρροια το 2007. Από το 2000 ως το 2007, τα μ ποσοστά επίπτωσης χλαμυδίων μειώθηκαν κατά 4%, 8% για τη βλεννόρροια, και 8% για την αρχική και δευτεροβάθμια σύφιλη για τους νομούς που είχαν τον τουλάχιστον 1 σεξουαλικά μεταδιδόμενο προγραμματισμό ασθενειών ή οικογενειών.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα από αυτήν την οικολογική μελέτη είναι ενώσεις και δεν καθιερώνουν μια αιτιώδη σχέση μεταξύ της κατοχής μιας σεξουαλικά μεταδιδόμενης κλινικής προγραμματισμού ασθενειών/οικογενειών και της βελτιωμένης ΣΜΝ ανίχνευσης και του ελέγχου ασθενειών. Οι λεπτότερες αναλύσεις επιπέδων (όπως ο φραγμός ή οι πόλεις απογραφής) μπορούν να είναι σε θέση να παρέχουν περισσότερες πληροφορίες λεπτομέρειας.

APŌPO 11

Satterwhite et al., (2013). Sexually Transmitted Infections Among US Women and Men: Prevalence and Incidence Estimates, 2008, *Sexually Transmitted Diseases*, 40 (3), p. 187-193

Abstract

Background: Most sexually active people will be infected with a sexually transmitted infection (STI) at some point in their lives. The number of STIs in the United States was previously estimated in 2000. We updated previous estimates to reflect the number of STIs for calendar year 2008.

Methods: We reviewed available data and literature and conservatively estimated incident and prevalent infections nationally for 8 common STIs: chlamydia, gonorrhea, syphilis, herpes, human papillomavirus, hepatitis B, HIV, and trichomoniasis. Where available, data from nationally representative surveys such as the National Health and Nutrition Examination Survey were used to provide national estimates of STI prevalence or incidence. The strength of each estimate was rated good, fair, or poor, according to the quality of the evidence.

Results: In 2008, there were an estimated 110 million prevalent STIs among women and men in the United States. Of these, more than 20% of infections (22.1 million) were among women and men aged 15 to 24 years. Approximately 19.7 million incident infections occurred in the United States in 2008; nearly 50% (9.8 million) were acquired by young women and men aged 15 to 24 years. Human papillomavirus infections, many of which are asymptomatic and do not cause disease, accounted for most of both prevalent and incident infections.

Conclusions: Sexually transmitted infections are common in the United States, with a disproportionate burden among young adolescents and adults. Public health efforts to address STIs should focus on prevention among at-risk populations to reduce the number and impact of STIs.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Υπόβαθρο: Οι περισσότεροι σεξουαλικά ενεργοί άνθρωποι μολύνονται με μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη μόλυνση σε κάποιο βαθμό στις ζωές τους. Ο αριθμός της σεξουαλικής μεταδιδόμενης μόλυνσης στις Ηνωμένες Πολιτείες υπολογίστηκε το 2000. Ενημερώσαμε τις προηγούμενες εκτιμήσεις για να απεικονίσουμε τον αριθμό σεξουαλικά μεταδιδόμενης μόλυνσης για το ημερολογιακό έτος 2008.

Μέθοδοι: Αναθεωρήσαμε τα διαθέσιμα στοιχεία και τη βιβλιογραφία και υπολογίσαμε συντηρητικά τις συναφείς και επικρατούσες μολύνσεις εθνικά για τα 8 κοινά σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα: χλαμύδια, βλεννόρροια, σύφιλη, έρπης, HPV, ηπατίτιδα Β, HIV και τριχομονάδωση. Όπου διαθέσιμα, τα στοιχεία από τις εθνικά αντιπροσωπευτικές έρευνες όπως η εθνική έρευνα εξέτασης υγείας και διατροφής χρησιμοποιήθηκαν για να παρέχουν τις εθνικές εκτιμήσεις της σεξουαλικά μεταδιδόμενης επικράτησης ή της επίπτωσης μόλυνσης. Η δύναμη κάθε εκτίμησης ήταν εκτιμημένη καλή, δίκαιη, ή φτωχή, σύμφωνα με την ποιότητα των στοιχείων.

Αποτελέσματα: Το 2008, υπήρχαν περίπου 110 εκατομμύρια διαδεδομένη σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα μεταξύ των γυναικών και των ανδρών στις Ηνωμένες Πολιτείες. Από αυτά, περισσότερο από το 20% των λοιμώξεων (22,1 εκ) ήταν μεταξύ των γυναικών και των ανδρών ηλικίας 15 έως 24 ετών. Περίπου 19,7 εκατομμύρια μολύνσεις συνέβη στις Ηνωμένες Πολιτείες το 2008 σχεδόν το 50% (9,8 εκατομμύρια ευρώ) αποκτήθηκαν από νέους άνδρες και γυναίκες ηλικίας 15 έως 24 ετών. Λοιμώξεις στον HPV, πολλές από τις οποίες είναι ασυμπτωματικές και δεν προκαλούν την ασθένεια, που αποτελείται τις περισσότερες και από τις επικρατούσες και συναφείς μολύνσεις.

