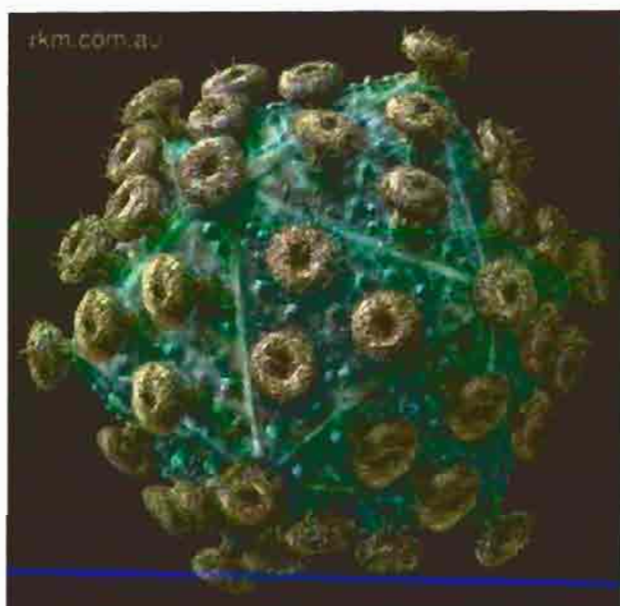


**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:**

*«AIDS: ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ  
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS.»*



*Σπουδαστής:  
Τσεντούρος Ιωάννης*

*Υπεύθυνος Καθηγητής:  
Δρ. Λετοράκης Ιωάννης*

**Πάτρα 2002**



ΑΡΙΘΜΟΣ 3355  
ΕΙΣΑΓ. ...

Σκεφτόμουν πως θα νιώθω όταν πεθάνω, δεν θα μπορώ πια ν' ακούω τίποτα, και συ ευχόσουν να μην πεθάνω στη βάρδια σου, γιατί έπρεπε να φύγεις στην ώρα σου, για να προλάβεις να πας στη συναυλία σου το απόγευμα.

Βοήθησε με, δείξε ενδιαφέρον στο πρόβλημά μου, είμαι τόσο κουρασμένος, τόσο μόνος, τόσο φοβισμένος. Μίλησε μου, πλησίασε με, πιάσε μου το χέρι. Νιώσε αυτό που μου συμβαίνει. Σε παρακαλώ άκουσέ με.<sup>1</sup>

Ποίημα της Ruth Johnston «Νοσηλευτή άκουσέ με».

*Η εργασία αυτή αφιερώνεται στον πατέρα Νεκτάριο, στον καθηγητή μου Ζετοράκη  
Ιωάννη και στους γονείς μου.*



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περιεχόμενα.....	σελ.2
Πρόλογος.....	σελ.4
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
Εισαγωγή.....	σελ.6
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup></b>	
1.1 Ιστορική Αναδρομή.....	σελ.8
1.2 Προέλευση του Ιού.....	σελ.10
1.3 Ορισμός AIDS.....	σελ.12
1.4 Είδη του Ιού.....	σελ.13
1.5 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	σελ.13
1.6 Παγκόσμια επιδημιολογικά πρότυπα.....	σελ.21
1.7 Τρόποι μετάδοσης του ιού HIV.....	σελ.23
1.8 Τρόποι μη μετάδοσης του ιού HIV.....	σελ.25
1.9 Ομάδες υψηλού κινδύνου.....	σελ.26
1.10 Οδηγίες προς τις ομάδες υψηλού κινδύνου.....	σελ.27
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup></b>	
2.1 Αιτιολογία του AIDS.....	σελ.29
2.2 Μορφολογία και δομή των ρετροϊών.....	σελ.30
2.3 Μορφολογία του ιού HIV.....	σελ.30
2.4 Δράση του ιού HIV.....	σελ.31
2.5 Ποια μέρη του σώματος μολύνει ο ιός του AIDS.....	σελ.32
2.6 Χρόνος επώασης.....	σελ.32
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup></b>	
3.1 Συμπτώματα.....	σελ.34
3.2 Κλινικές εκδηλώσεις.....	σελ.36
3.3 Ταξινόμηση ασθενών από την Π.Ο.Υ.....	σελ.37
3.4 Διάγνωση – Εργαστηριακή ανίχνευση του AIDS.....	σελ.39
3.5 Θετικό – Αρνητικό τεστ.....	σελ.42
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup></b>	
4.1 Αντιμετώπιση της νόσου.....	σελ.43
4.2 Θεραπεία.....	σελ.43
4.3 Αναστολείς της ανάστροφης μεταγραφάσης.....	σελ.44
4.4 Αναστολείς της HIV πρωτεάσης.....	σελ.46
4.5 Θεραπευτικά σχήματα.....	σελ.47
4.6 Κόστος νοσηλείας – αγωγής.....	σελ.48
4.7 Εμβόλιο – Δυσκολίες για το εμβόλιο.....	σελ.48
4.8 Προοπτικές εμβολίου.....	σελ.50
4.9 Στάδια εξέλιξης του ιού στο ανθρώπινο σώμα και δυσκολίες για την δημιουργία εμβολίου.....	σελ.52
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup></b>	
5.1 Πρόληψη – Αντιμετώπιση του AIDS.....	σελ.58
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
Αποσπάσματα από το βιβλίο του Μάνου Κοντολέων.....	σελ.64
Γενικές σκέψεις.....	σελ.66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

- 6.1 Ψυχολογικά προβλήματα ασθενών με AIDS.....σελ.67  
 6.2 Κρίση.....σελ.72  
 6.3 Ψυχικές φάσεις της νόσου.....σελ.73  
 6.4 Κατ' οίκον νοσηλεία ασθενών με HIV λοίμωξη.....σελ.77  
 6.5 AIDS και κρίση στην οικογένεια.....σελ.78

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°

- 7.1 Κοινωνικά ζητήματα – κοινωνικές επιπτώσεις του AIDS.....σελ.80  
 7.2 Οικονομικές επιπτώσεις.....σελ.84  
 7.3 Ηθικά, δεοντολογικά και νομικά προβλήματα ατόμων με AIDS...σελ.85  
 7.4 Ιατρικό απόρρητο και προσωπικότητα ατόμων με AIDS.....σελ.87

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8°

- 8.1 Νοσηλευτική υποστήριξη.....σελ.91  
 8.2 Ψυχοκοινωνικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....σελ.92  
 8.3 Ομάδες αυτοβοήθειας.....σελ.94  
 8.4 Φροντίδα του αρρώστου με AIDS στο τελικό στάδιο της ζωής του.σελ.95  
 8.5 Ηθικά δεοντολογικά διλήμματα των νοσηλευτών.....σελ.100  
 Επίλογος – Συμπεράσματα.....σελ.102  
 Παράρτημα.....σελ.103  
 Βιβλιογραφία.....σελ.106

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία αυτή πραγματεύεται μια από τις σοβαρότερες ασθένειες που προβληματίζουν την κοινωνία μας και τον ιατρικό κόσμο τις τελευταίες δεκαετίες. Η επιλογή του θέματος έγινε για να προσφέρω και εγώ, όσο μπορώ, ένα μικρό λιθαράκι στη γνώση και την ενημέρωση που αφορά το AIDS και τις ψυχολογικές και κοινωνικές του επιπτώσεις, μιας ασθένειας που συνδέεται άμεσα με την αναπαραγωγή του ανθρώπου, η οποία αποτελεί προϋπόθεση για την συνέχιση της ύπαρξής του.

Η πρώτη ενότητα ή γενικό μέρος της εργασίας, περιλαμβάνει μια γενική και σφαιρική αναφορά στον ιό, όπως τον ορισμό, την επιδημιολογία, τους τρόπους μεταδόσεως του ιού, καθώς και τη διάγνωση και τέλος τις προσπάθειες που γίνονται για την «θεραπεία» του.

Η δεύτερη ενότητα ή το ειδικό μέρος, περιλαμβάνει τα ψυχολογικά και τα κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ένας φορέας και την στάση του νοσηλευτή απέναντι σε αυτά.

Προσπάθησα η προσέγγιση, έκταση και η ανάπτυξη των διαφόρων κεφαλαίων να γίνει με την πλέον σύγχρονη επιστημονική γνώση. Η επικαιρότητα του θέματος κάνει τις ελάχιστες γνώσεις που προσφέρει αυτή η εργασία, απαραίτητες για κάθε επαγγελματία υγείας, που πολύ πιθανόν να συναντήσει στην άσκηση του επαγγέλματος του κρούσματα της ασθένειας του AIDS.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω αυτούς που με οποιαδήποτε μορφή παρέμβασης βοήθησαν στην πραγματοποίηση αυτής της εργασίας. Τους ευχαριστώ θερμά.

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι παλιός, πολύ παλιός ο μύθος του Μινώταυρου. Η Αθήνα της εποχής - λέει ο μύθος - βυθίζονταν στο πένθος, καθώς νέοι και νέες, η ελπίδα της πόλης, στέλνονταν φόρος αιματηρός στο ακόρεστο θηρίο... Κι ενώ ο μύθος φάνταζε μπρος μας σαν μια γλαφυρή ανάμνηση του παραμυθένιου κόσμου των παιδικών μας χρόνων κι είχε ίσως απ' τους πολλούς κι όλας ξεχαστεί, ήρθε η σύγχρονη εποχή μας να τον ξανακάνει πραγματικότητα. Προτού ο αιώνας μας προλάβει να γείρει προς τη δύση του σταμάτησε την πορεία του με τρόμο, μπροστά σε μια λέξη με τέσσερα μόλις γράμματα: AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome = Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας). Κάποτε ήταν περιστατικά, τώρα πήραν μορφή επιδημίας. Κάποτε τα θύματα μπορούσαν να μετρηθούν με τα δάκτυλα. Σήμερα ο αριθμός αυξάνεται ραγδαία...<sup>2</sup>

Το σύνδρομο, λοιπόν, της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, (AIDS όπως το ονομάζουν οι αγγλόφωνοι και SIDA οι γαλλόφωνοι), ή σύνδρομο της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (ΣΕΑ όπως ονομάζεται στην Ελλάδα), αποτελεί ένα πολύπλοκο και πολυδιάστατο πρόβλημα, που απασχολεί ιδιαίτερα τον ιατρικό κόσμο.

Δεν είναι, όμως, πρόβλημα μόνο των ερευνητών, αλλά και των ασθενών όπως και του υπόλοιπου πληθυσμού που παίζει το ρόλο του υποψηφίου θύματος. Την ανησυχητική διάσταση του παγκόσμιου προβλήματος δημόσιας υγείας, που απειλεί όλες τις πληθυσμιακές ομάδες και όλες τις χώρες, επιτείνει ο φόβος και το άγχος των άμεσα ή έμμεσα ενδιαφερομένων ατόμων και διογκώνει τη μεγάλη δημοσιότητα γύρω από το όλο θέμα.<sup>3</sup>

Αυτός ο διαβολικός ιός, πονηρός με όλη τη σημασία της λέξης, απορυθμίζει πρώτα την ανοσολογική άμυνα του οργανισμού, αποδιοργανώνει την εσωτερική του αστυνομία, στην συνέχεια διαταράσσει έμμεσα τις σεξουαλικές σχέσεις και, τέλος, δηλητηριάζει τις κοινωνικές σχέσεις με πρωτοφανή τρόπο, πιο μυστικό και ύπουλο από τη μεσαιωνική λέπρα, τη σύφιλη της Αναγέννησης ή τη φυματίωση των αρχών του μηχανικού



πολιτισμού. Σ' ένα βιβλίο με τίτλο *Illnes as metaphore* («Η αρρώστια ως μεταφορά») που εκδόθηκε το 1977, η αμερικανίδα μυθιστοριογράφος Susan Sontag δείχνει πως η ευαισθησία κάθε ιστορικής εποχής ευνοεί μια αρρώστια. Τη στιγμή που έγραφε το βιβλίο της, ο καρκίνος είχε αντικαταστήσει την πνευμονική φυματίωση. Μέσα στον 20ό αιώνα, γοήτευε τη φαντασία και γινόταν ένα φρικτό ταμπού. Αλλά του έλειπαν ορισμένα στοιχεία για να γίνει η ιδανική μεταφορά της κοινωνίας που γεννιόταν το δεύτερο ήμισυ της δεκαετίας του 60 μέσα σε σοβαρές κοινωνικές συσπάσεις.

Σήμερα έχουμε αυτή την αρρώστια – μεταφορά που, με τους δεσμούς της με το σεξ, το αίμα, τα ναρκωτικά, την πληροφορική και την εκζήτηση της εξέλιξης και της στρατηγικής της, εκφράζει την εποχή μας.<sup>4</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### 1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Όσο και αν φαίνεται περίεργο το AIDS ήταν άγνωστο στο ιατρικό κόσμο των ανεπτυγμένων χωρών μέχρι τις αρχές τις δεκαετίας του '80. Το νέο όμως αυτό κλινικό σύνδρομο άλλαξε, τα τελευταία 20 χρόνια, τη μοίρα και τη ζωή εκατομμυρίων ατόμων στον πλανήτη.

Οι σημερινοί ενήλικες άνω των 40 ετών είναι η τελευταία γενεά ανθρώπων που είχαν την πρώτη τους σεξουαλική εμπειρία χωρίς τον φόβο του AIDS. Οι νέοι του '90 είναι η πρώτη γενιά που μεγάλωσε με το AIDS. Αλλά και οι επιστήμονες στην Δημόσια Υγεία και την κλινική ιατρική δεν σκέφτονται τα λοιμώδη νοσήματα με τον ίδιο τρόπο όπως πριν 20 χρόνια.

Παρόλα αυτά όσα συμβαίνουν δεν είναι τίποτα άλλο παρά η αρχή της επιδημίας του ιού, ο οποίος όλες οι ενδείξεις δείχνουν ότι θα παραμείνει ενεργός για μακρύ χρονικό διάστημα ακόμα.

Παρά τις τεράστιες προόδους στη μελέτη του AIDS, εξακολουθεί να υπάρχει το ερώτημα «πως» και «γιατί τώρα», έτσι ξαφνικά μας εμφανίστηκε το AIDS και όχι από νωρίτερα.<sup>5</sup>

Η πιο παλιά τεκμηριωμένη περίπτωση AIDS έχει τοποθετηθεί στο 1959, αλλά δεν αποκλείεται να βρεθούν άλλες ακόμα παλιότερες. Δείγματα αίματος από έναν ασθενή που πέθανε στο Ζαΐρ, είχαν μείνει από τότε σε βαθιά ψύξη, κι όταν εξετάστηκαν βρέθηκε ο ιός του AIDS. Φαίνεται ότι την ίδια εκείνη χρονιά ο ιός είχε προκάλυψει το θάνατο ενός εικοσιπεντάχρονου Άγγλου ναύτη, ο οποίος προφανώς είχε προσβληθεί αρκετά χρόνια νωρίτερα. Τα συμπτώματα του ναύτη είχαν κινήσει την περιέργεια των γιατρών, αλλά μόλις το 1986 επιβεβαιώθηκε, μετά από νέες εξετάσεις των ιστών που είχαν μείνει σε βαθιά ψύξη, ότι πέθανε από AIDS.<sup>6</sup>

Έτσι λοιπόν το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας υπάρχει τουλάχιστον από το 1954, αφού με βάση τα αποτελέσματα των

εξετάσεων, ο ναύτης εκείνος έπασχε από AIDS και θα έπρεπε να είχε μολυνθεί τουλάχιστον 5 χρόνια νωρίτερα, δηλαδή από το 1954.

Οι έρευνες του Ανθρωπολόγου Ανισέτ Κασαμούρα ( ο οποίος γεννήθηκε και μεγάλωσε στην περιοχή των μεγάλων λιμνών της Κεντρικής Αφρικής και ο οποίος μελέτησε τα σεξουαλικά ήθη των λαών της περιοχής) έδωσε μια απάντηση στο πρόβλημα της προελεύσεως του AIDS. Από τις μελέτες του που ολοκληρώθηκαν το 1973, προέκυψε ότι άνδρες και γυναίκες της φυλής των Ιντζγούι, που ζουν σε ένα νησί της λίμνης Κίνυ, συνήθιζαν για να αυξήσουν τη σεξουαλική τους δραστηριότητα, να «εμβολιάζουν» στους μηρούς, την ηβική χώρα και τη ράχη τους αίμα του πράσινου πιθήκου από τον οποίο σήμερα γίνεται γενικότερα πλέον αποδεκτό ότι μεταδόθηκε ο ιός στον άνθρωπο.

Ενδέχεται επίσης ο ιός να μπήκε στον άνθρωπο από τον πράσινο πίθηκο και με την κτηνοβασία. Στο Ζαΐρ, κάποιες φυλές τους τρώνε και ωμούς τους πράσινους αυτούς πιθήκους.

Ο ιός που θεωρείται πλέον προερχόμενος από τον πίθηκο, παρουσιάζει ομοιότητες με τον ιό που έχει σχέση με τη λευχαιμία του ανθρώπου, τον HTLV-I (=Human T-Leukemia Virus-I). Μπορεί λοιπόν να υπήρχε ανενεργής μέσα μας μέχρι που πήρε το γονίδιο που του έλειπε από τον άλλο ιό, με τον οποίο μολύνθηκε ο άνθρωπος, και ενεργοποιήθηκε κατ' αυτόν τον τρόπο. Σήμερα πάντως θεωρείται «γέννημα – θρέμμα του ανθρώπου ύστερα από μετάλλαξη», σε αντίθεση με την θεωρία του επιστημονικού λάθους που πίστευαν μερικοί. Να ξέφυγε δηλαδή ή να δημιουργήθηκε και να δραπέτευσε ο ιός από κάποια εργαστήρια μελέτης του βιολογικού πολέμου. Και πιο συγκεκριμένα από τα εργαστήρια του Αμερικανικού Ινστιτούτου Ερευνών Βιολογικού Πολέμου, στο Φορτ Ντέτρικ της πολιτείας Μέρυλαντ. Αυτή η θεωρία δεν ευσταθεί γιατί όπως αναφέραμε υπήρχαν ήδη τα κρούσματα AIDS από το 1959, ενώ η Βιοτεχνολογία του Βιολογικού πολέμου δεν είχε φθάσει, μέχρι τα μέσα τουλάχιστον της δεκαετίας του 1970, στο σημείο να μπορεί να κάνει ανάλογα πειράματα.

Ο ιός λοιπόν, σύμφωνα με την επικρατούσα άποψη, μεταφέρθηκε από την Κεντρική Αφρική σε άλλες χώρες, κυρίως λόγω της μεταναστευτικού

κύματος την δεκαετία του 60. Πρώτες ομάδες κινδύνου αποτέλεσαν οι ομοφυλόφιλοι και οι τοξικομανείς που μετέφεραν τον ιό σε όλη σχεδόν την ανθρωπότητα.<sup>5</sup>

Γύρω στα 1980, οι γιατροί αντιλαμβάνονται ξαφνικά την ύπαρξη της αρρώστιας αυτής, που τους φαίνεται «καινούργια».

Ήδη από το τέλος του 1979, ο γιατρός Joel Weisman του Λος Άντζελες, γνωστός για την καλόβουλη στάση του απέναντι στους ομοφυλόφιλους, είχε παρατηρήσει ανάμεσα στους ασθενείς του, την αύξηση των περιπτώσεων του συνδρόμου της μονοπυρήνωσης, με εμπύρετες εξάρσεις, αδυνάτισμα και διόγκωση των λεμφαδένων. Αυτοί οι ασθενείς έπασχαν και από διάρροιες και στοματική και πρωκτική μυκητίαση. Κατά τα φαινόμενα η αιτία της κλινικής τους εικόνας έπρεπε να είναι μια ανεπάρκεια του ανοσοποιητικού συστήματος. Ακολουθούν και άλλα κρούσματα που δημοσιεύθηκαν σε επιστημονικά περιοδικά στις 5 Ιουνίου 1981 από τον ομοσπονδιακό επιδημιολογικό οργανισμό της Ατλάντας.

Σιγά - σιγά λοιπόν, ο ιός παρουσιάζεται στο προσκήνιο και ήδη μέχρι τον Νοέμβριο του 1981 υπάρχουν ήδη 159 περιπτώσεις επίσημα καταγεγραμμένες από τις υγειονομικές υπηρεσίες των Ηνωμένων πολιτειών. Τέλος ο καινούργιος ιός βαφτίζεται το καλοκαίρι του 1982 ως AIDS από τα αρχικά της νόσου (Acquired Immunodeficiency Syndrome), (η επιλογή αυτού του ονόματος γίνεται σε ένα συνέδριο στην Αμερική), και γίνεται γνωστός πια με αυτό το όνομα σε όλον τον κόσμο.<sup>4</sup>

Από την ώρα που ανακαλύφθηκε και ονομάστηκε ο ιός αυτός έχει μελετηθεί περισσότερο από οποιονδήποτε άλλο ιό στην ιστορία της Ιατρικής.<sup>6</sup>

## 1.2 ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ ΙΟΥ

Από τη στιγμή που άρχισαν να γίνονται επιστημονικές έρευνες πάνω στο όλο πρόβλημα του AIDS, ακούστηκαν πολλές απόψεις και διατυπώθηκαν πολλές θεωρίες, που καθεμιά διεκδικεί για τον εαυτό της το αλάθητο σε ότι αφορά την καταγωγή του ιού. Οι σημαντικότερες είναι:

### A) Πράσινος πίθηκος

Η θεωρία ότι ο ιός του AIDS προήλθε από τους πράσινους πιθήκους της Αφρικής, όπως προαναφέραμε και στην ιστορική αναδρομή, και που προκάλεσε ποικίλες αντιδράσεις, εκφράστηκε από τον καθηγητή του Πανεπιστημίου του Χάρβαρντ, Μαξ Έσσεξ.

### B) Από Ισημερινή Αφρική

Κατά τον Ρόμπερτ Γκάλα, καθηγητή του Ινστιτούτου Υγείας των Η.Π.Α, ο ρετροϊός LAV/HTLV-3 (το όνομα του ιού) που προσβάλλει τον οργανισμό μας, μπορεί να έχει έρθει από την Ισημερινή Αφρική, και ταξίδεψε μέσω του δουλεμπορίου στη Λατινική Αμερική, Καραϊβική...

Και αυτή η άποψη δέχθηκε επικρίσεις, σύμφωνα με τις οποίες είναι αδύνατο να προήλθε από την Αφρική. Γιατί αν το AIDS ξεκινούσε από την Αφρική θα είχε έρθει χρόνια πριν στην Ευρώπη και δεν θα συνέβαινε να προσβάλλει μόνο την Αμερική και μετά να έρθει στην Ευρώπη.

### Γ) Προϊόν προετοιμασίας για τη διεξαγωγή βιολογικού πολέμου.

Η θεωρία αυτή διατυπώθηκε από τον καθηγητή Βιολογικού Ινστιτούτου της Ανατολικής Γερμανίας κ. Ζέγκαλ, ο οποίος αποδίδει τη γένεση του ιού, σε έρευνες που έγιναν στο Φορτ Ντέτρικ του Μέριλαντ, σε μια προσπάθεια να παραχθούν ιοί εν όψει διεξαγωγής βιολογικού πολέμου.

Κατά τον καθηγητή οι παραγόμενοι ιοί δοκιμάζονται πάνω σε βαρυποινίτες που δέχονται σαν αντάλλαγμα τη μείωση της φυλάκισής τους, ή την αποφυλάκισή τους. Γι' αυτό κατά τον Ζέγκαλ, ο ιός κάνει την πρώτη του εμφάνιση σε ομοφυλόφιλους-φυλακισμένους ή παλιότερους τροφίμους των φυλακών.

### Δ) Μετάλλαξη των ιών

Η τέταρτη θεωρία είναι αυτή που υποστηρίζει ο δικός μας καθηγητής κ. Γεώργιος Παπαευαγγέλου. Σύμφωνα με την άποψή του, ο ιός είναι δυνατό να προήλθε από μεταλλάξεις ιών. Αυτό μπορεί να συμβεί σε κάθε οργανισμό,

αρκεί να βρεθεί σε κατάλληλες συνθήκες. Κατά τον Έλληνα καθηγητή, ο ιός ανήκει στην ίδια οικογένεια με την ηπατίτιδα. Η διαφορά τους έγκειται στο ότι ο ένας είναι πιο σκληρός και μεταδίδεται εύκολα, ενώ ο άλλος σαν πιο ευαίσθητος μεταδίδεται πιο δύσκολα.<sup>7</sup>

### 1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ AIDS

Το AIDS προέρχεται από τα αρχικά του αγγλικού επιστημονικού όρου «Acquired Immune Deficiency Syndrome» που στα ελληνικά σημαίνει Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας.

Είναι μια λοίμωξη από ιό (ρετροϊό) που μπορεί να οδηγήσει σε βαριά και επί του παρόντος μη αναστρέψιμη βλάβη του ανοσολογικού συστήματος αφήνοντας έτσι το θύμα του έρμαιο των λοιμώξεων και μερικών τύπου καρκίνου.<sup>8</sup>

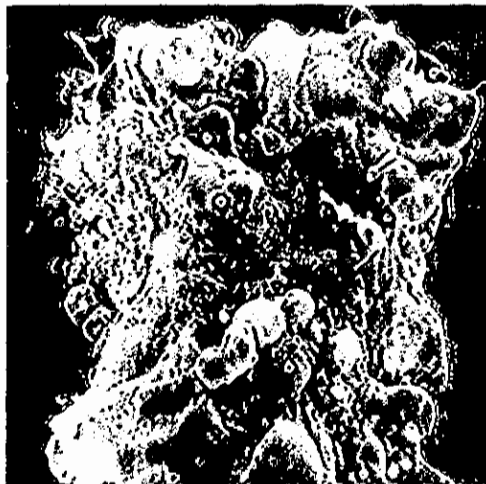
Το AIDS δεν είναι κληρονομική νόσος αλλά επίκτητη γιατί ο άνθρωπος δεν γεννιέται με αυτό αλλά το αποκτά από τη στιγμή που θα προσβληθεί από τον ιό του AIDS. Ο ιός αυτός εισέρχεται στα λεμφοκύτταρα του οργανισμού και τα καταστρέφει. Το κύτταρο δεν μπορεί να απαλλαχθεί από τον ιό, έτσι όταν ο άνθρωπος προσβληθεί από αυτόν παραμένει για όλη του τη ζωή φορέας του ιού. Ο φορέας μπορεί να είναι υγιής χωρίς συμπτώματα. Υπολογίστηκε ότι μέσα σε πέντε χρόνια το 20% - 30% των φορέων αναπτύσσουν την ασθένεια AIDS. Αυτοί όλοι πεθαίνουν μετά από σύντομο χρονικό διάστημα. Οι υπόλοιπη παραμένουν για χρόνια φορείς χωρίς συμπτώματα αλλά εξακολουθούν να μεταδίδουν τον ιό σε άλλους ανθρώπους.

Το AIDS, το ίδιο, δεν σκοτώνει, αλλά άλλες ασθένειες σίγουρα θα σκοτώσουν. Και αυτές είναι οι ευκαιριακές λοιμώξεις που συνήθως παρουσιάζονται σε άτομα με πρόβλημα στο ανοσοποιητικό τους σύστημα. Για παράδειγμα το Σάρκωμα του Karosi, είναι ένας σπάνιος καρκίνος των αιμοφόρων αγγείων του δέρματος και δεν αναπτύσσεται σε άτομα με υγιή ανοσοποιητικό σύστημα. Ακόμα και κάτι πιο απλό, όπως η μυκητική στοματίτιδα, είναι κάτι συνηθισμένο για τους υγιείς οργανισμούς, αλλά πολύ σοβαρό για άτομα που έχουν προσβληθεί από AIDS.<sup>5</sup>

## 1.4 ΕΙΔΗ ΤΟΥ ΙΟΥ

Όπως προείπαμε το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας προκαλείται από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (Human Immunodeficiency Virus, HIV). Ο HIV αναφερόταν παλιότερα ως λεμφοτρόπος ιός τύπου III του ανθρωπίνου Τ-κυττάρου (Human T-cell Lymphotropic Virus type III, HTLV III) και ως ιός που σχετίζεται με λεμφαδενοπάθεια (Lymphadenopathy Associates Virus, LAV).

Υπάρχουν δύο τύποι του ιού: ο HIV1 και ο HIV2. Ο κυρίαρχος όμως παγκοσμίως τύπος είναι ο HIV1.<sup>9</sup>



## 1.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

### A) ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Από το 1981 που άρχισε να εμφανίζεται το φαινόμενο AIDS ολοένα και πληθαίνουν τα κρούσματα και οι θάνατοι από αυτή την ασθένεια. Ως το τέλος του 1987 δηλαδή μέσα σε 6 χρόνια αναφέρθηκαν πάνω από 27.000 περιπτώσεις, με πάνω από 15.000 θανάτους.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Παγκόσμιας οργάνωσης υγείας, σήμερα οι φορείς του HIV ανέρχονται σε 36 εκατομμύρια περίπου και καθημερινά προσβάλλονται 13.000 άτομα σε όλο τον κόσμο. Από τις αρχές εξάλλου τις δεκαετίας του 1980 έχουν πεθάνει από AIDS 21 εκατομμύρια άτομα.<sup>10</sup>

Όλο και περισσότερο γυναίκες ηλικίας 15 – 19 χρονών μολύνονται από τον ιό του AIDS σύμφωνα με τα στοιχεία έρευνας από το Centers for Disease Control and Prevention, όπως επίσης το ποσοστό των νεαρών γυναικών μεταξύ αυτών που έχουν μολυνθεί από τον ιό έχει αυξηθεί κατά 117%. Η πλειοψηφία των ασθενών αφορά μαύρες γυναίκες οι οποίες διατηρούσαν ετεροφυλικές σεξουαλικές σχέσεις.<sup>11</sup>

Σύμφωνα με άλλη έρευνα του O.H.E., το 40% του συνόλου των φορέων του AIDS ζει στην Ασία, όπου η ασθένεια παίρνει την μορφή επιδημίας. Ιερόδουλες στην Κίνα, την Ινδονησία και το Βιετνάμ πέφτουν θύματα της νόσου, η οποία κατ' επέκταση μεταδίδεται στους πελάτες τους και στις συζύγους ή τις συντρόφους αυτών.<sup>12</sup>

## B) ΣΤΗΝ ΑΜΕΡΙΚΗ<sup>13</sup>

Η κατάσταση στην Αμερική διαφένεται από τους παρακάτω χάρτες – πίνακες που δείχνουν τα επιδημιολογικά στοιχεία μέχρι τον Ιούνιο του 2000.