Συμπεράσματα: Οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες μολύνσεις είναι κοινές στις Ηνωμένες Πολιτείες, με ένα δυσανάλογο φορτίο μεταξύ των νέων εφήβων και των ενηλίκων. Οι προσπάθειες δημόσιας υγείας να εξεταστεί η σεξουαλικά μεταδιδόμενη μόλυνση πρέπει να εστιάσουν στην πρόληψη μεταξύ των πληθυσμών -κινδύνου για να μειώσουν τον αριθμό και τον αντίκτυπο της σεξουαλικά μεταδιδόμενης μόλυνσης.

ΑΡΘΡΟ 12

Bom et al., (2013). High-Resolution Typing Reveals Distinct Chlamydia trachomatis Strains in an At-Risk Population in Nanjing, China, *Sexually Transmitted Diseases*, 40 (8), p.647-649

Abstract

We investigated Chlamydia trachomatis strains from Nanjing, China, and whether these strains differed from Amsterdam, the Netherlands. C. trachomatis type was determined with multilocus sequence typing. Most strains were specific to Nanjing, but some clustered with strains from Amsterdam. This demonstrates a geographical variation in C. trachomatis previously left undetected.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Περίληψη

Ερευνήσαμε τις πιέσεις χλαμύδιων από Nanjing, Κίνα, και εάν αυτές οι πιέσεις διέφεραν από το Άμστερνταμ, οι Κάτω Χώρες. Γ. ο τύπος trachomatis καθορίστηκε με τη δακτυλογράφηση ακολουθίας. Οι περισσότερες πιέσεις ήταν συγκεκριμένες για Nanjing, αλλά μερικοί συγκεντρώθηκαν με τις πιέσεις από το Άμστερνταμ. Αυτό καταδεικνύει μια γεωγραφική παραλλαγή στα χλαμύδια που αφήνονταν προηγουμένως μη ανιχνευθέντα.

AP0PO 13

Regan et al., (2013). Modeling the Impact of Treatment Failure on Chlamydia Transmission and Screening, *Sexually Transmitted Diseases*, 40 (9), p.700-703

Background: Standard current treatment regimens for chlamydia treatment have been widely considered to be highly effective, with a cure rate of around 97%. However, recent studies indicate that treatment failure may occur at a rate that is substantially higher than previously thought.

Methods: We use a mathematical dynamic transmission model to estimate the population-level impact of treatment failure on chlamydia transmission and on the effectiveness of screening strategies.

Results: The findings indicate that in high-resource settings such as Australia, there will be an approximately 0.16% linear increase in population prevalence for each incremental increase of 1% in the treatment failure rate. To compensate for higher assumed treatment failure, screening coverage will have to increase by between 4% and 16% to achieve a reduction of 50% in chlamydia prevalence within 5 years under the scenarios evaluated. Higher treatment failure rates also substantially lengthen the time required for screening to deliver the same reductions in prevalence as are predicted under the conservative assumption of only 3% treatment failure. The predicted relative increases are in the range 6% to 35%, depending on the assumed treatment failure rate (8%–23%), screening strategy (female-only or male-plus-female) and the duration of screening (5 or 10 years).

Conclusions: The rate of treatment failure may have a significant impact on the screening coverage and time required to achieve target reductions in chlamydia prevalence. The treatment failure rate should therefore be carefully considered when evaluating the potential effectiveness

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Υπόβαθρο: Οι τυποποιημένες τρέχουσες θεραπευτικές αγωγές επεξεργασίας για την επεξεργασία χλαμυδίων έχουν θεωρηθεί ευρέως ιδιαίτερα αποτελεσματικές, με ένα ποσοστό θεραπείας περίπου 97%. Εντούτοις, οι πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η αποτυχία επεξεργασίας μπορεί να εμφανιστεί σε ένα ποσοστό που είναι ουσιαστικά υψηλότερο από προηγουμένως το αναμενόμενο.

Μέθοδοι: Χρησιμοποιούμε ένα μαθηματικό δυναμικό πρότυπο μετάδοσης για να υπολογίσουμε τον πληθυσμός-ισόπεδο αντίκτυπο της αποτυχίας επεξεργασίας στη μετάδοση χλαμυδίων και στην αποτελεσματικότητα των στρατηγικών διαλογής.

Αποτελέσματα: Τα συμπεράσματα δείχνουν ότι στις τοποθετήσεις των πόρων όπως η Αυστραλία, θα υπάρξει μια περίπου 0.16% γραμμική αύξηση στην επικράτηση πληθυσμών για κάθε επαυξητική αύξηση 1% στο ποσοστό αποτυχίας επεξεργασίας. Για να αντισταθμίσει την υψηλότερη υποτιθέμενη αποτυχία επεξεργασίας, η κάλυψη διαλογής θα πρέπει να αυξηθεί από μεταξύ 4% και 16% για να επιτύχει μια μείωση 50% στην επικράτηση χλαμυδίων μέσα σε 5 έτη κάτω από τα σενάρια που αξιολογούνται. Τα υψηλότερα ποσοστά αποτυχίας επεξεργασίας επίσης ουσιαστικά μακραίνουν το χρόνο που απαιτείται για τη διαλογή για να παραδώσουν τις ίδιες μειώσεις της επικράτησης όπως προβλέπεται στις συντηρητικές περιπτώσεις της αποτυχίας επεξεργασίας μόνο 3%. Οι προσληφθείσες σχετικές αυξήσεις είναι στη σειρά 6% 35%, ανάλογα με το υποτιθέμενο ποσοστό αποτυχίας επεξεργασίας (8%-23%), καλύπτοντας τη στρατηγική εξέτασης (θηλυκά άτομα ή αρσενικά και θηλυκά) και τη διάρκεια της διαλογής (5 ή 10 έτη).

Συμπεράσματα: Το ποσοστό αποτυχίας επεξεργασίας μπορεί να ασκήσει σημαντική επίδραση στην κάλυψη και το χρόνο διαλογής που απαιτούνται για να επιτύχει τις μειώσεις στόχων της επικράτησης χλαμυδίων. Το τον ποσοστό αποτυχίας επεξεργασίας πρέπει επομένως να εξεταστεί προσεκτικά κατά αξιολόγηση της πιθανής αποτελεσματικότητας

APPO 14

Kirkcaldy et al., (2011). Epidemiology of Syphilis Among Hispanic Women and Associations With Congenital Syphilis, Maricopa County, Arizona, *Sexually Transmitted Diseases*, 38 (4), p.598-602

OBJECTIVE: We investigated factors associated with high rates of congenital syphilis among Hispanic infants in Maricopa County, AZ.

METHODS: Using 2004-2008 syphilis case report data from the state and county health departments, we examined characteristics of pregnant and non pregnant women with syphilis and their male partners.

RESULTS: During 2004-2008, 970 women were reported to have syphilis: 49% were Hispanic (of whom 49% were non-US citizens), 27% were white, 13% were black, and 8% were American Indian/Alaskan Native. Although 16% of Hispanic noncitizens reported drug use or high-risk sexual behaviors, 64% of these women had a male sex partner who reported drug use or anonymous sex. Hispanic women with syphilis were more likely to be pregnant (37%) than white (15%) or black women (13%) ($P < 0.05$), and were overrepresented among pregnant women with syphilis. Pregnant Hispanic noncitizens were treated later than pregnant Hispanic citizens (median 28 weeks gestation vs. 21 weeks, $P = 0.01$).

CONCLUSIONS: Innovative congenital syphilis prevention strategies that are relevant to Hispanic women are warranted. Strategies should address the reproductive health and prenatal care needs of Hispanic women, and may include interventions for their male partners.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

ΣΤΟΧΟΣ: Ερευνήσαμε τους παράγοντες που συνδέθηκαν με τα υψηλά ποσοστά σύμφυτης σύφιλης μεταξύ των ισπανικών νηπίων Maricopa στο νομό, AZ.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Χρησιμοποιώντας 2004-2008 στοιχεία εκθέσεων περίπτωσης σύφιλης από τα τμήματα υγείας κράτους και νομών, εξετάσαμε τα χαρακτηριστικά των εγκύων και μη εγκυμονούσων γυναικών με τη σύφιλη και των αρσενικών συνεργατών τους.

Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια του 2004-2008, 970 γυναίκες αναφέρθηκαν για να έχουν τη σύφιλη: 49% ήταν ισπανικά (των οποίων 49% ήταν πολίτες μη-ΗΠΑ), 27% ήταν άσπρος, 13% ήταν μαύρα, και 8% ήταν αμερικανικός ινδικός/από την Αλάσκα ντόπιος. Αν και 16% των ισπανικών εξέθεσε τη χρήση φαρμάκων ή τις υψηλού κινδύνου σεξουαλικές συμπεριφορές, 64% αυτών των γυναικών είχε έναν αρσενικό συνεργάτη φύλων που παρουσίασε τη χρήση φαρμάκων ή το ανώνυμο φύλο. Κατά τη διάρκεια του 2004-2008, 970 γυναίκες αναφέρθηκαν για να έχουν τη σύφιλη: 49% ήταν ισπανικά (των οποίων 49% ήταν πολίτες μη-ΗΠΑ), 27% ήταν άσπρος, 13% ήταν μαύρα, και 8% ήταν αμερικανικός ινδικός/από την Αλάσκα ντόπιος. Αν και 16% των ισπανών εξέθεσε τη χρήση φαρμάκων ή τις υψηλού κινδύνου σεξουαλικές συμπεριφορές, 64% αυτών των γυναικών είχε έναν αρσενικό συνεργάτη φύλων που παρουσίασε τη χρήση φαρμάκων ή το ανώνυμο φύλο. Οι ισπανικές γυναίκες με τη σύφιλη ήταν πιθανότερο να είναι έγκυες (37%) από τις λευκές (15%) ή μαύρες γυναίκες (13%) και αντιπροσωπεύτηκε μεταξύ των εγκύων γυναικών με τη σύφιλη. Οι ισπανίδες έγκυες αντιμετωπίστηκαν αργότερα από τους εγκύους ισπανικούς πολίτες