**Figure 2. Female adult/adolescent annual AIDS rates per 100,000 population, for cases reported July 1999 through June 2000, United States**

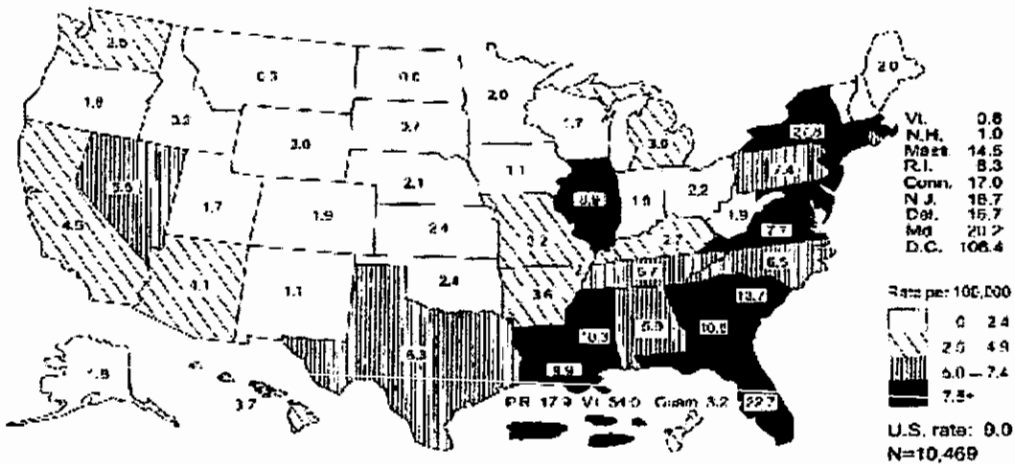
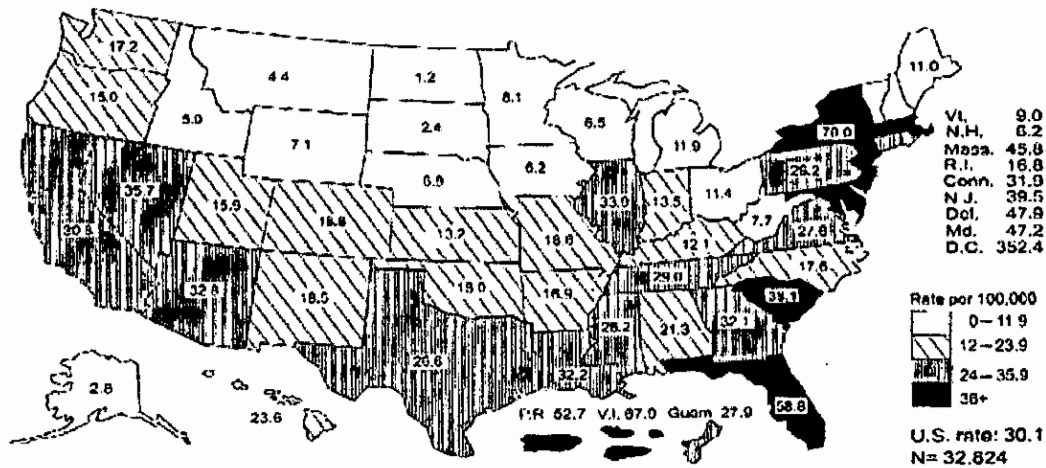




Figure 1. Male adult/adolescent annual AIDS rates per 100,000 population, for cases reported July 1999 through June 2000, United States



### Γ) ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η δήλωση των κρουσμάτων AIDS ξεκίνησε στην Ελλάδα το 1984. Είναι ανώνυμη, απόρρητη και υποχρεωτική σύμφωνα με την υπουργική απόφαση Α1/6122/19-9-1986.

Η δήλωση των κρουσμάτων AIDS έχει αποτελέσει τον κυριότερο τρόπο παρακολούθησης της HIV λοίμωξης στις χώρες του Δυτικού κόσμου, όπως και στην Ελλάδα.

Ωστόσο, η χρήση των νέων ισχυρών και αποτελεσματικών αντιρετροϊκών θεραπειών που καθυστερούν την εμφάνιση του AIDS, καθιστά αναγκαία την επέκταση του επιδημιολογικού συστήματος με τη δήλωση των HIV οροθετικών ατόμων. Η δήλωση των HIV οροθετικών ατόμων αποδεικνύεται εξαιρετικά χρήσιμη στην παρακολούθηση της επιδημίας και στο σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας και φροντίδας των HIV οροθετικών ατόμων.

Το εξάμηνο Ιουλίου-Δεκεμβρίου 2000 δηλώθηκαν 56 νέα κρούσματα AIDS εκ των οποίων 36 διαγνώστηκαν το τελευταίο εξάμηνο του 2000. Από τα 56 νέα κρούσματα εφήβων / ενηλίκων με AIDS 92,8% είναι άνδρες και 7,2% γυναίκες (Πίνακας 1).

Κατηγορίες Μετάδοσης	Άνδρες	Άνδρες	Γυναίκες	Γυναίκες	Σύνολο	Σύνολο
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Ομο/αμφιφυλόφιλοι άνδρες	31	59,6	-	-	31	55,4

Χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών	4	7,7	1	25,0	5	8,9
Πολυμεταγγιζόμενοι με παράγωγα αίματος	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Μεταγγιζόμενοι	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ετεροφυλόφιλοι	12	23,1	3	75,0	15	26,8
Ακαθόριστοι	5	9,6	0	0,0	5	8,9
Σύνολο	52	100,0	4	100,0	56	100,0

Πίνακας 1. Νεοδηλωθέντα κρούσματα εφήβων / ενηλίκων με AIDS κατά το εξάμηνο 1.7.00-31.12.00

Οι ομο/αμφιφυλόφιλοι άνδρες αποτελούν το 55,4% των νεοδηλωθέντων κρουσμάτων, οι ετεροφυλόφιλοι (άνδρες και γυναίκες) το 26,8% ενώ δεν δηλώθηκε κανένα νέο κρούσμα πολύ/μεταγγιζόμενου ατόμου ή παιδιατρικού AIDS.

Ο συνολικός αριθμός των κρουσμάτων AIDS που δηλώθηκαν στην Ελλάδα μέχρι της 31 Δεκεμβρίου 2000 ανέρχεται σε 2.163, εκ των οποίων τα 32 (1,5%) είναι παιδιά. Από τα 32 παιδιά 59% είναι αγόρια και 41% κορίτσια και από τους 2.131 εφήβους / ενήλικες 86,9% είναι άνδρες και 13,1% γυναίκες.

Έτος διάγνωσης	Άνδρες N	Άνδρες %	Γυναίκες N	Γυναίκες %	Σύνολο	Συχνότητα
1981	1	0,1	0	0,0	1	0,10
1982	2	0,1	0	0,0	2	0,20
1983	4	0,2	0	0,0	4	0,41
1984	5	0,3	0	0,0	5	0,51
1985	14	0,7	0	0,0	14	1,41
1986	25	1,3	0	0,0	25	2,51
1987	57	3,0	6	2,0	63	6,30
1988	66	3,5	6	2,0	72	7,17
1989	93	5,0	14	4,8	107	10,61
1990	126	6,7	17	5,8	143	14,07

1991	163	8,7	22	7,5	185	18,05
1992	167	8,9	23	7,8	190	18,41
1993	149	8,0	22	7,5	171	16,47
1994	181	9,7	32	10,9	213	20,43
1995	187	10,0	28	9,6	215	20,57
1996	190	10,2	43	14,7	233	22,24
1997	145	7,8	25	8,5	170	16,19
1998	105	5,6	15	5,1	120	11,42
1999	97	5,2	24	8,2	121	11,50
2000	93	5,0	15	5,1	108	10,25
Άγνωστο			1	0,3	1	
Σύνολο	1.870	100,0	293	100,0	2.163	

Πίνακας 2 Δηλωθέντα κρούσματα AIDS στην Ελλάδα μέχρι τις 31/12/00

Στο σύνολο των 2.163 κρουσμάτων AIDS έχουν δηλωθεί 1.254 (58%) θάνατοι από AIDS εκ των οποίων 67 το 2000.

Η σημαντική μείωση της επίπτωσης του AIDS που παρατηρείται για πρώτη φορά στη χώρα μας το 1997 συνεχίζεται και το 1998. Αναστροφή της τάσης παρατηρείται το 1999, η οποία συνεχίζει ελαφρώς αυξανόμενη το 2000. Παρ' όλα αυτά οι εκτιμήσεις για τις διορθώσεις ως προς τις καθυστερημένες δηλώσεις στηρίζονται σε στατιστικά μοντέλα πράγμα που σημαίνει ότι η ερμηνεία τους πρέπει να γίνει προσεκτικά.

Για πρώτη φορά μετά το 1997 αυξάνεται ο αριθμός των θανάτων από AIDS, οι οποίοι όμως εξακολουθούν να παραμένουν σε πολύ χαμηλότερα σε σχέση με το 1996 επίπεδα.

Έτος Θανάτου	Άνδρες N	Άνδρες %	Γυναίκες N	Γυναίκες %	Σύνολο N	Σύνολο %
1983	1	0,1	0	0,0	1	0,1
1984	6	0,5	0	0,0	6	0,5
1985	6	0,5	0	0,0	6	0,5

1986	10	0,9	0	0,0	10	0,8
1987	28	2,5	3	2,0	31	2,5
1988	32	2,9	1	0,7	33	2,6
1989	48	4,3	4	2,7	52	4,1
1990	62	5,6	6	4,0	68	5,4
1991	66	6,0	7	4,7	73	5,8
1992	97	8,8	10	6,7	107	8,5
1993	98	8,9	9	6,0	107	8,5
1994	129	11,7	18	12,0	147	11,7
1995	136	12,3	16	10,7	152	12,1
1996	127	11,5	24	16,0	151	12,0
1997	71	6,4	13	8,7	84	6,7
1998	55	5,0	8	5,3	63	5,0
1999	49	4,4	9	6,0	58	4,6
2000	53	4,8	14	9,3	67	5,3
Άγνωστο	30	2,7	8	5,3	38	3,0
Σύνολο	1.104	100,0	150	100,0	1.254	100,0

Πίνακας 3 Δηλωθέντες θάνατοι AIDS μέχρι 31/12/00

Σταθεροποίηση στην επίπτωση του AIDS παρατηρείται στην ομάδα των ομοφυλόφιλων-αμφιφυλόφιλων ανδρών για πρώτη φορά μετά το 1997. Αύξηση της επίπτωσης παρατηρείται στην ομάδα των χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών με την επισήμανση ότι ο αριθμός των κρουσμάτων είναι μικρός και πρέπει να ερμηνευτεί με μεγάλη επιφύλαξη. Συνεχής αύξηση παρατηρείται μέσω της ετεροφυλικής μετάδοσης στους άνδρες από το 1997 και μετά.

Ο συνολικός αριθμός των HIV οροθετικών ατόμων (συμπεριλαμβανομένων και των κρουσμάτων AIDS) που δηλώθηκαν στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 2000 ανέρχεται σε 5.446. Από τα 5.446 οροθετικά άτομα τα 5.378 είναι έφηβοι/ ενήλικες. Τα 68 (1,2%) είναι παιδιά κάτω των 12 ετών. Από τα 68 παιδιά τα 46 είναι αγόρια και τα 21 είναι

κορίτσια. Από τους 5.378 εφήβους / ενήλικες 81,7% είναι άνδρες και 17,7% γυναίκες ενώ το υπόλοιπο 0,6% αγνώστου φύλου.

Η πλειοψηφία (54,1%) από τα δηλωθέντα HIV+ άτομα είναι ηλικίας 25 με 39 ετών, 33,4% είναι άνω των 40 ετών και 8,2% κάτω των 24 ετών.

Ηλικιακή Ομάδα	Άνδρες N	Άνδρες %	Γυναίκες N	Γυναίκες %	Σύνολο N	Σύνολο %
13-14 ετών	15	0,3	1	0,1	16	0,3
15-19 ετών	58	1,3	17	1,8	75	1,4
20-24 ετών	250	5,7	97	10,2	351	6,5
25-29 ετών	707	16,1	223	23,4	930	17,3
30-34 ετών	935	21,3	181	19,0	1.117	20,8
35-39 ετών	728	16,6	129	13,5	860	16,0
40-49 ετών	878	20,0	126	13,2	1007	18,7
50-59 ετών	374	8,5	64	6,7	438	8,1
60+ ετών	288	6,6	62	6,5	351	6,5
Άγνωστο	161	3,7	53	5,6	233	4,3
Σύνολο	4,394	100,0	953	100,0	5.378	100,0

Πίνακας 4Δηλωθέντα οροθετικά άτομα συμπεριλαμβανομένων των κρουσμάτων AIDS μέχρι τις 31/12/00

Ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης στους εφήβους και στους ενήλικες είναι μέσω της σεξουαλικής επαφής. Πιο συγκεκριμένα το 40,7% είναι άνδρες που δήλωσαν ότι μολύνθηκαν διαμέσου της ομοφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής ενώ 15,6% είναι άνδρες και γυναίκες που δήλωσαν ότι μολύνθηκαν διαμέσου της ετεροφυλικής σεξουαλικής επαφής. Η κατηγορία μετάδοσης στους εφήβους / ενήλικες παραμένει αδιευκρίνιστη σε ποσοστό πάνω από 34% σε αντίθεση με τα κρούσματα AIDS που φτάνει το 12%.

Αξιολογώντας τα στοιχεία της τελευταίας δεκαετίας, από το 1990 και μετά, ως πιο αξιόπιστα η διαχρονική τάση της επιδημίας είναι αυξητική και στους άνδρες και στις γυναίκες. Για πρώτη φορά όμως το 2000 η επίπτωση του HIV φαίνεται να μειώνεται. Η ερμηνεία αυτής της μείωσης πρέπει να γίνει με μεγάλη προσοχή αφού η κατανομή των οροθετικών HIV ατόμων τα

προηγούμενα χρόνια έχει γίνει με προσεγγιστικές μεθόδους και τείνει να υπερεκτιμά την επίπτωση τα τελευταία έτη έως το 1999.

Έτος διάγνωσης	Άνδρες N	Άνδρες %	Γυναίκες N	Γυναίκες %	Σύνολο	Συχνότητα
1983	2	0,0	0	0,0	2	0,2
1984	9	0,2	0	0,0	9	0,9
1985	12	0,3	2	0,2	14	1,4
1986	44	1,0	2	0,2	46	4,6
1987	72	1,6	9	0,9	81	8,1
1988	109	2,5	9	0,9	118	11,8
1989	159	3,6	17	1,7	176	17,4
1990	229	5,2	28	2,9	257	25,3
1991	264	5,9	48	4,9	312	30,4
1992	309	7,0	50	5,1	359	34,8
1993	287	6,5	55	5,6	342	32,9
1994	226	5,1	57	5,9	283	27,1
1995	356	8,0	66	6,8	422	40,4
1996	391	8,8	119	12,2	511	48,8
1997	503	11,3	110	11,3	616	58,7
1998	519	11,7	122	12,5	662	63,0
1999	549	12,4	160	16,4	714	67,9
2000	400	9,0	120	12,3	522	49,6
Σύνολο	4.400	100,0	974	100,0	5.446	100,0

Η πλειοψηφία των ανδρών ως προς τις γυναίκες είναι εμφανής και το ηλικίο άνδρες:γυναίκες είναι περίπου 4,6:1.

Η τάση για το 2000 είναι φθίνουσα σ' όλες τις ηλικιακές ομάδες ( $\leq 24$ , 25-39 και  $\geq 40$  ετών) με μεγαλύτερο ρυθμό μείωσης στην ομάδα των 25 με 39 ετών.

Παρ' όλο που οι τάσεις της HIV λοίμωξης όσον αφορά στον τρόπο μετάδοσης είναι δύσκολο να προσδιοριστούν εξαιτίας του σχετικά υψηλού

ποσοστού των «απροσδιοριστών» κυρίως μετά το 1996, οι τάσεις είναι φθίνουσες σε όλες τις κατηγορίες μετάδοσης γεγονός που οφείλεται στη συνολική μείωση της επίπτωσης HIV για το 2000.

Ο συνολικός αριθμός των HIV+ ατόμων (συμπεριλαμβανομένων και των κρουσμάτων AIDS) που έχουν λάβει δωρεάν αντιρετροϊκή θεραπεία στην Ελλάδα έως τις 31 Δεκεμβρίου 2000 ανέρχεται σε 4.231 άτομα, εκ των οποίων 83% είναι άνδρες και 16% γυναίκες.

Έτσι σαν συμπέρασμα τα επιδημιολογικά στοιχεία διεθνώς δείχνουν ότι η σεξουαλική μετάδοση του HIV συνεχίζεται με τον ίδιο σχετικά ρυθμό.<sup>14</sup>

## 1.6 ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΤΥΠΑ

Τα διαθέσιμα επιδημιολογικά στοιχεία για την κατανομή του AIDS σε όλο τον κόσμο υποδεικνύουν ορισμένα διακεκριμένα πρότυπα, καθένα από τα οποία χαρακτηρίζεται από το χρόνο που εμφανίστηκε το νόσημα και από τους προεξάρχοντες τρόπους μετάδοσης. Το επιδημιολογικό πρότυπο περιλαμβάνει τον τύπο πρόληψης και τις δραστηριότητες φροντίδας που απαιτούνται, καθώς και την προτεραιότητα που χρειάζεται να δοθεί σε διάφορες πλευρές αυτών των δραστηριοτήτων.

### Πρότυπο I

Στις περιοχές του προτύπου I, οι περισσότερες περιπτώσεις HIV-λοίμωξης και AIDS αφορούν ομοφυλόφιλους ή αμφιφυλόφιλους άνδρες και χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Η εκτεταμένη μετάδοση του HIV φαίνεται ότι άρχισε στα τέλη της δεκαετίας του 1970. Η ετεροφυλική μετάδοση αυξάνεται, αλλά σε αυτή οφείλεται μόνον ένα μικρό ποσοστό των περιπτώσεων. Μετάδοση μέσω του αίματος και των παραγώγων του έχει αναφερθεί, αλλά σήμερα ελέγχεται σε μεγάλο βαθμό με τον εκούσιο αποκλεισμό από την αιμοδοσία των ατόμων με συμπεριφορά υψηλού κινδύνου ή και με τον ομαδικό έλεγχο των αιμοδοτών για HIV στη καθημερινή πρακτική. Η αναλογία ανδρών προς γυναίκες στις περιπτώσεις AIDS κυμαίνεται από 10:1 έως 15:1. Στο γενικό πληθυσμό, ο επιπολασμός του HIV είναι συνήθως αρκετά χαμηλότερα από 1%,

αλλά μπορεί να υπερβαίνει το 50% σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Το πρότυπο αυτό είναι τυπικό για τη Β. Αμερική, τη Δυτική Ευρώπη, την Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία.

Το επιδημιολογικό πρότυπο που αρχικά ταξινομήθηκε ως πρότυπο Ι σε πολλές χώρες συνεχίζει να διαμορφώνεται. Για παράδειγμα, σε πολλές λατινοαμερικανικές χώρες, από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 έχει παρατηρηθεί μετάδοση μεταξύ ετερόφυλων με πολλούς ερωτικούς συντρόφους, σε έκταση που να θεωρηθεί ο βασικός τρόπος μετάδοσης. Ως αποτέλεσμα αυτής της αλλαγής, η Λατινική Αμερική αναταξινομήθηκε ως πρότυπο Ι/ΙΙ.

### Πρότυπο ΙΙ

Το πρότυπο ΙΙ είναι τυπικό για τις περισσότερες από τις περιοχές της Αφρικής νοτιότερα της Σαχάρας και για ορισμένα τμήματα της Καραϊβικής. Οι περισσότερες περιπτώσεις σε αυτές τις περιοχές οφείλονται σε σεξουαλική μετάδοση μεταξύ ετερόφυλων και η αναλογία ανδρών προς γυναίκες είναι περίπου 1:1 με αποτέλεσμα να είναι συνηθισμένη η μετάδοση από μολυσμένες γυναίκες στα έμβρυα ή στα βρέφη τους. Η εκτεταμένη μετάδοση φαίνεται ότι άρχισε στα μέσα ή στα τέλη της δεκαετίας του 1970 και, για ορισμένες χώρες, μπορεί η συνολική επίπτωση της οροθετικότητας στον πληθυσμό να υπερβαίνει σήμερα το 1%. Ακόμη, η μετάδοση γίνεται με μεταγγίσεις αίματος, χρήση βελονών και συριγγών που δεν είναι αποστειρωμένες και με άλλες πρακτικές που διατρυπούν το δέρμα. Ωστόσο, ο βασικός τρόπος μετάδοσης παραμένει ο σεξουαλικός. Δεν έχει διαπιστωθεί αν συμβαίνει σε πολύ μικρό βαθμό μετάδοση από χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών ή από ομοφυλόφιλους άνδρες. Σε μερικές αστικές περιοχές, έχουν μολυνθεί περισσότερα από 25% των σεξουαλικά ενεργών ατόμων.

### Πρότυπο ΙΙΙ

Στις περιοχές του προτύπου ΙΙΙ, ο HIV εμφανίστηκε στις αρχές ή στα μέσα της δεκαετίας του 1980 και μέχρι το 1989 είχαν αναφερθεί μόνο μικροί αριθμοί περιπτώσεων AIDS. Σήμερα, αναφέρεται τόσο σε ομοφυλοφιλική όσο



και σε ετεροφυλική μετάδοση. Οι περισσότερες πρώιμες περιπτώσεις οφείλονταν σε ταξίδια στις – ή σε επαφή με άτομα από- ενδημικές περιοχές ή προκλήθηκαν από εισαχθέντα παράγωγα αίματος. σε μερικές περιοχές του προτύπου III, η κατάσταση έχει αρχίσει να αλλάζει ταχύτητα. Στην Ταϊλάνδη, για παράδειγμα, υπάρχουν ενδείξεις για ταχεία εσωτερική διασπορά του HIV τα τελευταία δυο χρόνια που σχετίζεται με τη χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Το πρότυπο καλύπτει τη Β. Αφρική, την Α. Ευρώπη, την Α. Μεσόγειο, την Ασία και το μεγαλύτερο μέρος της περιοχής του Ειρηνικού.<sup>15</sup>

## 1.7 ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΙΟΥ HIV

Οι τρόποι μετάδοσης της HIV λοίμωξης είναι όμοιοι στις ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες και είναι ακριβώς οι ίδιοι με εκείνες της ηπατίτιδας τύπου Β.<sup>16</sup>

Την εξάπλωση της λοίμωξης επηρεάζουν δημογραφικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες καθώς και η σεξουαλική συμπεριφορά των ατόμων. Σε ολόκληρο τον κόσμο τέσσερις είναι οι τρόποι μετάδοσης.

1. Σεξουαλική επαφή.
2. Έκθεση σε αίμα και τα παράγωγα του.
3. Μέσω χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών όταν δεν χρησιμοποιούνται αποστειρωμένες βελόνες.
4. Κάθετη μετάδοση από την μητέρα στο παιδί.

Η Π.Ο.Υ. με βάση συγκεντρωτικά παγκόσμια δεδομένα από το 1983-1995 εκτιμά ότι για το μεγαλύτερο ποσοστό κρουσμάτων AIDS, όσον αφορά τον τρόπο μετάδοσης ευθύνεται η σεξουαλική μετάδοση.<sup>17</sup>

### Σεξουαλική μετάδοση

Είναι ο σημαντικότερος τρόπος μετάδοσης του ιού του AIDS. Στη σεξουαλική μετάδοση σημαντικό ρόλο κατέχει η ποσότητα του ιού στο αίμα, στο σπέρμα ή στις κολπικές εκκρίσεις.

Η ύπαρξη εμμήνου ρύσεως, σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων, ή ελκών των γεννητικών οργάνων κατά την σεξουαλική επαφή, αυξάνει τον κίνδυνο μετάδοσης της νόσου. Ο κίνδυνος σεξουαλικής μετάδοσης μπορεί ν' αποφευχθεί αποφεύγοντας την επαφή με οροθετικά άτομα. Επειδή όμως δεν είναι δυνατόν κάποιος να γνωρίζει τη σεξουαλική ταυτότητα του συντρόφου του όλοι θα πρέπει να είναι ενημερωμένοι για τους τρόπους μετάδοσης ή πρόληψης της νόσου.

Μειωμένος κίνδυνος μετάδοσης του ιού HIV-1, με την σεξουαλική επαφή επιτυγχάνεται, με την επιλογή του σεξουαλικού συντρόφου και τη χρήση προφυλακτικού.

### **Μετάδοση με αίμα, παράγωγα του αίματος.**

Οι δέκτες μη ελεγμένου αίματος ή παραγώγων του έχουν μεγάλο κίνδυνο HIV λοίμωξης. Ο ιός μεταδίδεται με πλήρες αίμα, κυτταρικά στοιχεία του αίματος, πλάσμα και αιμοπετάλια. Η πιθανότητα να μολυνθεί ένα άτομο από μία μοναδική μετάγγιση οροθετικού δότη είναι 100%.

Πριν από το 1985 δεν γινόταν έλεγχος των δοτών για τον ιό HIV. Από τότε επιβλήθηκε ο έλεγχος και ο κίνδυνος μειώθηκε σημαντικά. Δεν θα υπήρχε αυτός ο μικρός κίνδυνος μετάδοσης του ιού αν δεν υπήρχε η περίοδος του παραθύρου, όπου πρόσφατα μολυσμένοι δότες δεν έχουν αναπτύξει ανιχνεύσιμα αντισώματα.

### **Μετάδοση από χρήση ενδοφλέβιων ουσιών.**

Στους χρήστες ενδοφλέβιων τοξικών ουσιών ο κίνδυνος επαφής με μολυσμένο αίμα εντοπίζεται στη χρήση κοινής σύριγγας και βελόνας με άλλους χρήστες. Κάθε λύση της συνεχείας του δέρματος από χρησιμοποιημένη βελόνα, ενδοφλέβια, ενδομυϊκή, υποδόρια ή ενδοδερμική χορήγηση ναρκωτικών θεωρείται επικίνδυνη.

Το ποσοστό της HIV λοίμωξης στους χρήστες ναρκωτικών ουσιών διαφέρει σε κάθε γεωγραφική περιοχή. Αύξηση του αριθμού των κρουσμάτων

παρατηρείται στα χαμηλά κοινωνικά και οικονομικά στρώματα, στους αστέγους και στις εθνικές μειονότητες με κακές συνθήκες διαβίωσης.

Στόχος της εκπαίδευσης και της ενημέρωσης των χρηστών αποτελεί η διακοπή της χρήσης των ναρκωτικών μέσα από τη συνειδητοποίηση των κινδύνων που η χρήση τους συνεπάγεται. Για τους χρήστες που δεν μπορούν να διακόψουν λόγω εθισμού συνιστάται η εκπαίδευση για ασηψία της τεχνικής που χρησιμοποιούν και χρήση αποστειρωμένων βελονών και συριγγών.

### **Περιγεννητική και κάθετη μετάδοση.**

Κάθετη μετάδοση του ιού HIV από οροθετική μητέρα στο παιδί της μπορεί να συμβεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, της γέννας ή την περίοδο του θηλασμού. Το γεγονός της ενδομήτριας λοίμωξης του εμβρύου, επιβεβαιώνεται από την ανίχνευση του ιού σε ιστοκαλλιέργειες εμβρύου έως 6 εβδομάδες κύησης. Επίσης 30-50% των παιδιών που μολύνθηκαν ή κατά την γέννηση τους ήταν οροθετικά με PCR ή θετική κυτταροκαλλιέργεια του ιού πιθανόν αντανακλούν την μετάδοση του ιού κατά την πρώιμη ή μέση περίοδο της κύησης.

Αντίθετα αρνητική PCR ή αρνητικές κυτταροκαλλιέργειες του ιού κατά την γέννηση παιδιών που μετέπειτα έγιναν οροθετικά αντανακλούν λοίμωξη στο τέλος της κύησης ή κατά την γέννα. Η καισαρική τομή σε σύγκριση με την γέννα έχει μικρότερο ποσοστό στον ιό. Ο κίνδυνος μόλυνσης εξαρτάται από το αν η μητέρα βρίσκεται σε πρώιμο ή προχωρημένο στάδιο.

Στους παράγοντες κινδύνου μετάδοσης του ιού από τη μητέρα στο έμβryo συμπεριλαμβάνονται και οι παράγοντες που αφορούν τον πλακούντα. Ο ιός απομονώθηκε και στο μητρικό γάλα ενώ αναφορές ότι μητέρες μόλυναν τα παιδιά τους μετά τη γέννησή τους εστίασε τον κίνδυνο κάθετης μετάδοσης μέσω του θηλασμού.<sup>17</sup>

## **1.8 ΤΡΟΠΟΙ ΜΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΙΟΥ HIV**

Το AIDS δεν μεταδίδεται:

Όταν αγκαλιάζεις κάποιον  
 Όταν δίνεις ένα απλό φιλί  
 Όταν σε τσιμπήσει κουνούπι ή άλλο έντομο  
 Από κατοικίδια ζώα  
 Όταν δίνεις αίμα  
 Όταν χρησιμοποιείς κοινά πιάτα, ποτήρια κ.λ.π.  
 Όταν κάποιος κοντά σου βήξει ή φταρνιστεί  
 Αποδυτήρια, ντους, τουαλέτες, καντίνες  
 Εργαζόμενοι σε στενή επαφή.<sup>18</sup>

Οι απόψεις για την ανθεκτικότητα του ιού στους περιβαλλοντικούς παράγοντες έχουν μεγάλο φάσμα. Έτσι άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι ο ιός αδρανοποιείται στους 56° C με υγρή θέρμανση για 30' και άλλοι ότι μπορεί να ζήσει στις ίδιες συνθήκες πάνω από τρεις ώρες.

Για την ολοσχερή αδρανοποίηση του HIV χρησιμοποιούνται για 1' χημικά απολυμαντικά, όπως διάλυμα οινόπνεύματος 70% ή υποχλωριωδούς νατρίου 0,5%, ενώ για την απολύμανση ιατρικών συσκευών αρκούν διαλύματα αιθυλικής αλκοόλης ή γλουταραλδεϋδης 1%. Ο HIV είναι ανθεκτικός στην υπεριώδη και στη γ- ακτινοβολία.<sup>3</sup>

## 1.9 ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Τα άτομα που κινδυνεύουν περισσότερο να μολυνθούν με τον ιό HIV και να νοσήσουν, χαρακτηρίζονται σαν ομάδες υψηλού κινδύνου του AIDS. Η διαμόρφωση των ομάδων αυτών αντανακλά ευθέως τους τρόπους μετάδοσης του ιού, όπως αυτές αναπτύχθηκαν προηγούμενα. Στους ενήλικες οι ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι άνδρες αποτελούν την κύρια ομάδα νόσησης, τόσο στις ΗΠΑ, όσο και στην Ευρώπη, αφού αντιπροσωπεύουν περίπου το 70% των ασθενών. Ακολουθούν, σε μικρότερη αναλογία, οι τοξικομανείς με ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών, οι αιμορροφιλικοί, τα πολυμεταγγιζόμενα άτομα, οι ετεροφυλόφιλοι ερωτικοί σύντροφοι των

προηγούμενων ομάδων και τέλος, άτομα που δεν μπορεί να προσδιοριστεί η οδός μόλυνσης και δεν ανήκουν στις προηγούμενες ομάδες.<sup>19</sup>

## 1.10 ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Επειδή κινδυνεύετε να προσβληθείτε από τον ιό επιβάλλεται να είστε αρκετά προσεκτικοί και ψύχραιμοι. Η κατάσταση είναι σοβαρή αλλά προσέχοντας τη σεξουαλική συμπεριφορά και παίρνοντας στοιχειώδεις ατομικές προφυλάξεις ελαττώνονται οι πιθανότητες προσβολής από AIDS.

Περιορίστε των αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων σας. Κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής ανταλλάσσονται διάφορα υγρά και εκκρίματα του σώματος, όπως σπέρμα, αίμα και σάλιο που υπάρχει πιθανότητα να περιέχουν τον ιό. Όσο πιο πολλούς συντρόφους έχετε τόσο πιο πολύ θα αυξήσετε την πιθανότητα να κολλήσετε AIDS από έναν που έχει ήδη προσβληθεί.

Χρησιμοποιείτε προφυλακτικό ώστε να αποφεύγεται η είσοδος του μολυσμένου σπέρματος στον πεπτικό σωλήνα, που από εκεί εύκολα μπορεί να μπει στην κυκλοφορία του αίματος.