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι καινοτόμες σύμφυτες στρατηγικές πρόληψης σύφιλης που είναι σχετικές με τις ισπανικές γυναίκες επιτρέπονται. Οι στρατηγικές πρέπει να καλύψουν την αναπαραγωγική υγεία και τις προγενέθλιες ανάγκες προσοχής των ισπανικών γυναικών, και μπορούν να περιλάβουν τις επεμβάσεις για τους αρσενικούς συνεργάτες τους.

APΘPO 15

Liu et al., (2015). Trends and Patterns of Sexual Behaviors Among Adolescents and Adults Aged 14 to 59 Years, United States, 42 (1), p. 20-26

Background: Evaluation of sexual behaviors is essential to better understand the epidemiology of sexually transmitted infections and their sequelae

Methods: The National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES) is an ongoing probability sample survey of the US population. Using NHANES sexual behavior data from 1999 to 2012, we performed the following: (1) trend analyses among adults aged 25 to 59 years by 10- year birth cohorts and (2) descriptive analyses among participants aged 14 to 24 years. Sex was defined as vaginal, anal, or oral sex.

Results: Among adults aged 25 to 59 years, median age at sexual initiation decreased between the 1940–1949 and 1980–1989 cohorts from 17.9 to 16.2 among females and from 17.1 to 16.1 among males). Median lifetime partners increased between the 1940–1949 and 1970–1979 cohorts, from 2.6 to 5.3 among females and from 6.7 to 8.8 among males . The percentage of females reporting ever having a same-sex partner increased from 5.2% to 9.3% between the 1940–1949 and 1970–1979 cohorts. Among participants aged 14 to 24 years, the percentage having had sex increased with age, from 12.5% among females and 13.1% among males at age 14 years to more than 75% at age 19 years for both sexes. Among sexually experienced 14- to 19-year-olds, 45.2% of females and 55.0% of males had at least 3 lifetime partners; 39.4% of females and 48.6% of males had at least 2 partners in the past year. The proportion of females aged 20 to 24 years who reported ever having a same-sex partner was 14.9%. The proportion of participants aged 14–19 or 20–24 years reporting ever having sex did not differ by survey year from 1999 to 2012 for either males or females.

Conclusions: Sexual behaviors changed with successive birth cohorts, with more pronounced changes among females. A substantial proportion of adolescents are sexually active and have multiple partners. These data reinforce existing recommendations for sexual health education and sexually transmitted infection prevention targeting adolescents before sexual debut.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Υπόβαθρο: Η αξιολόγηση των σεξουαλικών συμπεριφορών είναι ουσιαστική να καταλάβει καλύτερα την επιδημιολογία των σεξουαλικά μεταδιδόμενων μολύνσεων και των δευτερογενών συμπτωμάτων τους.

Μέθοδοι: Οι εθνικές έρευνες εξέτασης υγείας και διατροφής είναι μια τρέχουσα δειγματοληπτική έρευνα πιθανότητας για τον αμερικανικό πληθυσμό. Η χρησιμοποίηση της εξέτασης διατροφής ερευνά τα σεξουαλικά στοιχεία συμπεριφοράς από το 1999 ως το 2012, εκτελέσαμε τα εξής: (1) αναλύσεις τάσης μεταξύ των ενηλίκων ηλικίας 25 έως 59 έτη από τις δέκα ετών ομάδες γέννησης και (2) περιγραφικές αναλύσεις μεταξύ των συμμετεχόντων ηλικίας 14 έως 24 έτη. Το φύλο ορίστηκε ως το κολπικό, πρωκτικό, ή προφορικό φύλο.

Αποτελέσματα: Μεταξύ των ενηλίκων ηλικίας 25 έως 59 έτη, η μεσαία ηλικία στη σεξουαλική έναρξη μειώθηκε μεταξύ ομάδων 1940-1949 και του 1980-1989 από 17.9 σε 16.2 μεταξύ των θηλυκών και από 17.1 έως 16.1 μεταξύ των αρσενικών. Οι μεσαίοι συνεργάτες διάρκειας ζωής αυξήθηκαν μεταξύ ομάδων 1940-1949 και του 1970-1979, από 2.6 σε 5.3 μεταξύ των θηλυκών και από 6.7 έως 8.8 μεταξύ των αρσενικών. Το ποσοστό των θηλυκών που εκθέτουν πάντα να έχει έναν συνεργάτη ίδιο-φύλων αυξήθηκε από 5.2% σε 9.3% μεταξύ ομάδων 1940-1949 και του 1970-1979. Μεταξύ των συμμετεχόντων ηλικίας 14 έως 24 έτη, το ποσοστό που έχει έρθει σε σεξουαλική επαφή αυξήθηκε με την ηλικία, από 12.5% μεταξύ των θηλυκών και 13.1% μεταξύ των αρσενικών στην ηλικία 14 έτη σε περισσότερο από 75% στην ηλικία 19 έτη και για τα δύο φύλα. Μεταξύ σεξουαλικά έμπειρων 14 - 19 χρονών, 45.2% των θηλυκών και 55.0% των αρσενικών είχαν τουλάχιστον 3 συνεργάτες διάρκειας ζωής 39.4% των θηλυκών και 48.6% των αρσενικών είχαν τουλάχιστον 2 συνεργάτες στο προηγούμενο έτος. Το ποσοστό των θηλυκών ηλικίας 20 έως 24 έτη που εξέθεσαν πάντα να έχει έναν συνεργάτη ίδιος-φύλων ήταν 14.9%. Το ποσοστό των συμμετεχόντων ηλικίας 14-19 ή 20-24 έτη που εκθέτουν πάντα να έρθει σε σεξουαλική επαφή έκανε και να μην διαφέρει μέχρι το έτος ερευνών από το 1999 ως το 2012 για είτε τα αρσενικά είτε τα θηλυκά.

Συμπεράσματα: Οι σεξουαλικές συμπεριφορές άλλαξαν με διαδοχικές γεννήσεις, με πιο έντονες αλλαγές μεταξύ των γυναικών. Ένα σημαντικό ποσοστό των εφήβων είναι σεξουαλικά ενεργές και έχουν πολλούς εταίρους. Αυτά τα δεδομένα ενισχύουν τις υπάρχουσες συστάσεις για την εκπαίδευση σεξουαλικής υγείας και την πρόληψη

των σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων που στοχεύουν σε εφήβους πριν από τη σεξουαλική τους εμφάνιση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι μία από τις σημαντικότερες αιτίες μετάδοσης λοιμώξεων σε ασθενείς ηλικίας άνω των 18 ετών. Η μελέτη των Satterwhite et al., (2013) έδειξε ότι τα ΣΜΝ είναι συνήθη στις Ηνωμένες Πολιτείες και ότι περισσότερο από το 20% των λοιμώξεων αφορά γυναίκες και άνδρες ηλικίας 15 έως 24 ετών. Επίσης, σύμφωνα με την έρευνα οι προσπάθειες της δημόσιας υγείας θα πρέπει να εστιάσουν στην πρόληψη για να μειωθεί ο αριθμός και οι επιπτώσεις των ΣΜΝ.

Εκτός από τις Ηνωμένες Πολιτείες, στη μελέτη Marks et al., (2015), όπως και στη μελέτη Ruan et al., (2013) παρατηρήθηκε ότι στα Νησιά του Σολόμωντα αλλά και στην Κίνα τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αυξάνονται καθημερινά με τα Νησιά του Σολόμωντα όμως να παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό από την Κίνα. Τα χλαμύδια και η γονόρροια έχουν αυξηθεί στα νησιά αυτά ενώ στην Κίνα ενδημεί η σύφιλη, η ηπατίτιδα και ο HIV. Μάλιστα, σε αυτές τις δύο χώρες το μεγαλύτερο ποσοστό που νοσεί είναι γυναίκες παρά άνδρες. Επιπλέον στην Κίνα, οι στρατηγικές που έχουν ληφθεί για την αντιμετώπιση του φαινομένου στους χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών δείχνουν μείωση της επίπτωσης του HIV αλλά και της ηπατίτιδας Β όχι όμως της ηπατίτιδας C.

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τη μελέτη Mendelsohn, et al., (2015) στην Κίνα και συγκεκριμένα στη Σαγκάη, ο αριθμός των μεταναστών έχει αυξηθεί κατά πολύ και το γεγονός αυτό αυξάνει την επικινδυνότητα για τη σεξουαλική μετάδοση του ιού HIV και των άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων των εργατών του κατασκευαστικού κλάδου καθώς είναι δύσκολη η πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας. Από την έρευνα αυτή προκύπτει ότι η εφαρμογή ενός πλαισίου ενημέρωσης και συμβουλευτικής στο χώρο εργασίας αλλά και η λήψη μέτρων έναντι των ΣΜΝ είναι πιο πιθανή στα άτομα που έχουν λάβει μέση εκπαίδευση σε σχέση με εκείνα που δεν έχουν λάβει, τονίζοντας με αυτό τον τρόπο ότι το μορφωτικό επίπεδο και η ενημέρωση παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη των ΣΜΝ.