Αποφεύγετε όσο είναι δυνατόν να έρχεστε σε άμεση επαφή με τα υγρά εκκρίματα του ερωτικού σας συντρόφου. Ο ιός που υπάρχει στο σπέρμα μπορεί να εισέλθει στην κυκλοφορία από το βλεννογόνο του στόματος.

Αποφεύγετε την είσοδο στο έντερο αντικειμένων ή ακόμη δακτύλων. Υπάρχει κίνδυνος να προκληθεί βλάβη του βλεννογόνου και να επιτρέψει την είσοδο μικροοργανισμών στην κυκλοφορία του αίματος.

Μην κάνετε έρωτα με αγνώστους. Συζητείτε και ανταλλάξτε πληροφορίες με ειλικρίνεια. Ζητήστε εξέταση με αντισώματα πριν κάνετε έρωτα.

Χρησιμοποιείτε αποκλειστικά για τον εαυτό σας ξυριστικές λεπίδες και οδοντόβουρτσες. Οι βελόνες και οι σύριγγες που χρησιμοποιείτε πρέπει να είναι μιας χρήσεως.

Φροντίστε να διατηρείτε την υγεία σας σε καλά επίπεδα. Ελαττώστε τους παράγοντες που μειώνουν την αντίσταση του οργανισμού σας. Να διατρέφεστε καλά, να μην κάνετε χρήση οινοπνεύματος ή ναρκωτικών, να αποφεύγετε την

κούραση και το ψυχικό στρες, να ελέγχετε περιοδικά για ηπατίτιδα, σύφιλη και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Τέλος αποφεύγεται να έχετε οποιαδήποτε σεξουαλική επαφή με άτομα που έχουν προσβληθεί από τον ιό.<sup>20</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### 2.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ AIDS

Το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας οφείλεται σε λοιμογόνο παράγοντα και συγκεκριμένα ενοχοποιείται μια οικογένεια RNA ιών (ρετροϊοί), οι ρετροϊοί που σχετίζονται με λευχαιμίες, λεμφώματα και σαρκώματα τόσο στον άνθρωπο όσο και στα ζώα.

Ερευνητές στο Ινστιτούτο Pasteur των Παρισίων απομόνωσαν το 1983 από ομοφυλόφιλο άνδρα με λεμφαδενοπάθεια ένα ρετροϊό διαφορετικό. Ο ιός αυτός ονομάστηκε LAV.

Το 1984 ερευνητές των εθνικών Ινστιτούτων Υγείας των ΗΠΑ, απομόνωσαν από ασθενείς με AIDS, ένα ρετροϊό της οικογένειας HTLV. Διαπιστώθηκε ότι ο ιός αυτός που ονομάστηκε HTLV III και είναι διαφορετικός από τον HTLV I και HTLV II προσβάλλει τα T-λεμφοκύτταρα που είναι υπεύθυνα για τη κυτταρική ανοσία. Προσβάλλει εκλεκτικά τα λεμφοκύτταρα που ενισχύουν την ανοσολογική αντίδραση δηλαδή τα βοηθητικά T-λεμφοκύτταρα, ενώ δεν θίγει τα κατασταλτικά T-λεμφοκύτταρα γεγονός που οδηγεί σε υπεροχή των τελευταίων απέναντι στα βοηθητικά T-λεμφοκύτταρα με συνέπεια να κλονίζεται το ανοσολογικό σύστημα του ασθενή.

Όλες οι ενδείξεις σήμερα ενισχύουν την άποψη ότι ο ιός LAV είναι ίδιος με τον ιό HTLV III. Έτσι προτάθηκε η αντικατάσταση της ονοματολογίας LAV και HTLV III με την ονομασία HIV.

Ο ιός του HIV ανήκει στους ρετροϊούς, είναι δηλαδή RNA ιός μεγάλου μοριακού βάρους, με σφαιρικό σχήμα και αποτελούνται από περίβλημα και πυρηνοκαψίδιο. Το λιποπρωτεϊνικό περίβλημα περιέχει ιικά στοιχεία, που βοηθούν στην προσκόλληση στους υποδοχείς των κυττάρων, ενώ το πυρηνοκαψίδιο περιέχει την νουκλεοπρωτεΐνη.

Οι ρετροϊοί έχουν την ικανότητα να αναπαράγονται με τη μεταφορά γενετικών πληροφοριών από το RNA σε DNA, με τη μεσολάβηση ενός ενζύμου της ανάστροφης τρανσκριπτάσης. Με τον τρόπο αυτό ενσωματώνονται στο

γενετικό υλικό του κυττάρου-στόχου και προκαλούν έτσι διάφορες νεοπλασματικές παθήσεις στα ζώα. Τελευταία διαπιστώθηκε ο αιτιολογικός ρόλος των ανθρώπινων ρετροϊών στην εμφάνιση νεοπλασματικών ασθενειών και του AIDS στον άνθρωπο.<sup>3</sup>

## 2.2 ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΔΟΜΗ ΤΩΝ ΡΕΤΡΟΪΩΝ

Οι ρετροϊοί έχουν σχήμα σφαιρικό με διάμετρο 100nm. Αποτελούνται από περίβλημα και πυρηνοκαψίδιο. Το περίβλημα αποτελείται από διλιπιδικό στρώμα, δια μέσου του οποίου προβάλλουν γλυκοπρωτεΐνες σε σχηματισμούς κορυμών. Στο λιποπρωτεϊνικό αυτό περίβλημα υπάρχουν διάφοροι επίτοποι, δια των οποίων ο ιός προσκολλάται στους ειδικούς υποδοχείς (CD4) των Τ-λεμφοκυττάρων.

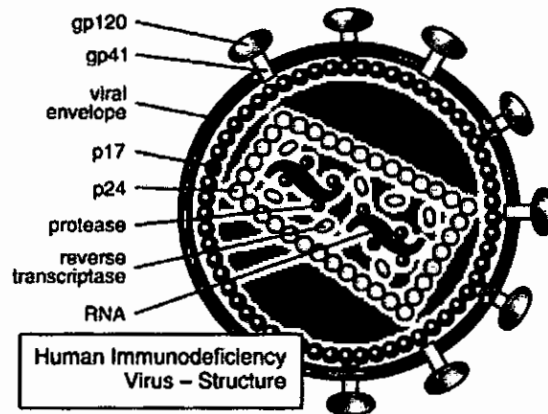
Η εξωτερική αυτή επιφάνεια περιβάλλει το πυρηνοκαψίδιο, διαμέτρου περίπου 70nm. Το πυρηνοκαψίδιο έχει σχήμα εικοσάεδρου και περικλείει τη νουκλεοπρωτεΐνη. Το νουκλεϊνικό οξύ της νουκλεοπρωτεΐνης αποτελείται από δυο όμοιες αλυσίδες ριβονουκλεϊνικού οξέος που συγκρατούνται μεταξύ τους στο 5 άκρο με δεσμό H<sub>2</sub>. το νουκλεοκαψίδιο περιέχει επίσης τις δοκιμές πρωτεΐνες του ιού και την ανάστροφη μεταγραφάση.

## 2.3 ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΙΟΥ HIV

Ο πλήρης ιός έχει σχήμα σφαιρικό με διάμετρο 1000 Å. Αποτελείται από ένα κεντρικό πυρήνα που περιέχει το RNA του ιού σε διπλή αλυσίδα που καλύπτεται από πρωτεΐνη μοριακού βάρους 9000 και 7000 daltons και από το ένζυμο RT. Ο πυρήνας περιβάλλεται από πρωτεΐνη μοριακού βάρους 24000 daltons. Στη περιφέρεια υπάρχει το περίβλημα του ιού που αποτελείται από διπλό στρώμα λιπιδίων και από γλυκοπρωτεΐνη που εμφανίζει κορυνοτιδείς προσβολές. Η γλυκοπρωτεΐνη αυτή έχει μοριακό βάρος 160000 daltons. Οι κορύνες είναι γλυκοπρωτεΐνες μοριακού βάρους 120000 daltons και χρησιμεύουν για την προσκόλληση του ιού στους CD4 υποδοχείς.



Η γλυκοπρωτεΐνη αυτή καλύπτεται από ένα πολυσακχαριδικό νέφος το οποίο μειώνει την ανοσογονικότητά της. Το ενδομεμβρανώδες τμήμα της γλυκοπρωτεΐνης του περιβλήματος αποτελείται από γλυκοπρωτεΐνες μοριακού βάρους 41000 daltons.<sup>3</sup>



## 2.4 ΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΙΟΥ HIV

Ο ιός του AIDS αποτελείται, όπως προείπαμε, από ένα νημάτιο γενετικού υλικού που είναι γνωστό σαν RNA και περιβάλλεται από ένα λεπτό κάλυμμα πρωτεΐνης. Μπορεί να μολύνει μερικά από τα κύτταρα του σώματος και κατ' αρχήν τα λεμφοκύτταρα (λευκά αιμοσφαίρια) μέσα στο αίμα, εισάγοντας το γενετικό του υλικό μέσα στα χρωμοσώματα (στο γενετικό υλικό των κυττάρων που έχει προσβάλλει). Στη συνέχεια ο ιός αναπαράγεται και διασκορπίζεται από την επιφάνεια του κυττάρου μέσα στο αίμα και προσβάλλει άλλα κύτταρα.

Ειδικότερα ο HIV προσκολλάται στους ειδικούς υποδοχείς CD4 που βρίσκονται στα λεμφοκύτταρα, τα μακροφάγα και τα κύτταρα του ΚΝΣ με την γλυκοπρωτεΐνη του περιβλήματος.

Μετά την είσοδο του ιού στο κύτταρο, ενχύεται το γενετικό του υλικό από το οποίο μέσω της RT παράγεται απλή αλυσίδα DNA αντίγραφο του RNA του ιού το οποίο καταστρέφεται στη συνέχεια με μια ριβονουκλεάση. Η DNA-πολυμεράση διπλασιάζει το μονό DNA το οποίο μεταναστεύει στον πυρήνα του κυττάρου στόχου ή ενσωματώνεται στο DNA του.

Το ενσωματωμένο αυτό DNA αποτελεί το προϊόν. Παραγωγή πλήρων ιών σωματιδίων γίνεται σποραδικά και μόνο από μερικά από τα προσβληθέντα κύτταρα. Αυτό επιτυγχάνεται όταν με εντολή από το ακραίο τμήμα του

γενετικού υλικού του προϊόντος κατευθύνονται ένζυμα του κυττάρου-στόχου που παράγουν RNA του HIV από το ενσωματωμένο DNA.

Αυτό χρησιμοποιείται είτε για το RNA του πλήρους ιού είτε μετατρέπεται σε mRNA που θα οδηγήσει τους μηχανισμούς για την παραγωγή των δόκιμων πρωτεϊνών και ενζύμων του ιού.<sup>20</sup>

## **2.5 ΠΟΙΑ ΜΕΡΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΜΟΛΥΝΕΙ Ο ΙΟΣ ΤΟΥ AIDS**

Ο ιός του AIDS, πρωταρχικά μολύνει τα λεμφοκύτταρα (τα λευκά αιμοσφαίρια του αίματος) και ιδιαίτερα ένα υποπληθυσμό των λεμφοκυττάρων τα T-βοηθητικά λεμφοκύτταρα.

Αυτά είναι κύτταρα πολύ κριτικά για τον συντονισμό του ανοσολογικού συστήματος.

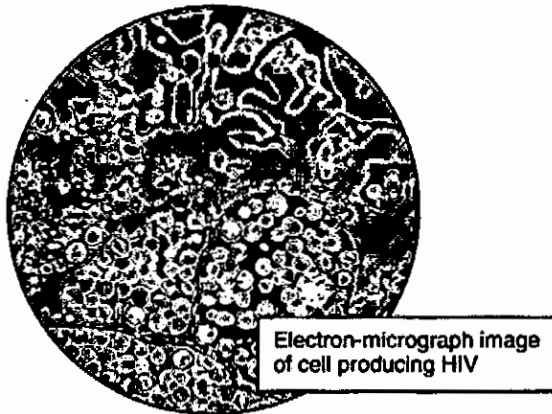
Εκτός από τα T-λεμφοκύτταρα ο ιός μπορεί να βρεθεί και ελεύθερος μέσα στο αίμα. Είναι επίσης πάρα πολύ πιθανόν ότι τα εγκεφαλικά κύτταρα μπορούν κατευθείαν να μολυνθούν από τον ιό του AIDS. Η έρευνα δεν έχει δείξει ακόμα εάν και άλλα κύτταρα του σώματος μολύνονται, αλλά ο ιός έχει απομονωθεί από υγρά του σώματος, όπως είναι το σάλιο, το σπέρμα, το μητρικό γάλα και τα δάκρυα.

## **2.6 ΧΡΟΝΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ**

Η περίοδος ανάμεσα στη λοίμωξη και στην ανάπτυξη αντισωμάτων στον ιό του AIDS φυσιολογικά είναι 40 με 50 ημέρες. Μετά από την επιβεβαίωση της λοίμωξης με τον ιό, μπορεί να μεσολαβήσει μεγάλο χρονικό διάστημα που η αρρώστια παραμένει εντελώς λανθάνουσα. Στη διάρκεια αυτού του σταδίου το άτομο μπορεί να αισθάνεται εντελώς καλά, ενώ έχει τον ιό μέσα στο αίμα του και να προκαλεί λοιμώξεις στους άλλους. Αυτή η λανθάνουσα περίοδος μπορεί πραγματικά να κρατήσει για πολλά χρόνια. Η αιτία που κάνει το AIDS να προκαλεί τρομερό φόβο, είναι αυτή η μακρά διάρκεια, όπου μπορεί να μην

υπάρχουν σημεία ή συμπτώματα λοίμωξης. Οι μολυσμένοι άνθρωποι μπορεί άθελά τους να μεταδώσουν την αρρώστια.

Η πιθανότητα μετάδοσης της νόσου από οροθετικό άνδρα προς τη σύντροφό του υπολογίζεται στο 27% ενώ από οροθετική γυναίκα στο σύντροφό της γύρω στο 10%. Οι πιθανότητες αυξάνουν όσο πιο προχωρημένο είναι το στάδιο της νόσου.



Ο χρόνος επώασης της νόσου ποικίλει και ο μέσος χρόνος εκτιμάται σε 27 μήνες σε κλινικές μελέτες, ενώ σύμφωνα με το μαθηματικό μοντέλο υπολογίζεται σε 54 μήνες.<sup>23</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### 3.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Δεν είναι όλοι οι φορείς του AIDS που εκδηλώνουν την πλήρη εικόνα της ασθένειας. Μερικοί είναι φορείς επί μήνες ή χρόνια χωρίς να εκδηλώνουν όλα τα συμπτώματα.

Το AIDS είναι σύνδρομο που σημαίνει ότι είναι μια μορφή ασθένειας με διάφορα συμπτώματα.

Στα πρώτα στάδια μερικοί παρουσιάζουν μόνιμο πρήξιμο των λεμφαδένων στο λαιμό, στις μασχάλες και στο βουβώνα. Συχνά αισθάνονται κουρασμένοι, αλλά κατά τα άλλα είναι φυσιολογικοί. Άλλοι παρουσιάζουν συμπτώματα υπερβολικής εξάντλησης, διάρροιας, απώλειας βάρους, καθώς και πυρετούς και στοματίτιδα- μια μυκητοειδή μόλυνση του στόματος.

Περίπου 15-20% αυτών των δύο ομάδων φορέων εμφανίζουν όλα τα συμπτώματα του AIDS μετά από τρία χρόνια. Η συχνότερη ευκαιριακή λοίμωξη είναι μια ασυνήθιστη μορφή πνευμονίας, που εμφανίζεται σε παραπάνω από μισούς ασθενείς με AIDS.

Αυξημένη δύσπνοια, επίμονος ξερόβηχας και πυρετός είναι όλα τα σημάδια αυτής της πνευμονίας PCP, που υποχωρούν αν η κατάσταση διαγνωστεί στα πρώτα στάδια.

Πολλοί ασθενείς με AIDS παρουσιάζουν έναν όγκο που λέγεται σάρκωμα Καπόζι. Συνήθως εμφανίζεται με ροζ ή μοβ κηλίδες στο δέρμα, αλλά μπορεί επίσης να προσβάλλει και τα εσωτερικά όργανα. Αυτό το σύμπτωμα είναι συνηθέστερο στους ομοφυλόφιλους ασθενείς με AIDS για λόγους που δεν ξέρουμε ακόμα. Μερικοί ασθενείς υποφέρουν επίσης από εγκεφαλική βλάβη. Τα συμπτώματα είναι απώλεια μνήμης, δυσκολία στην ομιλία και απώλεια ελέγχου ορισμένων μερών του σώματος.

Αντίθετα με άλλες ασθένειες που συνδέονται με το AIDS, αυτή προκαλείται από τον ιό HIV.<sup>24</sup>

Παρακάτω τα συμπτώματα περιγράφονται πιο αναλυτικά.

Πονοκέφαλος, πυρετός και μυϊκή αδυναμία μπορεί να προέρχονται από βλάβες του εγκεφαλικού ιστού. Αυτές μπορούν επίσης να προσβάλλουν την όραση του ασθενή, μερικές φορές πολύ σοβαρά.

Οι ασθενείς συχνά αισθάνονται εξάντληση και σηκώνονται με δυσκολία από το κρεβάτι. Νυχτερινές εφιδρώσεις και πυρετοί διακόπτουν τον ύπνο. Αλλά και η αγωνία για το AIDS μπορεί να προκαλέσει τα ίδια συμπτώματα.

Το AIDS προκαλεί γρήγορη απώλεια βάρους, συχνά 5 ή παραπάνω κιλά, σε λιγότερο από δύο μήνες. Όσο η κατάσταση επιδεινώνεται ο ασθενής χάνει κι άλλο βάρος, ώσπου εξαντλείται εντελώς.

Συνηθισμένο σύμπτωμα επίσης είναι μικρές φουσκάλες (σαν αυτές του έρπητα ζωστήρ) στην πλάτη, στο λαιμό και στο πρόσωπο. Είναι πολύ επώδυνες και επίμονες αν δεν θεραπευτούν.

Κηλίδες στο δέρμα, συνήθως μοβ, είναι συμπτώματα του σαρκώματος Καπόζι, που εμφανίζεται σε μερικά θύματα του AIDS. Είναι αντιαισθητικά, αλλά ανώδυνα.

Ο ιός μπορεί να προσβάλει τον εγκέφαλο. Στους ενήλικες προκαλεί άνοια (την απώλεια μνήμης και ελέγχου που συνίσταται συνήθως σε υπερήλικες) και στα παιδιά αναστέλλει την ανάπτυξη του εγκεφάλου.

Επίσης προκαλεί στοματίτιδα: ένα πηχτό επίχρισμα που καλύπτει το στόμα και τη γλώσσα, και εμποδίζει τη μάσηση και την κατάποση. Μπορεί να απλωθεί ως τον οισοφάγο.

Οι περισσότεροι ασθενείς με AIDS υποφέρουν από μια αρρώστια των πνευμόνων, την πνευμονοκυστική πνευμονία, PCP. Προκαλεί πυρετό, ξερό βήχα και δύσπνοια.

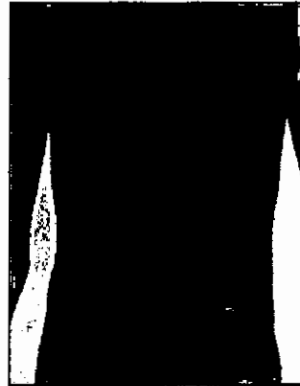
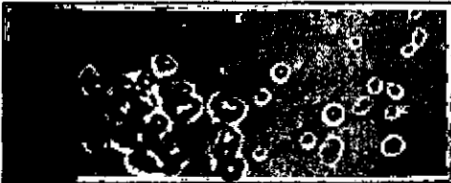
Η επίμονη διάρροια, που διαρκεί εβδομάδες, είναι ένα κοινό σύμπτωμα. Δεν πρόκειται για μια σύντομη κατάσταση, αλλά για μακρόχρονης διάρκειας κατάσταση, που εμποδίζει την καλή πέψη των τροφών. Οφείλεται σε εντερικά πρωτόζωα και σχιζομύκητες.

Ανώδυνα, σκληρά εξογκώματα σχηματίζονται στους αδένες, στο λαιμό, στις μασχάλες ή στο βουβώνα. Αποτελούν τα πρώτα σημάδια του AIDS. Κάτι τέτοιο προκαλείται κι από άλλες αιτίες.<sup>24</sup>

Τα κλινικά σημεία, συμπτώματα που έχουμε είναι τα εξής:

1. Λεμφαδενοπάθεια πάνω από δυο 2 μη βουβωνικές εστίες
2. Πυρετός πάνω από 38° C, διαλείπων ή συνεχής
3. Ανεξήγητη επίμονη διάρροια
4. Ανεξήγητη κόπωση / κακουχία, απώλεια βάρους
5. Ανεξήγητοι νυκτερινοί ιδρώτες<sup>16</sup>

Βασικά η κλινική εικόνα του προAIDS χαρακτηρίζεται από ελαφρές μορφές των ευκαιριακών λοιμώξεων.



Οι ευκαιριακές λοιμώξεις που προκαλούνται από τον ιό HIV, δεν είναι ούτε ειδικές ούτε χαρακτηριστικές εκδηλώσεις του AIDS. Για το λόγο αυτό χρειάζεται προσοχή ώστε να αποφευχθεί η λανθασμένη αιτιολογική συσχέτισή τους με το AIDS.<sup>3</sup>

### 3.2 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Οι κλινικές εκδηλώσεις του AIDS είναι πολλαπλές και αφορούν σχεδόν κάθε όργανο του σώματος. Οι παθολογικές εκδηλώσεις που συνδέονται με μόλυνση HIV και AIDS προέρχονται από λοιμώξεις, κακοήθειες και / η από άμεση επίδραση του HIV στους σωματικούς ιστούς.<sup>6</sup>

Έτσι έχουμε:

A. Ευκαιριακές λοιμώξεις από παράσιτα όπως:

Την πνευμοκύστη Carinii

Το τοξόπλασμα gondii

Το κρυπτοσπορίδιο (Κρυπτοσποριδίαση)

Την ιστολυτική αμοιβάδα (Αμοιβάδωση)

Τη λείσμάνια (Λείσμανίαση)

B. Ευκαιριακές λοιμώξεις από ιούς όπως:

Τον μεγαλοκυτταρικό ιό

Τον ιό των θηλωμάτων

Τον ιό της μολυσματικής τερμίνθου

Γ. Ευκαιριακές λοιμώξεις από μύκητες όπως:

Το μύκητα κάντιντα

Το μύκητα κρυπτόκοκκο neoformans (Κρυπτοκοκκίαση)

Το μύκητα τριχόφυτο (Τριχοφυτία)

Δ. Ευκαιριακές λοιμώξεις από μικρόβια όπως:

Από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης

Από το μυκοβακτηρίδιο Avium intracellulare (στους λεμφαδένες και στο μυελό των οστών)

Από διάφορα μικρόβια<sup>3</sup>

### **3.3 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ Π.Ο.Υ.**

Με βάση επιδημιολογικά χαρακτηριστικά η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 1984 ταξινόμησε τους ασθενείς με AIDS που πάσχουν από ευκαιριακές λοιμώξεις, σε 4 ομάδες:

#### 1. Ασθενείς με πνευμονικές εκδηλώσεις

Με πιο κοινή λοίμωξη την πνευμονία *Pneumocystis carinii*, που έχει θνησιμότητα περίπου 60%.

Οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν δύσπνοια, θωρακικό πόνο, υποξαιμία και ακτινολογικά διάχυτες πνευμονικές διηθήσεις.

## 2. Ασθενείς με πυρετό αγνώστου αιτιολογίας

Ο πυρετός μπορεί να εμφανιστεί πριν από τις ευκαιριακές λοιμώξεις, ή και μετά την ανάπτυξη σαρκώματος Kaposi. Ο πυρετός μπορεί να είναι συνεχής και να συνοδεύεται από απώλεια βάρους, αδιαθεσία και από ανεξήγητη καταβολή δυνάμεων. Η απώλεια βάρους είναι σταδιακή και φθάνει το 30%.

## 3. Ασθενείς με εκδηλώσεις από το γαστρεντερικό

Οι γαστρεντερικές εκδηλώσεις του AIDS περιλαμβάνουν ανορεξία, ναυτία, εμετός, στοματική και οισοφαγική καντιντίαση και χρόνια διάρροια. Η διάρροια αποτελεί πρόβλημα για το 50-90% όλων των αρρώστων με AIDS. Τα γαστρεντερικά συμπτώματα μπορεί να οφείλονται στην άμεση δράση στο καλυπτικό εντερικό επιθήλιο του ίδιου του HIV, ή ακόμα του τοιχωματικού κρυπτοσποριδίου, της σαλμονέλας και του μεγαλοκυτταροϊού.

## 4. Ασθενείς με νευρολογικές εκδηλώσεις

Ένα 50-60% αρρώστων με AIDS βιώνει κάποιο είδος νευρολογικής συμμετοχής κατά τη διάρκεια της πορείας λοίμωξης με HIV. Άλλα 20-30% έχουν νευρολογική εμπλοκή χωρίς εμφανή σημεία και συμπτώματα. Οι νευρολογικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν τόσο την κεντρική και περιφερική όσο και την αυτόνομη λειτουργία. Έτσι έχουμε κρυπτοκοκκική μηνιγγίτιδα, εγκεφαλοπάθεια HIV, αγγειακές επιπλοκές όπως εγκεφαλικές αιμορραγίες καθώς και αγγειακές μυελοπάθειες και περιφερική νευροπάθεια.





Επιπλέον τα άτομα με AIDS έχουν ψηλότερη από τη συνηθισμένη επίπτωση καρκίνου. Αυτό οφείλεται είτε στην καρκινογόνο δράση του ιού, είτε στην υποκείμενη ανοσιακή ανεπάρκεια, που επιτρέπει καρκινογόνους παράγοντες, όπως ιούς, να μετατρέπουν ευπαθή κύτταρα σε κακοήθη. Το σάρκωμα Kaposi συμπεριλαμβάνεται στην ταξινόμηση για κακοήθειες που σχετίζονται με το AIDS.<sup>16</sup>

### 3.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΟΥ AIDS

Η διάγνωση της ασθένειας γίνεται είτε με εργαστηριακά ευρήματα από αιματολογικές εξετάσεις, είτε από την κλινική εικόνα και τις ευκαιριακές λοιμώξεις. Επίσης η διάγνωση βασίζεται στο κλινικό ιστορικό, την αναγνώριση παραγόντων κινδύνου, τη φυσική εξέταση, και την εργαστηριακή μαρτυρία ανοσολογικής δυσλειτουργίας, την αναγνώριση αντισωμάτων HIV.<sup>6</sup>

Η κλινική διαδρομή του AIDS ακολουθεί τρία στάδια. Το πρώτο χαρακτηρίζεται από την έλλειψη κλινικών σημείων, στο δεύτερο περιλαμβάνεται μια ομάδα συμπτωμάτων που διαρκούν από μερικές εβδομάδες μέχρι και μερικούς μήνες, με κυριότερα τη μεγάλη ανεξήγητη απώλεια βάρους, την εύκολη κόπωση, τους νυκτερινούς ιδρώτες, τον κυματοειδή πυρετό άγνωστης αιτιολογίας, τη διάρροια, τη διόγκωση των λεμφαδένων, ενώ ουσιαστικά στο τρίτο στάδιο μπορεί να τεθεί η ειδική διάγνωση του AIDS, το οποίο κλινικά εκδηλώνεται με ευκαιριακές λοιμώξεις όπως: πνευμονία από πνευμονοκύστη Carinii, βαριά μονιλίαση, ερπητικές λοιμώξεις, τοξοπλάσμωση, ασπεργίλωση. Χαρακτηριστή εκδήλωση του σταδίου αυτού είναι επίσης η εμφάνιση γενικευμένου πολυεστιακού σαρκώματος Carosi.<sup>2</sup>

Όπως προείπαμε η διάγνωση του συνδρόμου της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας απαιτεί λεπτομερειακή και επίμονη διερεύνηση του συμπλέγματος των συμπτωμάτων που εκδηλώνει ο ασθενής. Ο έλεγχος θα στηριχθεί στον έλεγχο της παρουσίας αντισωμάτων στον ορό κατά του ιού HIV που εφαρμόζεται ευρύτατα σε όλα τα εργαστήρια και τα Κέντρα Αιμοδοσίας της χώρας.

Ο προσδιορισμός των φορέων ή των πασχόντων από το AIDS επιτυγχάνεται με την ανεύρεση του ιού στο αίμα και στα άλλα εκκρίματά τους ή με την ανίχνευση των αντισωμάτων. Αυτό μπορεί να γίνει, είτε με την καλλιέργεια με την απομόνωση του ιού, είτε με την ανίχνευση, με ορολογικές μεθόδους των αντισωμάτων.

#### **A. Καλλιέργεια**

Με την καλλιέργεια αναζητείται ο ιός HIV στα βιολογικά υγρά των ασθενών για την ανίχνευση των φορέων, για τη συγκριτική μελέτη στελεχών του ιού και για την παρακολούθηση της πορείας της λοίμωξης και της ακολουθούμενης θεραπευτικής αγωγής. Μέχρι σήμερα ο ιός έχει απομονωθεί στο σάλιο, στα δάκρυα, στον ιδρώτα, στον εγκέφαλο, στο σπέρμα, στα κοιλικά υγρά, στο μυελό των οστών και στα λεμφοκύτταρα του περιφερικού αίματος φορέων ή πασχόντων με AIDS. Το αντιγόνο του ιού HIV ανευρίσκεται μόνο τις πρώτες δέκα ημέρες από τη μόλυνση, έπειτα δεν ανιχνεύεται πάρα μόνο μετά την πάροδο μηνών.

Η καλλιέργεια γίνεται σε πρωτογενή λεμφοκύτταρα ή ειδικές T-λεμφοκυτταρικές σειρές. Οι κυριότερες μέθοδοι, που εφαρμόζονται στην καλλιέργεια, είναι η μικροσκόπηση με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο, ο ανοσοφθορισμός της επιφάνειας των λεμφοκυττάρων, η ανίχνευση της κυτταροπαθογόνου δράσεως της ανάστροφης τρανσκριπτάσης και η ραδιοανοσολογική ανίχνευση.<sup>25</sup>

## **B. Ορολογικές μέθοδοι ανίχνευσης αντισωμάτων**

Οι ορολογικές μέθοδοι, που χρησιμοποιούνται για την ανίχνευση αντισωμάτων έναντι του ιού του AIDS, είναι η ανοσοενζυμική μέθοδος Elisa, η μέθοδος Western – Bolt και η ραδιοανοσοϊζηματική μέθοδος Ripa.

### 1. Ανοσοενζυμική μέθοδος (Elisa).

Είναι η πιο ειδική, ευαίσθητη και πρακτική για καθημερινή χρήση μέθοδος και ανιχνεύει, σχεδόν, το σύνολο όσων έχουν αναπτύξει αντισώματα έναντι του ιού. Η ανίχνευση και τιτλοποίηση των αντισωμάτων ορού των ασθενών, που θα συνδεθούν με ειδικό ιικό αντιγόνο, γίνεται με την βοήθεια ειδικής αντιανθρώπινης σφαιρίνης σεσημασμένης με ένζυμο.

Η μέθοδος επηρεάζεται από την παρουσία στον ορό αντισωμάτων προς HLA- αντιγόνα ή αντιγόνα επιφάνειας λεμφοκυττάρων. Πάντως στην Ελλάδα ανιχνεύθηκαν με αυτήν την μέθοδο αντισώματα προς τον HIV σε όλες τις περιπτώσεις AIDS και στο 88% των περιπτώσεων λεμφαδενικού συνδρόμου.

Για την αποφυγή ψευδώς θετικών αντιδράσεων χρησιμοποιείται η επιβεβαιωτική διαδικασία Elisa που βασίζεται στην ίδια αρχή και ανιχνεύει αντισώματα έναντι της πρωτεΐνης και του πυρήνα του HIV.

### 2. Μέθοδος Western – bolt

Προσδιορίζει τα ειδικά πρωτεϊνικά κλάσματα, στα οποία είναι θετικός ο ορός. Αντιπροσωπεύει με την προσθήκη ειδικών αντισωμάτων τη μεταφορά σε χαρτί ηλεκτροφορητικά διαχωρισμένων πρωτεϊνών. Από τα αντισώματα αναγνωρίζεται η μοριακή φύση των αντιγόνων των ρετροϊών. Πάντως, σε θετικό αποτέλεσμα απαιτείται η επανάληψη μετά τρίμηνο ή επιβεβαίωση με τη μέθοδο Ripa.

### 3. Μέθοδος Ripa

Η ανίχνευση των ειδικών αντισωμάτων έναντι των δυο πρωτεϊνών του HIV με τη μέθοδο αυτή βασίζεται στη σύνδεσή τους με τις σεσημασμένες με S35 μεθειονίνη πρωτεΐνες του ιού.

Με τη μέθοδο αυτή, που είναι ειδική, αλλά δε μπορεί να χρησιμοποιείται καθημερινά, ανιχνεύονται αντισώματα και προς πρωτεΐνες υψηλού μοριακού βάρους.<sup>25</sup>



### 3.5 ΘΕΤΙΚΟ - ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΤΕΣΤ

Όταν το τεστ αντισωμάτων είναι θετικό σημαίνει ότι το άτομο έχει έλθει σε επαφή με τον ιό του AIDS, έχει μολυνθεί και έχει αντισώματα έναντι του ιού HIV. Άρα είναι φορέας του AIDS και υπάρχει πιθανότητα να αναπτύξει τη νόσο σε 10-11 χρόνια μετά τη μόλυνσή τους. Τα άτομα που επιβεβαιώθηκαν ότι είναι θετικά στα αντισώματα έναντι του ιού του AIDS είναι μολυσματικά και μπορούν να μεταδώσουν τον ιό και σε άλλα άτομα.

Αρνητικό τεστ σημαίνει ότι δεν βρέθηκαν αντισώματα του ιού HIV στην εξέταση. Χωρίς αυτό βέβαια να προεξοφλεί ότι δεν έχει προσβληθεί από τον ιό. Μπορεί το άτομο να έχει προσβληθεί πρόσφατα και ο οργανισμός του δεν έχει προλάβει να δημιουργήσει αντισώματα. Υπολογίζεται ότι ο χρόνος για την ανάπτυξη των αντισωμάτων για τους πιο πολλούς ανθρώπους είναι μεταξύ τριών εβδομάδων έως και τρεις μήνες από την πιθανή ημερομηνία μόλυνσης. Το άτομο με αρνητικό τεστ θα πρέπει να αποφεύγει να έχει επικίνδυνη συμπεριφορά και εάν έχει σοβαρές υποψίες να επαναλάβει το τεστ μετά από 2 μήνες.<sup>26</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

### **4.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Η αντιμετώπιση μιας επιδημίας από τα αρχαία χρόνια γίνονταν με την αντίστοιχη για την εκάστοτε εποχή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Τα πρώτα χρόνια εμφάνισης της νόσου ο ασθενής ήταν υποχρεωμένος να μένει αποξενωμένος, απομονωμένος από το γύρω περιβάλλον.

Πολύ αργότερα η κοινωνία άρχισε να αντιμετωπίζει τους νοσούντες και να ψάχνει να βρει τρόπους για τυχόν θεραπεία. Έτσι, φτάνουμε στο παρόν που το άτομο-ασθενής αντιμετωπίζεται σαν μέλος της κοινωνίας και παρακολουθείται στενά από ιατρούς και νοσηλευτές.

Ιδιαίτερα στα πρώτα στάδια της νόσου, που το άτομο-φορέας είναι κλινικά υγιές, είναι απαραίτητη η ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς.

Αργότερα όμως απαιτείται και η εξωνοσοκομειακή φροντίδα για το λόγο ότι τα άτομα αυτά είναι πιο προσφιλή σε ασθένειες. Σε προχωρημένο στάδιο, βέβαια, το άτομο-πάσχον είναι αναγκασμένο να εισάγεται στο νοσοκομείο, ώστε να παρακολουθείται στενά από ιατρούς σε ειδικές μονάδες λοιμώξεων. Σ' αυτούς τους ασθενείς με κλινικό AIDS απαιτείται η συνεχής εφόρου ζωής χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων για την πρόληψη ευκαιριακών λοιμώξεων. Έτσι σήμερα αντιμετώπιση-πρόληψη ευκαιριακών λοιμώξεων, η θεραπεία των νεοπλασιών και η φαρμακευτική αγωγή εναντίον του ιού αποτελούν τα τρία βασικά στάδια αντιμετώπισης της νόσου.<sup>27</sup>

### **4.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Δεν υπάρχει μέχρι στιγμής αποτελεσματική θεραπεία. Στην καλύτερη περίπτωση- όπως συμβαίνει με το A.Z.T. - μπορεί να αναβληθεί για κάποιο διάστημα το μοιραίο.

Πάντως ως τώρα κανένας ασθενής με πλήρη AIDS, δε γλίτωσε από το θάνατο. Υπάρχει η ελπίδα ότι θα παραχθεί ένα εμβόλιο κατά του ιού, αλλά όλοι οι ειδικοί συμφωνούν ότι αυτό δεν μπορεί να αναμένεται σύντομα.

Η κύρια θεραπευτική κατεύθυνση στρέφεται στην αντιμετώπιση των ευκαιριακών λοιμώξεων, από τις οποίες καταλήγουν συνήθως οι ασθενείς. Παράλληλα δοκιμάζονται φάρμακα που παρεμποδίζουν τον πολλαπλασιασμό του ιού και ενισχύουν την αμυντική λειτουργία του οργανισμού.<sup>3</sup>

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται κατά του HIV είναι:

#### **A. αναστολείς ανάστροφης μεταγραφάσης**

AZT (™ Retrovir)

DDI (™ Videx)

DDC (™ Hivid)

3TC (™ 3TC, Epivir)

D4T (™ Zetir)

#### **B. Αναστολείς πρωτεασών**

SAQUINAVIR (™ Invirase)

INDINAVIR (™ Crixivan)

RITONAVIR (™ Norvir)<sup>28</sup>

Στη συνέχεια αναφέρονται επιγραμματικά οι ομάδες των κυριότερων ουσιών που σήμερα χρησιμοποιούνται. Η αναφορά σε όλα τα φάρμακα είναι αδύνατη, αφού σήμερα μιλούμε για το «φάρμακο του μήνα» που τις περισσότερες φορές αποδεικνύεται αναποτελεσματικό.

### **4.3 ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗΣ ΜΕΤΑΓΡΑΦΑΣΗΣ**

Μέχρι σήμερα έχουν δοκιμασθεί πολλές παλιές ή και νέες ουσίες που in vitro τουλάχιστον έδωσαν ενθαρρυντικές ενδείξεις αντιϊκής δράσεως δια της ειδικής αναστολής της ανάστροφης μεταγραφάσης. Τα κυριότερα νουκλεοτίδια που έδωσαν ενθαρρυντικά αποτελέσματα είναι η AZT και η DDC. Θα αναφερθούν επομένως εκτενέστερα.

Ο τρόπος ενέργειας του A.Z.T. – της αζινοθυμιδίνης όπως αλλιώς λέγεται – είναι βιοχημικός και εμποδίζει την αναπαραγωγή των ιών του AIDS. Πως γίνεται αυτό; Ο ιός για να πολλαπλασιαστεί πρέπει να βρει ένα ζωντανό κύτταρο. Τέτοιο κύτταρο στην προκειμένη περίπτωση, είναι το T4 βοηθητικό λεμφοκύτταρο, που έχει την ευθύνη της άμυνας του οργανισμού ενάντια σε κάθε επιδρομέα – μικρόβιο ή ιό. (Σύστημα ανοσολογικής δυνατότητας). Αλλά δεν φτάνει μόνο αυτό. Για να αναπτυχθεί παραπέρα ο ιός, πρέπει να εισέλθει στην τροχιά του γενετικού μηχανισμού και με τη βοήθεια ενός ενζύμου (ανάστροφη τρανσκριπτάσης) να υποχρεώσει το μηχανισμό να αναπαράγει αντίγραφα του εαυτού του, καταστρέφοντας το τελικά.

Ακριβώς εδώ κάνει τη δουλειά του το φάρμακο. Το A.Z.T. παρεμβαίνει στη δράση του ενζύμου και παρεμποδίζει την παραπέρα παραγωγή του ιού. Με άλλα λόγια το A.Z.T. μπορεί να «ξεγελάσει» τον ιό του AIDS, ο οποίος μαζί με το συγκεκριμένο ένζυμο χρησιμοποιεί και το A.Z.T., πράγμα που καθιστά αδύνατο το DNA και κατά συνέπεια την παραγωγή του ιού.

Το AZT χορηγείται σε δόση 250mg/4ωρο από το στόμα ή ενδοφλεβίως σε διάλυμα 2-4mg/ml σε διάστημα πάνω από μια ώρα. Διαπερνά το φραγμό αίματος – εγκεφάλου και βρίσκεται στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό σε πυκνότητα 50-60% της πυκνότητας στο αίμα. Μεταβολίζεται στο ήπαρ και απεκκρίνεται ως 5'-γλυκουρονικό παράγωγο κυρίως από τους νεφρούς. Αυτό πρέπει να ληφθεί υπόψη κατά τον καθορισμό του θεραπευτικού σχήματος. Επίσης απαιτείται προσεκτική παρακολούθηση της αιμοσφαιρίνης και του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων. Το φάρμακο διακόπτεται όταν η αιμοσφαιρίνη και τα λευκά αιμοσφαίρια έχουν πτώση που υπερβαίνει τα 7,5gHb/dl και τα 750 λευκοκύτταρα/μl.

Πρέπει να πούμε πάντως ότι το A.Z.T. δεν θεραπεύει το AIDS, δεν εξαλείφει τον ιό αλλά απλώς αναστέλλει τον πολλαπλασιασμό του, και ότι επιμηκύνει σημαντικά την επιβίωση του πάσχοντος, βελτιώνει την κλινική και υποκειμενική κατάσταση, μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης ευκαιριακών λοιμώξεων ή νεοπλασιών και επιβραδύνει την εξέλιξη της λοιμώξεως προς το AIDS.

Στην Ελλάδα το φάρμακο εγκρίθηκε από τον ΕΟΦ με ασυνήθιστα ταχύτατη διαδικασία. Χορηγείται στα νοσοκομεία για ασθενείς με AIDS ύστερα από γνωμάτευση της Εθνικής επιτροπής AIDS και με την προϋπόθεση αναφοράς στην επιτροπή ανεπιθύμητων ενεργειών του ΕΟΦ.

Η dideoxycytidine (DDC) είναι νουκλεϊνικό ανάλογο και έχει την εντονότερη από όλα τα άλλα ανάλογα αντιϊκή δράση in vitro. Δοκιμασίες σε ασθενείς με AIDS έδωσαν ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Το φάρμακο δεν κυκλοφορεί ελεύθερα γιατί έχει σοβαρές παρενέργειες.

#### **4.4 ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΗΣ HIV ΠΡΩΤΕΑΣΗΣ**

Η HIV πρωτεάση αποτελεί έναν ελκυστικό θεραπευτικό στόχο, γιατί είναι το κρίσιμο εκείνο σημείο στον κύκλο αναπαραγωγής του ιού που επιτρέπει τη σύνθεση μολυσματικών ακών σωματιδίων. Η HIV πρωτεάση διασπά τα πολυπεπτιδικά ιικά πρόδρομα gag και pol που μόλις μεταφράστηκαν σε λειτουργικά ένζυμα και πρωτεΐνες, από τα οποία θα δημιουργηθούν πλήρεις βιώσιμοι ιοί.

Αυτό το χαρακτηριστικό καθιστά τη HIV πρωτεάση έναν ελκυστικό στόχο για την ανάπτυξη πολύ επιλεγμένων αντερετροϊκών φαρμάκων.

Οι κυριότεροι αναστολείς είναι:

##### **Σακιναβίρη (Invirase)**

Ο αναστολέας αυτός που μαζί με τους άλλους δύο, τη ριτοναβίρη και ιντιναβίρη έχει πάρει άδεια και ήδη χορηγείται από την 1<sup>η</sup> Ιουλίου 1996. Η σακιναβίρη χορηγείται στη δόση των 600mg/3 φορές ημερησίως μετά τα γεύματα, επειδή έτσι αυξάνεται η απορροφητικότητα. Η απορρόφηση του φαρμάκου αποτελεί ένα μεγάλο μειονέκτημα, που σίγουρα θα βελτιωθεί στη νέα βελτιωμένη μορφή του φαρμάκου που ετοιμάζεται.

##### **Ριτοναβίρη**

Αποτελεί ένα πολύ ισχυρό αναστολέα της HIV πρωτεάσης που αναχαιτίζει σημαντικά την επιδείνωση της νόσου και αυξάνει θεαματικά τον



χρόνο επιβίωσης των HIV αρρώστων. Η ριτοναβίρη χορηγείται στη δόση των 600mg δύο φορές ημερησίως κατά την ώρα των γευμάτων, αν και η απορρόφηση του φαρμάκου είναι ιδανική όποτε και αν χορηγηθεί. Συγκεντρώνεται ταχύτατα στο πλάσμα και αποβάλλεται βραδέως γι' αυτό και χορηγείται ανά 12ώρο.

Οι συνηθέστερες παρενέργειες του φαρμάκου είναι διάρροια, ναυτία, έμετοι άλγος ή αιμωδίες του στόματος, αλλοίωσης της γεύσης, άλγη άνω και κάτω άκρων, ανορεξία, αδυναμία και καταβολή.

### **Ιντιναβίρη (Crixivan)**

Είναι ένας αρκετά ισχυρός αναστολέας της HIV πρωτεάσης που ήδη χρησιμοποιείται. Μέχρι σήμερα, ένας αριθμός ασθενών, μεγαλύτερος από 2000, έχει συμμετάσχει στις διάφορες κλινικές μελέτες αποτελεσματικότητας και ασφάλειας του φαρμάκου. Το Crixivan αναστέλλοντας τη HIV πρωτεάση προκαλεί την παραγωγή μη μολυσματικών ιικών σωματιδίων.

Από τις μελέτες συνιστάται η ημερήσια δόση των 2,4g (800m ανά 8ωρο), σαν η δοσολογία που παρέχει ένα υψηλό επίπεδο αποτελεσματικότητας του φαρμάκου.<sup>29</sup>

## **4.5 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΣΧΗΜΑΤΑ**

Ήδη από τον Οκτώβριο του 1995 καθιερώθηκε επίσημα και γενικεύθηκε η χρήση των συνδυασμών, ενώ οι μονοθεραπείες θεωρούνται πλέον αναχρονιστικές. (Συνέδριο της European AIDS Clinical Society, EACS, Κοπεγχάγη. Οκτ. 95.)

Σήμερα χορηγούνται στους ασθενείς διπλά ή τριπλά σχήματα.

Τα διπλά σχήματα περιλαμβάνουν συνήθως:

AZT + 3TC (Θεωρείται το καλύτερο από τα διπλά σχήματα)

AZT + DDI

AZT + DDC

Σε περίπτωση δυσανεξίας του ασθενούς στο AZT, αυτό αντικαθίσταται με D4T.

Τα τριπλά σχήματα περιλαμβάνουν συνήθως δυο αναστολείς ανάστροφης μεταγραφάσης και έναν αναστολέα πρωτεάσης.

Σύμφωνα με τα ισχύοντα στην Ελλάδα, η θεραπευτική αγωγή με τριπλό συνδυασμό, χορηγείται σε ασθενείς που:

Έχουν πλήρες AIDS

Έχουν  $CD4 < 200 \mu L$

Έχουν υϊκό φορτίο  $> 30.000 \text{ copies/ml}$ <sup>28</sup>

#### 4.6 ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ - ΑΓΩΓΗΣ

Το κόστος αγωγής της αντι-HIV αγωγής είναι υψηλό. Παραμένει όμως σημαντικά χαμηλότερο μ' αυτό της αντιμετώπισης άλλων σοβαρών νοσημάτων ή αυτό ορισμένων ιατρικών πράξεων (μεταμοσχεύσεις, by pass κ.λ.π.).

Συγκεκριμένα για τα Ελληνικά δεδομένα το κόστος αγωγής με διπλό σχήμα κυμαίνεται γύρω στις 1.400.000δρχ. ανά έτος, ενώ το κόστος αγωγής με τριπλό σχήμα κυμαίνεται περίπου στις 2.500.000 με 2.900.000δρχ. ανά έτος για κάθε ασθενή.<sup>28</sup>

Βασικά όμως το κόστος περίθαλψης ασθενών με AIDS είναι υψηλό με τάση αύξησης. Επίσης ποικίλει ανάλογα με το στάδιο που βρίσκεται ο άρρωστος και μάλιστα τον κύριο όγκο του κόστους αυτού αποτελούν οι δαπάνες για φάρμακα.

Από την ψυχρή άποψη των αριθμών μια μεγάλη άνοδος του κόστους των εξόδων για φάρμακα είναι πιθανό, αν και απευκταίο, να επηρεάσει την έως τώρα ισχύουσα επιλογή της Πολιτείας για δωρεάν χορήγηση των φαρμάκων σε ασθενείς με AIDS.<sup>30</sup>

#### 4.7 ΕΜΒΟΛΙΟ – ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ

Η λέξη «εμβόλιο» είναι μια λέξη μαγική επειδή παραπέμπει στη νίκη κατά των μεγάλων λοιμωδών νοσημάτων. Η ερώτηση που έχει τεθεί χιλιάδες φορές είναι: «πότε θεωρείτε ότι θα διαθέτουμε εμβόλιο κατά του AIDS»;

Σήμερα ουδείς μπορεί να απαντήσει στην ερώτηση αυτή, διότι, παρά τις εντατικές έρευνες που γίνονται στον τομέα, οι δυσκολίες όσον αφορά τον HIV είναι μεγάλες. Ωστόσο οι επιστήμονες δεν αποθαρρύνονται και οι έρευνες συνεχίζονται προς κάθε κατεύθυνση. Ήδη δοκιμάζονται διάφορα εμβόλια. Έπειτα από πολλά χρόνια δισταγμών και αβεβαιότητας, μπορούμε λογικά να θεωρούμε ότι η ελπίδα αναγεννάται.

Τα εμβόλια παρέχουν προληπτική προστασία κατά της προσβολής από λοιμώδη νοσήματα. Το εμβόλιο υπενθυμίζει στο ανοσοποιητικό σύστημα τα ίχνη ενός λοιμώδους παράγοντος, με τη μορφή αντισωμάτων ή κυττάρων-φονέων: έτσι, εάν το μικρόβιο επανεμφανισθεί, το ανοσοποιητικό σύστημα πυροδοτεί αμέσως την προστατευτική αντίδραση.

Το εμβόλιο έναντι του ιού πρέπει να έχει τις ακόλουθες ιδιότητες για να θεωρηθεί επιτυχές:

1. Να χορηγείται εύκολα.
2. Να παραμένει αναλλοίωτο κατά την αποθήκευσή του και να μεταφέρεται εύκολα.
3. Να προφυλάσσει ύστερα από έκθεση στον ιό μέσω του βλεννογόνου και παρεντερικής οδού.
4. Να προκαλεί ικανοποιητική αντίδραση και σταθερά ανοσολογική απάντηση.
5. Να είναι ασφαλές και καλά ανεκτό από το άτομο.
6. Να προφυλάσσει από λοίμωξη από τον ιό HIV και όχι μόνο από την εμφάνιση κλινικών εκδηλώσεων.

Για να επιτευχθεί η κατασκευή του ιδανικού εμβολίου όπως προδιαγράφεται πιο πάνω απαιτείται να βρεθούν σημαντικά χρηματικά ποσά.

Πάντως υπάρχουν θεμελιακά προβλήματα που πρέπει να λυθούν ώστε να τελειοποιηθεί ένα εμβόλιο κατά του HIV. Το κυριότερο πρόβλημα είναι το γεγονός ότι οι ρετροϊοί προωθούν τα γονίδια τους μέσα στα χρωμοσώματα των κυττάρων τα οποία μολύνουν. Τα γονίδια αυτά μπορούν τότε είτε να λειτουργήσουν είτε όχι. Αν τα γονίδια εκφραστούν, το κύτταρο παράγει

σωματίδια του ιού, αν όχι το κύτταρο παραμένει φυσιολογικό και δεν αναγνωρίζεται από το ανοσοποιητικό σύστημα.

Το δεύτερο πρόβλημα είναι το γεγονός ότι ο HIV μεταβάλλεται συνεχώς, και η μεταβλητότητα του αφορά ιδίως την επιφανειακή του πρωτεΐνη, αυτή που χρησιμοποιεί ο ιός για να προσδεθεί στα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος. Πάνω στην πρωτεΐνη αυτή υπάρχουν πέντε υπερμεταβλητές περιοχές: η ακολουθία των αμινοξέων τους μεταβάλλεται από τον έναν ασθενή στον άλλο, αλλά και στον ίδιο ασθενή κατά τη διάρκεια της νόσου. Έτσι σήμερα έχουν καταμετρηθεί περίπου χίλια διαφορετικά στελέχη του ιού, που κατατάσσονται σε οκτώ ή εννέα μεγάλες οικογένειες. Μήπως άραγε αυτό σημαίνει ότι χρειαζόμαστε εννέα εμβόλια; Και τι θα γίνει εάν οι εννέα οικογένειες γίνουν τελικά είκοσι;

Η τρίτη δυσκολία έγκειται στο γεγονός ότι το εμβόλιο πρέπει να προστατεύει από τη μετάδοση δια της σεξουαλικής οδού, η οποία αποτελεί και τον σημαντικότερο τρόπο μεταδόσεως του ιού. Η τοπική ουρογεννητική ανοσία δεν είναι ακόμη γνωστή με λεπτομέρειες και έχουμε ελάχιστη εμπειρία από εμβόλια που προκαλούν τέτοιου είδους ανοσολογική απόκριση.

Τέλος δεν διαθέτουμε καλά πειραματικά πρότυπα, τα οποία να επιτρέπουν τη μελέτη της νόσου σε πειραματόζωα. Μόνον ο χιμπαντζής είναι ευαίσθητος στον HIV-1, και ακόμη κι αυτός αναπτύσσει οροθετικότητα χωρίς να εκδηλώνει ασθένεια, επομένως αποτελεί ατελές πρότυπο.<sup>31</sup>

#### **4.8 ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΕΜΒΟΛΙΟΥ**

Μέχρι σήμερα αναπτύχθηκαν και δοκιμάστηκαν τα ακόλουθα είδη εμβολίων:

*Αδρανοποιημένος πλήρης ιός:* Δοκιμάστηκε σε πιθήκους. Παρά την ανάπτυξη αντισωμάτων μόνο 2 από 6 εμβολιασθέντες πιθήκους προφυλάχθηκαν.

*Κεκαθαρμένα πεπτίδια* που παράγονται με γενετικό ανασυνδιασμό ή και συνθετικά. Παρά την ανάπτυξη εξουδετερωτικών αντισωμάτων, δεν φαίνονται να παράγουν αρραγή ανοσία.

*Συνθετικά πεπτίδια* προς τις περιοχές του gp 120 προς τις οποίες δρουν τα εξουδετερωτικά αντισώματα παρεμποδίζοντας την πρόσφυση του ιού στον CD4 υποδοχέα των λεμφοκυττάρων.

*Ανασυνδυασμένοι φορείς του HIV* ή τμημάτων μόνον αυτού. Χρησιμοποιήθηκε κυρίως ο ιός της δαμαλίτιδας στον οποίον ενσωματώθηκαν οι γόννοι για όλα ή για μερικά πεπτίδια του ιού.

*Αντι-ιδιοτυπικά εμβόλια:* επιχειρείται η παραγωγή αντι-ιδιοτυπικών αντισωμάτων προς τα αντισώματα ολοκλήρου τμήματος του CD4. Τα αντιιδιοτυπικά αυτά αντισώματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν σαν εμβόλιο που δημιουργεί αντισώματα που θα αποκλείσουν την πρόσφυση του ιού στο λεμφοκύτταρο.

*Ζωντανός εξασθενημένος HIV.* Επιχειρείται η αφαίρεση ή προσθήκη γόννων που θα εξασφαλίζουν τον περιορισμένο πολλαπλασιασμό του HIV χωρίς ανάπτυξη παθολογικών συμπτωμάτων. Πρόσφατα άρχισαν πειράματα σε ανθρώπους εθελοντές με σημαντική επιτυχία. Θα πρέπει να όμως να περάσουν αρκετά χρόνια μέχρι να αποδειχθεί η αποτελεσματικότητα του εμβολίου με κλινικές δοκιμές και να εξασφαλισθεί η μαζική του παραγωγή.

Πάντως υπάρχει η αισιοδοξία ότι σε ένα χρόνο θα είναι έτοιμοι οι επιστήμονες να δοκιμάσουν στον άνθρωπο, εμβόλιο κατά του AIDS, ενώ σε μια δεκαετία θα διατίθεται προληπτικό φάρμακο κατά της ασθένειας. Την ελπίδα αυτή εξέφρασαν οι ειδικοί στο 6<sup>ο</sup> διεθνές συνέδριο για το AIDS που έγινε φέτος στην Μελβούρνη. Ο καθηγητής Κούπερ του Πανεπιστημίου της Νέας Νότιας Ουαλίας, εξέφρασε την πεποίθηση ότι το εμβόλιο που κατασκευάστηκε θα έχει επιτυχία σε πρώτο στάδιο τουλάχιστον κατά 50%.

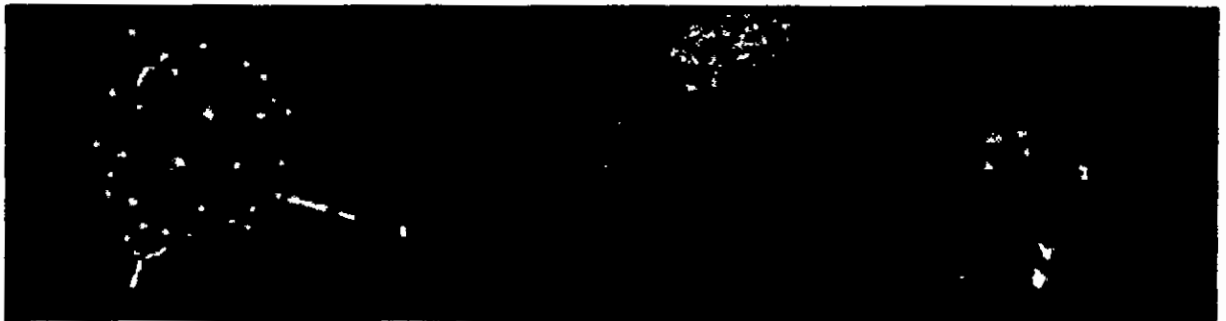
Από όσα εκτέθηκαν γίνεται φανερό ότι η ανάπτυξη και μαζική διάθεση προφυλακτικού εμβολίου θα καθυστερήσει για αρκετά χρόνια γι' αυτό η προσπάθεια για προληπτική αντιμετώπιση της επιδημίας πρέπει να επικεντρωθεί στην ενημέρωση του πληθυσμού για αλλαγή σεξουαλικής συμπεριφοράς.<sup>20</sup>

#### **4.9 ΣΤΑΔΙΑ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΟΥ ΙΟΥ ΣΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΣΩΜΑ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΜΒΟΛΙΟΥ**

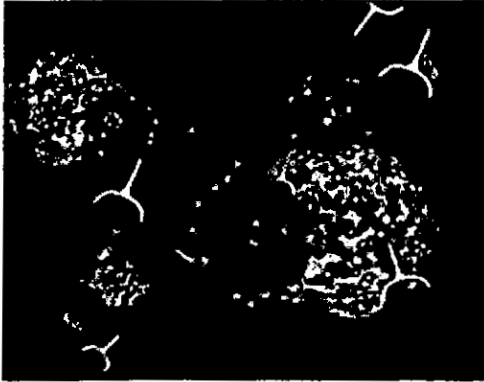
Στο πρώτο στάδιο ο ιός HIV, μεταδίδεται από το ένα άτομο στο άλλο με την σεξουαλική επαφή, την κοινές σύριγγες, ή χρησιμοποιώντας μολυσμένα παράγωγα αίματος. Επίσης η έγκυος μητέρα μπορεί να μεταδώσει τον ιό στο βρέφος. Ο ιός «ταξιδεύει» διαμέσου της κυκλοφορίας του αίματος σε όλα τα σημεία του σώματος.



Το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού, «πολεμάει» τους ιούς με τρεις τρόπους: με αντισώματα, με τα μακροφάγα κύτταρα που «τρώνει» όλους τους ξένους εισβολείς και τα φυσικά κυτταροκαταστροφικά λεμφοκύτταρα (Natural killers) τα οποία καταστρέφουν τα κύτταρα που είναι μολυσμένα από τον ιό.



Σ' αυτό το σημείο οι επιστήμονες προσπαθούν να σταματήσουν τον ιό βοηθώντας το ανοσοποιητικό σύστημα στον «πρώιμο» αγώνα του εναντίον του ιού κατασκευάζοντας ένα εμβόλιο.



Το άτομο θα εμβολιάζεται με μια μορφή εξασθενημένου ιού HIV, ο οποίος δεν θα προκαλεί ασθένεια αλλά θα διεγείρει το ανοσοποιητικό σύστημα, το οποίο θα παράγει αντισώματα τα οποία θα καταπολεμούν τον ιό σε αυτό το στάδιο. Αργότερα αν το άτομο μολυνθεί από τον ιό θα υπάρχουν τα αντισώματα που θα καταστρέψουν τον ιό.

Αλλά υπάρχουν κάποια μεγάλα μειονεκτήματα:

όπως το εμβόλιο να είναι τέτοιο ώστε να προφυλάσσει και όχι να μολύνει με τον ιό τους εμβολιασθέντες.

Ο ιός HIV συνεχώς μεταλλάσσεται, έτσι το εμβόλιο δεν θα είναι αποτελεσματικό σε όλες τις μεταλλάξεις του ιού.

Αν και έστω ένας ιός HIV ξεφύγει από τα αντισώματα και «κρυφθεί» μέσα σε ένα κύτταρο τότε θα αναπαραγάγει εκατοντάδες φορές τον εαυτό του.

Το σημείο αυτό αποτελεί ένα καλό σημείο αντιμετώπισης του ιού, αλλά χρειάζεται ακόμα πολύ δουλειά από τους επιστήμονες.



Ο ιός του AIDS επιτίθεται στα T-λεμφοκύτταρα αποδεκατίζοντας την άμυνα του οργανισμού.

Η «επίθεση» γίνεται ως εξής: ο ιός HIV έχει στην επιφάνεια του ειδικό σχήμα το οποίο ταιριάζει απόλυτα με το σχήμα του λεμφοκυττάρου. Το σχήμα αυτό είναι η πρωτεΐνη CD4. Έτσι ο ιός μπορεί τώρα να εισέλθει μέσα στο κύτταρο.



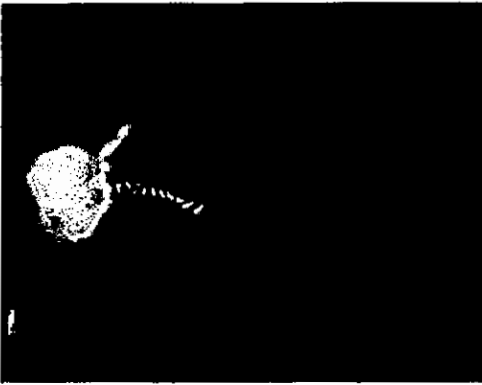
Στο σημείο αυτό οι επιστήμονες σκέφτονται να αντιμετωπίσουν την ασθένεια ως εξής:

Εμποδίζοντας την προσκόλληση του ιού στην πρωτεΐνη του λεμφοκυττάρου CD4. Αυτό θα γίνει χορηγώντας στον οργανισμό «δολώματα» CD4 έτσι ώστε ο ιός να προσκολληθεί σ' αυτά αντί για τα λεμφοκύτταρα. Το πρόβλημα όμως εδώ είναι ότι το δόλωμα CD4 δεν μπορεί να παραμείνει στην κυκλοφορία του αίματος για μεγάλο χρονικό διάστημα, και δεν προσκολλάται καλά στον ιό.





Στο επόμενο στάδιο οι γενετικές πληροφορίες του ιού, το RNA αντιγράφεται σε μια μορφή ολίδια με την γενετική πληροφορία του κυττάρου το DNA. Ο ιός τώρα με την μορφή του DNA «κρύβεται» στον πυρήνα του κυττάρου προφυλαγμένος από το ανοσοποιητικό σύστημα.



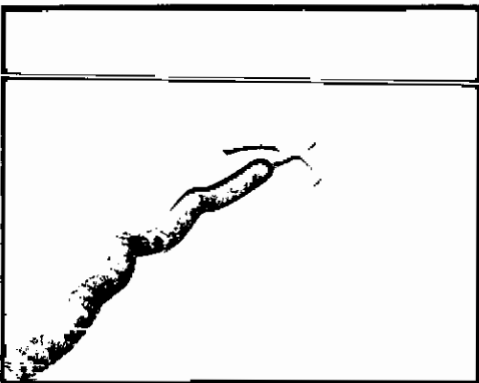
Αυτό είναι από τα καλύτερα σημεία όπου μπορεί να καταπολεμηθεί ο ιός, και μάλιστα υπάρχουν φάρμακα που επεμβαίνουν σε αυτό ακριβώς το σημείο. Τα φάρμακα μοιάζουν με τα δομικά στοιχεία του DNA. Αλλά είναι λανθασμένα δομικά στοιχεία έτσι ώστε όταν χρησιμοποιηθούν από τον ιό η δόμηση σταματά. Έτσι ο ιός δεν μπορεί να μετατρέψει το RNA του σε DNA με αποτέλεσμα να μην μπορεί να κρυφτεί στο λεμφοκύτταρο ούτε να μπορεί να αναπαραχθεί. Το σημαντικό όμως μειονέκτημα είναι το γεγονός ότι ο ιός συνεχώς μεταλλάσσεται έτσι ώστε να μην «ξεγελιέται» πλέον από τα λάθος δομικά στοιχεία. Επίσης ένα άλλο μειονέκτημα είναι ότι τα φάρμακα αυτά μπορεί να καταστρέψουν κύτταρα τα οποία δεν έχουν προσβληθεί από τον ιό.



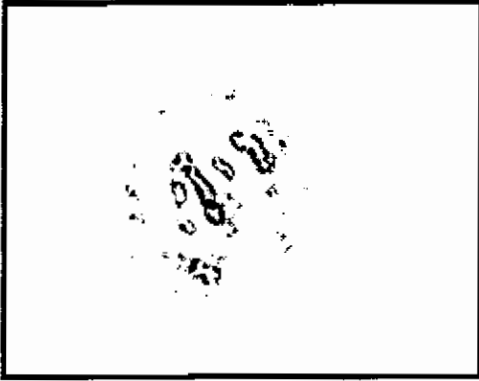
Στο επόμενο στάδιο ο ιός βγαίνει από την κρυψώνα του και ξεκινά να αναπαραγάγεται. Το DNA μεταγράφεται σε RNA έτσι ώστε να παραχθούν πρωτεΐνες για τους νέους ιούς.



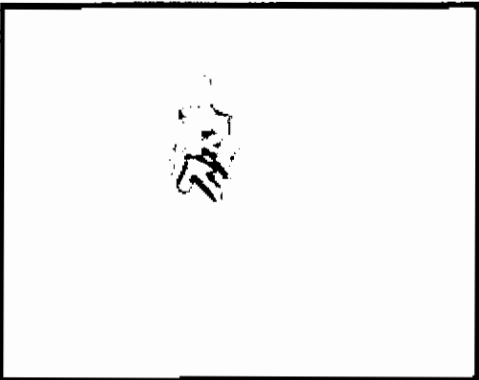
Οι πρωτεΐνες κόβονται σε μικρά κομμάτια και πακετάρονται μαζί με το RNA. Σ' αυτό το σημείο οι επιστήμονες σκέφτονται την δημιουργία ενός φαρμάκου που θα σταματά την παραγωγή πρωτεΐνης, κόβοντας έτσι τον κύκλο ζωής του ιού. Όμως αυτό δεν αποτελεί θεραπεία, το μόνο, θα μειώσει την αναπαραγωγή του ιού.



Οι νέοι ιοί βγαίνουν από το κύτταρο και ο καθένας από αυτούς πηγαίνει και μολύνει και άλλα κύτταρα, αδυνατίζοντας το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού.



Τέλος αφού ο ιός καταστρέψει πολλά από τα λεμφοκύτταρα, ο οργανισμός είναι εξασθετισμένος και ο άνθρωπος μπορεί να νοσήσει με απλές και ευκαιριακές λοιμώξεις, εκδηλώνοντας το σύνδρομο AIDS και οδηγώντας τον σταδιακά στο θάνατο.<sup>32</sup>



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

### **5.1 ΠΡΟΛΗΨΗ – ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ AIDS**

Η ταχύτατη εξάπλωση του AIDS σε κάθε περιοχή της γης και σε κάθε πληθυσμιακή ομάδα επιβάλλει την επείγουσα λήψη προληπτικών μέτρων.

#### **Προληπτικά μέτρα**

Εφ' όσον δεν υπάρχει προς το παρόν προφυλακτικό εμβόλιο ή θεραπεία, η πρόληψη ή τουλάχιστον η επιβράδυνση του ρυθμού εξάπλωσης της επιδημίας θα βασισθεί: 1) στην ευαισθητοποίηση, κινητοποίηση και επαγρύπνηση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, 2) στην πρόληψη της διασποράς κατά τη νοσηλεία των ασθενών, 3) στον έλεγχο των φορέων και 4) στην ενημέρωση του πληθυσμού.

#### **Επαγρύπνηση υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας**

Η παρακολούθηση της επιδημίας επιτυγχάνεται με την υποχρεωτική δήλωση των κρουσμάτων. Στη χώρα μας η δήλωση γίνεται απ' ευθείας στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής του Υπουργείου Υγείας από τον θεράποντα ιατρό, σε ειδικό επιδημιολογικό δελτίο με κώδικα, χωρίς να αναφέρεται το όνομα του ασθενούς. Τα κρούσματα αξιολογούνται από την Εθνική Επιτροπή AIDS και στη συνέχεια δηλώνονται στην Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Δεν δηλώνονται οι ανευρισκόμενοι φορείς. Τα κέντρα AIDS αναφέρουν περιοδικά μόνο το συνολικό αριθμό των ανακαλυπτομένων φορέων.

#### **Πρόληψη κατά τη νοσηλεία των ασθενών**

Ειδική μέριμνα πρέπει να ληφθεί για την νοσηλεία των ασθενών. Ο ιός μπορεί να μεταδοθεί από το νοσηλευτικό προσωπικό στον ασθενή και αντίστροφα.

### Από το Νοσηλευτικό Προσωπικό σε ασθενείς

Μέχρι σήμερα δεν έχει αναφερθεί παρόμοια περίπτωση. Είναι όμως δυνατό να συμβεί όταν αίμα του φορέα-νοσηλευτή εισέλθει σε ανοικτές βλάβες του ασθενούς. Γι' αυτό νοσηλευτές που εκτελούν αιματηρές επεμβάσεις και έχουν δερματικές βλάβες πρέπει να λαμβάνουν όλα τα απαραίτητα μέτρα για να μη μολύνουν τον ασθενή.

Λοίμωξη του ασθενούς μπορεί να συμβεί από υπαιτιότητα του νοσηλευτή, από την ανεπαρκή αποστείρωση εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν από άλλους ασθενείς φορείς.

### Λοίμωξη του νοσηλευτή από ασθενή

Η πιθανότητα είναι μικρότερη του 0,5% επί παρεντερικής ή εκθέσεως των βλεννογόνων σε αίμα του ασθενούς. Μέχρι σήμερα αναφέρθηκαν σ' όλο τον κόσμο 27 περιπτώσεις λοίμωξης. Κανένας από αυτούς δεν ανέπτυξε μέχρι σήμερα AIDS. Για την αποφυγή λοίμωξης είναι απαραίτητη η εφαρμογή για όλους τους ασθενείς των καθιερωμένων μέτρων προλήψεως από αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα. Το συχνό πλύσιμο των χεριών, η ανελλιπής χρήση γαντιών, η αποφυγή νύξεως (ιδιαίτερα κατά την επανατοποθέτηση της θήκης της βελόνης) και η συγκέντρωση της προσοχής κατά τη νοσηλεία των ασθενών μειώνουν σημαντικά τον κίνδυνο λοίμωξης. Επί εκθέσεως επιβάλλεται η άμεση αναφορά του περιστατικού και η παρακολούθηση επί εξάμηνο για διαπίστωση πιθανούς ορομετατροπής. Έχει προταθεί η προληπτική χορήγηση υψηλών δόσεων AZT εντός του πρώτου 24ώρου από την έκθεση, αλλά η αποτελεσματικότητα του μέτρου αυτού είναι δύσκολο να τεκμηριωθεί.

Συγκεκριμένα οι ασχολούμενοι με τη νοσηλεία ασθενών με AIDS θα πρέπει να γνωρίζουν τα ακόλουθα.

Οι ασθενείς με AIDS λόγω της ανοσολογικής τους ανεπάρκειας χρειάζονται μέτρα προφύλαξης, όπως απομόνωση από άλλους ασθενείς με λοιμώδη νοσήματα ή από νοσηλευτικό προσωπικό που έχει κάποια λοίμωξη.

Το προσωπικό που νοσηλεύει ασθενείς με AIDS θα πρέπει να πλένει σχολαστικά τα χέρια του πριν και μετά από την άμεση επαφή με αυτούς τους ασθενείς.

Πρέπει να αποφεύγονται οι τραυματισμοί ή νύξεις με αιχμηρά αντικείμενα ή και με εργαλεία μολυσμένα με υλικά ή εκκρίματα ή απεκκρίματα των ασθενών. Οι βελόνες μετά τη χρήση τους θα πρέπει να τοποθετούνται στους ειδικούς υποδοχείς, ώστε να αποφεύγεται πιθανή μόλυνση του υπόλοιπου νοσηλευτικού και υπηρετικού προσωπικού.

Γάντια και ιατρικές μπλούζες είναι απαραίτητα κατά τη νοσηλεία των ασθενών και πρέπει να αλλάζονται αμέσως μετά.

Το αίμα και τα εκκρίματα των ασθενών θα πρέπει να σημαίνονται με προειδοποιητικές ετικέτες.

Υλικά και αντικείμενα που έχουν μολυνθεί με εκκρίματα ασθενών πρέπει να τοποθετούνται σε ειδικά δοχεία όπου αναγράφεται η ανάγκη αποστείρωσης. Η αποστείρωση, ανάλογα με το υλικό, μπορεί να γίνεται με αποτέφρωση ή στο αυτόκαυστο.

Ιατρικά όργανα ή λοιπά αντικείμενα που μπορεί να έχουν μολυνθεί πρέπει να απολυμνούνται.

### **Έλεγχος φορέων**

Η επιβολή υποχρεωτικού ελέγχου των αιμοδοτών απέκλεισε τη μετάδοση με μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του. Παρόμοιοι έλεγχοι επιβλήθηκαν για μεταμόσχευση οργάνων ή ιστών και για τις τράπεζες σπέρματος. Επίσης εφαρμόζεται στη χώρα μας έλεγχος των χαρακτηρισμένων ιερόδουλων, των αλλοδαπών «καλλιτεχνών» που εργάζονται στη χώρα μας και των υποτρόφων της Ελληνικής Κυβερνήσεως από ενδημικές περιοχές. Συγχρόνως έχει δημιουργηθεί η κατάλληλη υποδομή για τον εθελοντικό έλεγχο του γενικότερου κοινού και ειδικότερα των ομάδων υψηλού κινδύνου. Ο έλεγχος προσφέρεται δωρεάν, εμπιστευτικά, τηρείται το απόρρητο και καταβάλλεται προσπάθεια προσφοράς συμβουλευτικών και κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς και ψυχολογικής υποστηρίξεως. Ακόμη, προσφέρεται σε όσα ζευγάρια επιθυμούν

να ελεγχθούν πριν από το γάμο ή τεκνοποίηση, καθώς και σε όσους έχουν ή είχαν στο παρελθόν σχέση με άτομα υψηλού κινδύνου.

### **Ενημέρωση του πληθυσμού**

Η ενημέρωση του πληθυσμού για τη φύση της νόσου, τους τρόπους μεταδόσεως, τα μέσα προφυλάξεως και τις κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος, αποτελεί το κυριότερο και αποτελεσματικότερο, προς το παρόν, μέτρο αντιμετώπισεως της επιδημίας. Η ενημέρωση αποσκοπεί σε τροποποίηση των μορφών εκείνων ατομικής συμπεριφοράς που εκθέτουν σε λοίμωξη, αλλά και σε αποτροπή αδικαιολόγητου πανικού ή λανθασμένης συμπεριφοράς προς τους ασθενείς και τους φορείς. Θα πρέπει να αποφευχθεί ο κοινωνικός στιγματισμός των ασθενών και να γίνουν αποδεκτοί οι φορείς στους χώρους δουλειάς, στο σχολείο, στο κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον. Θα πρέπει επομένως να απευθύνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό η ενημερωτική εκστρατεία. Ιδιαίτερη προσπάθεια βέβαια πρέπει να επικεντρωθεί στον σεξουαλικά ενεργό πληθυσμό. Θα πρέπει όμως να αποφευχθεί η πρόκληση ψυχολογικών προβλημάτων που σχετίζονται με την έναρξη της σεξουαλικής ζωής των εφήβων.

Η εκστρατεία πρέπει να οργανωθεί σε διάφορα επίπεδα με διάφορα μέσα και να επαναλαμβάνεται με εναλλασσόμενα μηνύματα για να διατηρεί και να προωθεί τη τροποποίηση επικίνδυνης ή λανθασμένης συμπεριφοράς.

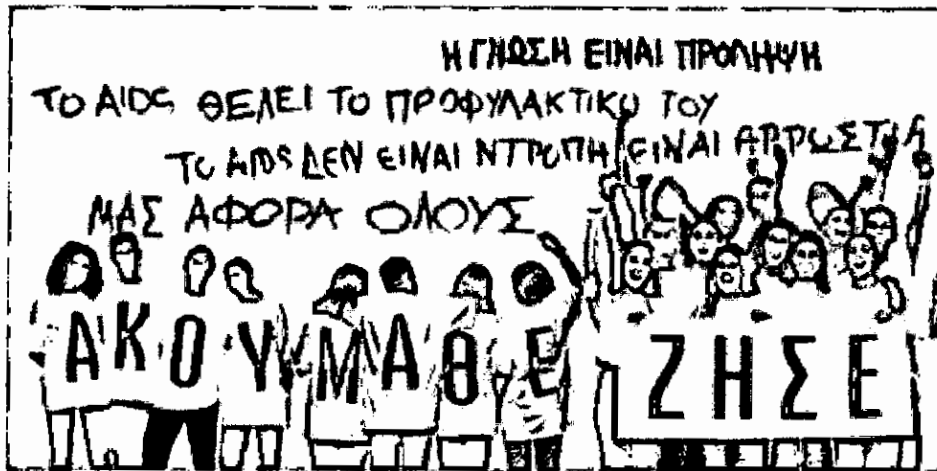
Για την ενημέρωση χρησιμοποιούνται τα ακόλουθα μέσα:

Ενημερωτικές διαφάνειες και φυλλάδια. Εκτός από αυτά που απευθύνονται στο γενικό κοινό, εκδίδονται και ειδικά φυλλάδια για τα άτομα που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου και για όσους φροντίζουν ασθενείς ή φορείς με AIDS.

Μέσα μαζικής ενημέρωσης. Η συμβολή τους στη μετάδοση μηνυμάτων είναι καθοριστική. Βίντεο και ζωντανά προγράμματα από τη τηλεόραση και το ραδιόφωνο συμβάλλουν ουσιαστικά στη διαμόρφωση σωστής ατομικής συμπεριφοράς.

Οργάνωση σεμιναρίων-διαλέξεων. Κάθε προσπάθεια τροποποίησης κοινωνικής και ατομικής συμπεριφοράς θα πρέπει να στηρίζεται στην εκπαίδευση στελεχών στους βασικούς στόχους της εκστρατείας. Υπεύθυνα υγειονομικά στελέχη, κοινωνικοί λειτουργοί, μετά ειδική εκπαίδευση θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για προσωπική συμβουλευτική ενημέρωση στο χώρο δουλειάς, κοινωνικής συναναστροφής.

Έρευνα. Η διεθνής ερευνητική προσπάθεια δεν έχει προηγούμενο. Μέσα σε σύντομα χρονικά διαστήματα ανακαλύφθηκε ο υπεύθυνος αιτιολογικός παράγοντας, και διερευνήθηκε με κάθε λεπτομέρεια η μοριακή βιολογία του HIV. Η συνέχεια της έρευνας είναι βέβαιο ότι θα πετύχει τη θεραπευτική και προληπτική αντιμετώπιση του AIDS κατά τα προσεχή χρόνια.<sup>20</sup>





# **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

Αποσπάσματα από βιβλίο του Μάνου Κοντολέων «Γεύση πικραμύγδαλου».

(Ο Οδυσσέας κεντρικός ήρωας του βιβλίου μόλις έχει πάρει τα αποτελέσματα των εξετάσεων που έκανε για AIDS και σκεφτικός πηγαίνει σε ένα πάρκο...)

... Δε θυμότανε. Δεν ήθελε να θυμηθεί. Ίσως και να μην μπορούσε να θυμηθεί... Μέσα στα αυτιά του κάποιες λέξεις – όχι δεν ήταν οι ήχοι από το θρόισμα των δέντρων και το τιτίβισμα των πουλιών. Μέσα στην σκέψη του άλλα ήταν: τα ξεκάθαρα λόγια, οι συγκεκριμένες συμβουλές, οι επιστημονικές ορολογίες... Να βγουν όλα αυτά από τη σκέψη του μέσα! Λες και του ‘σφιγγαν το κρανίο. Να βγούνε να χαθούνε. Όχι σ’ αυτόν. Όχι! Ένα απόλυτα ξεκάθαρο «όχι!». Ένα «όχι» ανεφάρμοστο.

Σταμάτησε. Δίπλα στα παπούτσια του η σφριγηλή χλόη του Μάρτη. Το πράσινο. Το πράσινο της ελπίδας... Ποιας ελπίδας; Τελείωσαν οι ελπίδες. Είχε ρωτήσει «Είστε σίγουροι;» και είχε πάρει την απάντηση: «Δυστυχώς!». Τι θα πει «δυστυχώς»;

Πνιγότανε. Να καθίσει κάπου... Ποιο πέρα τρεις τέσσερις συνταξιούχοι με τις εφημερίδες και πιο δίπλα πέντε παιδιά με την μπάλα τους και στο βάθος ο δρόμος με την ήρεμη κίνησή του. Όλα αυτά τι σχέση είχαν μ’ αυτόν; Καμιά. Εκείνος ένα στίγμα. Φορέας.

Μια ασυνέχεια στη γραμμή της ζωής. Μια βίαιη ανατροπή της. Μια αδικία. Αυτός. Και το στομάχι του μια ολάκερη φλόγα.

Πνιγότανε. Τα δέντρα τον πνίγανε. Τα παιδιά τον πνίγανε. Οι συνταξιούχοι τον πνίγανε. Να φύγει! Που να πάει;

Βγήκε στο δρόμο. Φώναξε «Ταξί!». Κάθισε στο πίσω κάθισμα...

Κούρνιασε όσο πιο βαθιά μπορούσε μέσα στο μαύρο πλαστικό. Κρύωνε. Φοβότανε. Είδε την πλάτη του οδηγού, το χοντρό του σβέρκο, τα μαλλιά να κρύβουν τ’ αυτιά. Ήταν ένας άνθρωπος. Μια παρουσία. Η πιο κοντινή εκείνης της στιγμής. Α, πόσο την είχε ανάγκη! Κι αν άπλωνε το χέρι του, αν άγγιζε τον ώμο του άλλου και του ‘λεγε «Σε παρακαλώ, κοίτα με, μίλα μου, προστάτεψέ με... Είμαι φορέας...» ... Τι θα γινότανε τότε;

Η πιθανότητα της απόρριψης τον επανέφερε στην επώδυνη σιγουριά της απομόνωσής του.

Είχαν πάρει την κεντρική λεωφόρο. Τα γνωστά στέκια. Τα μαγαζιά μιας περασμένης εποχής...

Ο Γιάννης (καλύτερος φίλος του Οδυσσέα), δίπλα στη στάση.

«Εδώ! Στάσου! Εδώ θα κατέβω!»

«Οδυσσέα! Που ήσουν;... Σ' έψαχνα» - η έγνοια του φίλου. Βάλσαμο.

«Πήρα τα αποτελέσματα...»

Η σιωπή του Γιάννη – η αγωνία και ο τρόμος του.

Κι ο Οδυσσέας σφίγγει το στομάχι του, διπλώνεται, εκεί στη βάση της κολώνας αφήνει τα υγρά του στομαχιού να λιμνάσουνε.

«Οδυσσέα!» ο Γιάννης τον πιάνει από τον ώμο.

Και ο Οδυσσέας ουρλιάζει: «Μην μ' αγγίζεις! Σε λέρωσα!». Και τραβά την φιλική παλάμη. «Να, εδώ!» προσπαθεί να δείξει την ανύπαρκτη στάλα του εμετού πάνω στα δάχτυλα του Γιάννη.

«Οδυσσέα, σταμάτα!»

Το κλάμα είναι βουβό. Ένα κλάμα ήρεμο. Η παραδοχή κι η εγκατάλειψη.

«Έλα! Θα έρθω μαζί σου μέχρι το σπίτι σου» και τον συγκρατεί από τον ώμο.

Η κίνηση στη λεωφόρο σταθερή. Η ζωή κρατά πάντα τους ρυθμούς της.<sup>33</sup>

## ΓΕΝΙΚΕΣ ΣΚΕΨΕΙΣ

Η νοσηλεία του αρρώστου με AIDS (όπως και όλων των άλλων) είναι ευθύνη του νοσηλευτικού προσωπικού. Όπως οι πρόγονοί μας στη νοσηλευτική ιστορία αντιμετώπιζαν τις μεγάλες επιδημίες του παρελθόντος, έτσι και εμείς καλούμεθα σήμερα ηθικά, δεοντολογικά και επαγγελματικά να αντιμετωπίσουμε την διεθνή πανδημία αυτής της νόσου.

Η νοσηλευτική είναι η μόνη επιστήμη υγείας που ασχολείται με ολόκληρο τον άνθρωπο. Είναι ολιστική επιστήμη. Προσεγγίζει, νοσηλεύει, ανακουφίζει τον άνθρωπο υγιή ή άρρωστο και τον αντιμετωπίζει ως βιοψυχοκοινωνική, πνευματική, μοναδική και αδιαίρετη οντότητα. Αποτελεί νοσηλευτική ευθύνη η ψυχοκοινωνική φροντίδα των αρρώστων με AIDS στη μεγαλύτερη αυτή κρίση της υγείας του αιώνα μας. Το AIDS είναι μια αρρώστια που αποτελεί καταστροφική απειλή σε όλες τις διαστάσεις της ανθρώπινης ζωής, τη σωματική, ψυχολογική, πνευματική, κοινωνική και οικονομική. Η απειλή αυτή μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα συμπτώματα ψυχικής διαταραχής. Λόγω της εισβολής του ιού στο ΚΝΣ μπορεί να συμβούν νευροψυχικές διαταραχές ακόμη και οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο με ποικιλία συμπτωμάτων π.χ. νοητική έκπτωση ανοϊκού τύπου, διαταραχές συμπεριφοράς κλπ. Ερευνητικές μελέτες δείχνουν ότι θύματα του AIDS όταν πληροφορούνται τη διάγνωσή τους παθαίνουν κατάθλιψη. Φαίνεται ότι υπάρχει μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ των σωματικών, ψυχικών και κοινωνικών παραγόντων που αφενός επιδρούν στην πορεία της αρρώστιας και αφετέρου ωθούν τον άνθρωπο σε παθολογικό τρόπο αντιμετώπισης του stress.

Σε όλη αυτή την στρεσογόνα κατάσταση ο ασθενής ή ο φορέας του AIDS αντιμετωπίζει τεράστια ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### 6.1 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS

Τα περισσότερα από τα άτομα με HIV-λοίμωξη ή νόσο αντιμετωπίζουν προβλήματα που περιστρέφονται γύρω από την αβεβαιότητα και την προσαρμογή.

Στα μολυσμένα άτομα, η αβεβαιότητα υποκαθιστά τις ελπίδες και τις προσδοκίες από τη ζωή γενικά, αλλά μπορεί να επικεντρώνεται στην οικογένεια και στην εργασία. Μια ακόμη σπουδαιότερη αβεβαιότητα αφορά την ποιότητα και τη διάρκεια της ζωής, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και την αντίδραση της κοινωνίας. Η μακροχρόνια έκβαση όλων αυτών είναι σχετικώς απρόβλεπτη. Είναι αναγκαίο να συζητούνται ανοιχτά με ειλικρίνεια, αλλά πάντοτε πρέπει να γίνεται προσπάθεια να ανανεώνονται η ελπίδα και η θετική προοπτική.

Σε απάντηση στην αβεβαιότητα, το άτομο που έχει προσβληθεί από τον HIV πρέπει να προσαρμοσθεί σε διάφορες καταστάσεις. Ακόμη και αν φαινομενικά δεν αντιδράσει, μέσα του έχει ήδη γίνει μια προσαρμογή με την άρνηση. Οι άνθρωποι αρχίζουν να προσαρμόζονται στην ιδέα της λοίμωξης ή της νόσου από τη στιγμή που την πληροφορούνται. Η ζωή τους μέρα με τη μέρα θα αντανakλά την ένταση ανάμεσα στην αβεβαιότητα και στην προσαρμογή. Αυτή ακριβώς η ένταση προκαλεί άλλα ψυχοκοινωνικά ζητήματα, που προσλαμβάνουν μεγαλύτερη ή μικρότερη σημασία και ένταση.

#### Φόβος

Οι άνθρωποι που έχουν μολυνθεί από τον ιό διακατέχονται από πολλούς φόβους. Ο φόβος των τελευταίων στιγμών, και ειδικά ο φόβος ότι θα πεθάνουν μόνοι και με πόνους, είναι συχνά ολοφάνερος. Ο φόβος μπορεί να προέρχεται από τις εμπειρίες προσφιλών προσώπων, φίλων ή συνεργατών που αρρώστησαν ή πέθαναν από AIDS. Μπορεί επίσης να οφείλεται σε ελλιπή γνώση του θέματος και του πως είναι δυνατόν να διευθετηθούν τα προβλήματα. Όπως τα

περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα, συχνά ο φόβος και οι πιέσεις που δημιουργεί αποβάλλονται, όταν εξωτερικευτούν με σαφήνεια και ευαισθησία. Πρέπει να συζητούνται στο πλαίσιο της διευθέτησης των δυσκολιών, με την βοήθεια του νοσηλευτή φίλου, φίλων, της οικογένειας ή του συμβούλου.

### **Αίσθημα απώλειας**

Το άτομο που νοσεί, διακατέχεται από αισθήματα απώλειας για τη ζωή και τις φιλοδοξίες του, τη φυσική ελκυστικότητα και δύναμή του, τις ερωτικές σχέσεις, την υπόστασή του μέσα στην κοινότητα, την οικονομική σταθερότητα και την ανεξαρτησία του. Ίσως η πιο συνηθισμένη απώλεια που αισθάνεται είναι η απώλεια της εμπιστοσύνης. Καθώς αυξάνεται η ανάγκη για φροντίδα, θα νιώσει επίσης μια αίσθηση απώλειας της ιδιωτικής του ζωής και του ελέγχου της ζωής του. Ίσως η πιο συνηθισμένη απώλεια που αισθάνεται να είναι η απώλεια της εμπιστοσύνης. Η εμπιστοσύνη μπορεί να υπονομευθεί από τις πολλές όψεις της ζωής με τον ιό, περιλαμβανομένων του φόβου για το μέλλον και της αγωνίας για την ικανότητα των προσφιλών του προσώπων και εκείνων που το φροντίζουν να αντεπεξέλθουν, και από πράξεις άρνησης ή στιγματισμού άλλων προσώπων. Για πολλούς ανθρώπους, η διαπίστωση της λοίμωξης θα είναι η πρώτη ευκαιρία που θα τους αναγκάσει να παραδεχθούν ότι είναι θνητοί και ότι υπόκεινται στο νόμο της φυσικής φθοράς.

### **Λύπη**

Συχνά το μολυσμένο άτομο διακατέχεται από βαθιά συναισθήματα λύπης για τις απώλειες που έχει ήδη υποστεί ή που αναμένει. Ακόμη μπορεί να υποφέρει από τον οίκτο που του δείχνουν τα μέλη της οικογένειας του, εραστές και φίλοι. Συχνά, αυτοί είναι οι ίδιοι άνθρωποι που τον υποστηρίζουν και τον φροντίζουν σε καθημερινή βάση, παρακολουθώντας τον να αργοσβήνει.

### **Ενοχή**

Η διάγνωση της λοίμωξης συχνά προκαλεί αίσθημα ενοχής, που δημιουργείται από την πιθανότητα να έχουν μολυνθεί και άλλοι ή από τη

συμπεριφορά που μπορεί να προκάλεσε τη λοίμωξη. Επίσης το μολυσμένο άτομο νιώθει ενοχή για τον οίκτο που προκαλεί η νόσος στα αγαπημένα του πρόσωπα και στην οικογένειά του, ειδικά στα παιδιά. Συχνά θα αναλογίζεται παλιότερα ζητήματα, που πιθανόν να προκάλεσαν πόνο ή λύπη σε άλλους και να παρέμειναν άλυτα, και αυτό μπορεί να του προκαλεί ακόμη βαθύτερα αισθήματα λύπης.

### **Κατάθλιψη**

Η κατάθλιψη μπορεί να οφείλεται σε πολλούς λόγους. Η ανυπαρξία θεραπείας και το αίσθημα αδυναμίας που συνεπάγεται, η απώλεια του ελέγχου της προσωπικής ζωής που μπορεί να σχετίζεται με τις αλληπάλληλες ιατρικές εξετάσεις και η γνώση του γεγονότος ότι ο ιός έχει καταλάβει ολόκληρο το σώμα του, είναι εξίσου σημαντικοί παράγοντες για τον ασθενή. Το ίδιο συμβαίνει, όταν τυγχάνει να γνωρίζει άλλους φορείς του HIV που νοσούν ή έχουν πεθάνει, καθώς και όταν αισθάνεται να χάνει τη διάθεσή του για δημιουργία και για μακροχρόνιο προγραμματισμό.

### **Άρνηση**

Μερικοί άνθρωποι μπορεί να αντιδράσουν με άρνηση, μαθαίνοντας ότι έχουν μολυνθεί ή νοσούν. Για μερικά άτομα, η αρχική άρνηση μπορεί να είναι εποικοδομητικός τρόπος για να αντεπεξέλθουν στον κλονισμό από τη διάγνωση. Ωστόσο, αν αυτό συνεχίζεται, η άρνηση μπορεί να φέρει το αντίθετο αποτέλεσμα, επειδή τα άτομα αυτά μπορεί να αρνηθούν να αναλάβουν τις κοινωνικές ευθύνες που συνοδεύουν την οροθετικότητα για HIV.

### **Αγωνία**

Η αγωνία μπορεί σύντομα να γίνει μόνιμη συνοδός της ζωής του μολυσμένου ατόμου, αντανακλώντας τη χρονική αβεβαιότητα που συνοδεύει τη λοίμωξη. Πολλά από τα αίτια της αγωνίας αντανακλούν τα ζητήματα που αναφέραμε και αφορούν:

Τη βραχυχρόνια και μακροχρόνια πρόγνωση

Τον κίνδυνο προσβολής από άλλα νοσήματα

Τον κίνδυνο να μολύνει άλλα άτομα με τον HIV

Την κοινωνική, επαγγελματική, οικιακή και σεξουαλική αποστροφή και απόρριψη

Την εγκατάλειψη, την απομόνωση και το σωματικό πόνο

Το φόβο του θανάτου με πόνο η χωρίς αξιοπρέπεια

Την αδυναμία μεταβολής των περιστάσεων και των συνεπειών από τη λοίμωξη

Το πώς θα εξασφαλισθεί η καλύτερη δυνατή υγεία στο μέλλον

Την ικανότητα των προσφιλών προσώπων και της οικογένειας να αντεπεξέλθουν

Τη διαθεσιμότητα κατάλληλης ιατρικής / οδοντιατρικής περίθαλψης

Την απώλεια της ιδιωτικής ζωής και την ανησυχία για την τήρηση του απορρήτου

Τη μελλοντική κοινωνική και σεξουαλική απόρριψη

Τη συνεχώς μειούμενη ικανότητα να λειτουργεί αποτελεσματικά

Την απώλεια της φυσικής και οικονομικής ανεξαρτησίας.

## **Θυμός**

Μερικοί άνθρωποι φαινομενικά θυμώνουν, επειδή αισθάνονται ότι ήταν άτυχοι και κόλλησαν την αρρώστια. Συχνά αισθάνονται ότι δεν τους μεταχειρίστηκαν σωστά ή με ευαισθησία, ή ότι δεν τηρήθηκε το απόρρητο γι' αυτούς. Μερικές φορές ο θυμός τους μπορεί να είναι εσωτερικός με μορφή αυτό-επιτίμησης, επειδή μολύνθηκαν με τον ιό, ή με μορφή αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (αυτοκτονίας).

## **Απόπειρα ή σκέψη για αυτοκτονία**

Τα άτομα με HIV λοίμωξη διατρέχουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας. Μπορεί να θεωρούν την αυτοκτονία έναν τρόπο να αποφύγουν τον πόνο και την ταλαιπωρία ή να λιγοστέψουν την ντροπή και τη λύπη των αγαπημένων τους. Η απόπειρα μπορεί να είναι ενεργητική (π.χ. σκόπιμος αυτοτραυματισμός που θα προκαλέσει το θάνατο) ή παθητική (π.χ. απόκρυψη ή



αδιαφορία για την εμφάνιση πιθανώς μοιραίας εμπλοκής της HIV- λοίμωξης ή νόσου).

### **Αυτοεκτίμηση**

Συχνά η αυτοεκτίμηση απειλείται στην αρχή της διαδικασίας διαβίωσης με τον HIV. Η απόρριψη από συνεργάτες, γνωριμίες και προσφιλή πρόσωπα μπορεί γρήγορα να οδηγήσει σε απώλεια εμπιστοσύνης και κοινωνικής ταυτότητας και, επομένως, σε μείωση των συναισθημάτων αυτοεκτίμησης. Αυτό μπορεί να συνδυασθεί με τη σωματική επίπτωση των νοσημάτων που σχετίζονται με τον ιό και που προκαλούν, για παράδειγμα, παραμόρφωση του προσώπου, φυσική φθορά και απώλεια δυνάμεων και σωματικού ελέγχου.

### **Υποχονδρία και μανιακές καταστάσεις**

Η ανησυχία για την υγεία, ακόμη και οι παραμικρές σωματικές αλλαγές ή εντυπώσεις, μπορεί να οδηγήσουν σε υποχονδρία, που ημπορεί να είναι πρόσκαιρη και περιορισμένη στο διάστημα που ακολουθεί αμέσως μετά τη διάγνωση, ή μπορεί να επιμένει σε ανθρώπους που συναντούν δυσκολίες προσαρμογής στη νόσο.

### **Πνευματικές ανησυχίες**

Οι ανησυχίες για τον επικείμενο θάνατο, τη μοναξιά και την απώλεια του ελέγχου, μπορεί να δημιουργήσει ενδιαφέρον για πνευματικά ζητήματα και για την αναζήτηση μεταφυσικής υποστήριξης. Εκφράσεις σχετικές με την αμαρτία, την ενοχή, τη συγχώρεση, τη συμφιλίωση και την αποδοχή μπορεί να ακουστούν στα πλαίσια θρησκευτικών και πνευματικών συζητήσεων.

Πολλές από αυτές, καθώς και άλλες ανησυχίες, εκδηλώνονται ή γίνονται εμφανείς, όταν γίνεται η διάγνωση του AIDS. Η εμφάνιση νέων λοιμώξεων, καρκινωμάτων και περιόδων μεγάλης καταπόνησης έχουν γενικά σημαντική συναισθηματική και ψυχική επίπτωση. Το αποτέλεσμα είναι πιθανόν να είναι ακόμη σοβαρότερο, όταν το άτομο έχει απορριφθεί από την οικογένεια ή από φίλους και έχει αποσυρθεί από τις συνηθισμένες κοινωνικές σχέσεις.<sup>34</sup>



## 6.2 ΚΡΙΣΗ

Σ' όποια μορφή και τύπο οικογενειακής οργάνωσης και αν ανήκει το άτομο που είναι φορέας / ασθενής με AIDS, αναμφισβήτητα ή νόσος είναι ένα γεγονός που θα φέρει κρίση και θα διαταράξει την ισορροπία της.

Η κρίση είναι μια κατάσταση, η οποία έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

1. Ένα άτομο που πυροδοτεί το άγχος
2. Το άτομο που νιώθει μελαγχολία
3. Υπάρχει απώλεια, κίνδυνος ή ταπείνωση
4. Υπάρχει αίσθηση του ανεξέλεγκτου
5. Τα γεγονότα φαίνονται απρόσμενα
6. Δημιουργούνται αλλαγές στον καθημερινό τρόπο ζωής
7. Υπάρχει αβεβαιότητα για το μέλλον
8. Η μελαγχολία συνεχίζεται για αρκετό διάστημα

Όταν ένα γεγονός που προκαλεί ψυχική ένταση εξελίσσεται σε κρίση, υπάρχει μια περίοδος αστάθειας που είναι ευάλωτο σαν ψυχική κατάρρευση, αλλά συγχρόνως ευδόκιμο στη θεραπευτική αγωγή, διότι η κρίση αποτελεί ένα σταθμό στην ζωή του ανθρώπου που απαιτεί την κινητοποίηση νέων μηχανισμών προσαρμογής. Αν αυτοί οι μηχανισμοί δε βρεθούν μέσα σε 6-8

εβδομάδες που διαρκεί η αντίδραση στην κρίση, τότε το άτομο κινδυνεύει να καταρρεύσει ψυχικά και πιθανόν ανεπανόρθωτα.

Η γνώση ότι κάποιος είναι φορέας του AIDS οδηγεί το άτομο σε κρίση γιατί:

Είναι ένα γεγονός που πυροδοτεί το άγχος για το αύριο και το άγνωστο.

Το άτομο νιώθει μελαγχολία.

Υπάρχει απώλεια της υγείας του, κίνδυνος για θάνατο και πιθανή ταπείνωση από το κοινωνικό περιβάλλον.

Υπάρχει αίσθηση ότι δε μπορεί να ελέγξει κανείς το αύριο.

Τα γεγονότα φαίνονται συνήθως απρόσμενα, γιατί κανένας δεν πιστεύει ότι μπορεί να «τύχει» σ' αυτόν μέχρι την απόδειξη ότι είναι φορέας.

Δημιουργούνται αλλαγές στον καθημερινό τρόπο ζωής, σε πάρα πολλά επίπεδα (εργασιακό, κοινωνικό, διαπροσωπικό κ.λ.π.).

Υπάρχει αβεβαιότητα για το μέλλον.

Η μελαγχολία συνεχίζεται για αρκετό διάστημα.

Το AIDS είναι μια ασθένεια, η οποία ανατρέπει την ομοίωση του ατόμου και του δημιουργεί συναισθήματα αγωνίας, θλίψης, θυμού, ντροπής, ενοχής, και φόβου.

Αγωνία για το μέλλον του και τις αλλαγές που θα του φέρει το AIDS στη ζωή του, θλίβεται για την απώλεια της υγείας του, θυμώνει, με το γεγονός ότι «έτυχε» σ' αυτόν, ντρέπεται να το μοιραστεί μ' άλλα άτομα, ίσως νοιώθει ενοχή γιατί μπορεί ν' ευθύνεται για την προσβολή του ή για προσβολή άλλων από τον ιό και να φοβάται για τη ζωή του.

### **6.3 ΨΥΧΙΚΕΣ ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Ειδικότερα, οι ψυχικές αντιδράσεις που παρατηρούνται ως συνέπεια της κρίσης της νόσου διατρέχουν σε τέσσερις αλληλοδιάδοχες φάσεις που είναι: α) αρχική κρίση, β) η μεταβατική κατάσταση, γ) η κατάσταση ανεπάρκειας ή αποδοχής και δ) η προπαρασκευή για το θάνατο.

## Αρχική κρίση

Από μελέτες έχει επισημανθεί ότι η κατάσταση της κρίσης, που αρχίζει με τη διαπίστωση της πάθησης, έχει κύριο χαρακτηριστικό την «ψυχική άρνηση η οποία εναλλάσσεται σε περιόδους έντασης και άγχους».

Όταν ή άρνηση εκδηλώνεται με ήπιο ή μέτριο χαρακτήρα έντασης, ο άρρωστος υπακούει στις ιατρικές εντολές που του δίνονται και αυτό αποτελεί ελπιδοφόρο μήνυμα για το ξεπέραςμα της κρίσης στην πορεία. Όταν η άρνηση γίνεται έντονη, ο άρρωστος υιοθετεί θέσεις αδιαφορίας και απάθειας, δεν εκτελεί τις ιατρικές οδηγίες και κινδυνεύει να οδηγηθεί στα επικίνδυνα μονοπάτια της περιθωριοποίησης, του μαρασμού ή ακόμη της αυτοκτονίας. Το στάδιο της κρίσης σκιαγραφείται από πλήθος συγκινησιακών αντιδράσεων στις οποίες περιλαμβάνονται η κατάρρευση, η άρνηση, συναισθήματα φόβου, οργής και θλίψης που καταβάλουν τον ψυχισμό του αρρώστου. Αυτό που θα τον βοηθήσει να νιώσει καλύτερα σ' αυτή τη φάση είναι η επιστράτευση των μηχανισμών της απώθησης και της εκλογίκευσης, μέσα από τους οποίους θα περάσει ο συμβιβασμός και θα αποδεχθεί την καινούργια πραγματικότητα αλλά και τις ειδικές και νέες γι' αυτόν συνθήκες, που είναι υποχρεωμένος πλέον να κινείται.

Μια από τις πιο σημαντικές αντιδράσεις που πολλές φορές παίρνει εκρηκτικό χαρακτήρα είναι η ενδοψυχική σύγκρουση, που γεννιέται από την αρνητική στάση του οικογενειακού περιβάλλοντος του πάσχοντος προς αυτόν, όταν τα μέλη της οικογένειας αιφνιδιάζονται από την αποκάλυψη της ομοφυλοφιλίας ή ακόμα τη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Το «στίγμα» που συνδέεται άμεσα με το AIDS συνοδεύει τους πάσχοντες είτε είναι γυναίκες είτε είναι άνδρες.

## Μεταβατική κατάσταση

Αρχίζει όταν η ψυχική άρνηση δίνει τη θέση της στην έντονη αυτοκριτική, που γίνεται με εκρήξεις θυμού αλλά και οίκτου προς τον εαυτό του (self-pity). Το άγχος που κυριαρχεί ενισχύεται από την αδυναμία αποδοχής της νόσου. Ο άρρωστος βασανίζεται από διαρκή ερωτήματα του τύπου «γιατί να

μου συμβεί αυτό;». Άτομα ομοφυλόφιλα σε στιγμές καταδίκης εαυτού ή θέτοντας τον εαυτό τους σε ανυποληψία είναι δυνατόν να αναπτύσσουν φοβικές διαθέσεις, ιδιαίτερα ανθρωποφοβία. Στη φάση αυτή η ένταση του ψυχισμού, η σύγχυση, η ευερεθιστικότητα και οι ενοχές φαίνεται να επικρατούν. Η κοινωνική απόρριψη επενεργεί βαθιά και ενισχύει την υποβόσκουσα τάση αυτοκτονίας. Αλλαγές στη συμπεριφορά, αναζήτηση εκ νέου της ταυτότητας, αναθεώρηση των αξιών, διάθεση για αποξένωση από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Όλα τα παραπάνω αποτελούν εκλυτικούς παράγοντες, οι οποίοι τονίζουν εντονότερα την τάση για αυτοκαταστροφή. Σ' αυτή τη φάση θέτεται σε συναγερμό το ένστικτο της αυτοσυντήρησης που ενεργοποιεί τους μηχανισμούς της άμυνας. Το άτομο τώρα είναι επιρρεπές και διαθέσιμο για κοινωνική παρέμβαση, που θα τον βοηθήσει να απαλλαγεί από την σύγχυση στην οποία έχει περιέλθει. Είναι δυνατόν όμως ο πάσχων κάτω από τέτοιες συνθήκες, να εκτονώσει το άγχος του με επικέντρωση των ενδιαφερόντων του στη σεξουαλική επαφή ή επαύξηση στη χρήση των ναρκωτικών ουσιών.

### **Κατάσταση ανεπάρκειας ή αποδοχής**

Σαν κατάσταση αποδοχής χαρακτηρίζεται εκείνη η φάση, κατά την οποία ο άρρωστος έχει πια πεισθεί πως δεν υπάρχουν γι' αυτόν άλλα περιθώρια για ενδοψυχικές συγκρούσεις. Γνωρίζει καλά ότι η ευερεθιστικότητα, η άρνηση, ο οίκτος του εαυτού του και η κατάθλιψη τελικά δεν οδηγούν στην έξοδο του από το τέλμα. Μια μόνο επιλογή γι' αυτό το σκοπό υπάρχει. Η αποδοχή της πάθησης και η ψύχραιμη αντιμετώπισή της. Υπάρχει μια διάθεση για επανεκτίμηση αξιών που προηγούμενα είχε απορρίψει, ανάπτυξη εκ νέου της ταυτότητας του και αγάπη και στοργή προς τους ανθρώπους και διάθεση επιβεβαίωσης αυτών.

Όσοι λειτουργούν με τέτοιους τρόπους νιώθουν λιγότερο θύματα της ζωής, γίνονται λιγότερο εγωκεντρικοί και αισθάνονται την ικανοποίηση από τις κοινωνικές δραστηριότητες στις οποίες έχουν αποδυθεί.

Πάρα αυτά η αποδοχή θεωρείται κατάσταση ανεπάρκειας, επειδή προσκρούει στο γεγονός ότι οι πάσχοντες έχουν υποστεί απώλεια της υγείας,

ελάττωση των ενεργειακών δυναμικών, απώλεια ενδεχόμενα της εργασίας ή μείωση των οικονομικών πόρων και κατά συνέπεια έχουν δεχθεί ισχυρό πλήγμα στην ανεξαρτησία τους.

Κάτω από τέτοιες περιστάσεις οι πάσχοντες νιώθουν την αναζωπύρωση των ψυχικών συγκρούσεων και κινδυνεύουν να υποστρέψουν. Η τοποθέτηση των αρρώστων αυτών σε περιβάλλον που ανακλά φιλική διάθεση, εμπνέει εμπιστοσύνη και εξασφαλίζει τον οικονομικό παράγοντα, προκαλεί ανακούφιση, εξουδετερώνει τις αρνητικές ψυχικές παρορμήσεις και αναδύει νέα διάθεση για ζωή έστω και με πάθηση.

### **Προετοιμασία για θάνατο**

Η κατάσταση αρχίζει, πρακτικά, από τη στιγμή που διαπιστώνεται στον πάσχοντα η παρουσία ευκαιριακής λοίμωξης, επειδή γνωρίζει ότι οι ευκαιριακές λοιμώξεις υποδηλώνουν το πλήρες AIDS και σημαίνουν την «τελική ευθεία» προς το θάνατο. Ασθενείς που μέχρι εκείνη τη στιγμή είχαν ισορροπήσει τις καταστάσεις τους, είχαν αποκαταστήσει ομαλές σχέσεις με την οικογένεια και το φιλικό περιβάλλον και είχαν αποδυθεί σε πλήθος δραστηριοτήτων, ξαφνικά νιώθουν όλα να γκρεμίζονται, χάνουν την ψυχραιμία τους και καταλαμβάνονται από πανικό. Πολλοί είναι εκείνοι που αρχίζουν να σκέφτονται σοβαρά ότι η αυτοκτονία είναι πλέον η προτιμότερη λύση. Στην περίοδο αυτή οι πάσχοντες κυριαρχούνται στη σκέψη τους από την εικόνα του επερχόμενου θανάτου και κύριο μέλημα πια αποτελεί η προετοιμασία για το αναπόφευκτο τέλος. Στη φάση αυτή παρατηρείται ποικιλία αντιδράσεων όπως μελαγχολία και κατάθλιψη, αίσθημα απογοήτευσης, ενώ αρκετοί είναι αυτοί που ανακαλύπτουν ξαφνικά διαφορές προς τα μέλη της οικογένειας ή άλλα αγαπημένα πρόσωπα. Άτομα ομοφυλόφιλα εμφανίζουν πιο αυξημένες προστριβές με το περιβάλλον τους, όσο πλησιάζει ο θάνατος.

Εδώ μπορούμε να πούμε ότι ο θάνατος είναι ένα θλιβερό γεγονός. Όταν συμβαίνει σε νέους ανθρώπους είναι δυστυχία. Και όταν αυτούς τους νέους ανθρώπους που χάνονται τους συνοδεύει το στίγμα, τότε γίνεται τραγικότητα.



#### **6.4 ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΙV ΛΟΙΜΩΞΗ**

Η κατ' οίκον νοσηλεία προσφέρει όχι μόνο στον πάσχοντα αλλά και στην οικογένεια του την ψυχική υποστήριξη και βοήθεια για την αντιμετώπιση ειδικών αναγκών που δημιουργεί η ασθένεια.

Στην περίπτωση των χρόνιων πασχόντων όπως είναι το AIDS, η κατ' οίκον νοσηλεία συντελεί ουσιαστικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου και της οικογένειας.

Οι στόχοι της κατ' οίκον νοσηλείας είναι:

1. Η εξασφάλιση της «συνέχειας» της υγειονομικής φροντίδας εκτός του νοσοκομείου.
2. Η ψυχολογική υποστήριξη των νοσούντων και των οικογενειών τους.
3. Η συνεχής παροχή υπηρεσιών (κοινωνικών, υγειονομικών, ψυχολογικών) ώστε να διαβιούν άνετα οι πάσχοντες μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον με ένα καλό βιοτικό επίπεδο.
4. Η τηλεφωνική σύνδεση με οργανωμένα κέντρα για την άμεση παροχή βοήθειας.
5. Η υποστηρικτική βοήθεια των συγγενών και φίλων που φροντίζουν τον πάσχοντα.
6. Η ειδική προσφορά υπηρεσιών στο σπίτι των πασχόντων που βρίσκονται στο «τελικό στάδιο» της ζωής τους με σκοπό την αντιμετώπιση του θανάτου μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον.

Έχει παρατηρηθεί στο εξωτερικό πως το 30% των ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο επιθυμούν νοσηλεία στο σπίτι. Όπως προκύπτει από μελέτη μόνο το 57% των HIV ασθενών πεθαίνει στα νοσοκομεία.

Πολλοί ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νόσου, προτιμούν να παραμένουν σπίτι τους, ιδιαίτερα όταν γνωρίζουν ότι η νοσηλεία στο νοσοκομείο δεν θα τους θεραπεύσει και ότι η κατ' οίκον νοσηλεία θα είναι εξίσου αποτελεσματική. Εξάλλου το οικείο περιβάλλον επιδρά θετικά στη διαταραγμένη ψυχολογία τους. Επιπλέον με την εκπαίδευση και τη σωστή υποστήριξη του προσωπικού νοσηλείας γίνονται πιο ψύχραιμοι και υπεύθυνοι στα προβλήματα υγείας τους.

Η κατ' οίκον νοσηλεία παρουσιάζει οικονομικά πλεονεκτήματα έναντι των άλλων μορφών νοσηλείας γιατί αποφεύγεται η επιβάρυνση από τη μακροχρόνια παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο. Επιπλέον μειώνεται σημαντικά το έμμεσο κόστος της ασθένειας που δημιουργείται λόγω αποχής από την εργασία.<sup>35</sup>

## 6.5 AIDS ΚΑΙ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Σύμφωνα με τη συστημική προσέγγιση η οικογένεια αποτελεί ένα σύστημα, μια ενότητα, της οποίας τα μέρη είναι αλληλένδετα, άρα αλληλοεπηρεάζονται και αλληλοπροσδιορίζονται, ώστε να καταντάει άσκοπη η εξέταση της συμπεριφοράς του άλλου.

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η προσβολή ενός μέλους της οικογένειας από τον ιό HIV σημαίνει ότι η κρίση του ατόμου θα επηρεάσει όλη την οικογένεια και τη δομή της και θα σημαίνει κρίση μέσα στην οικογένεια. Τα συμπτώματα μιας τέτοιας πληροφόρησης είναι παρόμοια μ' αυτά του πένθους. Γιατί σε αυτήν την περίπτωση η οικογένεια θρηνεί την απώλεια της υγείας ενός μέλους της και για την πιθανότητα θανάτου του.

Έτσι σύμφωνα με τον G. Caplan το πρώτο στάδιο που περνάει η οικογένεια είναι το σοκ και η άρνηση. Αρνείται να πιστέψει τη διάγνωση ή ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα. Κάποιοι μπορεί να μην μπορέσουν ποτέ να



ξεπεράσουν αυτό το στάδιο και να πηγαίνουν από γιατρό σε γιατρό, μέχρι να βρουν κάποιον να τους πει κάτι διαφορετικό.

Το δεύτερο στάδιο είναι ο θυμός. Θυμώνουν που τους έτυχε κάτι τέτοιο και μεταφέρουν το θυμό τους στο Θεό, στην κακή τους μοίρα ή στον ίδιο φορέα ότι αυτός ευθύνεται για την στενοχώρια τους.

Το τρίτο στάδιο είναι η διαπραγματεύση. Οι οικογένεια ζητάει παράταση ζωής και αναβολή της ασθένειας και με όσο το δυνατόν λιγότερο πόνους και ταλαιπωρία.

Το τέταρτο στάδιο είναι η κατάθλιψη. Θλίβονται για το αγαπημένο τους πρόσωπο και για τους εαυτούς τους.

Το πέμπτο στάδιο είναι η αποδοχή. Αποδέχονται την αλήθεια, αντιμετωπίζουν την πραγματικότητα και προσπαθούν να δουν τι μπορούν να κάνουν για να στηρίξουν το φορέα.

Βέβαια, πρέπει να πούμε ότι όπως σε κάθε περίπτωση που μιλάμε για ανθρώπινες αντιδράσεις δεν πρέπει να γενικεύουμε και δεν πρέπει να τα θεωρούμε δεδομένα. Έτσι, κάποιες οικογένειες μπορεί να παραλείψουν κάποια στάδια ή να τα περάσουν πιο ανώδυνα από κάποια άλλα.

Άλλες ίσως να μην καταφέρουν να προχωρήσουν πέρα από το αρχικό στάδιο.



Gideón Méndez / Network - SABA

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>**

### **7.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ AIDS**

Περιβαλλοντικές και κοινωνικές πιέσεις, όπως απώλεια εισοδήματος, διάκριση, κοινωνικός στιγματισμός (αν η διάγνωση έγινε γνωστή σε όλους), αλλαγές σχέσεων για ερωτική έκφραση, μπορεί να συμβάλουν στα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που ακολουθούν τη διάγνωση. Ζωτική σημασία έχει η αντίληψη του ασθενούς για το επίπεδο και την επάρκεια της κοινωνικής υποστήριξης, που μπορεί να αποτελέσει πηγή πίεσης ή απογοήτευσης.

Εξάλλου η διάγνωση μπορεί να υποχρεώσει τον άρρωστο να ομολογήσει ότι ήταν ομοφυλόφιλος στην οικογένειά του, η οποία το ακούει με φόβο, θυμό και απέχθεια. Και το κοινωνικό σύνολο τον αποστρέφεται και τον εξοστρακίζει γι' αυτό.

Κι όμως μέσα στα άδυτα της ψυχής μερικών αρρώστων διαδραματίζεται μια τεκτονική πνευματική αναμόχλευση και γίνονται τέτοιοι αξιολογικοί μετασχηματισμοί, ώστε βγαίνουν αναγεννημένοι με ψυχικό σθένος έτοιμοι να διδάξουν οι ίδιοι στην κοινωνία πως προσλαμβάνεται αποτελεσματικά το AIDS. Οι νοσηλευτές και οι νοσηλεύτριες γίνονται συχνά σιωπηλοί παραστάτες και μάρτυρες τέτοιων αναγεννήσεων στους αρρώστους.

Όπως προείπαμε ο άρρωστος με AIDS απειλείται από τη χαλάρωση ή και την απώλεια των στενών προσωπικών του σχέσεων λόγω του υψηλού κινδύνου μετάδοσης της λοίμωξης, στην ή στον σύζυγο, αλλά και λόγω αδυναμίας των δικών του να ανταποκριθούν στις ψυχολογικές, σωματικές και οικονομικές απαιτήσεις της αρρώστιας του. Ένα ή δυο μέλη συνεχίζουν να ενδιαφέρονται, ενώ τα υπόλοιπα μέλη τον εγκαταλείπουν, ίσως για να εκφράσουν την απόρριψη του τρόπου ζωής του, ή για να αποφύγουν το κοινωνικό στίγμα.

Είναι ευνόητο γιατί η απόφαση του αρρώστου να το πει ή να μην το πει ότι έχει AIDS, πότε και σε ποιούς, δεν είναι εύκολη υπόθεση. Βιώνεται ένα δίλημμα. Αν το πει μπορεί να έχει απρόβλεπτες συνέπειες. Αν πάλι δεν το πει

πουθενά είναι σαν να κινείται στο άγνωστο. Θα τα βγάλει πέρα μόνος του; Ένας άρρωστος μόλις υποπτεύθηκε ότι έχει AIDS άρχισε να παρακαλεί την νοσηλεύτρια να μην το πει πουθενά, ούτε στη σύζυγό του. Κάποιος άλλος όταν έμαθε για την αρρώστια του, έκανε ένα πλήθος τηλεφωνημάτων σε φίλους και συναδέλφους, για να βεβαιωθεί ότι θα έχει την αποδοχή και την υποστήριξη τους. Πράγματι διάφοροι άρρωστοι αντιδρούν προς την ίδια αρρώστια με διαφορετικό τρόπο και δεν πρέπει να περιμένει κανείς ομοιότητα αντιδράσεων. Σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα είναι και η απώλεια της εργασίας. Αν απουσιάζουν για μεγάλο χρονικό διάστημα λόγω νοσηλείας στο νοσοκομείο είναι πιθανό όταν επιστρέψουν να βρουν τη θέση τους κατειλημμένη από άλλο άτομο, την υπηρεσία τους να λειτουργεί κανονικά και τον εαυτό τους να μην χρειάζεται πλέον.

Το AIDS όμως εκτός των όσων αναφέρθηκαν προκαλεί στον άρρωστο και μια έντονη υπαρξιακή αγωνία. Πολλά ερωτήματα τον κατακλύζουν: γιατί ο πόνος; Γιατί η αρρώστια; Γιατί ο θάνατος; Παλεύει ο άρρωστος να βρει το νόημα της ζωής και το νόημα του θανάτου. Και όπως όλοι οι άνθρωποι και αυτός διακατέχεται από τον ίδιο πόθο να ζήσει με αξιοπρέπεια και ακεραιότητα και να πεθάνει με αρμονία ανάμεσα σ' αυτούς που αγαπά. Εντούτοις πολλοί άρρωστοι με AIDS ομολογούν ότι ο θάνατος δεν είναι ο μεγαλύτερος πόνος γι' αυτούς. Το τραγικότερο είναι ότι η αγωνία του θανάτου σ' αυτούς, συνοδεύεται και από τον κοινωνικό φόβο της αυστηρής κριτικής της αποξένωσης.

### **Κοινωνικές επιπτώσεις του AIDS**

Το AIDS ίσως αποτελεί την μεγαλύτερη κρίση υγείας που έχει αντιμετωπίσει ο 20<sup>ος</sup> αιώνας.

Ήδη το AIDS έχει πάρει τη μορφή επιδημίας και οι επιδημίες συχνά έχουν τεράστιες πολιτικές, δημογραφικές, πολιτιστικές και κοινωνικές αλλαγές και συνέπειες.

Οι αλλαγές αυτές δεν έχουν μόνο ιστορικό ενδιαφέρον, αλλά συχνά και σοβαρές συνέπειες για την υγεία. Και αυτό γιατί, όπως έχουν τεκμηριώσει οι κοινωνικές και οι επιστήμες συμπεριφοράς στα τελευταία είκοσι περίπου

χρόνια, το ανθρώπινο βιοψυχικό σύστημα δεν είναι φτιαγμένο για μεγάλες μεταβολές.

Στην περίπτωση λοιπόν μιας επιδημίας AIDS, θα προκύψουν μεγάλες αλλαγές στις διαπροσωπικές σχέσεις και στη δομή του κοινωνικού συστήματος. Οι αλλαγές αυτές έχουν διαπιστωθεί ήδη σε άλλες χώρες. Η εμπειρία αυτών των χωρών μπορεί να χρησιμεύσει σαν οδηγός για επιστημονική και κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα.

Η εξάπλωση του AIDS έχει ήδη επιφέρει σ' άλλες χώρες κοινωνικές αντιδράσεις, όμοιες με αυτές που εμφανίστηκαν στις μεγάλες επιδημίες σε περασμένους αιώνες. Το AIDS αντί να αντιμετωπιστεί σαν ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα έχει χρησιμοποιηθεί σαν αφορμή για την ανακάλυψη αποδιοπομπαίων τράγων πάνω στους οποίους μπορεί να κατευθυνθεί η συλλογική οργή που δημιουργείται από τον συλλογικό φόβο, για τον διαχωρισμό και αποξένωση των ανθρώπων αυτών από το κοινωνικό σύνολο, και για την αναπύρωση παλιών ηθικών προκαταλήψεων, όπως π.χ. έχει ήδη γίνει στις ΗΠΑ, και τη Μεγ. Βρετανία. Σ' αυτές τις χώρες, η θέση ενάντια στο AIDS έχει διαμορφωθεί από ετεροφυλικές προτιμήσεις, ή ρατσιστικές και ομοφυλοφιλικές προκαταλήψεις. Σ' αυτό συνέβαλε η κοινή γνώμη και καμιά φορά επιστήμονες και ισχυροί κυβερνητικοί οργανισμοί.

Μια, λοιπόν, και οι περισσότεροι πρώτοι ασθενείς από AIDS ήταν ομοφυλόφιλοι, μαύροι (κυρίως από την Αϊτή) και τοξικομανείς, αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να στιγματιστούν ακόμα περισσότερο ανθρώπινες ομάδες που ήδη κατείχαν περιθωριακές θέσεις στο κοινωνικό σύστημα.

Είναι ενδιαφέρον ότι το AIDS, παράλληλα με τις συντηρητικές κοινωνικοηθικές αντιδράσεις, έχει ταραξει και ορισμένους συντηρητικούς θεσμούς. Θέματα απόκρυφα και ψιθυριστά, έχουν γίνει θέματα καθημερινής συζήτησης, ανάλυσης και πληροφόρησης.

Μια άλλη συνέπεια του AIDS είναι η τάση να διαχωρίζονται τα θύματα της ασθένειας σε «αθώα» (π.χ. παιδιά τοξικομανών) και «ένοχα» (ομοφυλόφιλοι). Η σκέψη όμως που στερεότυπα στιγματίζει έχει συχνά οδηγήσει ώστε ολόκληρες ομάδες του πληθυσμού να θεωρούνται σαν κάτι

λιγότερο από άνθρωποι. Ο στιγματισμός ανθρώπων με AIDS θα μπορούσε, το λιγότερο, να οδηγήσει στον αποκλεισμό τους από υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής περίθαλψης, επειδή –υποτίθεται– «τα ‘θελαν και τα ‘παθαν».

Και όμως οι ασφαλιστικές εταιρίες ήδη αρνιούνται να ασφαλίσουν ομάδες ανθρώπων που θεωρούνται να διατρέχουν άμεσο κίνδυνο να προσβληθούν από την ασθένεια. Φορείς του ιού αποκλείονται σαν υπάλληλοι ή σαν ενοικιαστές. Τοπικοί σύλλογοι έχουν οργανωθεί για να αποκλείσουν από τις συνοικίες τους την ίδρυση ειδικών θεραπευτηρίων, γι’ αυτούς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ασθένειας. Ο κατάλογος της αποξένωσης των θυμάτων του AIDS είναι πιθανώς ατελείωτος.

Επίσης το AIDS έχει κοινωνικές επιπτώσεις και στον εργασιακό χώρο. Τα εργατικά συνδικάτα αντιμετωπίζουν τα νοσούντα μέλη τους σαν επισφαλείς φορείς της υγείας και έρχονται σε αντιπαράθεση με άλλες κοινωνικές ομάδες που υπερασπίζονται το δικαίωμα ίσης μεταχείρισης των θυμάτων του AIDS.

Αποτελεί, λοιπόν, μεγάλη επιστημονική και κοινωνική πρόκληση η ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας που θα πείσουν το ευρύτερο κοινό ότι, όχι μόνον οι ομάδες υψηλού κινδύνου, αλλά και το ίδιο διατρέχει κίνδυνο και ότι είναι δικιά του η ευθύνη για μια μελλοντική επιδημία του AIDS.

Τέτοια προγράμματα, όμως, δεν θα ‘πρεπε να εστιάζονται στο μήνυμα της σεξουαλικής αποχής. Η ερευνητική πείρα, τουλάχιστον στις ΗΠΑ, έχει δείξει ότι κάτι τέτοιο είναι άκαρπο, ειδικά όσον αφορά τους νέους ανθρώπους.

Μάλλον, αυτό που χρειάζεται επειγόντως είναι έρευνα που να υποδεικνύει τον τρόπο που το κοινό μπορεί να εξερευνήσει μια σειρά από ασφαλείς, ακίνδυνες σεξουαλικές επιλογές και παράλληλα να διατηρήσει την ευθύνη του για την υγεία των άλλων.

Με όλα τα τραγικά επακόλουθα του AIDS, όπως τον ηθικό πανικό, την κοινή προκατάληψη και εχθρικότητα, το AIDS έχει γίνει αφορμή για την εμφάνιση πρωτάκουστης αφοσίωσης, θάρρους και ευθύνης από άτομα και οργανωμένες ομάδες, βοήθειας για θύματα της ασθένειας.<sup>36</sup>

## 7.2 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ AIDS

Το 90% των ανθρώπων που έχουν μολυνθεί με AIDS ανήκει στην ηλικιακή κατηγορία 24-44 ετών. Οι ηλικίες αυτές αποτελούν κύρια το εργατικό δυναμικό κάθε κοινωνίας. Έτσι ο χώρος εργασίας αναδεικνύεται σε σημαντικό τόπο προαγωγής υγείας, με σκοπό τη μείωση της HIV λοίμωξης και των οικονομικών και κοινωνικών συνεπειών.

Οι κυριότεροι τομείς εργασίας μέσω των οποίων το AIDS επηρεάζει την οικονομία είναι: η μείωση λόγω νοσηρότητας και θνησιμότητας του εργατικού δυναμικού, ή πτώση της ποιότητας της παρεχόμενης εργασίας και η επιβάρυνση στην κύρια ασφαλιστική κάλυψη. Η άμεσα ορατή επίπτωση της HIV λοίμωξης είναι στον τομέα της υγείας, όπου με την αύξηση των κρουσμάτων αυξάνεται η ζήτηση υπηρεσιών υγείας και αυξάνονται κατακόρυφα και οι δαπάνες. Συγχρόνως αλλάζουν οι προτεραιότητες για χρηματοδότηση και επηρεάζεται ο σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας.

Με την αύξηση των κρουσμάτων αυξάνεται κατακόρυφα και η ζήτηση υπηρεσιών υγείας, η ανάγκη αύξησης εξειδικευμένου προσωπικού, η παροχή περισσότερων νοσοκομειακών κρεβατιών και φαρμάκων.

Βέβαια οι ασθενείς είναι εκείνοι που αντιμετωπίζουν αβάσταχτα οικονομικά προβλήματα. Στις ΗΠΑ οι περισσότεροι ασθενείς του AIDS αντιμετωπίζουν τεράστια οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα. Με δεδομένη την έλλειψη πλήρους ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού, όπου περισσότεροι από 37 εκ. Αμερικανοί είναι ανασφάλιστοι, υπολογίζεται ότι το 1/4 των ασθενών με AIDS δεν έχουν κανένα είδος δημόσιας ή ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης.

Πρέπει όμως να τονισθεί ότι εξαιτίας της ιδιαιτερότητας της ασθένειας συχνά συναντάται το φαινόμενο απόκρυψης της ασθένειας από σημαντικό αριθμό HIV θετικών ατόμων, επειδή υπάρχει ο φόβος απόλυσής τους από τη δουλειά, γεγονός που επιρρίπτει μονομερώς την κάλυψη των δαπανών στον ίδιο τον ασθενή.

Τέλος η διερεύνηση, η καταγραφή και η κοστολόγηση των οικονομικών επιπτώσεων της ασθένειας του AIDS, είναι στοιχεία απαραίτητα για το σωστό σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας και την ορθή κατανομή των πόρων.<sup>37</sup>

### **7.3 ΗΘΙΚΑ-ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ AIDS**

Πολλά από τα αυτά δεν δημιουργήθηκαν μόνο από τη σοβαρότητα και την υψηλή θνησιμότητα της νόσου, αλλά και γιατί διασπείρεται από ειδικές πληθυσμιακές ομάδες (ομοφυλόφιλοι, τοξικομανείς, ιερόδουλες) που το AIDS προσφέρει μια ακόμη αφορμή για να αρχίσουν άδικοι πολλές φορές διωγμοί εναντίον τους.

Στη συνέχεια θα σταχυολογηθούν μερικά από τα σπουδαιότερα προβλήματα που δημιούργησε η επιδημία του AIDS.

#### **Επιβολή υγειονομικών μέτρων.**

Η επιβολή υγειονομικών μέτρων σε άτομα που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου και είναι φορείς του ιού δημιουργεί νομικά, ηθικά και κοινωνικά προβλήματα. Η πρώτη παράγραφος του άρθρου 2450/1968 του ΟΗΕ, που χαρακτηρίζει την υγεία ως αναφαίρετο δικαίωμα κάθε ανθρώπου, δημιουργεί δίλημμα στην κοινωνία. Το δικαίωμα της προστασίας της υγείας του κοινωνικού συνόλου, προϋποθέτει στέρηση της ελευθερίας μερικών ατόμων. Το θέμα είναι ποια μέτρα πρέπει να παρθούν σχετικά με το AIDS. Είναι δύσκολο να συνδυαστεί το σωστό, το δίκαιο, το ηθικό και η αποτελεσματικότητα ενός μέτρου. Η αναμονή και η αναβολή λήψεως δραστικών μέτρων σε μια επιδημία είναι ολέθρια και καταστροφική. Ο γιατρός θα πρέπει να εκτιμήσει κατά πόσο απειλείται το κοινωνικό σύνολο. Είναι νομικά υποχρεωμένος να ζητήσει τη μεταφορά ασθενών με AIDS, σε νοσοκομεία έστω και παρά την θέληση τους; Μπορεί να επιβάλλει την υποχρεωτική πρόταση της νοσοκομειακής νοσηλείας

τους και την υποχρεωτική προσαγωγή τους στις αρμόδιες υγειονομικές υπηρεσίες για ιατρική εξέταση;

Είναι γεγονός ότι οι περιθωριακές ομάδες είναι πολλές φορές οι ομάδες «στόχος» των οργανωμένων κοινωνιών. Είναι δύσκολο να πεισθούν ότι η στέρηση της ελευθερίας τους γίνεται προς όφελος του κοινωνικού συνόλου και της δικής τους υγείας.

### **Υποχρέωση ονομαστικής δηλώσεως οροθετικών.**

Η εφαρμογή διαγνωστικών μεθόδων ανίχνευσης αντισωμάτων λύνει πολλά διαγνωστικά προβλήματα, αλλά μπορεί και να δημιουργήσει σωρεία άλλων. Το ερώτημα που τίθεται είναι αν θα πρέπει να δηλώνονται ονομαστικά οι οροθετικοί και να λαμβάνονται τα ανάλογα μέτρα που γίνονται σε περιπτώσεις άλλων λοιμωδών νόσων.

Επειδή μπορεί να υπάρχει αμφιβολία ως προς το αποτέλεσμα, οι οροθετικοί θα πρέπει να έχουν επιβεβαιωθεί και με άλλες τεχνικές εκτός από την ανοσοενζυμική. Αμφιβολίες υπάρχουν ως προς την αποτελεσματικότητα του μέτρου. Δεν γνωρίζουμε αρκετά για τη μετάδοση της νόσου. Τα μέτρα που εφαρμόζουν τα άτομα που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου για την προφύλαξή τους, πρέπει να είναι ανεξάρτητα και άσχετα προς το αποτέλεσμα της εξέτασεως. Το κλινικό φάσμα των οροθετικών είναι μεγάλο. Εκτείνεται από τους ασυμπτωματικούς, που είναι όμως συνήθως μολυσματικοί, μέχρι τους ασθενείς με κλινικές εκδηλώσεις. Ποιο είναι το όφελος της ονομαστικής δηλώσεως ενός μόνο επιλεγμένου δείγματος π.χ. των ασθενών με AIDS; Απεικονίζει σωστά την έκταση της επιδημίας; Βοηθάει στην πρόληψη της επεκτάσεως της νόσου;

### **Έκδοση πιστοποιητικών υγείας.**

Είναι σωστό να ζητούνται πιστοποιητικά υγείας προκειμένου να διορισθεί ή ασφαλισθεί ο εξεταζόμενος; Το μέτρο δεν καταστρατηγεί τα ανθρώπινα δικαιώματα; Δεν δημιουργεί στρατιές οροαρνητικών υπαλλήλων από την μια



πλευρά και από την άλλη οροθετικών αδιόριστων που επιζητούν κοινωνική και οικονομική υποστήριξη;

Ο υποχρεωτικός έλεγχος αντισωμάτων για την έκδοση των προγαμιαίων πιστοποιητικών δεν θα δημιουργήσει νομικά, ηθικά και κοινωνικά προβλήματα; Ένα θετικό αποτέλεσμα μετά τον γάμο δεν εγείρει νομικό πρόβλημα διαζυγίου; Υποχρεωτικός μαζικός έλεγχος επαγγελματιών ομάδων υψηλού κινδύνου.

Μήπως θα πρέπει να ελέγχονται περιοδικά ορισμένες επαγγελματικές ομάδες όπως οδοντίατροι, οι κομμωτές, οι αισθητικοί, οι βελονιστές και οι ασχολούμενοι με το τατουάζ και το τρύπημα των αυτιών; Πρόσφατα αποδείχθηκε ότι οι οδοντίατροι μπορεί να είναι θύματα, άλλα και φορείς της ηπατίτιδας Β. Είναι σκόπιμος ο έλεγχος των ανωτέρων επαγγελματιών;

Στις ΗΠΑ τελευταία αποφασίσθηκε ο έλεγχος 2.100.000 στατευσίμων. Οι ήδη υπηρετούντες οροθετικοί θα τεθούν υπό ιατρική παρακολούθηση και θα απασχολούνται σε βοηθητικές εργασίες. Αντίθετα οι υποψήφιοι για κατάταξη θα αποκλείονται από τις ένοπλες δυνάμεις. Ο μαζικός έλεγχος δεν δημιουργεί προβλήματα στην αντιμετώπιση των οροθετικών; Δεν δημιουργεί πολίτες δεύτερης κατηγορίας; Δεν στιγματίζονται εφ' όρου ζωής οι οροθετικοί; Δεν δημιουργεί σοβαρότατα οικογενειακά προβλήματα; Οι γνώσεις μας είναι ακόμα περιορισμένες. Μήπως μερικοί από αυτούς είναι απλώς άνοσοι και μη μολυσματικοί;

### **Ιατρικό απόρρητο.**

Το ιατρικό απόρρητο εξετάζεται εκτενέστερα στο κεφάλαιο που ακολουθεί.<sup>20</sup>

## **7.4 ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΠΟΡΡΗΤΟ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ AIDS**

Το ιατρικό απόρρητο ως έκφραση της σχέσης γιατρού και ασθενούς εμπίπτει στη γενικότερη έννοια της προστασίας της προσωπικότητας, ως

απόλυτου και συνταγματικά κατοχυρωμένου ατομικού δικαιώματος που προστατεύεται από διεθνείς συμβάσεις.

Το ιατρικό απόρρητο είναι ατομικό ή συλλογικό, όταν δεν εμπλέκεται ένας μόνο γιατρός στην περίπτωση αλλά είτε περισσότεροι γιατροί ή νοσηλευτές είτε τα αρχεία τηρούνται σε ηλεκτρονικό υπολογιστή και η πρόσβαση σε αυτά είναι δυνατή από περισσότερα πρόσωπα, ακόμη και αν είναι ασφαλισμένα με κωδικούς.

Σήμερα δύο είναι οι βασικές αρχές που διέπουν όλα τα κείμενα, διεθνή και εθνικά, τα σχετικά με την υγεία: η ελεύθερη επιλογή του γιατρού και η τήρηση του ιατρικού απόρρητου. Οι δύο αυτές αρχές συνιστούν το θεμέλιο της σχέσης γιατρού-αρρώστου που βασίζεται στην εμπιστοσύνη, η οποία αποτελεί έκφραση της προστασίας της προσωπικότητας.

Έτσι στην υπόλοιπη νομοθετική αντιμετώπιση, υπάρχει σειρά από οδηγίες που έχουν εκδοθεί από την Π.Ο.Υ. στη Γενεύη μετά το 1987, οι οποίες έχουν σαν κύριο στόχο την αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών ή νοσηλευτών για τη νοσηλεία και τα άλλα προβλήματα των φορέων και ασθενών του AIDS.

Στην ελληνική νομοθεσία δεν υπάρχει ειδική νομοθετική ρύθμιση για το AIDS, εκτός από την απόφαση του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που προβλέπει την υποχρεωτική δήλωση κάθε κρούσματος AIDS από το γιατρό που το διαπιστώνει στον προϊστάμενο γιατρό της αρμόδιας διευθύνσεως του υπουργείου και συγχρόνως τη διαφύλαξη του ιατρικού απόρρητου.

Όμως τα ερωτήματα τα σχετικά με το περιεχόμενο του ιατρικού απορρήτου είναι τρία: Τι αποτελεί απόρρητο; έναντι ποιών ισχύει; μέχρι πότε ισχύει;

Σε πολλά νομοθετικά κείμενα προβλέπεται ρητά η επέκταση του απόρρητου σε ότι υπέπεσε στην αντίληψη του γιατρού ακόμη και έξω από αυτό που του εμπιστεύθηκε ο ασθενής π.χ. αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων. Στην έννοια του απόρρητου περιλαμβάνεται και η ταυτότητα του ασθενούς.

Στο άρθρο 11, παρ. 1 της Σύστασης της Επιτροπής Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης για τις «νομικές υποχρεώσεις των γιατρών απέναντι στους ασθενείς τους» διατυπώνεται η υποχρέωση του γιατρού να τηρεί απόλυτη σιωπή απέναντι σε κάθε τρίτο σχετικά με πληροφορίες ιδιωτικής φύσης του απορρήτου του ασθενή του. Τρίτος είναι και ο σύζυγος ή ο ερωτικός σύντροφος στην περίπτωση του AIDS, όχι όμως ο νομικός αντιπρόσωπος, δηλαδή γονείς ανήλικου.

Το απόρρητο διατηρείται και μετά το θάνατο του ασθενούς όταν δεν προβλέπεται το αντίθετο στο εσωτερικό δίκαιο.

Στο δίλημμα: προφύλαξη της δημόσιας υγείας εναντίον ιατρικού απορρήτου θεωρείται, κατά μια επιστημονική άποψη που συμπλέει με την άποψη του νομοθέτη, ότι η δημόσια υγεία είναι αγαθό ανώτερο από το ιατρικό απόρρητο.

Η ασάφεια των ορίων ιατρικού απορρήτου και δημόσιας υγείας δεν είναι άμοιρη εννόμων συνεπειών σε ότι αφορά αστικές ή ποινικές ευθύνες των προσώπων που εμπλέκονται στις σχέσεις ασθενούς-θεράποντα, είτε πρόκειται για δημόσιο ίδρυμα (νοσοκομείο) είτε πρόκειται για φυσικό πρόσωπο, γιατρό νοσηλεύτη ή αιμοδότη.

Το ερώτημα που τίθεται σε αυτές τις περιπτώσεις είναι μέχρι ποιου σημείου είναι υποχρεωμένος ο γιατρός να διατηρήσει το απόρρητο και τι μπορεί να κάνει σε περίπτωση αδιαφορίας του φορέα ή ασθενούς του AIDS καθώς και ποια ευθύνη του νοσοκομείου αφενός από τη μετάδοση του ιού σε ασθενείς και ποια η δέσμευση του για τη διατήρηση απόρρητων στοιχείων. Σε περίπτωση οροθετικού αιμοδότη προέχει η διατήρηση του απορρήτου απέναντι σε αυτόν ή η ενημέρωση του αιμολήπτη, ώστε να προφυλαχθεί ο ίδιος και να προστατευτούν τα άτομα που θα έρθουν σε επαφή μαζί του στο μέλλον.

Πάντως το συμπέρασμα είναι ότι η συνταγματικότητα και με διεθνείς συμβάσεις κατοχύρωση της προσωπικότητας ως απολύτου και ατομικού ανθρώπινου δικαιώματος δεν είναι πάντα επαρκής προστασία για τα οροθετικά άτομα με HIV ή ασθενείς με AIDS, παρότι το ιατρικό απόρρητο θεωρείται δικαίωμα δημόσιας τάξης, εφόσον στη σύγκρουση του δικαιώματος με εκείνο

της δημόσιας υγείας η τελευταία φαίνεται να υπερέχει. Η υπάρχουσα νομοθετική ρύθμιση φαίνεται να μην επαρκεί για την προστασία είτε των φορέων από εναντίον τους ενέργειες από αμέλεια είτε τρίτων προσώπων από πράξεις των φορέων.<sup>38</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>

### 8.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Το ζήτημα είναι πως μπορεί η νοσηλευτική να συμβάλει στην ψυχολογική αναστήλωση και την κοινωνική αποδοχή των αρρώστων αυτών;

Στην φροντίδα των αρρώστων με AIDS πρέπει να καταλάβουμε ότι η βελτίωση και η θεραπεία δεν είναι συνώνυμες με την ψυχική ευεξία. Όταν η βελτίωση δεν είναι κατορθωτή, υπάρχουν πολλές παρεμβάσεις που μπορούν να διατηρήσουν την ψυχική ευεξία του αρρώστου. Όταν αυτοί βασανίζονται από τον πόνο και την δύσπνοια, όταν έχουν παραμορφωθεί, πράγμα που τους τραυματίζει ψυχικά, μπορεί να πιστέψουν ότι είναι ανάξιοι της φροντίδας μας και ότι ποτέ δεν θα αναρρώσουν. Και τότε ακόμη μπορούμε να τους βοηθήσουμε. Να τους βοηθήσουμε στην ανακατάταξη των αξιών και προτεραιοτήτων στη ζωή τους και στο προσανατολισμό της ελπίδας τους στο σήμερα και στο άμεσο αύριο.

Η βοήθεια προς τον άρρωστο που πιστεύει ότι δεν υπάρχει ελπίδα να αισθάνεται καλύτερα, ενώ συνεχίζει να καταλαβαίνει ότι δεν υπάρχει ελπίδα θεραπείας, είναι αληθινή πρόσκληση προς όλους μας, νοσηλεύτριες και γιατρούς. Αυτό όμως δεν μπορεί να επιτευχθεί χωρίς ορισμένες αξιολογικές προϋποθέσεις από το χώρο της νοσηλευτικής δεοντολογίας.

Πιο συγκεκριμένα για μείωση αισθήματος κοινωνικής απομόνωσης:

Εκτίμηση των συνήθων προτύπων κοινωνικής αλληλεπίδρασης του αρρώστου.

Παρακολούθηση για συμπεριφορές ενδεικτικές κοινωνικής απομόνωσης, όπως μειωμένες αλληλεπιδράσεις με προσωπικό ή οικογένεια και φίλους, εχθρότητα, μη συμμόρφωση, κακή διάθεση και έκφραση με λόγια αισθημάτων απόρριψης ή απομόνωσης.

Ακριβής πληροφόρηση για τρόπους μετάδοσης του HIV, για διόρθωση παρεξηγήσεων και απαλλαγή από το άγχος.

Βοήθεια του αρρώστου να αναγνωρίσει και να διερευνήσει πόρους (οικογένεια, φίλοι) που θα τον υποστηρίξουν και θα τον βοηθήσουν θετικά να αντιμετωπίσει την κατάστασή του.

Αφιέρωση χρόνου από το νοσηλευτή, εκτός εκείνου για τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, για παραμονή με τον άρρωστο, ώστε να έχει ευκαιρία για κοινωνική αλληλεπίδραση.

Προσφορά βοήθειας στον άρρωστο έτσι ώστε να μειωθεί η συναισθηματική του διέγερση, η κοινωνική του απομόνωση και το άγχος.

Πλησίασμα του αρρώστου με περισσότερη συμπάθεια αν στερείται οικογενειακών δεσμών.

Διερευνήστε περιοχές άγχους που εξωτερικεύονται με τα ερωτήματά του.

Ενθάρρυνση αρρώστου να συμμετέχει σε ποικίλες δραστηριότητες, όπως μελέτη, παρακολούθηση τηλεοράσεως ή χειροτεχνία.

Δεν είναι σωστό και δεν πρέπει ο νοσηλευτής να αποφεύγει να σταθεί δίπλα στον ασθενή με AIDS, ή να στέκεται αναποφάσιστος όπως προκύπτει από πρόσφατη έρευνα (δες παράρτημα). Πρέπει να είναι μάχιμος σε όλες τις ασθένειες και σε όλους του ασθενείς και να προσφέρει τις υπηρεσίες του με όσο το δυνατό καλύτερη ψυχολογία.

Τώρα είναι η ευκαιρία να αποδείξουμε την πολιτιστική αξία της νοσηλευτικής φροντίδας της υγείας του ανθρώπου ως επιστήμης και τέχνης.<sup>40</sup>

## **8.2 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

Η ψυχοκοινωνική νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με AIDS είναι πολυδιάστατη. Επιδιώκεται με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας της οποίας τα στάδια είναι:

Αξιολόγηση των προβλημάτων, αντιδράσεων και θετικών στοιχείων του αρρώστου. Ιδιαίτερα διευκρινίζονται τα εξής:

Ύπαρξη και ένταση τυχόν ψυχολογικής κρίσης.

Επίπεδο αυτό-εκτίμησης και ελέγχου της κατάστασης που δημιούργησε η αρρώστια.

Συμπεριφορά και στάσεις στη μετάδοση του ιού του AIDS.

Σημαντικές για τον άρρωστο απώλειες λόγω της νόσου.

Βαθμός επηρεασμού των σημαντικών προσωπικών σχέσεων του αρρώστου.

Αισθήματα ενοχής, φόβου, άγχους.

Συμπτώματα μελαγχολίας

Σημεία απόπειρας αυτοκτονίας.

Διατύπωση νοσηλευτικών σκοπών και προγραμματισμός της ψυχοκοινωνικής νοσηλευτικής φροντίδας βάσει των ευρημάτων της αξιολόγησης.

Εφαρμογή του προγράμματος των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων από τις οποίες οι κυριότερες είναι:

Ολιστική φροντίδα με άνευ όρων αποδοχή.

Ανοιχτός νοσηλευτικός διάλογος.

Ψυχοθεραπευτική ακρόαση.

Παρουσία με ενδιαφέρον και κατανόηση.

Υποστήριξη θετικών στοιχείων.

Προστασία των δικαιωμάτων του αρρώστου.

Διδασκαλία αυτοφροντίδας και ψυχικής υγείας.

Εκτίμηση των αποτελεσμάτων, των παρεμβάσεων και ανάλογη αναπροσαρμογή της φροντίδας.

Μελέτη και έρευνα σχετικά με τις κλινικές νοσηλευτικές εφαρμογές για τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητά τους.<sup>34</sup>

### 8.3 ΟΜΑΔΕΣ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ

Οι ομάδες αυτές παρέχουν προσωπική φροντίδα και εξειδικευμένη ψυχοκοινωνική υποστήριξη, σε μορφή που ίσως δεν είναι διαθέσιμη πουθενά αλλού.

Τα ζητήματα που συχνά διευθετούνται καλύτερα μέσω των ομάδων αυτοβοήθειας, αλλά που πρέπει να θέτει ο σύμβουλος με κάθε ευκαιρία, αναφέρονται στα ακόλουθα:

Να μάθουν να ζουν με τη λοίμωξη. Οι ομάδες αυτοβοήθειας συχνά είναι σε θέση να συμβάλλουν σε αυτό, επειδή πολλά από τα μέλη τους μπορεί να έχουν ήδη περάσει από αυτό το στάδιο. Μπορούν να περιγράψουν τα ιατρικά και ψυχολογικά προβλήματα που αντιμετώπισαν και τις παρεμβάσεις που θεώρησαν πιο χρήσιμες.

Να βοηθούν εκείνους που τους φροντίζουν και τα προσφιλή τους πρόσωπα να αντιμετωπίζουν τις πιέσεις από τη συμβίωση με άρρωστους ή καταπιεσμένους ανθρώπους σε καθημερινή βάση, ιδιαίτερα όταν απαιτείται η αντιμετώπιση αιμορραγιών, εμετών, κ.λ.π. και να τους συμβουλεύουν για τις σεξουαλικές σχέσεις.

Να μειώνουν το στρες και να αποφεύγουν τις συγκρούσεις. Η ανάγκη να ξεπεραστεί η αγωνία, η κατάθλιψη και άλλες δυνητικές καταστάσεις σχετικές με τη διατήρηση της υγείας πρέπει να αντιμετωπίζονται σε πρακτική βάση, της μορφής «Έκανα αυτό...».

Να αποφασίσουν πώς να μιλούν καλύτερα για το AIDS. Φόβοι, ότι θα μάθουν τη διάγνωση του ιού προσφιλή πρόσωπα, η οικογένεια, φίλοι και συνεργάτες, πρέπει να εξετάζονται και να αναζητούνται λύσεις.

Να αντιμετωπίζουν αισθήματα μοναξιάς, καταπίεσης και αδυναμίας. Οι ομάδες αυτοβοήθειας ή ειδικής υποστήριξης μπορούν να προσφέρουν βοήθεια ή αμοιβαία υποστήριξη. Συμβουλές από άτομα που έχουν περάσει από τέτοιες καταστάσεις μπορεί να βοηθήσουν περισσότερο από συμβουλές που παρέχονται από τρίτους ή σε θεωρητική βάση.

Να αντιμετωπίζουν τις ενοχές από την υιοθέτηση και τη διατήρηση ασφαλέστερης σεξουαλικής συμπεριφοράς. Οι ομάδες ειδικής υποστήριξης



μπορούν να οργανώνουν συζητήσεις και να παρέχουν εκπαίδευση, που να είναι πολύ πιο σχετική από τις συμβουλές που παρέχονται στα πλαίσια τυπικών προγραμμάτων φροντίδας υγείας.

Η ουσία της δραστηριότητας των ομάδων ειδικής υποστήριξης είναι το αίσθημα του να ανήκεις σε μια ομάδα ατόμων, με κοινές εμπειρίες και αμοιβαίες υποστηρικτικές δραστηριότητες. Κατά καιρούς, τέτοιες ομάδες μπορεί να χρειασθεί να βοηθήσουν, για να αρχίσουν ή να συνεχισθούν κανονικές δραστηριότητες. Όλες θα απευθύνονται στο σύμβουλο για βοήθεια στην αναζήτηση ιατρικών υπηρεσιών και φροντίδας. Η παροχή νομικών συμβουλών και, σε ορισμένες περιπτώσεις, οικονομικής υποστήριξης μπορεί επίσης να αποτελέσουν λόγους, για να ιδρυθούν τέτοιες ομάδες και για να λειτουργούν νόμιμα.<sup>34</sup>



#### **8.4 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ AIDS ΣΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ**

Ενώ γνωρίζουμε από τη στιγμή της διάγνωσης, ότι ο άρρωστος κατά κανόνα θα πεθάνει είναι δύσκολο να προσδιορίσουμε πότε ακριβώς πρέπει να σταματήσουν οι ηρωικές προσπάθειες ελέγχου και αντιμετώπισης της αρρώστιας ώστε να παρέχουμε μια ανακουφιστική φροντίδα που αποβλέπει στην εξασφάλιση της άνεσης και ποιότητας ζωής του αρρώστου. Η δυσκολία αυτή οφείλεται στην απρόβλεπτη εξέλιξη της πορείας της υγείας του αρρώστου που χαρακτηρίζεται από εναλλαγές σταθερότητας και επιδείνωσης. Μερικές από τις ευκαιριακές λοιμώξεις από τις οποίες προσβάλλεται, αν και απειλούν τα

ζωή του, είναι αναστρέψιμες με αποτέλεσμα να συνεχίζεται η επιθετική θεραπευτική αγωγή για την αντιμετώπισή τους ακόμα και στο τελικό στάδιο της ζωής.

Τα βασικά χαρακτηριστικά που διακρίνουν την ολιστική προσέγγιση και φροντίδα του αρρώστου που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του είναι:

Φροντίδα που σέβεται και ανταποκρίνεται στις εξατομικευμένες οργανικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες του αρρώστου που πεθαίνει.

Διαθεσιμότητα φροντίδας, 24 ώρες το 24ωρο, επτά ημέρες την εβδομάδα.

Φροντίδα που σέβεται και ανταποκρίνεται στις ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες των συγγενών και φίλων τόσο στη διάρκεια του τελικού σταδίου, όσο και στην περίοδο πένθους. Τόσο οι συγγενείς όσο και οι φίλοι ή ερωτικοί σύντροφοι του ασθενούς με AIDS παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο να βιώσουν ένα περιπεπλεγμένο πένθος που οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι ο θρήνος των ατόμων αυτών, παραμένει κρυφός ή δεν αναγνωρίζεται από την κοινωνία.

Φροντίδα που βασίζεται στη διεπιστημονική συνεργασία των επαγγελματιών υγείας. Οι ανάγκες του αρρώστου και της οικογένειας είναι τόσο πολύπλευρες και πολύπλοκες για να μπορέσουν μια ή δυο ειδικότητες υγείας να ανταποκριθούν σε αυτές.

Φροντίδα που βασίζεται τόσο στις εξειδικευμένες γνώσεις των επαγγελματιών υγείας όσο και στην ικανότητα τους να αναπτύσσουν και να διατηρούν ουσιαστικές σχέσεις με τον άρρωστο, τους συγγενείς και τους φίλους του.

Συστηματική υποστήριξη του προσωπικού υγείας που παρέχει υπηρεσίες στον άρρωστο και το άμεσο περιβάλλον του. Όταν οι υπηρεσίες απευθύνονται σε συνομήλικα άτομα, η ταύτιση των επαγγελματιών υγείας με αυτά είναι έντονη και το στρες ιδιαίτερα αυξημένο.

## **Ο ρόλος του προσωπικού υγείας.**

Ο ρόλος του προσωπικού υγείας που φροντίζει το άτομο που πεθαίνει είναι πρωταρχικά υποστηρικτικός. Το γεγονός ότι είναι υποστηρικτικός τον κάνει πολυπλοκότερο από μια σειρά ιατρονοσηλευτικών πράξεων ή παρεμβάσεων. Η αποστήριξη αφορά τη συνοδεία του αρρώστου και της οικογένειας σε μια περίοδο από τις κρίσιμότερες στιγμές της ζωής τους. Όταν συνοδεύουμε κάποιον, τον αφήνουμε να ηγηθεί, να μας κατευθύνει. Παραμένουμε διαθέσιμοι στο πλευρό του και ευαίσθητοι στις ανάγκες του. Δεν προσπαθούμε να τον προστατεύσουμε από τη συνειδητοποίηση ότι πεθαίνει, ούτε τον πιέζουμε να αποδεχθεί το θάνατό του.

### **Φροντίδα στο οργανικό επίπεδο**

Η φροντίδα στον οργανικό τομέα πρέπει να ανταποκρίνεται στις βιολογικές ανάγκες του αρρώστου (π.χ. διατροφής, ενυδάτωσης κ.λ.π.), όσο και στη μείωση ή στον έλεγχο του πόνου, καθώς και σε οποιαδήποτε κατάσταση του δημιουργεί δυσφορία. Ας σημειωθεί ότι όσον αφορά στον πόνο έχουμε συχνά την τάση να τον ιατρικοποιούμε, πιστεύοντας λανθασμένα ότι αρκεί να ελέγξουμε τα συμπτώματα του αρρώστου για να εξασφαλίσουμε «αξιοπρέπεια» και «ποιότητα» ζωής. Η πραγματικότητα είναι πολυπλοκότερη καθώς ο οργανικός πόνος είναι άμεσα συνδεδεμένος με τον ψυχικό, κοινωνικό και πνευματικό.

### **Φροντίδα στο ψυχολογικό επίπεδο.**

Συχνά ο ψυχικός πόνος του αρρώστου, μας φέρνει σε αμηχανία καθώς δεν έχουμε τις απαραίτητες γνώσεις για να τον αντιμετωπίσουμε και να τον χειριστούμε. Έτσι λοιπόν συχνά αποφεύγουμε τις δυσάρεστες συζητήσεις. Άλλοτε πάλι εστιάζουμε κάθε συζήτηση στις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις ή στα οργανικά συμπτώματα του αρρώστου, παραγνωρίζοντας τις βαθύτερες αγωνίες του που εκφράζει έμμεσα όταν μας λέει: «Πόσος καιρός μου μένει ακόμα νοσηλευτή;».

Είναι αδύνατο να εξαλείψουμε τον ψυχικό πόνο που βιώνει το άτομο που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του. Στην καλύτερη περίπτωση μπορούμε

να τον ανακουφίσουμε ως ένα βαθμό, δίνοντας την ευκαιρία στον άρρωστο να εκφραστεί και να βρει κατανόηση και στήριξη από κάποιον που πραγματικά επιθυμεί να τον συνοδεύσει στην πορεία του.

Για να παρέχουμε ουσιαστική στήριξη πρέπει προηγουμένως να βοηθήσουμε το άτομο να προσδιορίσει τους συγκεκριμένους φόβους που το απασχολούν. Τις περισσότερες φορές οι φόβοι είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την πορεία προς το θάνατο, με άλλα λόγια με το «πώς θα πεθάνει», αν θα πονάει ή θα εμφανίσει ενδείξεις άνοιας, αν θα χάσει την αξιοπρέπεια του, αν θα εξαρτηθεί από άλλους, αν θα τον εγκαταλείψει το περιβάλλον του. Άλλοτε πάλι, οι φόβοι αφορούν κυρίως το γεγονός του θανάτου και την κατάσταση του νεκρού, με άλλα λόγια μπορεί να φοβάται το άγνωστο και οριστικό του θάνατο ή οποιαδήποτε μεταθανάτια κατάσταση. Τέλος οι φόβοι μερικών αρρώστων συνδέονται με τις επιπτώσεις που θα έχει ο θάνατος τους στη ζωή, επιβίωση και εξέλιξη συγγενών και φίλων. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι πολλές φορές το άτομο που πεθαίνει έχει την ανάγκη να διευθετήσει μερικές προσωπικές και οικογενειακές υποθέσεις, και ο ρόλος του προσωπικού υγείας είναι καταλυτικός όταν το ενθαρρύνει και το στηρίζει σε αυτή τη διαδικασία.

### **Φροντίδα στο κοινωνικό επίπεδο.**

Έχει παρατηρηθεί ότι όταν το άτομο πλησιάζει προς το θάνατο, αρχίζει να αποσύρεται συναισθηματικά και να αποδεσμεύεται σταδιακά από τις σχέσεις του με αγαπημένα πρόσωπα. Μειώνει την επικοινωνία μαζί τους, κοιμάται περισσότερο, μιλάει λιγότερο και περιορίζει την επαφή του διατηρώντας ελάχιστες στενές σχέσεις. Βασικά η ανάγκη της συναισθηματικής απόσυρσης συνυπάρχει με την ανάγκη κάθε αρρώστου να νιώθει ότι ανήκει σε ένα περιβάλλον που τον αποδέχεται μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του.

Εκείνο που πρέπει να έχουμε υπόψη μας όσον αφορά στους ασθενείς με AIDS, είναι ότι συχνά, και πολύ πριν βρεθούν στο τελικό στάδιο της ζωής τους, συγγενείς, φίλοι και μέλη του προσωπικού υγείας αποσύρονται επειδή ο επικείμενος θάνατος τους προκαλεί έντονο άγχος, με αποτέλεσμα ο άρρωστος να οδηγείται σε μια κοινωνική απομόνωση. Κάτω από αυτές τις συνθήκες,

βιώνει ένα «κοινωνικό θάνατο» που πολλές φορές είναι οδυνηρότερος από το βιολογικό θάνατο που επίκειται.

### **Φροντίδα στο πνευματικό επίπεδο.**

Άμεσα συνδεδεμένες με τις ψυχοκοινωνικές είναι και οι πνευματικές ανάγκες του αρρώστου που συχνά θέτει καίρια, υπαρξιακά ερωτήματα όπως «υπάρχει Θεός;», «γιατί να υποφέρω;». τα ερωτήματα αυτά πηγάζουν από τη συνειδητοποίηση ότι η ζωή του φθάνει σε ένα τέλος. Επιδιώκει λοιπόν να υπερβεί αυτό το τέλος μέσα από μια προσπάθεια να δώσει τις δικές του, προσωπικές απαντήσεις και ερμηνείες στα υπαρξιακά ερωτήματα που τον απασχολούν.

Σημαντική πνευματική ανάγκη κάθε αρρώστου που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του είναι να βρει ή να διατηρήσει ζώντανή την ελπίδα ότι υπάρχει ζωή μετά θάνατο, ή αν δεν πιστεύει σε αυτή, ότι μέσω των απογόνων, των έργων ή των επιτευγμάτων του, θα εξακολουθήσει να υπάρχει και μετά το θάνατό του. Αυτή η συμβολική αθανασία, μπορεί να δώσει νόημα τόσο στη ζωή όσο και στο θάνατό του.

Για άλλους πάλι ασθενείς η συμμετοχή σε πειραματικά πρωτόκολλα συμβολίζει ένα είδος «ιατρικής αθανασίας» καθώς συμβάλλει στην προώθηση της ιατρικής γνώσης στον αγώνα κατά του AIDS. Θα πρέπει να τονιστεί ότι κάθε άτομο μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του μπορεί να ζει με την ελπίδα. Η ελπίδα δε χάνεται, απλά παίρνει νέα μορφή καθώς επιδεινώνεται η κατάσταση της υγείας του. Συχνά αυτή η ελπίδα συμβάλλει στην ποιότητα της ζωής που του απομένει.

Για να παρέχουμε ουσιαστική φροντίδα σε ένα άρρωστο που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του είναι σημαντικό να τον προσεγγίζουμε και να τον αντιμετωπίζουμε ως ένα άτομο που ΖΕΙ, και σε καμιά περίπτωση δεν βρίσκεται στο περιθώριο της ζωής επειδή πεθαίνει, ως άτομο που έχει ανάγκες, επιθυμίες, συναισθήματα, ελπίδες και που επιδιώκει να δώσει νόημα στις εμπειρίες που βιώνει, στη ζωή και στο θάνατό του.<sup>39</sup>

## 8.5 ΗΘΙΚΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Πρώτα – πρώτα πρέπει να λυθούν οι συγκρούσεις μέσα στην καρδιά μας μεταξύ των προσωπικών μας αξιών και της νοσηλευτικής μας ευθύνης. Να καταλάβουμε ότι μπορούμε να νοσηλεύσουμε με θερμό ενδιαφέρον και ευαισθησία τους αρρώστους με AIDS χωρίς να επιδοκιμάζουμε τον τρόπο ζωής τους.

Ιατρονοσηλευτικό δίλημμα αποτελεί το αν πρέπει να λεχθεί η διάγνωση στον άρρωστο, πώς να λεχθεί και ποιος πρέπει να την ανακοινώσει. Τι πρέπει να γίνει όταν ο άρρωστος δεν θέλει να το μάθει κανείς ούτε σύζυγος ούτε παιδιά, αλλά ούτε και η επισκέπτρια νοσηλεύτρια του Κέντρου Υγείας όπου παραπέμπεται για εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση και νοσηλεία; Πάντως με κάθε τρόπο και μέσο δικαιούται να προστατεύεται ο άρρωστος με AIDS και η οικογένεια του από το κοινωνικό στίγμα και τον εξοστρακισμό. Αρκεί βέβαια να είναι σε θέση υπεύθυνα να προστατεύσουν το περιβάλλον τους από τη μόλυνση, και το περιβάλλον να γνωρίζει και να εφαρμόζει τα μέτρα αυτοπροστασίας του. Η τήρηση του απορρήτου για τη διάγνωση του AIDS είναι ηθική και νομική υποχρέωση.

Δεν υπάρχει χώρος για κατακριτική στάση στη φροντίδα αρρώστου με AIDS, αλλά χώρος μόνο για κατανόηση, συμπάθεια ανθρωπιστική και επιστημονική νοσηλευτική φροντίδα της υψηλότερης δυνατής στάθμης σύμφωνα με το αξιολογικό τρίπτυχο της ολιστικής νοσηλείας που ακολουθεί:

Θεώρηση του αρρώστου ως μοναδική, αδιαίρετη βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας.

Πίστη στην ατίμητη αξία και την αξιοπρέπεια του αρρώστου.

Θερμό ενδιαφέρον για την προσωπική εξυπηρέτηση των αναγκών της υγείας και των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων του αρρώστου.

Τα ηθικά και δεοντολογικά διλήμματα που βιώνει ο νοσηλεύτης κατά την φροντίδα του αρρώστου με AIDS δεν είναι τίποτα άλλο παρά η μαρτυρία του

T.E.I. ΠΑΤΡΑΣ  
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

ύψους της ευθύνης, του μεγαλείου και του πνεύματος της νοσηλευτικής επιστήμης και τέχνης.

Τα διλήμματα αυτά συνήθως αφορούν:

Τις συγκρούσεις μεταξύ προσωπικών αξιών και της νοσηλευτικής ευθύνης προς την κοινωνία.

Τον κίνδυνο μόλυνσης του ίδιου του νοσηλευτή και

Την ηθική και νομική υποχρέωση για την τήρηση του νοσηλευτικού απορρήτου.

Αυτά τα διλήμματα αντιμετωπίζονται στα πλαίσια του χάρτη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και λύνονται προσωπικά μέσα στη φωτισμένη συνείδηση του νοσηλευτή και συλλογικά σε συνεργασία με το Εθνικό και Διεθνές Νοσηλευτικό Σώμα. Αληθινή προσήλωση είναι η ευκαιρία να νοσηλεύουμε τους αρρώστους με AIDS.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αληθινή πρόκληση είναι η ευκαιρία να νοσηλεύουμε τους αρρώστους με AIDS και μ' αυτό τον τρόπο κτίζουμε ανθρώπινες γέφυρες και όχι διαχωριστικά τείχη μεταξύ των ανθρώπων του τεχνοκρατικού αιώνα μας.

Και ας μην ξεχνάμε σε όλους τους τομείς της νοσηλευτικής στην εκπαίδευση, στην κλινική φροντίδα και στην έρευνα ότι: Η εκπλήρωση του νοσηλευτικού χρέους προς τον άνθρωπο πάντοτε, αλλά και σήμερα προϋποθέτει: γνώση και σοφία, ευαίσθητη και πολιτισμένη φροντίδα, τόλμη και ηρωισμό.

Τώρα είναι η μοναδική ευκαιρία να αποδείξουμε τι αξίζει η νοσηλευτική, τώρα που η θεραπεία δεν βρέθηκε ακόμη και μόνη υπάρχει η φροντίδα. Νοσηλευτική σημαίνει φροντίδα, φροντίδα υψηλού επιπέδου, φροντίδα αμερόληπτη στον κάθε άρρωστο ανεξαρτήτου θρησκείας, καταγωγής, χρώματος, τρόπου ζωής ή αρρώστιας.





## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Για να κατανοήσουμε καλύτερα τις ψυχολογικές καταστάσεις που περνά ένα άτομο φορέας του AIDS αναφέρουμε δυο τραγικά περιστατικά.

Η Τζουν ήταν άτυχη. Κόλλησε την ασθένεια από τον άντρα της που εργαζότανε σαν μηχανικός στο Ζαΐρ στις αρχές της δεκαετίας του 1980.

Ομολογεί ειλικρινά ότι ήταν ένα πολύ φυσιολογικό άτομο πριν πάθει την αρρώστια. Στην πραγματικότητα δεν είχε ακούσει ποτέ για το AIDS, ούτε είχε συναντήσει ποτέ κάποιον που να είναι ομοφυλόφιλος.

«Υπάρχει πραγματικά ένα όφελος από την αρρώστια μου. Συναντώ ένα σωρό από αυτούς τους νέους ωραίους άνδρες στο νοσοκομείο. Είναι όλοι τους τόσο καλοί, και έχει ανοίξει ένας νέος κόσμος, ολόκληρος μέσα μου. Αισθάνομαι όμως λύπη γι' αυτούς...».

Η Τζουν λέει πως η αρρώστια της έχει αλλάξει τη ζωή πολύ λίγο.

«Ποτέ δεν σκέφτομαι ότι θα πεθάνω, γιατί αισθάνομαι καλά...». Δέχεται όμως ότι κουράζεται πολύ. «Εάν καθίσω κάτω με παίρνει αμέσως ο ύπνος και μπορεί να κοιμάμαι εύκολα δώδεκα ώρες τη νύχτα, εάν έχω τη δυνατότητα». Αισθάνεται πίκρα για τον άνδρα της; «Όχι στην πραγματικότητα. Μόνο λύπη, γιατί είναι ένα πλάσμα με πάρα πολλά προσωπικά προβλήματα».

Η Τζουν σχολιάζει χωρίς θυμό: «Αυτός δεν το παίρνει στα σοβαρά. Λέει ότι είναι κατασκεύασμα δικό μου. Δεν πιστεύει στην πραγματικότητα ότι έχω AIDS»...

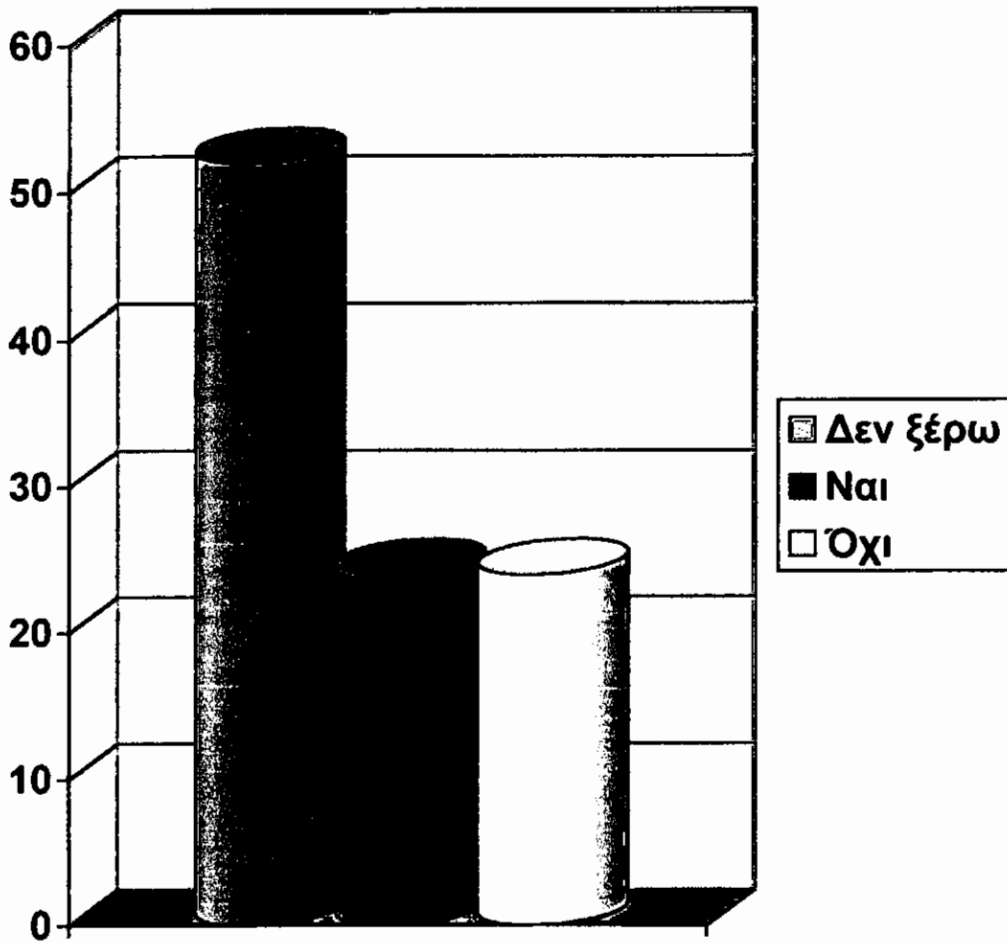
Για τον Μίκαελ πολύ πιο χειρότερο από την ανακάλυψη ότι είχε AIDS ήταν που είπε στους γονείς του για όλ' αυτά. Αν και ζούσε σαν ομοφυλόφιλος για 4 χρόνια οι γονείς του δεν το ήξεραν και έτσι, το να τους το πει ήταν πραγματικά οδυνηρό.

«Οι γονείς μου ήρθαν περίπου στις τρεις το απόγευμα. Είχα προετοιμαστεί όλο το πρωί για το τι πρόκειται να τους πω. Τους είπα λοιπόν ότι είχα AIDS, ότι μου έμεναν δυο χρόνια ζωής, ότι ήμουνα τρομερά λυπημένος που τους προκαλούσα μια τέτοια αναστάτωση και ότι ήξερα ότι δεν ήταν εύκολο γι' αυτούς να συνηθίσουν στη σκέψη.»

«Η μητέρα μου συνέχισε να μιλά, αλλά ο πατέρας μου έστριψε πιο πέρα. Μπορούσα να δω στον καθρέπτη ότι έκλαιγε. Δεν τον είχα δει να κλαίει άλλη φορά. Σε λίγο άρχισε να κλαίει και η μητέρα μου. Αποφάσισα ότι έπρεπε να φύγουν, γιατί όλοι θα βρισκόμασταν σε λίγο σε άσχημη κατάσταση. Μετά έπεσα κάτω. Ήταν τρομερά σκληρό. Ήταν σκληρό γιατί τους πλήγωσα τόσο πολύ.»...

Αντιμετωπίζει πάντως την αρρώστια του με φιλοσοφική διάθεση.

«εάν κάτι βρεθεί και θεραπευτώ, τότε δεν αξίζει να ανησυχώ. Εάν πάλι δεν θεραπευτώ, θα έχω καταστρέψει τις τελευταίες μου μέρες ή εβδομάδες ή χρόνια με το ανησυχώ γι' αυτό.»



Γράφημα:  
Αναλογία των σπουδαστών νοσηλευτικής, του δείγματος που θα αρνούσαν τη νοσηλεία ατόμων με AIDS.

Πηγή: τεύχος Νοσηλευτικής ν. 3 Σεπτ. 1999

## Βιβλιογραφία

- 1) LAZES P. M: The handbook of Health Education, Maryland 1979
- 2) Αθηνά Χρ. Γιαννοπούλου, «Διλήμματα και προβληματισμοί στη Σύγχρονη Νοσηλευτική», Αθήνα 1995, Εκδόσεις η Ταβιθά.
- 3) Κωνσταντίνος Κουσκούκης, «AIDS τι πρέπει να γνωρίζετε», εκδόσεις Σμυρνιωτάκη, Αθήνα 1988.
- 4) Mirko D. Grmek, Ιστορία του AIDS, 1992.
- 5) Αθανάσιος Αβραμίδης, «AIDS με απλά λόγια», Εκδόσεις Ακρίτας, Αθήνα 1992.
- 6) Experiment –Γαϊόραμα, έτος 2 τεύχος 6.
- 7) Hawkes, Nigel AIDS, μετάφραση Α. Πολυχρόνη, εκδόσεις Κέδρος Αθήνα 1988.
- 8) Dr. Jonathan Weber & Anabel Ferriman σε μετάφραση Δρος Θεμιστοκλή Καλμάντη «Το AIDS αφορά και σένα», Εκδοτική Παραγωγή «Επτάλοφος Α.Β.Ε.Ε., Αθήνα.
- 9) Βέρρος – Παπαρίζος : AIDS in GREECE, Αθήνα 1997
- 10) [http:// www.care.gr/mag/topic/id?=3507](http://www.care.gr/mag/topic/id?=3507)
- 11) [http:// www.care.gr/mag/topic/?id=2899](http://www.care.gr/mag/topic/?id=2899)
- 12) <http://www.care.gr/mag/topic/?id=3693>
- 13) <http://www.aidsinfobbs.org/aidsgraphs.html>
- 14) Επιδημιολογική Επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα, τεύχος 12, Δεκέμβριος 2000.
- 15) Liewellyn – Jones Derec: «Σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες», Εκδόσεις λύχνος, Αθήνα 1992.
- 16) Άννα Σαχίνη Καρδάση- Μαρία Πάνου, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική 3<sup>ος</sup> τόμος, Β' έκδοση Εκδόσεις Βήτα.
- 17) Γ. Σαρόγλου, Α. Λιονή, π. Ποταμούση: AIDS / HIV Κλινική προσέγγιση και θεραπεία, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1999.
- 18) <http://www.esyaids.gr/ora.htm>

- 19) Πανελλήνιος Σύλλογος Πρόληψης και Συμπαράστασης Φορέων του AIDS «Εθελοντής»: Εκδόσεις «Εθελοντής», Αθήνα 1996.
- 20) Γιώργος Παπαεαγγέλου, Γιώργος Καλλίνικος, AIDS, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- 21) Α. Ρουμελιώτου, AIDS Ιός της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, Υποτροπή εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS, Αθήνα 1989.
- 22) Αποστολίδης Απόστολος, «Όλη η αλήθεια για το ...AIDS», εκδόσεις Καραμπερόπουλος, Αθήνα.
- 23) Γκούβας Χαράλαμπος, «AIDS ερωτήματα και αλήθειες», Εκδόσεις Ωκεανίδα, Οκτώβρης 1985.
- 24) Γολεμάτης Βασίλειος, «Χειρουργική Παθολογία», τόμος Α, 1<sup>η</sup> έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1990.
- 25) Γαρδίκας, «Αιματολογία», 5<sup>η</sup> έκδοση, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1989.
- 26) Δετοράκης – Κατσούμπα: «AIDS απαντήσεις στις ερωτήσεις που δεν βρήκατε την ευκαιρία να ρωτήσετε», Έκδοση 2<sup>η</sup> , Τεχνολογική Πατρών, Πάτρα 1993.
- 27) Λάσκαρης Γιώργος- Παπαεαγγέλου Γεώργιος: «AIDS και οδοντιατρική», Ζήτα εκδόσεις, Αθήνα 1988.
- 28) <http://www.geocities.com/cverros.geo/drugaids.htm>
- 29) Ζουμπουλάκης: Νοσηλευτική – Θεραπευτική αντιμετώπιση του AIDS, εκδόσεις Εθνική Φαρμακοβιομηχανία, Αθήνα 1988.
- 30) <http://www.geocities.com/cverros.geo/kostos.htm>
- 31) Γκουρνέλης Θωμάς: «Υγιεινή», Εκδόσεις Φαιστός, Θεσσαλονίκη 1992.
- 32) <http://www.msichicago.org/exhibit/AIDS/AIDSc1.html>
- 33) Μάνος Κοντολέων, Γεύση πρικαμύγδαλου, Παρουσίες.
- 34) Συμβουλευτική για την HIV λοίμωξη και νόσο, Εθνικό κέντρο αναφοράς AIDS, Αθήνα 1991.

- 35) Λαζανάς – Υφαντόπουλος, Ελληνικά Αρχεία AIDS Τόμος 4<sup>ος</sup>  
Τεύχος 1<sup>ο</sup> Ιανουάριος Μάρτιος 1996.
- 36) Μόνος: AIDS ιός της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας,  
Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε., Αθήνα 1989.
- 37) Ε. Κορνάρος: Ελληνικά Αρχεία AIDS τόμος 3<sup>ος</sup> Τεύχος 4<sup>ο</sup>  
Οκτώβριος-Δεκέβριος 1995.
- 38) Θ. Παπαζήση: Ελληνικά Αρχεία AIDS τόμος 3<sup>ος</sup> τεύχος 2<sup>ο</sup>  
Απρίλιος- Ιούνιος 1995.
- 39) Δ. Παπαδάτου, Ελληνικά Αρχεία AIDS τόμος 4<sup>ος</sup>, τεύχος 1<sup>ο</sup>  
Ιανουάριος – Μάρτιος 1996.
- 40) Περιοδικό Νοσηλευτική τεύχος 3 Σεπτ. 1999, σελ. 270.



# Ο Λάκης ο Λαστιχένιος από το



Πήσου! Μπορεί ο ή συντροφός σου να φαίνεται κ. Μπορεί όμως να το υποστηρίζει κυλάς. Εσύ ως βράχος. Ποτέ χωρίς το προφυλακτικό σου



Προφυλακτικά που έχουν ξεπεράσει την ημερομηνία λήξης είναι άχρηστα. Αν δεν μπορείς να τα πιστρέψεις, πέταξέ τα και πάρε φρέσκα



Κινδυνεύεις από ζυραφάκι ή οδοντόβουρτσα, βελόνες και σύριγγες όπου μπορεί να υπάρχει αίμα μολυσμένο από τον ιό. Δεν κινδυνεύεις όμως από μαχαροπήρισμα, πιάτα, ποτήρια. Ούτε από φίλη ή χειραφτία, βήχα, φτέρνισμα, από κοινωνική τουαλέτα ή κλυντήριο, πισίνα ή θάλασσα. Ούτε από κουνουπιά ή ζώα.



Ξεχνάς. Το AIDS μεταδίδεται με κάθε τύπου βιολογική επαφή, από αιμηρά αντικείμενα (βελόνες, σύριγγες) που είναι μολυσμένα από αίμα και από την έγκυο μητέρα στο παιδί της



Αν θές να είσαι διαθέσιμος, φρόντισε να 'ναι διαθέσιμο και το προφυλακτικό. Για να είναι σταθερά διαθέσιμη η ζωή



Και για όσους δεν κατάλαβαν, κάθε προφυλακτικό είναι μιας χρήσης. Δεν χρησιμοποιείται με λιπαντικά τύπου βαζελίνης γιατί μπορεί να διαλυθεί. Για ιδιαίτερες χρήσεις χρειάζονται ανθεκτικότερα προφυλακτικά.



ανήκατε σ' εκείνους που δεν έχουν δοκιμάσει -ήμα τη γλώσσα της προφύλαξης- δεν ξέρετε τι χάνετε! Υπάρχουν τόσες επιλογές!



Υπώς είπαμε: το προφυλακτικό είναι σαν το αντηλιακό. Καλό ο ήλιος, αλλά προκαλεί και καρκίνο. Καλό το σεξ αλλά υπάρχει και το AIDS



Αν ο ή συντροφός σας μπορεί να μην ξέρουν ή να μην θέλουν να συνεργαστούν, εσείς... μη μισάτε! Εκτιμώστε σταθερά, γιατί η ζωή είναι πιο σημαντική από μια επικύλεια στιγμή



**ΤΕΛΟΣ**