Επιπλέον, στην Κίνα, οι Bom, et al., (2013) παρατήρησαν πως υπάρχουν εκτός από τα κοινά με άλλες χώρες στελέχη χλαμύδιων και ειδικά στελέχη της περιοχής αυτής, γεγονός που καταδεικνύει μια γεωγραφική παραλλαγή των στελεχών του

μικροοργανισμού αυτού με αποτέλεσμα τα στελέχη αυτά να μην ανιχνευούνται προηγουμένως. Από την άλλη η έρευνα των Lorch, et al., (2015) που έγινε σε αγροτικές πόλεις της Αυστραλίας έδειξε πως στους νέους τα χλαμύδια αυξάνονται με γρήγορους ρυθμούς και πως ο ρόλος των νοσηλευτών είναι πολύ σημαντικός στην αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου. Πιο συγκεκριμένα οι επιστήμονες σε αυτή τη μελέτη τονίζουν πως η συνδρομή των νοσηλευτών παρά κάποιου ιατρού είναι πιο σημαντική στην πρόληψη διότι οι νοσηλευτές έχουν περισσότερο χρόνο για την εκπαίδευση και τις συμβουλές ασθενών και πως οι ασθενείς θα έβρισκαν ευκολότερα τους νοσηλευτές να μιλήσουν από έναν ιατρό. Όμως η πρακτική αυτή θεωρούν πως είναι δύσκολο να εφαρμοστεί δεδομένου του μεγάλου φόρτου εργασίας που έχουν ήδη οι νοσηλευτές.

Οι Regan, et al., (2013) αναφέρουν πως παρόλο που οι τρέχουσες θεραπευτικές αγωγές για την αντιμετώπιση των χλαμυδίων έχουν θεωρηθεί ιδιαίτερα αποτελεσματικές, με ένα ποσοστό θεραπείας περίπου 97%, το ποσοστό αποτυχίας στη θεραπεία μπορεί να είναι σημαντικά υψηλότερο από όσο υπολογίζεται. Χαρακτηριστικά αναφέρουν πως στην Αυστραλία παραδείγματος χάρη, θα υπάρχει περίπου 0,16% γραμμική αύξηση στην επίπτωση του πληθυσμού για κάθε αύξηση κατά 1% της αποτυχίας στη θεραπεία. Καταλήγουν λοιπόν στο συμπέρασμα πως η αποτυχία στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των χλαμυδίων επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στην αξιολογική κάλυψη και στο χρόνο που απαιτείται για να επιτευχθεί μείωση του ποσοστού εμφάνισης χλαμυδίων.

Επανερχόμενοι στην Κίνα, στην έρευνα των Feng, et al., (2015), παρατηρήθηκε ότι στα άτομα που έρχονται σε σεξουαλική επαφή με τα άτομα ίδιου φύλου η επικράτηση των σεξουαλικών μεταδιδόμενων μολύνσεων αφορά τη σύφιλη, ο HIV, τα χλαμύδια και τη βλεννόρροια. Παρεμφερής μελέτη για την παρουσία ΣΜΝ στα άτομα που έρχονται σε σεξουαλική επαφή με τα άτομα ίδιου φύλου διεξήχθη στη Βραζιλία. Οι Cynthia et al., (2015) τα ΣΜΝ που εντόπισαν στην έρευνα τους σε μια ομάδα ομοφυλόφιλων αντρών για το χρονικό διάστημα 2010 - 2012 ήταν η σύφιλη, η γονόρροια και τα χλαμύδια. Στην Αμερική, τα δεδομένα της μελέτης των Pathela et al., (2015) από 40 κλινικές για ΣΜΝ, δείχνουν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των επισκέψεων για το χρονικό διάστημα 2010-2011 αφορούσαν άντρες και μάλιστα το 20% ανέφερε σεξουαλική επαφή με άτομα του ίδιου φύλου και τα ΣΜΝ που κατεγράφησαν ήταν χλαμύδια, γονόρροια και HIV.

Όπως φαίνεται και από τις προαναφερθείσες έρευνες ο HIV είναι ένα κοινό και σύνθητες ΣΜΝ σε πολλές χώρες. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να γίνουν προσπάθειες εύρεσης μεθόδων βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών μέχρι να βρεθεί οριστική θεραπεία. Στη μελέτη λοιπόν των Monti- Suzan, et al., (2015) που πραγματοποιήθηκε στο Καμερούν παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς με HIV που δέχονται φροντίδα από νοσηλευτές που εναλλάσσονται σε καθήκοντα παρουσιάζουν οφέλη ως προς την ποιότητα ζωής τους, ένα εύρημα που έρχεται σε συμφωνία με τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την εφαρμογή μιας τέτοιας πρακτικής.

Εκτός από τον HIV και η σύφιλη είναι ένα συχνό ΣΜΝ. Οι Kirkcaldy, et al., (2011), παρατήρησαν υψηλά ποσοστά σύφιλης σε εγκύους και μη εγκυμονούσες γυναίκες ιδίως Ισπανόφωνες εκ των οποίων ένα πολύ μεγάλο ποσοστό είχε ερωτικό σύντροφο που ανέφερε χρήση ναρκωτικών ουσιών ή σεξουαλική επαφή με άγνωστο άτομο. Γι' αυτό σύμφωνα με την έρευνα οι καινοτόμες στρατηγικές πρόληψης θα πρέπει να εστιάζουν στην αναπαραγωγική υγεία και οι παρεμβάσεις να περιλαμβάνουν και τους συντρόφους των ατόμων που πάσχουν από κάποιο ΣΜΝ. Οι Liu et al., (2015) μελετώντας τις τάσεις και τα μοτίβα της σεξουαλικής συμπεριφοράς σε εφήβους και ενήλικες παρατήρησαν ότι οι σεξουαλικές συμπεριφορές αλλάζουν στις διαδοχικές γενεές, με πιο εμφανείς διαφορές στα θηλυκά άτομα. Ακόμη βάσει των ευρημάτων παρατηρείται ότι ένα σημαντικό ποσοστό των εφήβων είναι σεξουαλικά ενεργό και έχει πολλαπλούς συντρόφους και γι αυτό ενισχύονται οι συστάσεις για εκπαίδευση στη σεξουαλική υγεία και στους τρόπους πρόληψης των ΣΜΝ εστιάζοντας στους εφήβους πριν την έναρξη της σεξουαλικής τους ζωής. Στη δική μας χώρα, η έρευνα Βαλάρη και συν., 2011 σε ένα δείγμα φοιτητών και νοσηλευτών, έδειξε πως το 54% των φοιτητών και το 64 % των νοσηλευτών θεωρεί ότι οι άνθρωποι με τους οποίους συνευρίσκονται σεξουαλικά δε θα μπορούσαν ποτέ να κολλήσουν AIDS.

Τέλος, από την έρευνα των Edusei et al., (2011) επισημαίνεται ότι η σχέση των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων με τον οικογενειακό προγραμματισμό δεν είναι τυχαία όπως δεν είναι τυχαία και η σχέση του με την ανίχνευση και έλεγχο των ΣΜΝ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αποτελούν ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα υγείας σήμερα. Σύμφωνα με τα νεότερα δεδομένα πάνω στα ΣΜΝ φαίνεται ότι αυξάνονται καθημερινά με ραγδαίους ρυθμούς και συγκεκριμένα σε νεαρά άτομα ηλικίας 14-20 ετών. Στις αναπτυγμένες αλλά και στις αναπτυσσόμενες χώρες τα ποσοστά είναι αυξημένα εδώ και πολλά χρόνια χωρίς καμιά μείωση. Τα άτομα που προσβάλλονται κυρίως από τα ΣΜΝ είναι νεαρής ηλικίας και κυρίως γυναίκες ή ομοφυλόφιλοι άνδρες. Οι πιο συχνοί παράγοντες για μετάδοση σεξουαλικών νοσημάτων είναι μεταξύ άλλων ο σεξουαλικός αριθμός των συντρόφων, το εμπορικό σεξ (ιερόδουλες), η μη χρήση του προφυλακτικού και η κοινή χρήση βελόνας (ναρκωτικά), ενώ τα πιο συχνά σεξουαλικά νοσήματα είναι η σύφιλη, τα χλαμύδια και ο HIV. Στην πρόληψη και τη θεραπεία οι κυβερνήσεις θα μπορούσαν να δώσουν διάφορα κονδύλια στα κέντρα σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων για την επίτευξη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έτσι ώστε να επιτευχθεί καλύτερη πρωτοβάθμια περίθαλψη. Επιπλέον, σε όλη αυτή τη διαδικασία πολύ σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή καθώς συμβάλλει και στην πρόληψη αλλά και στην παροχή στήριξης του ασθενή σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Βαλάρη, Χ., και συν., (2011). Απόψεις φοιτητών νοσηλευτικής και επαγγελματιών νοσηλευτών σχετικά με την επίδραση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων στη σεξουαλική τους συμπεριφορά, *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 3 (2), σελ.81-86
- Βαρσαμίδης, Κ., (2001). *Φυσιολογία του ανθρώπου*. Θεσσαλονίκη: University studio press Α.Ε
- Bom, J., et al., (2013). High-Resolution Typing Reveals Distinct Chlamydia trachomatis Strains in an At-Risk Population in Nanjing, China, *Sexually Transmitted Diseases*, 40 (8), p.647-649
- Γιωτάκη- Χαρατίση, Ε., (2014). *Σύγχρονη εσωτερική παθολογία*. Ιωάννινα: Εκδόσεις NEXTCOM Α.Ε
- Costanzo, S.L., (2012). *Physiology*. Μεταφρασμένο από: Αγγλικά από Γ. Ανωγειανάκη. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Δ. Λαγός
- Cynthia, B. et al., (2015). Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae and syphilis among men who have sex with men in Brazil, *BMC Public Health*, p.1-15
- Drake, L. R., Vogl, W., Mitchell, M. W. A., (2005). *Gray's Anatomy*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Π.Ν. Σκανδαλάκης. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης ΑΕ.
- Edusei, O, K, et al., (2011). County-Level Sexually Transmitted Disease Detection and Control in Texas: Do Sexually Transmitted Diseases and Family Planning Clinics Matter, *Sexually Transmitted Diseases*, 38 (10), p. 970-975
- Feng, F, G. et al., (2015). The Epidemic of HIV, Syphilis, Chlamydia and Gonorrhea and the Correlates of Sexual Transmitted Infections among Men Who Have Sex with Men in Jiangsu, China, 2009, *PLoS One*, 1, p.1-8
- Fritsch, H., Kuhnel, W., (2005). *Taschenatlas Anatomie*. Μεταφρασμένο από Γερμανικά από Δ.Κ., Αρβανίτης, Π.Ν., Σκανδαλάκης. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης ΕΠΕ.
- Κατσάμπας, Δ.Α., (2007). *Μαθήματα Δερματολογίας Αφροδισιολογίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης

Kirkcaldy, D, R. et al., (2011). Epidemiology of Syphilis Among Hispanic Women and Associations With Congenital Syphilis, Maricopa County, Arizona, *Sexually Transmitted Diseases*, 38 (4), p.598-602

Κουσκούρης, Κ. Καρπούζης Α., (2006). *Σύγχρονη Κλινική Δερματολογία και Αφροδισιολογία*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης

Liu, G., et al.,(2015). Trends and Patterns of Sexual Behaviors Among Adolescents and Adults Aged 14 to 59 Years, United States, 42 (1), p. 20-26

Lorch, R., et al., (2015). Do Australian general practitioners believe practice nurses can take a role in chlamydia testing? A qualitative study of attitudes and opinions, *BMC Infectious Diseases*, 1, p.1-16

Lowdermilk, L.D., Perry E., Cashion K., (2010). *Maternity Nursing*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Λυκερίδου, Α., Δελτσίδου, Α. Αθήνα: Εκδόσεις: Λαγός.

Marks, M., et al., (2015). Prevalence of sexually transmitted infections in female clinic attendees in Honiara, Solomon Islands, *BMJ Open*, 1, p.1-6

Mendelsohn, B, J., et al., (2015). Design and implementation of a sexual health intervention for migrant construction workers situated in Shanghai, China, *Emerging Themes in Epidemiology*, 1, p.1-16

Monti- Suzan, M., et al., (2015). Benefits of task-shifting HIV care to nurses in terms of health-related quality of life in patients initiating antiretroviral therapy in rural district hospitals in Cameroon, *HIV Medicine*, 16, p.307-318

Παπαρίζος, Β.Α. & Κυριακής, Κ.Π., (2003). *Πρόληψη και μέτρα προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα*. Αθήνα: Εκδόσεις: Παρισιάνου.

Παρασκευάς, Κ.Γ., (2008). *Ανατομία του ανθρώπου*. 1^η έκδοση. Θεσσαλονίκη: University studio press.

Pathela, P. et al., (2015). Sexually Transmitted Infection Clinics as Safety Net Providers: Exploring the Role of Categorical Sexually Transmitted Infection Clinics in an Era of Health Care Reform, *Sexually Transmitted Diseases* 42 (5), p.286-293

Regan, G. D. et al., (2013). Modeling the Impact of Treatment Failure on Chlamydia Transmission and Screening, *Sexually Transmitted Diseases*, 40 (9), p.700-703

Ρούπα-Δαριβάκη, Ζ., (2006). *Οικογενειακός Προγραμματισμός & Αντισύλληψη*. Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ

Ruan, Y. et al., (2013). Evaluation of Harm Reduction Programs on Seroincidence of HIV, Hepatitis B and C, and Syphilis Among Intravenous Drug Users in Southwest China, *Sexually Transmitted Diseases*, 40 (4), p.323-328

Satterwhite, C. et al., (2013). Sexually Transmitted Infections Among US Women and Men: Prevalence and Incidence Estimates, 2008, *Sexually Transmitted Diseases*, 40 (3), p. 187-193

Σαχίνη- Καρδάση, Α. & Πάνου, Μ., (1997). *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες*. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ

Στρατηγός, Ι., (2004). *Αφροδισιολογία*. Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παριζιάνος Α.Ε.

Στρατηγού, Δ., (2003). *Αφροδισιολογία-Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις και δερματοπάθειες των γεννητικών οργάνων*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.

Τσίκος, Ν & Καραγεωργοπούλου-Γραβάνη, Σ., (1999). *ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ II*. Αθήνα: Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ»

Χανιώτης, Ι-Φ. & Χανιώτης, Ι-Δ., (2002). *Νοσολογία Παθολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Λίτσας.

Χρυσομάλλης Φ. και Συν., (2005). *Δερματολογία-Αφροδισιολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης

Vander, M. et al., (2011). *Physiology the mechanisms of body function*. Μεταφρασμένο από: Αγγλικά από Γελάδα. Ν. Αθήνα: Εκδόσεις: Πασχαλίδη Π.Χ

William, J. et al., (2006). *Clinical Dermatology*: Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Α. Κατσάμπα. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης