

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.ΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Δετοράκης Ιωάννης

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα: "AIDS ΚΑΙ ΑΓΙΑ ΜΕΤΑΛΗΣΗ"

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: Πέτρακα Ελένη



Πάτρα, Οκτώβριος 2002



Ευχαριστίες.

Νοιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω τον εισηγητή αυτής της εργασίας, Dr. Ιωάννη Δετοράκη, για την πολύτιμη βοήθεια και συμπαράσταση του για το πέρας αυτής της μελέτης. Επίσης τους υπαλλήλους του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.) για την παραχώρηση βιβλιογραφίας και της τελευταίας εμπειριστατωμένης επιδημιολογικής έρευνας. Τους υπαλλήλους στο Εθνικό Κέντρο Ερευνών. Την εταιρία 'Powersoft' για την ποσοστιαία ανάλυση των δεδομένων των ερωτηματολογίων. Ονομαστικά θα ήθελα να αναφέρω την Γιώτα Χρονά, τον Άρη Μακρυωνίτη, Τη Νίκη Βούλγαρη, τον Βαγγέλη Τζουμάκα, τον Κώστα Αμαζόπουλο, την Τζωρτζίνα Μπογιατζίδη, τους φίλους που ουσιαστικά βοήθησαν στο αποτέλεσμα αυτής της παρουσίασης.

Δε μπορώ να παραλείψω και το 'άνωνυμο'- αλλά με πρόσωπο –κοινό, που διέθεσε χρόνο και έγινε 'αντικείμενο' της έρευνάς μας. Τους ευχαριστώ όλους από καρδιάς!

Περιεχόμενα

Κεφάλαιο	Σελίδα
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο

<u>1.1</u>	ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	12
<u>1.2</u>	ΟΡΙΣΜΟΣ – ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ AIDS;	13
<u>1.3</u>	ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΙΟΥ	13
<u>1.4</u>	ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ ΤΟΥ ΙΟΥ	14
<u>1.5</u>	ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΙΟΥ	14

Κεφάλαιο 2^ο

2.1	ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΤΟΥ HIV/AIDS ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	18
2.1.1	ΝΕΟΔΗΛΩΘΕΝΤΑ HIV ΟΡΟΘΕΤΙΚΑ ΑΤΟΜΑ	18
2.1.2	HIV ΟΡΟΘΕΤΙΚΑ ΑΤΟΜΑ	20
2.1.3	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ	22

2.1.4 ΗΙV ΟΡΟΘΕΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑ	24
2.1.5 ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΝΤΑ ΚΡΟΥΣΜΑΤΑ AIDS	24
2.1.6 ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ AIDS	24
2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΤΟΥ ΗΙV/AIDS ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	25

Κεφάλαιο 3^ο

3.1 ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΟΥ AIDS	27
3.2 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΗΙV ΛΟΙΜΩΞΗΣ	28
3.2.1 ΣΩΣΤΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	28
3.2.2 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΟΥΣ ΧΡΗΣΤΕΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ	29
3.2.3 ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΙΜΑΤΟΣ, ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ ΤΟΥ, ΚΑΙ ΙΣΤΩΝ	30
3.2.4 ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΕΜΒΡΥΟΥ ΚΑΙ ΝΕΟΓΝΟΥ	30
3.2.5 ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	32
3.3 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΗΙV ΛΟΙΜΩΞΗΣ	33

Κεφάλαιο 4^ο

4.1 ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ	37
4.2 ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΤΑ 4 ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΗΙV ΛΟΙΜΩΞΗΣ	38
4.3 ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ	39
4.3.1 ΕΙΔΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ	39
4.3.2 ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΑΡΧΟΜΕΝΗΣ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ	40
4.3.3 ΣΗΜΕΙΑ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ ΣΟΒΑΡΗΣ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ	41

Κεφάλαιο 5^ο

5 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ	44
-------------------------------	-----------

Κεφάλαιο 6ο

6.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΝΕΟΤΕΡΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	48
6.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΟ AIDS	49
6.2.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ	49
6.2.2 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ	51
6.2.3 ΑΝΤΙ – HIV ΘΕΡΑΠΕΙΑ	53
6.3 ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	54

Κεφάλαιο 7^ο

7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΑΠΟΦΕΙΣ	57
7.2 Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ AIDS ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ	57
7.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS	58
7.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ	59

Κεφάλαιο 8ο

8.1 AIDS ΚΑΙ ΑΓΙΑ ΜΕΤΑΛΗΨΗ! ΓΙΑΤΙ ΣΥΝΔΕΘΗΚΕ Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΙΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΘΕΙΟ ΜΥΣΤΗΡΙΟ ΤΗΣ ΨΥΧΗΣ ΜΑΣ	68
8.2 ΠΟΙΟΙ ΠΑΘΟΓΟΝΟΙ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΜΕΤΑΔΟΘΟΥΝ ΜΕ ΤΟ ΣΑΛΙΟ	69

8.2.1	ΒΑΚΤΗΡΙΑ	69
8.2.2	ΙΟΙ	69
8.3	Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΜΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΑΓΙΑΣ ΜΕΤΑΛΗΨΗΣ ΕΙΝΑΙ ΚΟΙΝΟΣ ΚΑΙ ΓΙΑ ΕΚΕΙΝΟΥΣ ΠΟΥ ΜΕΤΑΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΤΑΚΤΙΚΑ ΚΑΙ ΓΙΑ ΕΚΕΙΝΟΥΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΚΑΘΟΛΟΥ ΤΙΣ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΑΚΟΛΟΥΘΙΕΣ	72
8.4	ΕΙΝΑΙ ΔΥΝΑΤΗ Η ΜΟΛΥΝΣΗ ΗΨ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΣΚΟΠΟΤΗΡΟ; (π.χ. ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΠΛΗΓΩΝ ΣΤΑ ΟΥΛΑ;)	74

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΒΑΣΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	78
--	-----------

Κεφάλαιο 2^ο

2.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	81
2.2 ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	81

Κεφάλαιο 3^ο

3.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	83
3.1.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	83

3.1.2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΚΛΗΣΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΜΥΣΤΗΡΙΟ ΤΗΣ ΘΕΙΑΣ ΜΕΤΑΛΗΨΗΣ	87
3.1.3 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΝ ΣΧΕΤΙΖΕΙ ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΜΑΣ ΤΗ ΘΕΙΑ ΜΕΤΑΛΗΨΗ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ	94
3.1.4 ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ AIDS	99
Κεφάλαιο 4^ο	
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	107
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	108
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	113

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το AIDS είναι χωρίς αμφιβολία, η ασθένεια του αιώνα. Είναι η ασθένεια των προσώπων που νοσούν, και όχι μόνο. Είναι η ασθένεια των οικογενειών τους, της κοινωνίας, τους έθνους τους, του κόσμου ολόκληρου.

Σήμερα, κάνουμε λόγο για το AIDS και συμπονούμε, μα και ελπίζουμε. Ερευνητές από όλον τον κόσμο, μελετούν τον ιό. Η αλήθεια είναι ότι ως τώρα έχουν γίνει σημαντικά βήματα για τη θεραπεία, ο ιός όμως γνωρίζει πώς να ελίσσεται και να διαφεύγει, κι έτσι η παράταση της ζωής των ασθενών μέσω των φαρμάκων είναι η μόνη παρηγοριά.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επιστημονική γνώση στην ασθένεια του AIDS, που αναμένεται να φέρει στο προσκήνιο νέες θεραπευτικές στρατηγικές, προχωράει με ιλιγγιώδη ταχύτητα. Από την άλλη μεριά όμως, στέκει αμείλικτη η διαπίστωση ότι εμβόλιο για τον ιό του AIDS ,δεν έχει βρεθεί μέχρι σήμερα.

Ο φόβος και η προκατάληψη, είναι συναισθήματα που ακόμα υπάρχουν. Για κάποιους, εύχομαι για λίγους, το AIDS είναι η 'τιμωρία από το Θεό '. Είναι όμως; Ή αυτό απλώς υποδηλώνει άγνοια;

Σκοπός του 1ου μέρους της εργασίας μου, δεν είναι ούτε να τρομοκρατήσει, ούτε να απογοητεύσει εσάς τους αναγνώστες, μολονότι το θέμα είναι από μόνο του 'σκληρό'. Και από την στιγμή που αγγίζει τον όρο 'υγεία', και ακροβατεί στα όρια μεταξύ ζωής και θανάτου, οφείλουμε να δείξουμε τη δέουσα ευαισθησία απέναντι στη νόσο.

Η γνώση δεν παρέχεται για να φοβίζει, αλλά για να εξηγεί, να προλαμβάνει και να θεραπεύει. Το αντικείμενο των νοσηλευτών, αν και θα 'πρεπε να λέγεται 'υποκείμενο της εργασιακής τους προσφοράς', είναι ο ασθενής.

Για να αφοσιωθούμε όμως ολοκληρωτικά σε αυτόν, οφείλουμε με σοβαρότητα να είμαστε γνώστες της πάθησης του και των επερχομένων αναγκών του.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας, καταγράφονται τα αποτελέσματα της έρευνάς μας. Με αφορμή δημοσιεύματα του εξωτερικού που αναφέρονται στη Θεία Μετάληψη, και διάφορων εργαστηριακών πειραμάτων στο δισκοπότηρο, πάνω στο οποίο εντοπίστηκαν διάφοροι μικροοργανισμοί, τέθηκε το ερώτημα εάν είναι δυνατή η μετάδοση κάποιου ιού, ακόμα και του ιού του AIDS, μεταξύ των συγκοινωνούντων.

Εμμέσως πλην σαφώς, το ίδιο ερώτημα θέσαμε σε 200 άτομα ηλικίας από 21 έως άνω των 60 ετών, δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στο αν είναι δυνατή η μετάδοση του ιού του AIDS μέσω της Θείας Μετάληψης.

Τελειώνοντας, θα ήθελα να ζητήσω συγγνώμη εάν με οποιονδήποτε τρόπο νομίζετε ότι το θέμα της εργασίας προσβάλλει με οποιοδήποτε τρόπο το θρησκευτικό σας αίσθημα. Εκ πρώτης όψεως, μπορεί να φαίνεται έτσι, μόνο και μόνο επειδή συνδέσαμε τόσο πεζά μια ασθένεια με ένα Θείο Μυστήριο. Η εργασία σε καμία περίπτωση δεν 'ακυρώνει' ή αμφισβητεί τη δύναμη του Θεού.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1°

<u>1.1</u>	ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	12
<u>1.2</u>	ΟΡΙΣΜΟΣ – ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ AIDS;	13
<u>1.3</u>	ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΙΟΥ	13
<u>1.4</u>	ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ ΤΟΥ ΙΟΥ	14
<u>1.5</u>	ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΙΟΥ	14

1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Έχουν διατυπωθεί πολλές θεωρίες σχετικά με την προέλευση του ιού του AIDS.

Ανάδρομες μελέτες "ενοχοποιούσαν" τους ομοφυλόφιλους γιατί η νόσος πρωτοεμφανίστηκε το 1978. Γι' αυτό το σύνδρομο είχε ονομαστεί αρχικά "Gay Syndrome", όρος που εξυπηρετούσε τους ερευνητές στο να συνεννοηθούν. Όμως, για τον υπόλοιπο πληθυσμό αυτή η ονομασία (Σύνδρομο των ομοφυλοφίλων), ήταν η εύκολη λύση να ενοχοποιηθούν οι ομοφυλόφιλοι, να κριθούν οι επιλογές τους και να καταδικαστούν οι πράξεις τους. Στις αρχές της δεκαετίας του '80 η εμφάνιση κι άλλων κρουσμάτων του ιού σε τοξικομανείς και αιμορροφιλικούς οδήγησε τους ερευνητές να καταλήξουν στην ονομασία AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome).¹

Στον ανενημέρωτο όμως πληθυσμό, οι ομοφυλόφιλοι εξακολουθούσαν να είναι δακτυλοδειχτούμενοι, και το σύνδρομο αυτό η τιμωρία τους! Ο ιός, παρά το γεγονός ότι εντοπίστηκε και συνεχίζει μέχρι και σήμερα να ερευνάται, βασάνισε χρόνια τους μελετητές της νόσου για τον τρόπο που μολύνθηκε ο άνθρωπος. Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι ο ιός πρωτομόλυνε τον άνθρωπο στην Κεντρική Αφρική πριν δεκάδες χρόνια. Ο ιός του AIDS πέρασε από τον πράσινο πίθηκο της Αφρικής στον άνθρωπο. Στον πράσινο πίθηκο ο ιός δεν είναι παθογόνος.

Ο ανθρωπολόγος Anicet Kashamura, ο οποίος μελέτησε τα ήθη και τα έθιμα της φυλής Idjwi, στο βιβλίο που έγραψε το 1973, περιγράφει ότι οι άνδρες και οι γυναίκες της φυλής Idjwi που ζουν σ' ένα νησί της λίμνης Κίνυ, προκειμένου ν' αυξήσουν τη σεξουαλική τους ενεργητικότητα, εμβολίαζαν με αίμα πράσινου πιθήκου τους μηρούς, την ηβική χώρα και τη ράχη τους. Οι άνδρες χρησιμοποιούσαν αίμα αρσενικού πιθήκου και οι γυναίκες θηλυκού. Συνεπώς η μόλυνση ήταν αιματογενής.²

1.2 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ AIDS;

AIDS, είναι ένα λοιμώδες νόσημα το οποίο οφείλεται στον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας. Είναι ασθένεια στην οποία το ανοσοποιητικό σύστημα απενεργοποιείται από έναν ιό. Το AIDS είναι συντομογραφία του όρου "Acquired Immune Deficiency Syndrome" που σημαίνει σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας. Προκαλείται από τον ιό HIV, είναι τα αρχικά των αγγλικών λέξεων Human Immunodeficiency Virus. Στα ελληνικά μεταφράζεται Ιός της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας.²

Ο ιός προσβάλλει τα βοηθητικά T-λεμφοκύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος. Μειώνει τον αριθμό τους και καθιστά το σώμα ανίσχυρο ν' αμυνθεί σε λοιμώξεις. Έτσι, οι ασθενείς που έχουν προσβληθεί από τον ιό HIV κινδυνεύουν από λοιμώξεις που ο οργανισμός φυσιολογικά εύκολα τις υπερνικά.³

Ο ιός μπαίνει στο κύτταρο στόχος, με τη βοήθεια του ενζύμου (Reverse transcriptase= Ανάστροφη τρανσκριπτάση), καταλαμβάνει τον γενετικό μηχανισμό του κυττάρου και το υποχρεώνει να αναπαράγει αντίγραφα του εαυτού του καταστρέφοντας το τελικά.

1.3 ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΙΟΥ

Ο ιός HIV αποτελεί ένα σφαιρικό σωματίδιο με διάμετρο μορίου περίπου 10nm. Διαθέτει περίβλημα και πυρηνοκαμίδιο. Το περίβλημα παριστά πάχυνση της κυτταρικής μεμβράνης και εμπεριέχει γλυκοπρωτείνες οι οποίες διατάσσονται σε σχηματισμούς κορυφών, καθώς και διάφορα ιογενή στοιχεία τα οποία σαν προεξοχές εκφράζουν τους αντιγονικούς υποδοχείς για τη σύνδεση με τα κύτταρα στόχους.

Το πυρηνοκαμίδιο περιέχει δομικές πρωτεΐνες, ένζυμα και πυρηνοπρωτεΐνη (RNA) η οποία διατάσσεται σε ελικοειδή συμμετρία.⁴

1.4 ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ ΤΟΥ ΙΟΥ

Ο ιός HIV διαθέτει RNA πυρηνοπρωτεΐνη, η οποία διατάσσεται υπό μορφή δύο ελικοειδώς αναδιπλούμενων αλύσεων σχήματος Y ή T και προσομοιάζει με την εικόνα του μορίου της ανοσφαιρίνης IgG.

Η ανάλυση του RNA αποκωδικοποίησε διάφορες περιοχές, οι οποίες, ανάλογα με το ρόλο που διαδραματίζουν στη μοριακή σύνθεση και λειτουργία του ιού, έχουν λάβει ονομασίες όπως GAG-POL, ENV, TAT και LTR.

Η περιοχή GAG είναι υπεύθυνη για την ανάπτυξη των αντιγονικά ενεργών δομικών πρωτεϊνών P₂₄, P₂₅. Αντίστοιχα η POL είναι υπεύθυνη για την ανάστροφη τρανσκριπτάση ή μεταγραφάση, δηλαδή την πολυμεράση του DNA.

Η περιοχή ENV ευθύνεται για τις γλυκοπρωτεΐνες του περιβλήματος (Group120, Group160) ενώ η περιοχή TAT αποτελεί το ρυθμιστή της αντιγραφικής λειτουργίας. Και τέλος οι περιοχές LTR στα άκρα της αλύσου του RNA, αναπτύσσονται στη φάση ωρίμανσης του ιού με ενισχυτικό και ρυθμιστικό ρόλο στην αντιγραφική λειτουργία των άλλων ομολόγων (POL και TAT).

Παράλληλα οι περιοχές αυτές επηρεάζουν την πυρηνική σύμπτυξη του ιού-κυττάρου στις γονυλιακές θέσεις του RNA του κυττάρου, ώστε να ενισχύονται οι προϋποθέσεις της πυρηνικής σύζευξης και ανάπτυξης του προϊού.⁸

1.5 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΙΟΥ HIV

Έχει αποδειχθεί ότι ο ιός του συνδρόμου της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας ανήκει στην κατηγορία των ονομαζόμενων ρετροϊών. Οι ιοί αυτοί, ανάλογα με την κακοήθεια που προκαλούσαν χαρακτηρίζονταν σαν λευχαιμικοί, σαρκωματογόνοι και σκωγόνιοι ιοί. Οι ρετροϊοί ανήκουν στους RNA ιούς. Έχουν στη διάθεσή τους ανάστροφη τρανσκριπτάση, η οποία συνθέτει DNA. Με τη μεσολάβησή της

πραγματοποιείται ενσωμάτωση της γενετικής ταυτότητας του ιού στο DNA του πυρήνα του κυττάρου "στόχου", με αποτέλεσμα τη δημιουργία μονοκλωνικού ή πολυκλωνικού DNA, αντιγράφου του ιού.

Οι ρετροϊοί ταξινομούνται με βάση τους μορφολογικούς και βιοφυσικούς τους χαρακτήρες, τις ογκογόνες και λυτικές τους ιδιότητες καθώς και τη γενετική τους υποδομή. (Πιν.1,2,3).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Ταξινόμηση των ρετροϊών με βάση μορφολογία και βιοφυσικές ιδιότητες.

- 1.Ομάδα Α (Φέρει ιογενή σωματίδια του κυτταροπλάσματος, χωρίς λοιμογόνο δράση λόγω ανωριμότητας).
- 2.Ομάδα Β (Φέρει έκκεντρο πυρήνα, έχουν σχέση με όγκους τρακτικών και απόκλιση σακχαρίλης, 1,18γρ/κ.εκ)
- 3.Ομάδα C (Φέρει πυκνοχρωματικό κεντρικό πυρήνα. Πολύ διαδεδομένοι προκαλούν λευχαιμίες, λεμφώματα, νεοπλασίες στα αιλουροειδή, στα πτηνά, βοοειδή, υποειδή. Εδώ ανήκουν και οι ρετροϊκοί HTLV-I, II, III που προσβάλλουν το άνθρωπο και έχουν απομονωθεί).
- 4.Ομάδα D (Σε πιθήκους όπως Mason-Pfizer Monkey Virus (M.P.M.V) που σχετίζεται με όγκους, Εδώ ανήκει και ο ιός του συνδρόμου επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας που απομονώθηκε).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Ταξινόμηση των ρετροϊών με βάση ογκογόνες και λυτικές ιδιότητες (Gallo και συνεργάτες 1983).

1. Oncoviruses (πιο διαδεδομένοι ενδογενείς και εξωγενείς)

Πτηναίος ιός λευχαιμίας

Ιός σαρκώματος πτηνών

Ιός τύπου I από T-λεμφοκύτταρα λευχαιμίας

Ιός τύπου II λευχαιμίας από T λεμφοκύτταρα

2. Lentiviruses (εξωγενείς, παθογόνοι όπως ο Mouse Mammary Tumor Virus).

Με λυτική δράση στις καλλιέργειες των κυττάρων.

Ιοί με συνοδό λεμφαδενοπάθεια ανθρώπων HTLV-III/LAV.

Σχετικός με το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας στον άνθρωπο.

3. Spumaviruses (Μη παθογόνοι. Σχηματίζουν συγκύτια).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Ταξινόμηση των ρετροϊών με βάση τη γενετική δομή (ανάλυση νουκλεοτιδικών σειρών και κλωνικοί DNA του προϊόντος).

1. Ιοί χρόνιας λευχαιμίας (Στο RNA αυτών εμπεριέχονται τρεις βασικές γονυλιακές περιοχές γενεών, τρωκτικών, αιλουροειδών, πιθήκων).

2. Ιοί ταχυτάτου μετασχηματισμού προσβαλλόμενων κυττάρων. (Είναι σπάνιοι και προσβάλλουν μονάχα ζώα).

3. Ιοί HTLV, της λευχαιμίας των βοοειδών και ίσως της ομάδας των Lentiviruses. 4

Κεφάλαιο 2^ο

2.1	ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΤΟΥ HIV/AIDS	
	ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	18
2.1.1	ΝΕΟΔΗΛΩΘΕΝΤΑ HIV ΟΡΟΘΕΤΙΚΑ ΑΤΟΜΑ	18
2.1.2	HIV ΟΡΟΘΕΤΙΚΑ ΑΤΟΜΑ	20
2.1.3	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ	22
2.1.4	HIV ΟΡΟΘΕΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑ	24
2.1.5	ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΝΤΑ ΚΡΟΥΣΜΑΤΑ AIDS	24
2.1.6	ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ AIDS	24
2.2	ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΤΟΥ HIV/AIDS	
	ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	25

2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΤΟΥ **HIV/AIDS ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Σύμφωνα με την εξαμηνιαία έκδοση του περιοδικού του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ), τα επιδημιολογικά στοιχεία του πρώτου εξαμήνου του 2001 είναι τα πιο πρόσφατα που υπάρχουν. Και μάλιστα είναι εκείνα που δηλώθηκαν έως τις 30 Ιουνίου του 2001.

2.1.1 ΝΕΟΔΗΛΩΘΕΝΤΑ HIV ΟΡΟΘΕΤΙΚΑ ΑΤΟΜΑ **(συμπεριλαμβανομένων των κρουσμάτων AIDS)**

Το πρώτο εξάμηνο έτους 2001 δηλώθηκαν 234 νέα περιστατικά εκ των οποίων 168 (71,8%) είναι άνδρες και 62 (26,5%) γυναίκες. Σε 4 περιστατικά δεν δηλώθηκε φύλο. Τα 27 περιστατικά πρωτοδηλώθηκαν ως AIDS κρούσματα (πίνακας 1). Το 50 % των περιστατικών έχουν δηλωθεί ως "ακαθόριστα" σε σχέση με τον τρόπο μετάδοσης, το 29% είναι ομοφυλόφιλοι άνδρες και το 17% ετεροφυλόφιλοι άνδρες και γυναίκες. Το ένα περιστατικό στο οποίο τρόπος μόλυνσης αναφέρεται η μετάγγιση, αφορά ασθενή που υπέστη την μετάγγιση στο εξωτερικό κατά το παρελθόν.(πίνακας 2).

Πίνακας 1

Νεοδηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα, συμπεριλαμβανομένων των κρουσμάτων AIDS,κατά φύλο στην Ελλάδα, από 1/1/2001 έως 30/6/2001				
Φύλο	HIV H	AIDS N	N	Σύνολο %
Άνδρες	151	17	168	71,8
Γυναίκες	52	10	62	26,5
Άγνωστο	4	-	4	1,7
Σύνολο	207	27	234	100,0

Πίνακας 2

Νεοδηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα, συμπεριλαμβανομένων των κρουσμάτων AIDS,κατά κατηγορία μετάδοσης και φύλο στην Ελλάδα, από 1/1/2001 έως 30/6/2001						
Κατηγορία μετάδοσης	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	N	%	N	%	N	%
Ομο/αμφιφυλόφιλοι άνδρες	68	40	-	-	68	29
Χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών	6	4	2	39	4	
Πολυμεταγγιζόμενοι με παράγωγα αίματος	0	0	0	0	0	0
Μεταγγιζόμενοι	0	0	1	2	1	0
Ετεροφυλόφιλοι	11	7	28	45	39	17
Κάθετη μετάδοση	0	0	0	0	0	0
Ακαθόριστοι	83	49	31	50	117	50
Σύνολο	168	100	62	100	234	100

2.1.2 HIV ΟΡΟΘΕΤΙΚΑ ΑΤΟΜΑ

(συμπεριλαμβανομένων και των κρουσμάτων AIDS)

Ο συνολικός αριθμός των HIV οροθετικών ατόμων (συμπεριλαμβανομένων των κρουσμάτων AIDS) που δηλώθηκαν στην Ελλάδα μέχρι τις 30 Ιουνίου 2001 ανέρχεται σε 5.676.

Τα στοιχεία που παρουσιάζουν τις διαχρονικές τάσεις της λοίμωξης πρέπει να ερμηνευτούν με πολύ μεγάλη προσοχή. Λόγω της αναδρομικής συλλογής των δεδομένων, η κατανομή των δηλώσεων ως προς το έτος αναφοράς έγινε ιεραρχικά χρησιμοποιώντας είτε την ημερομηνία δήλωσης, είτε την ημερομηνία έναρξης της θεραπείας, είτε την ημερομηνία λήξεως του οροθετικού δείγματος ανάλογα με τα διαθέσιμα στοιχεία (πίνακας 3).

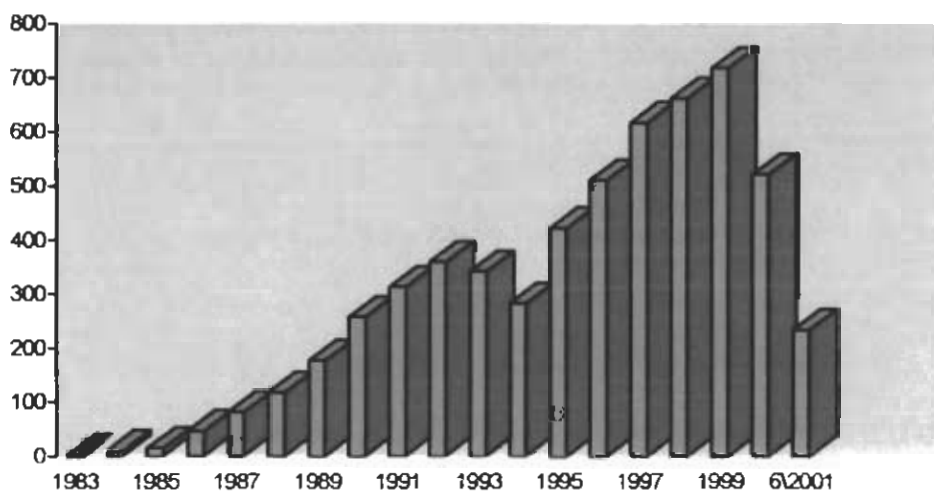
Πίνακας 3

Νεοδηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα, συμπεριλαμβανομένων των κρουσμάτων AIDS, κατά έτος δήλωσης και φύλο στην Ελλάδα, από 1/1/2001 έως 30/6/2001					
Έτος δήλωσης	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο
	N	%	N	%	
1983	2	0,0	0	0,0	2
1984	9	0,2	0	0,0	9
1985	12	0,3	2	0,2	14
1986	44	1,0	2	0,2	46
1987	72	1,6	9	0,9	81
1988	109	2,4	9	0,9	118
1989	159	3,5	17	1,6	176
1990	229	5,0	28	2,7	257
1991	264	5,7	48	4,6	312
1992	309	6,7	49	4,7	358
1993	287	6,2	54	5,2	341
1994	225	4,9	57	5,5	282
1995	356	7,7	66	6,4	422
1996	390	8,5	119	11,5	510
1997	502	10,9	111	10,7	616
1998	518	11,3	122	11,8	661
1999	551	12,0	161	15,5	717
2000	398	8,6	120	11,6	520
Ιουν - 2001	168	3,6	62	6,0	234
Σύνολο	4.604	100,0	1036	100,0	5.676

Αξιολογώντας τα στοιχεία της τελευταίας δεκαετίας, από το 1990 και μετά, ως πιο αξιόπιστα η διαχρονική τάση της επιδημίας ήταν αυξητική και στους άνδρες και στις γυναίκες. Για πρώτη φορά όμως το 2002 η επίπτωση της HIV λοίμωξης φαίνεται να μειώνεται. Η ερμηνεία αυτής της μείωσης πρέπει να γίνει με πολύ μεγάλη προσοχή αφού η κατανομή των οροθετικών HIV ατόμων ως προς το έτος δήλωσης έχει γίνει με προσεγγιστικές μεθόδους και τείνει να υπερεκτιμά την επίπτωση τα τελευταία έτη έως το 1999. Παρ' όλα αυτά η μείωση αυτή φαίνεται να επιβεβαιώνεται και με βάση τα νεότερα προκαταρκτικά δεδομένα του δευτέρου εξαμήνου του 2001 (σχήμα 1). Από τα 5.676 οροθετικά άτομα τα 4.604 (81,1%) είναι άνδρες, τα 1.036 (18,2%) είναι γυναίκες, ενώ για ένα μικρό ποσοστό το φύλο δεν δηλώθηκε.

Σχήμα 1

Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα, συμπεριλαμβανομένων των κρουσμάτων AIDS, κατά έτος δήλωσης στην Ελλάδα, μέχρι τις 30 Ιουνίου 2001



2.1.3 ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ

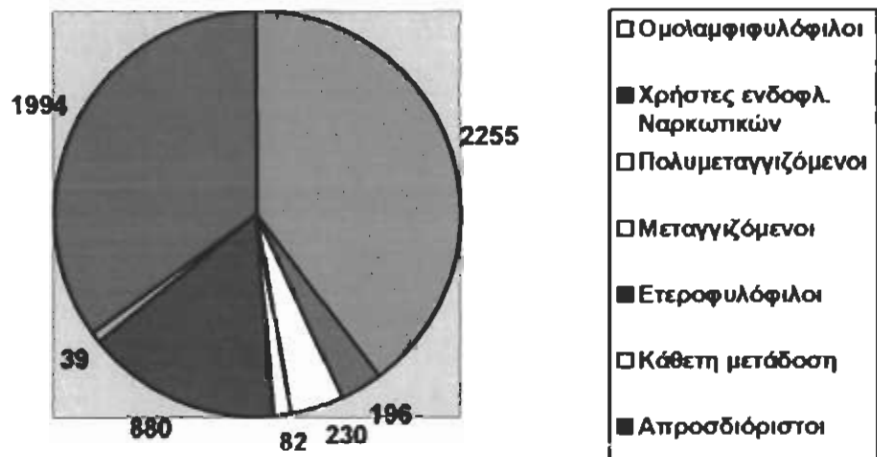
Ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης είναι μέσω της σεξουαλικής επαφής. Πιο συγκεκριμένα το 39,7 είναι άνδρες που δηλώθηκαν ότι μολύνθηκαν διαμέσου της ομοφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής ενώ 15,5% είναι άνδρες και γυναίκες που δήλωσαν ότι μολύνθηκαν διαμέσου της ετεροφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής. Η κατηγορία μετάδοσης παραμένει αδιευκρίνιστη σε ποσοστό πάνω από 35,1% σε αντίθεση με τα κρούσματα AIDS που είναι σημαντικά μικρότερη και φτάνει το 12% (πίνακας 4, σχήμα 2).

Πίνακας 4

Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα, συμπεριλαμβανομένων των κρουσμάτων AIDS, κατά κατηγορία μετάδοσης και φύλο στην Ελλάδα, μέχρι τις 30 Ιουνίου 2001						
Κατηγορία μετάδοσης	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	N	%	N	%	N	%
Ομο/αμφιφυλόφιλοι άνδρες	2255	49,0	-	-	2255	39,7
Χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών	149	3,2	46	4,4	196	3,5
Πολυμεταγγιζόμενοι με παράγωγα αίματος	216	4,7	14	1,4	230	4,1
Μεταγγιζόμενοι	47	1,0	35	3,4	82	1,415,5
Ετεροφυλόφιλοι	327	7,1	548	52,9	880	0,7
Κάθετη μετάδοση	21	0,5	17	1,6	39	35,1
Ακαθόριστοι	1589	34,5	376	36,3	1994	100,0
Σύνολο	4.604	100,0	1036	100,0	5.676	

Σχήμα 2

Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα, συμπεριλαμβανομένων των κρουσμάτων AIDS, κατά κατηγορία μετάδοσης στην Ελλάδα, από 1/1/2001 έως 30/6/2001



Οι αναλογίες ως προς τον τρόπο μόλυνσης δείχνουν μία ελαφρά μείωση για τους ομοφυλόφιλους άνδρες και μία μικρή αύξηση για την ετεροφυλική μετάδοση.

Το μεγάλο όμως ποσοστό των "ακαθόριστων" περιπτώσεων πιθανότατα να εισαγάγει κάποιο συστηματικό σφάλμα στην εκτίμηση των τάσεων ως προς τον τρόπο μετάδοσης αφού μπορεί να συνδέεται με την σκόπιμη απόκρυψη του τρόπου μετάδοσης για συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού.

Σε σύνολο 880 ατόμων που έχουν μολυνθεί μέσω της ετεροσεξουαλικής οδού, η πλειοψηφία είναι γυναίκες. Το 39,5% των περιστατικών είναι άτομα που προέρχονται από χώρες στις οποίες η ετεροφυλική μετάδοση είναι συχνή, 27% αφορά σεξουαλική επαφή με HIV οροθετικά άτομα με ακαθόριστη πηγή μόλυνσης, 10,6% σεξουαλική επαφή με αμφιφυλόφιλο άνδρα και 9,3% σεξουαλικές επαφές με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους (μόνο για γυναίκες).

2.1.4 HIV ΟΡΟΘΕΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑ

Κανένα νέο HIV οροθετικό παιδί δε δηλώθηκε το πρώτο εξάμηνο του 2001. Ο αριθμός των HIV οροθετικών παιδιών παραμένει χαμηλός στη χώρα μας και ανέρχεται σε 68 περιπτώσεις εκ των οποίων τα 46 είναι αγόρια και τα 21 κορίτσια. Σε ένα παιδί το φύλο είναι άγνωστο. Το 57,4% έχουν μολυνθεί από τη μητέρα, ενώ το 22,1% είναι πολυμεταγγιζόμενα παιδιά.

2.1.5 ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΝΤΑ ΚΡΟΥΣΜΑΤΑ AIDS

Το εξάμηνο Ιανουαρίου-Ιουνίου 2001 διαγνώστηκαν 31 νέα κρούσματα AIDS εκ των οποίων 21 (67,7%) είναι άνδρες και 10 (32,3%) γυναίκες. Η μετάδοση μέσω της ομοφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής στους άνδρες αποτελεί το 42% των νέων κρουσμάτων και ακολουθεί η μετάδοση μέσω ετεροφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής με ποσοστό 26%. Κανένα νέο κρούσμα δε μολύνθηκε από μετάγγιση ή μέσω κάθετης μετάδοσης. Η πλειονότητα των νέων κρουσμάτων αφορά ηλικίες μεταξύ 35-44 ετών ενώ δεν διαγνώστηκε κανένα νέο παιδιατρικό κρούσμα.

2.1.6 ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ AIDS

Ο αριθμός των θανάτων από AIDS που δηλώθηκαν το πρώτο εξάμηνο του 2001 ανέρχεται σε 19 άτομα. Η μεγάλη πλειοψηφία των θανάτων αφορά άνδρες και αντανακλά τη μεγάλη αναλογία των ανδρών επί του συνόλου των κρουσμάτων.

Η σημαντική μείωση στον αριθμό των θανάτων από AIDS που ξεκίνησε το 1997, οφείλεται στην εισαγωγή των νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων (HAART) οι οποίες καθυστερούν σημαντικά την εξέλιξη της νόσου. Έκτοτε η τάση αυτή έχει σταθεροποιηθεί.

2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΤΟΥ HIV/AIDS ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Τα στοιχεία που παρουσιάζονται και αφορούν άλλες ευρωπαϊκές χώρες προέρχονται από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Επιδημιολογικής Επιτήρησης του HIV/AIDS στο Παρίσι στο οποίο συμμετέχει και η Ελλάδα.

Κάθε χώρα έχει το δικό της σύστημα επιτήρησης. Ως εκ τούτου τα στοιχεία που παρουσιάζονται πρέπει να ερμηνεύονται λαμβάνοντας υπόψη ότι τα αποτελέσματα επηρεάζονται από τον τρόπο συλλογής των δεδομένων, τη νομοθεσία κάθε χώρας, την πληρότητα και τους άλλους παράγοντες. Η ερμηνεία των δεδομένων είναι ενδεικτική.

HIV: Αξιολογώντας τα τελευταία Ευρωπαϊκά δεδομένα σε σχέση με την επίπτωση της HIV λοίμωξης στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα, παρατηρούμε ότι οι χώρες με μεγαλύτερη επίπτωση για το έτος 2000 είναι η Πορτογαλία, το Λουξεμβούργο, το Βέλγιο, η Ελβετία και η Ιρλανδία, ενώ δεν υπάρχουν στοιχεία για την Ισπανία, την Ιταλία, τη Γαλλία των οποίων η επίπτωση εκτιμάται να είναι υψηλότερη από τη συνολική επίπτωση για την Ευρωπαϊκή Κοινότητα. Το έτος 2000 η επίπτωση της HIV λοίμωξης στην Ελλάδα για πρώτη φορά είναι μικρότερη από τον αντίστοιχο κοινοτικό μέσο όρο.

AIDS: Οι χώρες με μεγαλύτερη επίπτωση για το έτος 2000 είναι η Πορτογαλία, η Ισπανία, η Ιταλία και η Γαλλία. Η επίπτωση του AIDS στην Ελλάδα παραμένει σταθερά κάτω από την αντίστοιχη επίπτωση για το σύνολο της Ευρωπαϊκής Κοινότητας.⁵

Κεφάλαιο 3^ο

3.1 ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΟΥ AIDS	27
3.2 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ HIV ΛΟΙΜΩΞΗΣ	28
3.2.1 ΣΩΣΤΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	28
3.2.2 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΟΥΣ ΧΡΗΣΤΕΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ	29
3.2.3 ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΙΜΑΤΟΣ, ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ ΤΟΥ, ΚΑΙ ΙΣΤΩΝ	30
3.2.4 ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΕΜΒΡΥΟΥ ΚΑΙ ΝΕΟΓΝΟΥ	30
3.2.5 ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	32
3.3 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΗΣ HIV ΛΟΙΜΩΞΗΣ	33

3.1 ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΟΥ AIDS

Το AIDS είναι μία μεταδοτική αρρώστια αλλά οι τρόποι μετάδοσής του είναι περιορισμένοι. Η μετάδοση του ιού από άτομο σε άτομο γίνεται με το αίμα. Το σπέρμα και τις κολπικές εκκρίσεις. Επομένως οι τρόποι μετάδοσής του είναι οι εξής.

α. Αιματογενής: Ο ιός του AIDS μεταδίδεται με το ολικό αίμα, με τα κυτταρικά στοιχεία του αίματος, με το πλάσμα και τους παράγοντες πήξης. Αυτός βέβαια ο κίνδυνος αφορούσε τους μεταγγιζόμενους πριν το 1985, γιατί από το Σεπτέμβριο του 1985 άρχισε ο έλεγχος για τον ιό του AIDS των αιμοδοτών και κατά συνέπεια ο κίνδυνος να πάρει κάποιος μολυσμένο αίμα έχει ελαχιστοποιηθεί. Σε όλο τον κόσμο αποκλείονται ως αιμοδότες οι ομοφυλόφιλοι και οι τοξικομανείς. Στους τοξικομανείς που κάνουν χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών με σύριγγες ή βελόνες κοινής χρήσης είναι δυνατή η μετάδοση του ιού και οφείλεται στη μεταφορά μικρής ποσότητας αίματος από το ένα άτομο στο άλλο κατά την κοινή χρήση.

β. Σεξουαλική μετάδοση: Ο ιός ανιχνεύθηκε στο σπέρμα και στο τραχηλικό έκκριμα φορέων. Ο ρόλος της γενετήσιας οδού στη μετάδοση του AIDS είναι σημαντικός. Κατά συνέπεια μολύνεται κανείς κάνοντας όλες τις σεξουαλικές πράξεις, κατά φύση ή παρά φύση.

γ. Περιγεννητική και κάθετη μετάδοση: Η μετάδοση γίνεται από τη μητέρα που έχει το κύημα ή το νεογνό κατά τον τοκετό λίγο μετά τη γέννηση και κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Ο ιός μπορεί να απομονωθεί στο μητρικό γάλα και έχει βεβαιωθεί περίπτωση μόλυνσης νεογνού από θηλασμό. Η πιθανότητα προσβολής στην περιγεννητική περίοδο από τη μητέρα στο παιδί είναι 50% περίπου.

δ. Άτυπη μετάδοση: Είναι δυνατή η μετάδοση του ιού με την είσοδο μικρής ποσότητας αίματος ή άλλων μολυσματικών υγρών και εκκρίσεων από τις αμυχές του δέρματος. Αυτό μπορεί να συμβεί με την κοινή χρήση ξυριστικών μηχανών, οδοντόβουρτσας και

3.2 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ HIV ΛΟΙΜΩΞΗΣ

Η πρόληψη είναι η λέξη "κλειδί" σε όλο το φάσμα των ασθενειών και πριν από όλες τις πράξεις της ιατρικής και της νοσηλευτικής.

Η πρόληψη της HIV λοίμωξης έγκειται στους σωστούς τρόπους σεξουαλικής συμπεριφοράς, στην προσωπική και εφάπαξ χρήση βελόνων και συριγγών, εφόσον και αν γίνεται χρήση ενδοφλέβιων ουσιών, στον εργαστηριακό έλεγχο αίματος, παραγώγων του και ιστών, στην προστασία του εμβρύου κατά τον τοκετό και του νεογνού μετά από αυτόν, και στην προστασία των εργαζομένων στα επαγγέλματα υγείας.

3.2.1 ΣΩΣΤΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Ο κίνδυνος σεξουαλικής μετάδοσης της νόσου μπορεί να αποφευχθεί εντελώς, αποφεύγοντας την επαφή με οροθετικά άτομα. Επειδή όμως τις περισσότερες φορές δεν είναι δυνατόν κάποιος να γνωρίζει τη σεξουαλική ταυτότητα του συντρόφου του, όλοι θα πρέπει να είναι ενημερωμένοι για τα επιδημιολογικά δεδομένα της νόσου και τους τρόπους συμπεριφοράς που ευνοούν την εξάπλωση της, ώστε να βοηθήσουν στην πρόληψη.

Η σεξουαλική επαφή μεταξύ ομοφυλοφίλων ενέχει υψηλό κίνδυνο για μόλυνση από τον ιό. Από τις σεξουαλικές πράξεις, στις ιδιαίτερα επικίνδυνες, κατατάσσονται η χωρίς προφυλακτικό σεξουαλική πράξη, από το ορθό ή το στόμα. Οι τρόποι αυτοί προκαλούν τοπική βλάβη και τραυματισμούς βλεννογόνου στόματος και ορθού, με αποτέλεσμα να γίνονται πύλη εισόδου του ιού που βρίσκεται στο σπέρμα του σεξουαλικού συντρόφου.

Στην ετεροφυλοφιλική σεξουαλική πράξη οι πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι θεωρούνται ο βασικότερος παράγοντας κινδύνου μετάδοσης του ιού, διότι όσο αυξάνει ο αριθμός των ερωτικών συντρόφων τόσο αυξάνει η πιθανότητα ένας ή περισσότεροι να είναι οι φορείς του ιού.

Η ενημέρωση των νέων ατόμων για τους κινδύνους από τους πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους και την συμμετοχή σε σεξουαλικές πράξεις χωρίς χρήση προφυλακτικού, αποτελεί βασικό άξονα για το πρόβλημα εξάπλωσης του ιού.⁶

3.2.2 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΤΟΥΣ ΧΡΗΣΤΕΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Στους χρήστες ενδοφλεβίων 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 για ενδοφλέβια, ενδομυϊκή, υποδόρια ή ενδοδερμική χορήγηση ναρκωτικών θεωρείται εξαιρετικά επικίνδυνη.

Το ποσοστό της HIV λοίμωξης στους χρήστες ναρκωτικών ουσιών διαφέρει σε κάθε γεωγραφική περιοχή. Σε πολλές μελέτες αναφέρεται αύξηση του ποσοστού της λοίμωξης σε άτομα τα οποία χρησιμοποιούν κοκαΐνη και ηρωίνη συγχρόνως. Επίσης αύξηση του αριθμού των κρουσμάτων παρατηρείται στα χαμηλά κοινωνικά και οικονομικά στρώματα, στους αστέγους και στις εθνικές μειονότητες με κακές συνθήκες διάσωσης.

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

Η χρήση σύριγγας μίας χρήσεως, καθώς και η αποφυγή του μοιράσματος της, συντέλεσαν στη μείωση του ποσοστού της λοίμωξης, σε αυτό του πληθυσμού, χωρίς βέβαια αυτό να σημαίνει ότι ελαττώθηκε ο κίνδυνος μετάδοσης.⁶

3.2.3 ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΙΜΑΤΟΣ, ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ ΤΟΥ ΚΑΙ ΥΛΙΚΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ

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 και μοναδική μετάγγιση οροθετικού δότη είναι 100%.

Παράγωγα του αίματος ή του πλάσματος, όπως υπεράνοσος γ' σφαιρίνη προετοιμάζονται με τέτοιους τρόπους ώστε αδρανοποιείται ο ιός.

Μετά το 1985 που επιβλήθηκε ο έλεγχος, υπολογίζεται ότι ο κίνδυνος μειώθηκε σημαντικά.

Έχουν αναφερθεί επίσης περιστατικά HIV λοίμωξης μετά από μεταμόσχευση ήπατος, νεφρών, παγκρέατος καθώς και σπέρματος.

Για το λόγο αυτό, οι δωρητές οργάνων θα πρέπει να ελέγχονται για HIV λοίμωξη. Το ίδιο ισχύει και για τις τράπεζες σπέρματος που διαθέτουν σπέρμα δοτών για εξωσωματική γονιμοποίηση.⁶

3.2.4 ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΕΜΒΡΥΟΥ ΚΑΙ ΝΕΟΓΝΟΥ

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 ενδομητρίου λοίμωξης του εμβρύου, επιβεβαιώνεται από την ανίχνευση του ιού της

ιστοκαλλιέργειας εμβρύου έως 8 εβδομάδες κύησης. Επιπροσθέτως 30-50% των παιδιών που μολύνθηκαν και κατά τη γέννησή τους ήταν οροθετικά με PCR ή κυτταροκαλλιέργεια του ιού, πιθανά αντανακλούν τη μετάδοση του ιού κατά την πρώιμη ή μέση περίοδο της κύησης.

Αντίθετα, αρνητική PCR ή αρνητικές κυτταροκαλλιέργειες του ιού κατά τη γέννηση παιδιών, που μετέπειτα έγιναν οροθετικά, αντανακλούν λοίμωξη στο τέλος της κύησης ή κατά τη γέννα. Η καισαρική τομή σε σύγκριση με τη γέννα έχει μικρότερο ποσοστό έκθεσης στον ιό.

Ο κίνδυνος μόλυνσης εξαρτάται από το αν η μητέρα βρίσκεται σε πρώιμο ή προχωρημένο στάδιο. Φαίνεται ότι οι μητέρες που είναι στα δύο άκρα, πρωτοπαθή λοίμωξη και προχωρημένο συμπτωματικό στάδιο, μεταδίδουν τον ιό στο έμβρυο περισσότερο από τις ασυμπτωματικές μητέρες.

Κυτταρικοί δείκτες του ανοσολογικού σταδίου της μητέρας, συνδεδεμένοι με την κάθετη μετάδοση, περιλαμβάνουν την αύξηση των CD8+T λεμφοκυττάρων και την μείωση των CD4+T λεμφοκυττάρων.

Αναφορές σχετικά με την προγνωστική αξία του μητρικού αντιγόνου HIV P24 στην κάθετη μετάδοση, προκαλούν αντιπαράθεσεις.

Στους παράγοντες κινδύνου μετάδοσης του ιού από τη μητέρα στο έμβρυο, συμπεριλαμβάνονται και οι παράγοντες που αφορούν τον πλακούντα και οι οποίοι διακόπτουν το φράγμα μητέρα-έμβρυο. Φλεγμονή του πλακούντα θέτει σε μεγαλύτερο κίνδυνο τα παιδιά που γεννιούνται από μητέρες HIV οροθετικές, με φυσιολογικά CD8+ και από μητέρες HIV οροθετικές, με φυσιολογικά CD8+ και CD4+T λεμφοκύτταρα.

Ο ιός HIV απομονώθηκε και στο μητρικό γάλα, ενώ αναφορές ότι οι μητέρες μόλυναν τα παιδιά τους μετά τη γέννηση, εστίασε τον κίνδυνο της κάθετης μετάδοσης και μέσω του θηλασμού.

Αρκετές προοπτικές μελέτες που σύγκριναν τον μητρικό θηλασμό και τον τεχνητό θηλασμό, εξακρίβωσαν μεγαλύτερα ποσοστά κινδύνου μετάδοσης του ιού HIV με το μητρικό γάλα. Μία προσεκτική ανάλυση των στοιχείων εκτιμάει ότι ο κίνδυνος μόλυνσης με το μητρικό γάλα είναι από 14-29%.

Ο κίνδυνος μετάδοσης από τη μητέρα στο παιδί μειώνεται με την λήψη λιδοβονδίνης

(προ και κατά τη διάρκεια του τοκετού στη μητέρα, και 6 μήνες μετά και στο παιδί) με την καισαρική και την αποχή από το μητρικό θηλασμό.⁶

3.2.5 ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η έκθεση στον ιό HIV των εργαζομένων σε επαγγέλματα υγείας, αποτελεί σημαντικό υγειονομικό πρόβλημα για τις κρατικές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας και άγχος για τους απασχολούμενους.

Ο κίνδυνος μόλυνσης, μετά από διαδερμική τρώση βελόνας, είναι περίπου 0.3%. Η πιθανότητα ορομετατροπής μετά από απλή επαφή ανέπαφου δέρματος με βιολογικό υγρό ή αίμα θετικό για τον ιό HIV, είναι μηδαμινή και πρακτικώς μη υπολογίσιμη.

Παράγοντες που επηρεάζουν τον κίνδυνο επαγγελματικής μετάδοσης της HIV λοίμωξης περιλαμβάνουν και την έκταση της έκθεσης, καθώς και την κατάσταση τόσο της πηγής μόλυνσης (δότης) όσο και του εργαζόμενου που υπέστη το ατύχημα.

Για να υπολογιστούν οι παράγοντες κινδύνου το CDC (Κέντρο Ελέγχου Λοιμώξεων, ΗΠΑ) σε συνεργασία με τις Γαλλικές και Βρετανικές δημόσιες υπηρεσίες υγείας, έκανε αναδρομική μελέτη περιστατικών που αναφέρθηκαν στο εθνικό σύστημα υγείας των ΗΠΑ, της Γαλλίας και της Βρετανίας.

Η μελέτη περιελάμβανε όλους τους εργαζόμενους σε τομείς υγείας, οι οποίοι είχαν εκτεθεί στον ιό το διάστημα Ιανουάριος 1988-Αύγουστος 1994, καθώς και τους εργαζόμενους σε τομείς υγείας που είχαν εκτεθεί στον ιό και ήταν υπό έλεγχο μετά τον Ιανουάριο του 1988 και τον Αύγουστο του 1994, για 6 μήνες.

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι ο αυξημένος κίνδυνος για HIV λοίμωξη μετά από διαδερμική έκθεση στον ιό, εξαρτάται από 3 παράγοντες:

1) ο κίνδυνος αυξάνει εάν η έκθεση αφορά μεγάλη ποσότητα αίματος, 2) η έκθεση σε αίμα ασθενούς που βρίσκεται σε τελικό στάδιο, 3) η προφυλακτική αντιρετροϊκή αγωγή έχει αποτέλεσμα στους εργαζόμενους σε τομείς υγείας. Οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία μπορούν με πιστή εφαρμογή ορισμένων κανόνων να μειώσουν τον κίνδυνο έκθεσης σε

αίμα ή βιολογικά υγρά του ασθενούς.

Το CDC έδωσε μία σειρά οδηγιών για προφύλαξη των εργαζομένων σε τομείς υγείας και ονομάστηκε οδηγός καθολικής προφύλαξης, διότι η βασική αρχή είναι ότι όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να θεωρούνται δυνητικά οροθετικοί και να αντιμετωπίζονται ανάλογα.

Εκτός από τους κανόνες καθολικής προφύλαξης, κατά το χειρισμό αίματος ή βιολογικών υγρών ασθενών με HIV λοίμωξη, θα πρέπει να τηρούνται αυστηρά το πλύσιμο των χεριών, η χρησιμοποίηση γαντιών, καθώς επίσης τα νυστέρια και οι βελόνες να αγγίζονται με προσοχή.⁶

3.3 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΗΣ HIV ΛΟΙΜΩΞΗΣ

Η σημασία της έγκαιρης διάγνωσης ατόμων που έχουν προσβληθεί από το HIV, ιδιαίτερος όσον αφορά στην αποφυγή εξάπλωσης του συνδρόμου της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, δε μπορεί αρκούντως να τονισθεί.⁷

Η απομόνωση του ιού το 1983, οδήγησε γρήγορα στη δημιουργία διαφόρων μεθόδων για τη διάγνωση της μόλυνσης. Ήδη από το 1985 σε παγκόσμια κλίμακα έχουν αναπτυχθεί ανοσολογικές μέθοδοι οι οποίες κατά κύριο λόγο ανιχνεύουν αντισώματα έναντι του ιού και καθορίζουν το εάν κάποιος έχει έρθει ή όχι σε επαφή με τον ιό.

Η ανάπτυξη των ανοσολογικών τεχνικών έχει οδηγήσει σε ουσιαστική προάσπιση της Δημόσιας Υγείας, διαγιγνώσκοντας έγκαιρα ποια άτομα έχουν μολυνθεί με τον ιό, διευκολύνοντας τον αποκλεισμό τους από την αιμοδοσία. Αυτό μπορεί θεωρητικά να μηδενίσει το ποσοστό περιπτώσεων AIDS που οφείλονται στη μετάγγιση αίματος.

Εάν αυτό είναι το ζητούμενο, τότε θα πρέπει οι τεχνικές οι οποίες διαθέτουμε για την διάγνωση της μόλυνσης να είναι όσο το δυνατόν πιο ευαίσθητες και πιο ειδικές. Όμως, όπως συμβαίνει και με άλλες τεχνικές, υπάρχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα για

κάθε μία από αυτές.

Για το λόγο αυτό, είναι αναγκαίο κατά τη διεργασία της διάγνωσης της μόλυνσης HIV να χρησιμοποιούνται περισσότερες από μία μέθοδοι, με κύριο αντικειμενικό στόχο την αύξηση της ευαισθησίας και της ειδικότητας.⁸

Τρεις είναι οι κύριες μέθοδοι ανίχνευσης του ιού:

1) Διαπίστωσης της παρουσίας του ιού σε βιολογικό υλικό με το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο, απευθείας ή μετά εμπλουτισμού του σε κυτταροκαλλιέργειες. Η μέθοδος αυτή είναι χρονοβόρα και δύσχρηστη και δεν προσφέρεται ως μέθοδος ρουτίνας.

2) Ανίχνευση των πρωτεϊνικών συστατικών του ιού, αμέσως ή εμμέσως, με βάση τα αναπτυσσόμενα για τις ιϊκές πρωτεΐνες αντισώματα. Η σχετική μεθοδολογία (ηλεκτροφόρηση πηκτώματος ακρυλαμίδης, εκτυπώματα Western) επιτρέπει την ανίχνευση, με συγκεκριμένη χρονική σειρά, των ιϊκών πρωτεϊνών ή των αντισωμάτων τους. Η μεθοδολογία αυτή έχει τα μειονεκτήματα αφ' ενός του μεγάλου σχετικώς λανθάνοντος χρόνου εμφανίσεως ανιχνεύσιμων ποσοτήτων ιϊκών πρωτεϊνών ή των αντισωμάτων τους, αφ' ετέρου του επηρεασμού της από την ανοσολογική κατάσταση του ασθενούς, κυρίως από την ανοσοκαταστολή που προκαλεί ο HIV που μπορεί να φθάσει και στην πλήρη αδυναμία της ανιχνεύσεώς του.

3) Ανίχνευση απευθείας του γενετικού υλικού του HIV με τη μέθοδο της αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης (PCR). Η εντυπωσιακή αυτή τεχνική επιτρέπει, χρησιμοποιώντας οποιοδήποτε δείγμα που περιέχει το HIV έστω και σε μικρές ποσότητες, με απλό και γρήγορο τρόπο τον *in vitro* πολλαπλασιασμό επιθυμητών αλληλουχιών του ιού σε τέτοιες ποσότητες, που γίνονται ορατές στην άμεση παρατήρηση. Επιπλέον, ο συνδυασμός της μεθόδου PCR με την ανάλυση της αλληλουχίας του DNA, επιτρέπει συμπεράσματα ως προς τον τύπο του ιού και πιθανές μεταλλάξεις του γονιδιώματος.⁷

Το γεγονός δε ότι η χρήση αυτών των τεχνικών ανίχνευσης αντί HIV- αντισωμάτων απαιτεί αφενός οργανωμένα εργαστήρια και αφετέρου εξειδικευμένο προσωπικό, περιορίζει τη χρήση αυτών μόνο σε ειδικά κέντρα που εκπληρούν τις προαναφερθείσες προϋποθέσεις.

Έτσι, η ανακάλυψη αντί HIV- αντισωμάτων και σε άλλα σωματικά υγρά, όπως το σάλιο,

το υγρό ουλοδοντικής ένωσης, το εξίδρωμα του στοματικού βλεννογόνου, το σπέρμα, οι εκκρίσεις του κόλπου, τα ούρα τα οποία και άνετα παρέχονται από τους εξεταζόμενους και δεν απαιτούν εξειδικευμένο προσωπικό αλλά και κυρίως εκμηδενίζουν τον κίνδυνο τυχαίας μόλυνσης, φάνηκε ότι θα δώσει λύση στα παραπάνω προβλήματα.

Επί παραδείγματι, το σάλιο έχει χρησιμοποιηθεί από πολλούς αντί του αίματος για την ανίχνευση των αντί - HIV- αντισωμάτων. Τα αποτελέσματα από τη χρήση του σάλιου, παρά το ότι χρησιμοποιήθηκαν οι ανοσοενζυμικές μέθοδοι (EIA) οι οποίες ήταν σχεδιασμένες για την ανίχνευση των HIV αντισωμάτων στον ορό ή στο πλάσμα, ήταν αποδεκτά. Παρ' ότι όμως η μέθοδος αυτή είναι ευκολόχρηστη, δεν απαιτεί εξειδικευμένο προσωπικό και είναι ακίνδυνη λόγω των ψευδώς θετικών και αρνητικών αποτελεσμάτων, τα μέχρι τώρα αποτελέσματα επιτρέπουν την αποδοχή της χρήσης της μόνο για επιδημιολογικές μελέτες και όχι για διάγνωση.⁹

Κεφάλαιο 4ο

4.1 ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ	37
4.2 ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΤΑ 4 ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΗΙΥ ΛΟΙΜΩΞΗΣ	38
4.3 ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ	39
4.3.1 ΕΙΔΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ	39
4.3.2 ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΑΡΧΟΜΕΝΗΣ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ	40
4.3.3 ΣΗΜΕΙΑ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ ΣΟΒΑΡΗΣ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ	41

4.1 ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΤΗΣ **ΛΟΙΜΩΞΗΣ**

Τουλάχιστον στην αρχή, τα συμπτώματα του συνδρόμου μπορεί να μην είναι χαρακτηριστικά. Η νόσος μπορεί να εκδηλωθεί ως παρατεταμένη ανεξήγητη κόπωση, πρήξιμο στους λεμφαδένες και πυρετό που κρατά πολλές μέρες. Πολύ συχνά εκδηλώνεται και με λοιμώξεις που σε άλλες συνθήκες ο οργανισμός θα αντιμετώπιζε πολύ εύκολα.¹⁰

Επί 3 εβδομάδες έως και 12 μήνες μετά τη μόλυνση δεν υπάρχει κανένα εργαστηριακό ή κλινικό εύρημα, ώσπου να εμφανισθούν αντισώματα κατά του ιού στον ορό του ασθενούς. Η ορομετατροπή συνοδεύεται σ'ένα ποσοστό των αρρώστων που μοιάζει με λοιμώδη μονοπυρήνωση. Ακολουθεί μία τελείως ασυμπτωματική φάση διάρκειας συνήθως 6-12 μηνών, καμιά φορά όμως και πολλών ετών, οπότε εγκαθίσταται γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια. Επί 3 έως 5 ή και περισσότερα χρόνια δεν υπάρχουν άλλα συμπτώματα, όσο όμως λιγοστεύουν τα T₄ λεμφοκύτταρα, αρχίζουν να εμφανίζονται διάφορα συμπτώματα.

Το σύνδρομο αυτό αποκαλείται ARC (Aids Related Complex) και διαρκεί από λίγους μήνες έως λίγα χρόνια, επακολουθεί δε τέλος το πλήρες AIDS. Αυτό χαρακτηρίζεται από πλήρη έλλειψη κυτταρικής ανοσίας, με συνέπεια καιροσκοπικές (ευκαιριακές) λοιμώξεις, εμφανίζονται δε διάφορα νεοπλάσματα, νευρολογικά συμπτώματα και διάφορες άλλες κλινικές και εργαστηριακές εκδηλώσεις. Μετά από μία ανελέητη πορεία και αρκετές νοσοκομειακές νοσηλείες επέρχεται ο θάνατος.¹¹

4.2 ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΤΗ 4 ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΗΙΥΛΟΙΜΩΞΗΣ

Η κλινική υποψία μόλυνσης ενός ατόμου από τον ιό HIV και ο καθορισμός του σταδίου της λοίμωξης από τον ιό, προϋποθέτουν τη γνώση του τρόπου μετάδοσης του ιού των ομάδων κινδύνου για τη μετάδοση και την καλή γνώση της φυσικής ιστορίας της νόσου.

A. ΠΡΩΤΟΛΟΙΜΩΞΗ

Η πρωτολοίμωξη όταν γίνει κλινικά εμφανής, εκδηλώνεται με μονοπυρηνικό σύνδρομο, πυρετό, αρθραλγίες, κηλιδώδες εξάνθημα. Η εμφάνιση των αντισωμάτων έναντι του ιού HIV καθυστερεί μετά την πρωτολοίμωξη 6-8 εβδομάδες ενώ ο ασθενής είναι τελείως ασυμπτωματικός. Στο μεταξύ, μόνο η αναζήτηση του ίδιου του ιού στο αίμα (αντιγοναιμία) μπορεί να αποκαλύψει τη νόσο.

B. ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΠΟΡΕΙΑΣ

Η περίοδος αυτή συνήθως διαρκεί αρκετά χρόνια. Κλινικά ο ασθενής παραμένει "ασυμπτωματικός φορέας". Εργαστηριακά το άτομο εμφανίζει αντισώματα έναντι του ιού HIV και η αρχική αντιγοναιμία εξαφανίζεται (εξαφάνιση του P24).

Γ. ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΠΟΡΕΙΑΣ

Τα πρώτα κλινικά συμπτώματα εμφανίζονται κυρίως όταν ο αριθμός CD₄ πέφτει κάτω από 500 ml. Κλινικά παρατηρούμε τα λεγόμενα "ήσσονα σημεία της νόσου", όπως η απώλεια βάρους μεγαλύτερη από 10% του Σ.Β, χρόνιο διαρροϊκό σύνδρομο, σμηγματορροϊκή δερματίτις κ.λ.π.

Δ. ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ

Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση περιστασιακών λοιμώξεων (πνευμονοκύστωση, τοξοπλάσμωση κ.λ.π) των νεοπλαστών, και τέλος της απευθείας προσβολής κάποιων

οργάνων και ιστών από τον ίδιο τον ιό HIV.¹²

4.3 ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ

Τα κλινικά σημεία της λοίμωξης διακρίνονται σε: μη ειδικά σημεία, σε κλινικά σημεία αρχόμενης ανοσοκαταστολής, σε σημεία ενδεικτικής σοβαρής ανοσοκαταστολής (ενδεικτική ύπαρξη ευκαιριακής λοίμωξης).¹²

4.3.1 ΜΗ ΕΙΔΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Εμφανίζονται ανεξαρτήτως αριθμού CD₄ και βαθμού ανοσοκαταστολής, εγείρουν την υποψία λοίμωξης HIV και υποδείχνουν τον παραπέρα ορολογικό έλεγχο για επιβεβαίωση της οροθετικότητας και είναι:

α) Η παρουσία λεμφαδενικού συνδρόμου

Διάγνωση αδένα (διάμετρος >1cm), εξαιρουμένων των βουβονικών για περισσότερο από 3 μήνες μπορεί να είναι το σημείο λοίμωξης από τον ιό HIV.

β) Χρόνια θρομβοπενία

Θρομβοπενία ανοσολογικής αρχής που μπορεί να εμφανισθεί ανεξαρτήτως ανοσοκαταστολής ή μη, δε συνοδεύεται συνήθως από γενικά συμπτώματα ενώ σπάνια ο ασθενής παρουσιάζεται με αιμορραγίες ή εκχυμώσεις.

γ) Διαταραχές συμπεριφοράς

Μπορεί να σημαίνουν προσβολή του Κ.Ν.Σ. Συνήθως είναι μία εκδήλωση που εμφανίζεται στα τελευταία στάδια της νόσου. Εντούτοις, μπορεί να εμφανιστεί όταν ακόμη η ανοσοκαταστολή είναι ασήμαντη. Αντιστοιχεί σε ανατομικές βλάβες που σχετίζονται με απευθείας δράση του ιού HIV. Οι εκδηλώσεις συνήθως συγχέονται με τις συχνά συντρέχουσες ψυχοσωματικές ή καταθλιπτικές συνδρομές, γι 'αυτό και η

διάγνωση είναι δύσκολη και η εξέλιξη προς άνοια σύντομη.

δ) Μεταβολή της γενετικής κατάστασης του οργανισμού

Η απώλεια βάρους >10% είναι ένα σημείο πολύ πρώιμο. Τα αίτια είναι ποικίλα. Μπορεί να συμβεί κατά τη διάρκεια μίας λοίμωξης ή μετά από ένα αίτιο που μειώνει την όρεξη όπως η ανορεξία, στοματοφαρυγγικά άλγη, δυσφαγία, νευρολογική προσβολή, διάρροια, σύνδρομο δυσαπορρόφησης. Οι ασθενείς με HIV παρουσιάζουν μία αύξηση του μεταβολισμού κατά 15%. Τέλος, μπορεί να ανευρεθεί αιτία της απώλειας. Η κατάσταση έχει ονομασθεί wasting syndrome, αποδίδεται στον ίδιο τον ιό και οδηγεί σε καχεξία.

ε) Η εμφάνιση δερματικών βλαβών Karosi 7

Οι δερματικές αυτές βλάβες μπορεί να παρουσιαστούν σαν πρώτη εκδήλωση ακόμη και με αριθμό CD4 <500 και αποτελεί δείκτη ταχείας εξέλιξης της νόσου HIV.

Άλλα συμπτώματα που κινούν την υποψία λοίμωξης HIV, είναι: ανεξήγητος παρατεταμένος πυρετός, διάρροια για πολλές εβδομάδες, σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα (κυρίως γυναικολογική λοίμωξη με χλαμύδια, σύφιλη, γονόρροια κ.λ.π.) 12

4.3.2 ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΑΝΕΡΧΟΜΕΝΗΣ

ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ

Τα πρώτα κλινικά σημεία εμφανίζονται συνήθως όταν ο αριθμός των CD4 γίνεται μικρότερος από 500/mm³. Είναι κυρίως κλινικά σημεία από το δέρμα και τους βλεννογόνους. Αυτά είναι:

- * Η λευκοπλακία του τριχωτού της γλώσσας είναι σημείο σχεδόν παθognωμικό της λοίμωξης από τον ιό HIV.
- * Υποτροπιάζοντες ή χρόνιοι έρπητες κύρια της γεννητικής σφαίρας.
- * Σμηγματορροϊκή δερματίτιδα του προσώπου, της μύτης, των φρυδιών.
- * Υποτροπιάζων έρπητης ζωστήρας σε πολλαπλά νευροτόμια.
- * Μολυσματικό κηρίο. Γλωσσοφαρυγγική μυκητίαση.

- * Δερματική μυκητιάσεις.
- * Άφθες
- * Κονδυλώματα

Άλλες κλινικές καταστάσεις που είναι ενδεικτικά της έκπτωσης της κυτταρικής ανοσίας είναι: η βακτηριακή αγγειομάτωση, η δυσπλασία του τραχήλου της μήτρας (μέση ή βαριά), insitu καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας, περιφερική νευροπάθεια, λιστερίωση, πυελικές φλεγμονές κ.α. 12

4.3.3 ΣΗΜΕΙΑ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ ΣΟΒΑΡΗΣ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ

(ενδεικτικά ύπαρξης ευκαιριακής λοίμωξης)

α. Ο παρατεταμένος ξηρός βήχας για περισσότερο από δύο εβδομάδες είναι σημείο που εγείρει την υποψία πνευμονίας από πνευμοκύστη καρίνιο (P.C.R). Άλλες διαγνώσεις που μπαίνουν στη διαφορική διάγνωση του βήχα είναι η φυματίωση, η άτυπη μυκοβακτηριδίωση κ.α

β. Το χρόνια διαρροϊκό σύνδρομο κινεί την υποψία για την ύπαρξη οροθετικότητας. Στον οροθετικό με χρόνια διάρροια ο έλεγχος για την ύπαρξη παραστώσεως και κύρια κρυπτοσποριδίου είναι επιβεβλημένος. Άλλα πιο σπάνια πρωτόζωα που ανευρίσκονται είναι το μικροσπορίδιο και η *Iospora belli*.

γ. Η εγκεφαλίτιδα από τον ιό HIV εκδηλώνεται συνήθως σε άτομα με βαριά ανοσοκαταστολή. Το Κ.Ν.Σ είναι το σύστημα που προσβάλλεται επιλεκτικά από τον ιό. Πολλές φορές η κλινική εικόνα συγχέεται με καταθλιπτική συνδρομή (απώλεια συγκέντρωσης, πνευματική κόπωση, διαταραχές μνήμης.

Η εγκεφαλίτιδα από μεγαλοκυτταροϊό έχει την ίδια κλινική εικόνα με αυτή

του ιού HIV αλλά η κλινική διαδρομή προς την άνοια είναι ταχύτερη.

Η πολυεστιακή προοδευτική λευκοεγκεφαλίτιδα είναι μία απομυελινωτική εγκεφαλοπάθεια που εμφανίζεται συχνά στην εστιακή νευρολογική βλάβη. Η εξέλιξή της είναι προοδευτική. Οφείλεται στους πορανίους.

Η τοξοπλάσμωση είναι η πιο συχνή προσβολή του κεντρικού νευρικού που εκδηλώνεται συνήθως με εστιακή βλάβη του κεντρικού νευρικού συστήματος. Μερικές φορές η πρώτη εκδήλωση της είναι η πνευματική σύγχυση.

Μηνιγγίτιδες συνήθως προκύπτουν από προσβολή του κεντρικού νευρικού συστήματος από κρυπτόκοκκο. Όμως μπορεί να εκδηλωθεί μόνο με πυρετό, καταβολή και απώλεια βάρους χωρίς νευρολογικά σημεία.

δ. Οφθαλμική προσβολή: Η ανεύρεση στον αμφιβληστροειδή εξιδρωμάτων "βαμβακοειδείς κηλίδες" είναι πολύ συχνές στη φάση της σοβαρής ανοσοκαταστολής. Ο ασθενής μπορεί να εμφανιστεί με διαταραχές όρασης που φθάνουν μέχρι τύφλωση. Οφείλεται σε προσβολή του οφθαλμού από μεγαλοκυτταροΐο (αμφιβληστροειδίτιδα από C.M.V) ¹²

Κεφάλαιο 5^ο

5 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ

44

5. ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ

Χαρακτηριστικό της λοίμωξης HIV είναι η μακρά λανθάνουσα περίοδος που συνήθως καταλήγει σε εκδήλωση AIDS μέσα σε 7-11 έτη. Κατά τη μακροχρόνια παρακολούθηση των HIV ατόμων ελέγχεται κατά τακτά χρονικά διαστήματα η ανοσολογική τους κατάσταση προκειμένου να καθοριστεί η θεραπεία και η πρόγνωση.

Αναμφίβολα, η μέτρηση των CD₄ κυττάρων, που υποδηλώνει τη βαρύτητα της ανοσοανεπάρκειας, αποτελεί το πιο σταθερό προγνωστικό δείκτη και έχει χρησιμοποιηθεί ευρύτατα σε πρακτικό επίπεδο. Όμως, δεν αποτελεί αρκετά πρώιμο δείκτη ιδιαίτερα όσον αφορά στα ασυμπτωματικά άτομα, για τη διαφοροποίηση αυτών που πιθανώς χρήζουν πιο έγκαιρης θεραπείας.

Όταν πρόκειται για ασυμπτωματικούς ασθενείς, προκειμένου να προσδιοριστούν τα κλινικά καταληκτικά σημεία (εξέλιξη νόσου και εμφάνιση ευκαιριακών λοιμώξεων ή θάνατος) απαιτείται μακρό χρονικό διάστημα.

Για το λόγο αυτό, θεωρήθηκε αναγκαίο να αντικατασταθούν οι κλινικοί δείκτες από εργαστηριακούς δείκτες που μπορεί να δώσουν πιο έγκαιρα ενδείξεις για την κλινική πορεία και την εξέλιξη των ασθενών.

Εξάλλου, η ελάττωση των CD₄ κυττάρων σε επίπεδα < 200 ml, αν και υποδηλώνει προχωρημένη λοίμωξη δεν προδικάζει πάντοτε ταχεία εξέλιξη σε νόσο με κλινικές εκδηλώσεις.

Προτιμότερο, λοιπόν, είναι να χρησιμοποιείται ο ρυθμός ελάττωσης των CD₄ κυττάρων, κάτι που όμως δεν είναι πρακτικό, λόγω της μεταβλητότητας των τιμών και της διαφασικής ελάττωσης των CD₄ κυττάρων σε πολλούς ασθενείς.

Καλύτερα λοιπόν να χρησιμοποιούνται δείκτες που μπορούν να προβλέψουν την ταχεία πτώση των CD₄, όπως η εμφάνιση στελεχών του ιού που σχηματίζουν συγκύτταρα και οι λειτουργικές δοκιμασίες των T λεμφοκυττάρων (ΛΔΤΛ).

Οι ΛΔΤΛ περιλαμβάνουν αντιδράσεις πολλαπλασιασμού μετά από επίδραση μυτογόνων (PHA, CON-A, PWM), ειδικών αντιγόνων (PPD), και του μονοκλωνικού αντι-CD3 αντισώματος.

Η χαμηλή απάντηση στο αντι CD3 Mo Ab είναι ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης είναι και η χαμηλή απάντηση στο PWM.

Σε μία άλλη έρευνα, φάνηκε ότι η απάντηση των T-λεμφοκυττάρων στη PHA και στο CD3 MoAb κατά τη διάγνωση του AIDS, αποτελεί ανεξάρτητο ισχυρό προγνωστικό δείκτη επιβίωσης.

Μετά τη θεραπεία με AZT παρατηρείται βραχυχρόνια αποκατάσταση της λειτουργικότητας των T κυττάρων, ενώ οι διαφορές στην κλινική έκβαση των ασυμπτωματικών ατόμων που λαμβάνουν AZT πιθανώς να οφείλονται στην ετερογένεια της λειτουργικότητας των T κυττάρων των ατόμων αυτών κατά την έναρξη της θεραπείας.

Πιστεύεται ότι μετά την προτύπωση της τεχνικής της κυτταροκαλλιέργειας σε πλήρες αίμα, οι λειτουργικές δοκιμασίες των T κυττάρων θα αποτελέσουν ένα αξιόπιστο, πρώιμο, ευαίσθητο και ανεξάρτητο προγνωστικό δείκτη.

Η μελέτη του βιολογικού φαινοτύπου του ιού και ιδιαίτερα η ιδιότητα του να σχηματίζει συγκύτια (SI στελέχη), έχει αποδειχθεί καλός δείκτης για την παρακολούθηση ασυμπτωματικών ατόμων, επειδή μπορεί να προβλέψει την επιταχυνόμενη φάση ελάττωσης των CD₄ λεμφοκυττάρων καθώς επίσης και την ταχύτερη εξέλιξη της λοίμωξης σε συμπτωματικό στάδιο. Τα SI στελέχη ανιχνεύονται με μία εύχρηστη, ευαίσθητη και ειδική δοκιμασία που περιλαμβάνει τη συγκαλλιέργεια των μονοπύρηνων κυττάρων του περιφερικού αίματος του ασθενούς με την κυτταρική σειρά MT-2. Έχει δεχθεί ότι ο φαινότυπος NSI και ο χαμηλός ρυθμός πολλαπλασιασμού, σχετίζονται με βραδύτερη εξέλιξη της λοίμωξης, ενώ η μεταστροφή του ιού σε SI στελέχη που συνδυάζεται με ταχεία ελάττωση των CD₄ και εξέλιξη σε νόσο, συμβαίνει κατά μέσο όρο δύο έτη πριν την εκδήλωση του AIDS και χρησιμεύει σαν προγνωστικός δείκτης.

Η χορήγηση AZT δεν εμποδίζει τη μεταστροφή NSI-SI αλλά προκαλεί επιβράδυνση της κλινικής εξέλιξης της λοίμωξης σε ασυμπτωματικά άτομα χωρίς SI στελέχη. Η παρουσία ή η εμφάνιση SI στελέχους προαναγγέλλει εξέλιξη της λοίμωξης σε ασθενείς υπό θεραπεία με AZT.

Στα πλαίσια αναζήτησης νέων, ευαίσθητων, προγνωστικών δεικτών που θα μπορούν να προβλέψουν εγκαίρως, πριν δηλαδή αρχίσει η πτώση των CD₄ κυττάρων, την εξέλιξη της

λοιμώξης, μελετάται και η ενεργοποίηση των Τ-λεμφοκυττάρων, που είναι αποτέλεσμα της επίμονης διέγερσης του ανοσολογικού συστήματος, που είναι αποτέλεσμα της επίμονης διέγερσης του ανοσολογικού συστήματος από το HIV.

Η κυτταρική ενεργοποίηση που αποτελεί χαρακτηριστικό εύρημα της HIV λοίμωξης και αντανακλάται στο φαινότυπο των Τ-λεμφοκυττάρων, προηγείται συνήθως της πτώσεως των CD4⁺, είναι επίμονη, παρατηρείται καθ' όλη τη διάρκεια της λοίμωξης, ενώ κορυφώνεται στα τελικά στάδια της νόσου. Η έκφραση των δεικτών ενεργοποίησης των Τ-λεμφοκυττάρων (ΔΕΤΑ) προσδιορίζεται με τη χρήση των μονοκλωνικών αντισωμάτων και τη μέθοδο του διπλού ή τριπλού ανοσοφθορισμού σε πλήρες αίμα και ανάλυση σε κυτταρομετρητή ροής.

Η εκτίμηση της έκφρασης των ΔΕΤΑ θεωρείται γενικά αξιόπιστος προγνωστικός δείκτης, που μπορεί να δώσει έγκαιρα ενδείξεις για την κλινική πορεία ατόμων με HIV λοίμωξη.

Σε πρόσφατες μελέτες διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ επιπέδων ιϊκού RNA πλάσματος και σταδίου της νόσου, καθώς επίσης και συσχέτιση με την εκδήλωση AIDS (πολυκεντρική μελέτης MACS), και με την πρόωμη εκδήλωση της νόσου μετά την ορομετατροπή. Όσον αφορά στις μελέτες αξιολόγησης της αντιρετροϊκής θεραπείας, φάνηκε ότι η χορήγηση A2T επιβραδύνει τη θετικότητα της δοκιμασίας κατά τα δύο πρώτα έτη, ενώ η συνδυασμένη χορήγηση A2T-DDI προκαλεί ελάττωση του ιϊκού φορτίου του πλάσματος για 6 τουλάχιστον μήνες.

Πιστεύεται ότι η μέτρηση του ιϊκού RNA στο πλάσμα θα αποτελέσει τον πλέον πρώιμο και αξιόπιστο προγνωστικό δείκτη εξέλιξης της λοίμωξης καθώς και το κύριο κριτήριο αξιολόγησης του αποτελέσματος της αντιρετροϊκής θεραπείας.

Όμως, η αναζήτηση και η ανάπτυξη ανοσολογικών και ιολογικών δεικτών για την πρόγνωση της εξέλιξης της λοίμωξης, και την αξιολόγηση των θεραπευτικών σχημάτων, παραμένει ένα ανοιχτό θέμα και μία διαρκής πρόκληση στον τομέα της βασικής έρευνας.¹³

Κεφάλαιο 6ο

6.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΝΕΟΤΕΡΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	48
6.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΟ AIDS	49
6.2.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ	49
6.2.2 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ	51
6.2.3 ΑΝΤΙ – HIV ΘΕΡΑΠΕΙΑ	53
6.3 ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	54

6.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΝΕΟΤΕΡΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Μέχρι και σήμερα δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία που να προκαλεί πλήρη ίαση στο μολυσμένο άτομο. Η θεραπεία είναι συμπτωματική έναντι των ευκαιριακών λοιμώξεων και καρκίνων.²

Μία ομάδα ερευνητών από τις Η.Π.Α ανακοίνωσε ότι ο ιός HIV που προκαλεί την ασθένεια του AIDS μπορεί να παραμείνει σε λανθάνουσα κατάσταση και σε άλλα κύτταρα του σώματος εκτός από όσα ήταν γνωστά μέχρι σήμερα. ¹⁴

Σύμφωνα με τα νέα αυτά σημαντικά στοιχεία για τη νόσο του AIDS που έφερε στο φως Έλληνας γιατρός από τις Η.Π.Α, ο Δρ. Γιώργος Παυλάκης του Εθνικού Ογκολογικού Ινστιτούτου του Φρέντερικ της πολιτείας Πέριλαντ, οι επιστήμονες θα πρέπει να υπερβούν ένα ακόμη εμπόδιο στην προσπάθειά τους για δημιουργία της θεραπείας που θα εξαλείψει τον ιό.

Ο καθηγητής μελέτησε 10 οροθετικούς ασθενείς οι οποίοι δεν είχαν λάβει ποτέ θεραπεία με φάρμακα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μία συνδυασμένη επιθετική θεραπεία μειώνει εντυπωσιακά τα επίπεδα του ιού στο αίμα, έτσι που καθίσταται ακόμη και μη ανιχνεύσιμος. Δεν τον εξαφανίζει όμως ούτε από τα κύτταρα NK ούτε από τα T. όπου οι γιατροί γνώριζαν ότι κρύβεται.

Το είδος των κυττάρων NK που είναι σημαντικά κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος, όχι μόνο προσβάλλονται από τον ιό HIV, όπως ανέφερε ο συγγραφέας της μελέτης Δρ. Γιώργος Παυλάκης, αλλά η λοίμωξη παραμένει παρά τη θεραπεία με αντιρετροϊκά φάρμακα.

Η ομάδα του, πειραματίζεται ήδη για να βρει ποια φάρμακα κατά του AIDS καταπολεμούν τον ιό στα κύτταρα NK και μέχρι στιγμής έχει καταλήξει στο συμπέρασμα ότι φάρμακα όπως το AZT και το 3TC έχουν κάποιο αποτέλεσμα.¹⁵

6.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ **ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΟ AIDS**

Οι άρρωστοι με σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας λόγω της αποδιοργάνωσης του ανοσολογικού τους συστήματος, εμφανίζουν ανιάτες ή δυσίατες ευκαιριακές λοιμώξεις και ευκαιριακά κακοήθη νεοπλασμάτα.

Εμφανίζουν επίσης ποικίλες νευρολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές που σχετίζονται με την εγκατάσταση του HIV στο νευρικό τους σύστημα. Οι ασθενείς με AIDS παρουσιάζουν ακόμα ποικίλα ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα που αιτία έχουν το κοινωνικό στίγμα, τον εξοστρακισμό, την αδυναμία θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου τους.

Η παραπάνω σύντομη εισαγωγή δείχνει πως η θεραπευτική αντιμετώπιση του AIDS απαιτεί καλά οργανωμένο νοσοκομείο, τη συνεργασία γιατρών πολλών ειδικοτήτων και απαιτεί επίσης καλά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.¹⁶

6.2.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ **ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ**

Σε ό,τι αφορά τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ευκαιριακών αλλά και μη ευκαιριακών λοιμώξεων σε αρρώστους με AIDS, θα πρέπει να σημειωθούν τα ακόλουθα:

1. Οι λοιμώξεις σπάνια είναι μονήρεις, συχνά είναι πολλαπλές απ'αρχής ή στη συνέχεια.
2. Οι λοιμώξεις αυτές για να απαντήσουν στη θεραπεία απαιτούν μεγαλύτερη δοσολογία φαρμάκων και μεγαλύτερο χρόνο χορηγήσεώς τους.
3. Οι υποτροπές των λοιμώξεων αποτελούν τον κανόνα, γι'αυτό και μετά την ύφεση των

οξέων επεισοδίων με τα φάρμακα, πρέπει να συνεχίζεται η χορήγηση του φαρμάκου σε μικρότερη δόση για μακρό χρόνο.

4. Οι αλλεργικές αντιδράσεις στα διάφορα φάρμακα είναι συχνότερες και είναι συχνότερες επίσης οι επιπλοκές της θεραπείας από τα διάφορα όργανα και συστήματα (μυελοτοξικότητα, νεφροτοξικότητα, ηπατοτοξικότητα).

5. Η συχνότητα μίας ευκαιριακής από ένα συγκεκριμένο ιό ή μύκητα, εξαρτάται από τον επιπολασμό του μικροοργανισμού αυτού στους υγιείς φορείς στον ίδιο τόπο.

6. Δεν υπάρχει θεραπεία για όλες τις λοιμώξεις.¹⁶

Οι ευκαιριακές λοιμώξεις είναι βαριές και διάσπαρτες και συχνά υποτροπιάζουν παρά την επιτυχή αντιμετώπισή τους με κατάλληλα χημιοθεραπευτικά.

Οι συνηθέστεροι μικροοργανισμοί που προκαλούν ευκαιριακές λοιμώξεις κατά συστήματα είναι:

A. Αναπνευστικού συστήματος

Pneumocystis carinii

Cytomegalovirus

Mycobacterium tuberculosis

Cryptococcus neoformans

Nocardia

Candida κ.α

B. Κ.Ν.Σ

Toxoplasma gondii

CMV

Cryptococcus neoformans

Γ. Πεπτικού συστήματος

Isospora belli

Mycobacteria

CMV

Μύκητες

Salmonellae ¹⁷

6.2.2 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ

ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

Τα συνδυαζόμενα με το AIDS κακοήθη νεοπλάσματα είναι το σάρκωμα Kaposi, τα κακοήθη λεμφώματα, ο καρκίνος στο στόμα και στο ορθό.

ΣΑΡΚΩΜΑ ΚΑΡΟΣΙ

Το σάρκωμα Kaposi αποτελεί κύρια, συχνά και αρχική εκδήλωση της ασθένειας. Στους ομοφυλόφιλους, η συχνότητά του φτάνει στο 30-40% των περιπτώσεων, ενώ στους τοξικομανείς, πολυμεταγγιζόμενους κ.λ.π εμφανίζεται στο 2-10% των περιπτώσεων. Στο AIDS το σάρκωμα Kaposi συχνά κατά τη διάγνωσή του είναι γενικευμένο με αγγειοσαρκωμάτωσης όγκους στο δέρμα, στους λεμφαδένες, στο γαστρεντερικό σωλήνα ή και στον πνεύμονα. Η εξέλιξη του σαρκώματος Kaposi και η θεραπευτική ανταπόκρισή του στη θεραπεία, σχετίζονται με τη συνύπαρξη ευκαιριακής λοίμωξης, κακοήθους λεμφώματος ή και μυελοπλασσίας.

ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΝΟΣΟΣ

Σάρκωμα Kaposi

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. ΤΟΠΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

2. ΜΟΝΟΧΗΜΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

-Vinplastine

-VP16

-Bleomycin

3. ΠΟΛΥΧΗΜΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

-Adriamycin + Bleomycin + Vinplastine

-Bleomycin + Interforon + AZT. 16

ΚΑΚΟΗΘΗ ΛΕΜΦΩΜΑΤΑ

Τα μη Hodgkin's λεμφώματα αφορούν κυρίως τους ομοφυλόφιλους, είναι β-λεμφοκυτταρικής αρχής και συχνά εντοπίζονται σε εξωλεμφαδενικές θέσεις όπως στον εγκέφαλο, στο δέρμα, στο ήπαρ, στο μυελό των οστών.

Κατά τη διάγνωση είναι σε στάδιο III ή IV και συνοδεύονται συνήθως από β-συμπτώματα: πυρετός, απώλεια βάρους. Σε ιστολογικό επίπεδο, τα λεμφώματα αυτά είναι αδιαφοροποίητα, υψηλής κακοήθειας ή του τύπου Burkitt ή του ανοσοβλαστικού σαρκώματος. Όμως, παρά την αρχική τους ανταπόκριση στη θεραπεία, συχνά και σύντομα υποτροπιάζουν λόγω της ανοσολογικής ανεπάρκειας που επιτείνεται με τη χημιοθεραπεία και την ακτινοβολία.

Η νόσος Hodgkin's αφορά συχνότερα τους ομοφυλόφιλους. Κατά τη διάγνωση της είναι συνήθως σε στάδιο III ή IV και οι πέρα από τους λεμφαδένες εντοπίσεις είναι συχνές, ιδιαίτερα στο δέρμα, στο ήπαρ, στο μυελό των οστών. Ο ιστολογικός τύπος είναι συνήθως της οξώδους σκλήρυνσης ή της μεικτής κυτταρικότητας. Η νόσος Hodgkin's επί συνδρό-μου επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, ανταποκρίνεται αρχικά στη θεραπεία, όμως σύντομα υποτροπιάζει και η πρόγνωσή της είναι κακή λόγω της συνοδού ανοσολογικής ανεπάρκειας και των ευκαιριακών λοιμώξεων.

ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΝΟΣΟΣ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΚΑΚΟΗΘΗ ΛΕΜΦΩΜΑΤΑ

- α. Μη Hodgkin's λέμφωμα
- τύπου Burkitt
- αδιαφοροποίητο
- ανοσοβλαστικό σάρκωμα

Τοπική ακτινοβολία (π.χ εγκέφαλος, δέρμα)

CHOP, COPP, ±AZT ±Interferon

- β. Νόσος Hodgkin's

MOPP, Bleo-MOPP, ±AZT ±Interforon

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΗ ΓΛΩΣΣΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΟΡΘΟ

Ο καρκίνος στη γλώσσα και ο καρκίνος στο ορθό αναφέρονται αποκλειστικά στους ομοφυλόφιλους με τη νόσο ή όχι του AIDS.

Η θεραπεία των καρκίνων αυτών είναι η χειρουργική. 16

6.2.3 ANTI HIV-ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το αντί-HIV φάρμακο θα πρέπει να προστατεύει τα μη μολυνθέντα κύτταρα, να ελαττώνει τον πολλαπλασιασμό του ιού στα μολυνθέντα κύτταρα, να έχει ειδική δράση, έναντι του ιού, να απορροφάται από το γαστρεντερικό σωλήνα, να διέρχεται τον εγκεφαλονωτιαίο φραγμό, να μην έχει παρενέργειες και να είναι φτηνό.

Αρκετά φάρμακα λόγω των παρενεργειών τους ή τον τρόπο χορήγησής τους στον οργανισμό, έπαψαν να χρησιμοποιούνται. Ενδεικτικά αναφέρουμε τη νατριούχο σουραμίνη, το βολφραμικό αντιμμώνιο και το Phosphonoformate. Και τα τρία είναι αναστολείς της ανάστροφης μεταγραφάσης.

Το μόνο μέχρι σήμερα φάρμακο με ουσιώδη αντί-HIV δράση και με ανεκτές παρενέργειες, είναι η Αλιτοθυμιδίνη (AZT). Το φάρμακο αυτό αναστέλει ανταγωνιστικά τη δραστηριότητα της ανάστροφης μεταγραφάσης και προκαλεί πρόωρη διακοπή της DNA αλύσου.

Το AZT με κύρια παρενέργεια τη μυελοτοξικότητα, δίδεται στους αρρώστους που έχουν HB>9gr% και δείκτη Karnofsky>20, σε δόση 1.200 mg την ημέρα, δηλαδή δίδονται 2tb (=200mg) κάθε 4 ώρες.

Η χορήγηση του φαρμάκου για χρόνο μεγαλύτερο των 6 μηνών έχει σαν αποτέλεσμα την παράταση της ζωής των αρρώστων, την ελάττωση των επεισοδίων των ευκαιριακών λοιμώξεων, τη βελτίωση των εν λόγω HIV νευρολογικών τους συνδρόμων και ακόμη τη μικρή βελτίωση των ανοσολογικών παραμέτρων.

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν έχει υπάρξει ακόμα παθητική (αντι-ορός) ή ενεργητική ανοσοποίηση (εμβόλιο) έναντι του HIV. 16

6.3 ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Προκειμένου ένα φάρμακο να χαρακτηριστεί σαν αντιρετροϊκό είναι απαραίτητο αυτό να δρα σε κάποιο σημείο του ιικού κύκλου κατά τη διάρκεια του πολλαπλασιασμού του ιού. Πολλά είναι γνωστά για τον πολλαπλασιασμό του HIV-1, από τη στιγμή της κυτταρικής προσκόλλησης μέχρι την απελευθέρωση-εκβλάστηση των ώριμων ιικών σωματιδίων (virions). Έτσι, το αντιρετροϊκό φάρμακο πρέπει να παρεμβαίνει ανασταλτικά σε συγκεκριμένο στάδιο του ιικού πολλαπλασιασμού. Ήδη έχουν δοκιμαστεί πολλά in vitro φάρμακα προκειμένου να γίνει γνωστή η δράση τους. Μεγάλος αριθμός τέτοιων φαρμάκων που απέδειξαν αναστολή στην εξέλιξη του ιού πέρασαν σε κλινικές δοκιμές και ήδη η ωφέλεια τους εκτιμήθηκε ανάλογα.

Πολλά είναι πλέον γνωστά γύρω από τη φαρμακοκινητική, την τοξικότητα, τον τρόπο δράσης τους. Έτσι μετά τον πρώτο θόρυβο και πεσσιμισμό που προξένησε η ανεξέλεγκτη εξάπλωση της HIV λοίμωξης παγκόσμια, ακολούθησε μία συγκρατημένη αισιοδοξία που ήταν αποτέλεσμα των πρώτων ευνοϊκών αποτελεσμάτων της αντιρετροϊκής θεραπείας. 18

Τα αντιρετροϊκά φάρμακα είναι:

I. Αναστολείς ανάστροφης μεταγραφάσης

Νουκλεοσιδικά ανάλογα (NRTI)

(με αλφαβητική σειρά)

ABACAVIR / ABC / ZIAGEN

DIDANOSINE / ddI / VIDEX

LAMIVUDINE / 3TC / EPIVIR

STAVUDINE / d4T / ZERIT

ZALCITABINE / ddC / HIVID

ZIDOVUDINE / 2DV / RETROVIR

Μη νουκλεοσιδικά ανάλογα (NNRTI)

EFAVIRENZ / EFV / STOCRIN

NEVIRAPINE / NVP / VIRAMUNE

II. Αναστολείς πρωτεάσης (PI)

INDINAVIR / IDV / CRIXIVAN

NELFINAVIR / NFV / VIRACEPT

RITONAVIR / RTV / NORVIR

SAQUINAVIR-HGC / SQV / INVIRASE

SAQUINAVIR-SGC / SQV / FORTOVASE

III. Μη εγκεκριμένα φάρμακα στην Ελλάδα, αλλά χρησιμοποιούμενα στη
θεραπεία των

HIV+ατόμων.

AMPRENAVIR

DELAVIRDINE

INTEΡΛΕΥΚΙΝΗ

ΥΔΡΟΞΥΟΥΡΙΑ 19

Κεφάλαιο 7°

7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ	57
7.2 Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ AIDS ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ	57
7.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS	58
7.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ	59

7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ

Σαν θέμα υγείας, το AIDS συνδέεται με κοινωνικές παραμέτρους που έχουν τις προεκτάσεις τους στα πρόσωπα, στις οικογένειες, στις κοινωνίες, στα έθνη. Στην Ελλάδα η πολιτεία έχει αναλάβει την υποχρέωση να περιθάλπει τα άτομα που πάσχουν από HIV λοίμωξη και να τους παρέχει υγειονομική φροντίδα χωρίς διακρίσεις. Παράλληλα η ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη θεωρείται απαραίτητη τόσο προς τους ασθενείς όσο και προς τις οικογένειές τους. 20

7.2 Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ AIDS ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Ο άνθρωπος που πάσχει από το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας διακατέχεται από ποικίλα συναισθήματα και φόβο απέναντι στο θάνατο.

Η παρουσίαση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων περιλαμβάνει το πως εκδηλώνουν και πως αντιμετωπίζουν οι άρρωστοι τις δυσκολίες που απορρέουν από την αρρώστιά τους. Στην αρχική φάση οι άρρωστοι παρουσιάζουν κατάσταση ψυχολογικού σοκ που συνοδεύεται από εναλλαγές άρνησης και έντονου άγχους. Καταλυτικό ρόλο στην αρχική αυτή φάση παίζει το κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο. Ακολουθεί μία μεταβατική φάση όπου ο άρρωστος παρουσιάζει κύματα θυμού, ενοχής, αυτο-οίκτου και άγχους που επικρατούν της άρνησης. Στην τελευταία φάση, αυτή της αποδοχής, ο άρρωστος αποδέχεται τους περιορισμούς που επιβάλλει η αρρώστια και προσπαθεί να αντιμετωπίσει τα προβλήματα. Η αποδοχή δεν είναι μία σταθερή κατάσταση, αλλά εναλλάσσεται με άρνηση και με άλλα συναισθήματα. Αρχίζει και η προετοιμασία θανάτου με το κλείσιμο υποθέσεων.

Οι Holland και Gross αναφέρονται επιπρόσθετα στους παράγοντες που επιδρούν στην ψυχολογική προσαρμογή των αρρώστων. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να καταταγούν σε σωματικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικο-πολιτισμικούς. Οι σωματικοί παράγοντες σχετίζονται με τον επηρεασμό της αντιληπτικής ικανότητας των αρρώστων λόγω

προσβολής του ΚΝΣ, ενώ η σωματική καταβολή και τα πολλά και διάφορα σωματικά προβλήματα επηρεάζουν την αυτονομία και την ερωτική διάθεση των αρρώστων.

Οι ψυχολογικοί παράγοντες σχετίζονται με τους μηχανισμούς άμυνας του εγώ, τους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων, την προσωπικότητα και το κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο που διαθέτουν τα άτομα. Τέλος, οι κοινωνικο-πολιτισμικοί παράγοντες σχετίζονται με την ευκολία που ο κοινωνικός περίγυρος μπορεί να στιγματίσει, ν' απορρίπτει, να δημιουργεί ενοχές καθώς και διακρίσεις στην επαγγελματική και κοινωνική ζωή. ²¹

7.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS

Η ταχέως εξαπλούμενη επίκτητη ανοσολογική ανεπάρκεια (AIDS) και η βαρύτητα της νόσου επιβάλλουν τη λήψη ειδικών μέτρων κατά την αντιμετώπιση τέτοιων αρρώστων. Παρά τη σχετική πρόοδο οι επιλοκές και τα προβλήματα που δημιουργούνται είναι ποικίλα και απαιτούν παροχή εξειδικευμένης ατομικής φροντίδας.

Τα προβλήματα αυτά είναι δυνατόν να αφορούν είτε διάφορα συστήματα όπως π.χ το αναπνευστικό, το δέρμα, το πεπτικό έλκος, είτε να αφορούν άλλες καταστάσεις όπως τη διατροφή, τον ύπνο, την ασφάλεια του αρρώστου είτε ακόμη την ψυχική του ισορροπία, την εργασία, τη διασκέδαση κ.λ.π Είναι καταστάσεις που αν προληφθούν ή εάν αντιμετωπιστούν έγκαιρα και αποτελεσματικά βελτιώνουν σημαντικά τη σωματική αλλά και ψυχολογική ευεξία του αρρώστου χωρίς δυστυχώς να αποτρέπουν το μοιραίο. Σε αυτό το τελικό στάδιο της νόσου, η παρουσία και παρέμβαση του νοσηλευτού είναι απαραίτητη και σημαντική. Βεβαίως, σε ορισμένα στάδια της νόσου είναι δυνατή υπό ορισμένες προϋποθέσεις, η νοσηλεία των αρρώστων εκτός νοσοκομείου.

Είναι ευνόητο ότι κατά τη νοσηλεία τέτοιων αρρώστων είναι απαραίτητο να τηρούνται προληπτικά μέτρα από το νοσηλευτικό προσωπικό προς αποφυγή μόλυνσεως του ίδιου και γενικότερα για την πρόληψη διασποράς της νόσου.

Η αντιμετώπιση αρρώστων με AIDS απαιτεί ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα, η οποία βασίζεται σε γνώσεις παθοφυσιολογίας της HIV λοίμωξης της σύγχρονης νοσηλευτικής επιστήμης και τέχνης που αποσκοπεί στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας υψηλής ποιότητας σε όλους τους ασθενείς χωρίς διάκριση.

Επιπρόσθετα, θα πρέπει να περιλαμβάνει εκτίμηση της κατάστασης και σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας αφού ληφθούν υπ' όψη τα υπαρκτά ή δυνητικά προβλήματα που δημιουργεί η νόσος αλλά και άλλες καταστάσεις όπως μόρφωση, κοινωνικό επίπεδο, φυσική κατάσταση κ.λ.π του συγκεκριμένου αρρώστου.

Οι ανάγκες αυτών των αρρώστων είναι: ικανοποιητική αναπνοή, επαρκής ενυδάτωση, ικανοποιητική διατροφή, σωστή διούρηση-κένωση, έλεγχος θερμοκρασίας, κινητοποίηση, ασφαλές περιβάλλον κατά το τελικό στάδιο, ατομική υγιεινή και ένδυση, έκφραση και επικοινωνία, εργασία και διασκέδαση, ικανοποιητικός ύπνος, ψυχική ισορροπία, έκφραση θρησκευτικών αναγκών, σεξουαλική δραστηριότητα.

7.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ **ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ**

Η διαπίστωση και η καταγραφή των αναγκών που καταγράφηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο θα δώσει τη δυνατότητα για την επίλυσή τους. Ειδικότερα, για τα επιμέρους προβλήματα η νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει να έχει τους παρακάτω στόχους:

ΠΡΟΒΛΗΜΑ 1

Δύσπνοια, βήχας, ταχύπνοια, κυάνωση είτε λόγω πνευμονίας, είτε επί σαρκώματος Kaposi , είτε λόγω αναμίας.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

1. Κατά το δυνατό καλύτερη αναπνευστική λειτουργία
2. Καταπράυνση του βήχα
3. Καλή οξυγόνωση

Απαραίτητο είναι να εκτιμώνται η διανοητική κατάσταση του ασθενούς, να ελέγχονται τα ζωτικά σημεία, να μετρώνται τα αέρια αίματος και η παραγωγή πτυέλων. Η θέση του αρρώστου θα πρέπει να είναι αυτή που διευκολύνει κατά το δυνατό την αναπνοή. Η χορήγηση O₂ θα καθορίζεται από την κατάσταση και τις απαιτήσεις. Αναγκαίο επίσης είναι να γίνεται αναπνευστική γυμναστική και διδασκαλία του αρρώστου ώστε να βήχει και να αναπνέει σωστά. Όταν υπάρχει σοβαρό αναπνευστικό πρόβλημα απαιτείται αναρρόφηση πτυέλων αφού ληφθούν όλα τα προστατευτικά μέτρα (γάντια, μάσκα κ.λ.π). Επί χορήγησης O₂ η ξηρότητα των βλεννογόνων είναι συχνή και απαιτεί πλήση του στόματος με νερό ή αρωματισμένο διάλυμα ανά ώρα. Εάν χρησιμοποιείται ρινικός καθετήρας πρέπει ο βλεννογόνος να προστατεύεται με ειδικές αλοιφές.

Η επανεκτίμηση του αρρώστου θα πρέπει να γίνεται συχνά τόσο για τον έλεγχο της απόδοσης της νοσηλευτικής φροντίδας όσο για τον έλεγχο πιθανών νέων λοιμώξεων του αναπνευστικού.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ 2

Αφυδάτωση, είτε λόγω ανεπαρκούς πρόσληψης υγρών (δυσφαγία, κόμα, λήθαργος) είτε λόγω απώλειας υγρών (διάρροια, ναυτία, έμετοι, υπέρνοια, πυρετός) είτε λόγω ηλεκτρολυτικών διαταραχών (διάρροια, ναυτία, έμετοι).

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

1. Διόρθωση αφυδάτωσης και ηλεκτρολυτικών διαταραχών
2. Διατήρηση ενυδάτωσης και ηλεκτρολυτικής ομοιόστασης.

Απαιτείται επομένως, καθημερινό ζύγισμα του αρρώστου και ακριβής καταγραφή προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών. Να χορηγούνται υγρά σε συχνά

διαστήματα από το στόμα, ιδίως όταν ο άρρωστος κάνει πυρετό, ενώ σε ειδικές περιπτώσεις απαιτείται και η ενδοφλέβια χορήγησή τους. Παράλληλα πρέπει να γίνεται συχνή μέτρηση των ηλεκτολυτών και προσθήκη τους στα υγρά ανάλογα με το έλλειμα. Επί υποκαλιαμίας είναι φρόνιμο να γίνεται και παρακολούθηση του καρδιακού ρυθμού με monitor.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ 3

Απώλεια βάρους είτε λόγω καταβολισμού σχετιζόμενου με της νόσου, είτε λόγω αυξημένου καταβολισμού βάρους (πυρετός, ναυτία, έμετοι, έκδηλη ανορεξία, δυσφαγία, δυσαπορρόφηση, σάρκωμα Kaposi στο γαστρεντερικό).

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

1. Σωστή διατροφή
2. Πρόληψη περαιτέρω απώλειας βάρους
3. Προσπάθεια αύξησης του βάρους

Ο άρρωστος θα πρέπει να ζυγίζεται και να είναι γνωστές οι προηγούμενες διαιτητικές του συνήθειες, οι επιθυμίες του και η πιθανή αλλεργία σε συγκεκριμένες τροφές. Η διατροφή προσαρμόζεται στα ανωτέρω άλλα και στις συγκεκριμένες απαιτήσεις (π.χ υπολευκωματιναμία). Εφ' όσον είναι δυνατό η σίτιση γίνεται κανονικά. Ένα γεύμα σερβιρισμένο με σωστό και ευχάριστο τρόπο γίνεται ευκολότερα δεκτό από τον άρρωστο. Σε περίπτωση αδυναμίας λήψεως τροφής γίνεται σίτιση με ρινογαστρικό σωλήνα. Επειδή υπάρχει ενδεχόμενο να εμφανιστούν διάρροιες σαν αντίδραση, θα πρέπει να μειωθεί η συχνότητα των γευμάτων. Σε ορισμένες καταστάσεις απαιτείται ολική παρεντερική διατροφή, η οποία όμως πρέπει να γίνεται με προσοχή. Ιδίως θα πρέπει να ελέγχεται συχνά το επίπεδο του σακχάρου και των κετονικών σωματικών λόγω των χορηγουμένων υδατανθράκων. Η διακοπή της παρεντερικής σίτισης θα πρέπει να γίνεται προοδευτικά.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ 4

Διάρροια, ολιγουρία, ακράτεια λόγω παρουσίας ευκαιριακών λοιμώξεων, σαρκώματος Karosi στο γαστρεντερικό, αφυδάτωσης, σύγχυσης (στα τελικά στάδια της νόσου)

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ:

1. Έλεγχος- περιορισμός συνεπειών διάρροιας ή ακράτειας
2. Έλεγχος λοιμώξεων γαστρεντερικού
3. Διόρθωση διαταραχών ύδατος

Επιβάλλεται μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και της συχνότητας των κενώσεων. Επί συχνών διαρροϊκών κενώσεων καλό είναι να διατίθεται μοναχικό δωμάτιο με ιδιαίτερη τουαλέτα. Αν ο άρρωστος δεν είναι περιπατητικός απαιτείται η χρήση ειδικής πάνας. Επί ακράτειας ούρων ενδεχομένως η χρήση εξωτερικών καθετήρων βοηθά στον περιορισμό του προβλήματος. Εάν η διάρροια είναι έντονη υπάρχει κίνδυνος αφυδάτωσης του αρρώστου και επομένως είναι αναγκαία η συχνή παρακολούθηση των χορηγουμένων υγρών και ενδεχομένως τροποποίηση του διαιτολογίου. Η φροντίδα του δέρματος είναι βασικό στοιχείο σωστής νοσηλευτικής φροντίδας για τα προβλήματα της διάρροιας και της ακράτειας. Πρέπει να παραμείνει καθαρό και στεγνό και να ελέγχεται συχνά για κατακλίσεις σύμφωνα με την κλίμακα Norton.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ 5

Πυρετός και νυχτερινοί ιδρώτες λόγω ευκαιριακών λοιμώξεων.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

1. Φυσιολογική θερμοκρασία
2. Άνεση αρρώστου

Τακτική και συχνή παρακολούθηση της θερμοκρασίας και των ζωτικών σημείων είναι απαραίτητη για την παρακολούθηση της εξέλιξης του αρρώστου αλλά και για το

ενδεχόμενο νέων λοιμώξεων.

Απαιτείται καλή ενυδάτωση και διατροφή, επειδή παρατεταμένη πυρεξία προκαλεί αυξημένες μεταβολικές διεργασίες.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ 6

Μυϊκή ατροφία, κατακλίσεις, εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση λόγω περιορισμένης κινητοποίησης, αδυναμίας και παρατεταμένης κατάκλισης, καταβολισμού.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

1. Πρόβλημα κατακλίσεων και φλεβοθρομβώσεων
2. Ελαχιστοποίηση απώλειας μυϊκής μάζας
3. Πλήρης κινητοποίηση και ανεξαρτησία εκτός των δυνατοτήτων του αρρώστου.

Απαιτείται καλή σίτιση, αποφυγή παραμονής στο κρεβάτι για πολλές ώρες. Αν ο ασθενής είναι κλινήρης θα πρέπει να του αλλάζεται θέση ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Ελαφρές μαλάξεις στα σημεία που πιέζονται και λουτρό καθημερινά είναι ενδεικτικές νοσηλευτικές πράξεις για την πρόληψη κατακλίσεων. 22

ΠΡΟΒΛΗΜΑ 7

Οικονομικά, κοινωνικά προβλήματα λόγω της αδυναμίας του ασθενούς για εργασία, και το ότι η θεραπεία είναι ακριβή, και λόγω απόσυρσής του από κάθε κοινωνική αλληλεπίδραση, αντιστοίχως.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

1. Βοήθεια στην εξασφάλιση πόρων μέσω κρατικών φορέων και οργανισμών
2. Μείωση αισθήματος κοινωνικής απομόνωσης.

Είναι αναγκαία η παρακολούθηση του ασθενούς για συμπεριφορές ενδεικτικές κοινωνικής απομόνωσης, όπως μειωμένες αλληλεπιδράσεις με το προσωπικό ή την οικογένεια ή τους φίλους, εχθρότητα, μη συμμόρφωση, κακή διάθεση και έκφραση με λόγια αισθημάτων απόρριψης ή απομόνωσης. Βοήθεια του αρρώστου να αναγνωρίσει

και να διερευνήσει πόρους (οικογένεια, φίλοι) που θα τον βοηθήσουν και θα τον υποστηρίξουν θετικά να αντιμετωπίσει την κατάσταση του. Να αφιερώσει χρόνο ο νοσηλευτής, εκτός από εκείνον το χρόνο που διαθέτει για παρεμβάσεις, για παραμονή με τον άρρωστο, ώστε να έχει ευκαιρία για κοινωνική αλληλεπίδραση. Να ενθαρρυνθεί ο άρρωστος να συμμετέχει σε ποικίλες δραστηριότητες, όπως μελέτη παρακολούθησης TV ή χειροτεχνία. 23

ΠΡΟΒΛΗΜΑ 8

Απώλεια ή αύξηση της θρησκευτικότητας λόγω απομόνωσης ή ενοχών.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

1. Διευκόλυνση επαφής αρρώστου με τους εκπροσώπους της θρησκείας τους.

Πρέπει να ενθαρρύνεται η έκφραση των θρησκευτικών πεποιθήσεων του αρρώστου και η ικανοποίηση των θρησκευτικών του αναγκών. Αυτό μπορεί να βοηθήσει σημαντικά από πολλές απόψεις τον άρρωστο.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ 9

Ανάγκη για τροποποίηση σεξουαλικής δραστηριότητας, απώλεια Libido, εγκατάσταση μη ασφαλών σεξουαλικών δραστηριοτήτων, θλίψη λόγω απώλειας σεξουαλικότητας. Τα αίτια εντοπίζονται στην προσβολή από το AIDS στις λοιμώξεις, στην εξέλιξη της νόσου, στην ενοχή, στην εσωστρέφεια, ανθρωποφοβία, στην αλλαγή της εμφάνισης, στην απώλεια του ερωτικού συντρόφου.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

1. Βοήθεια στην αλλαγή σεξουαλικής έκφρασης
2. Πληροφόρηση για ασφαλή σεξουαλική δραστηριότητα

Θα πρέπει να διαπιστωθεί η διάθεση αλλά και η συμπεριφορά του αρρώστου όσον αφορά τη σεξουαλική του δραστηριότητα, αλλά και οι γνώσεις του σχετικά με ασφαλείς

σεξουαλικές δραστηριότητες. Πολλοί αρρώστοι αισθάνονται ένοχοι για την προηγούμενη σεξουαλική ζωή τους αντιδρώντας με ποικίλους τρόπους όπως με κατάχρηση φαρμάκων και οινοπνεύματος μέχρι πλήρη διακοπή οποιασδήποτε σχέσεως χωρίς να παραβλέπεται και η πιθανότητα ν' αναπτυχθεί η διάθεση εκ μέρους του αρρώστου να μολύνει και άλλους. Στην τελευταία περίπτωση η κατάλληλη προσέγγιση είναι απαραίτητη, όπως απαραίτητη πολύ συχνά είναι και η παρέμβαση ψυχολόγου.

Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις οι αρρώστοι είναι πρόθυμοι να τροποποιήσουν τη σεξουαλική συμπεριφορά τους. Αυτό θα είναι ευκολότερο αν η προσπάθεια εκ μέρους του νοσηλευτού είναι συνεπής, πειστική και εφόσον προηγηθεί κατάλληλη προσέγγιση του αρρώστου ώστε να αποκτήσει εμπιστοσύνη. Έτσι είναι βέβαιο ότι η σεξουαλική δραστηριότητα του αρρώστου δεν απαγορεύεται αλλά γίνεται ασφαλής τόσο για τον ίδιο όσο και για τους άλλους. 22

ΠΡΟΒΛΗΜΑ 10

Φόβος, άγχος, μοναξιά. Φυσικά προβλήματα λόγω θανάτου από AIDS και ανικανότητα προσαρμογής στον επικείμενο θάνατο. Τα αίτια εντοπίζονται στον αναμενόμενο θάνατο, στον τρόπο θανάτου, στην απώλεια δύναμης και αυτοελέγχου, στην παθοφυσιολογία της νόσου.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

1. Μείωση και έλεγχο των φυσικών προβλημάτων που συνοδεύουν το θάνατο από AIDS
2. Ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου ανάλογα με την ψυχολογική του κατάσταση.

Το τελικό στάδιο της νόσου συνοδεύεται με προβλήματα και συμπτώματα όπως πόνος, βήχας, δύσπνοια, πυρετός, δυσφαγία, ναυτία, έμετοι, κατακλίσεις, σύγχυση κ.λ.π

Καθήκον του νοσηλευτή είναι εκτός της αντιμετώπισης των πιο πάνω, με όσο το δυνατό διακριτικό τρόπο, να διαπιστώσει τις γνώσεις του αρρώστου για την αναπόφευκτη κατάληξη της νόσου του, τις αντιδράσεις του και την ψυχολογική του κατάσταση. Εάν η κατάσταση του αρρώστου το επιτρέπει μπορούν να συζητηθούν, πάντοτε με διακριτικό τρόπο, ορισμένες επιθυμίες του όπως π. χ ποιοι επιθυμεί να ειδοποιηθούν όταν επέλθει το μοιραίο, αν έχει διαθήκη κ.λ.π Στην τελευταία περίπτωση ο νοσηλευτής θα πρέπει να

απέχει από κάθε είδους ανάμειξη. Είναι φυσικό ο άρρωστος να είναι έντονα φορτισμένος ψυχολογικά. Και αυτό αποτελεί ένα άλλο πεδίο δράσης για τον νοσηλευτή, που θα πρέπει με κάθε τρόπο να βοηθήσει και να στηρίξει ψυχολογικά τον άρρωστο μέχρι την τελευταία στιγμή, διευκολύνοντας παράλληλα την έκφραση των θρησκευτικών επιθυμιών του, όπου αυτό ζητείται. 22

Κεφάλαιο 8ο

8.1 AIDS ΚΑΙ ΑΓΙΑ ΜΕΤΑΛΗΨΗ! ΓΙΑΤΙ ΣΥΝΔΕΘΗΚΕ Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΙΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΘΕΙΟ ΜΥΣΤΗΡΙΟ ΤΗΣ ΨΥΧΗΣ ΜΑΣ	68
8.2 ΠΟΙΟΙ ΠΑΘΟΓΟΝΟΙ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΜΕΤΑΔΟΘΟΥΝ ΜΕ ΤΟ ΣΑΛΙΟ	69
8.2.1 ΒΑΚΤΗΡΙΑ	69
8.2.2 ΙΟΙ	69
8.3 Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΜΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΑΓΙΑΣ ΜΕΤΑΛΗΨΗΣ ΕΙΝΑΙ ΚΟΙΝΟΣ ΚΑΙ ΓΙΑ ΕΚΕΙΝΟΥΣ ΠΟΥ ΜΕΤΑΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΤΑΚΤΙΚΑ ΚΑΙ ΓΙΑ ΕΚΕΙΝΟΥΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΚΑΘΟΛΟΥ ΤΙΣ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΑΚΟΛΟΥΘΙΕΣ	72
8.4 ΕΙΝΑΙ ΔΥΝΑΤΗ Η ΜΟΛΥΝΣΗ HIV ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΣΚΟΠΟΤΗΡΟ; (π.χ. ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΠΛΗΓΩΝ ΣΤΑ ΟΥΛΑ;)	74

8.1 AIDS ΚΑΙ ΑΓΙΑ ΜΕΤΑΛΗΨΗ! ΓΙΑΤΙ ΣΥΝΔΕΘΗΚΕ Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΙΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΘΕΙΟ ΜΥΣΤΗΡΙΟ ΤΗΣ ΨΥΧΗΣ ΜΑΣ

Το θέμα της εργασίας πιθανότατα να ξενίζει τον ορθόδοξο ελληνικό πληθυσμό και ίσως σε πρώτη φάση να προσβάλλει το θρησκευτικό τους φρόνημα. Η εργασία αυτή όμως δεν έχει αυτό το σκοπό.

Η υποτιθέμενη επικινδυνότητα της θείας Μετάληψης άρχισε να συζητείται περισσότερο όταν βρέθηκε ότι ο ιός του AIDS βρίσκεται στο σάλιο. Όλες οι αναφορές προέρχονται από μη Ορθόδοξες Χριστιανικές Θρησκείες.²⁴

Καμία μελέτη, ως σήμερα, δεν έχει δείξει ότι είναι δυνατή η μετάδοση διαφόρων μικροοργανισμών από τον ένα κοινωνό των αχράντων μυστηρίων στον άλλο. Το πιο σημαντικό είναι ότι ψάχνοντας στη βιβλιογραφία δεν υπάρχει κανένα αποδεικτικό στοιχείο που να επιβεβαιώνει τη μόλυνση μέσω αυτού του χριστιανικού εθίμου. Όπως υπογραμμίζει ο Gill στην πλήρη αναφορά του, το 1998, "Μετάδοση ασθένειας κατά τη θεία κοινωνία ποτέ δεν αναφέρθηκε".²⁵

Θεωρητικά όμως και από καθαρά ιατρικής άποψης ό,τι αποβάλλεται από το σίελο μπορεί να μεταδοθεί. Το τί αποβάλλεται όμως και σε τι ποσότητες,²⁴ και τι σχέση αυτό μπορεί να έχει με τη Θεία Μετάληψη, αναφέρουμε στο επόμενο κεφάλαιο.

8.2 ΠΟΙΟΙ ΠΑΘΟΓΟΝΟΙ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΜΕΤΑΔΟΘΟΥΝ ΜΕ ΤΟ ΣΑΛΙΟ

8.2.1 ΒΑΚΤΗΡΙΑ

Ο πυοκυανικός Στρεπτόκοκκος έχει απομονωθεί συχνά από το σάλιο ενώ η κυριότερη οδός μετάδοσής του θεωρείται ότι είναι απ' ευθείας δια σταγονιδίων. Η N.meningitidis συνήθως μεταδίδεται αερογενώς δια σταγονιδίων από ρινοφαρυγγικούς φορείς.

Το M.tuberculosis επίσης μεταδίδεται δια σταγονιδίων αερογενώς άρα η θεωρητική πιθανότητα μετάδοσης δια σιέλου είναι λιγότερο σημαντική. Στενή επαφή με μολυσματικά σταγονίδια της ρινοφαρυγγικής κοιλότητας χρειάζονται για να μεταδοθούν τα C.diphtheritidis και γι' αυτό το σοβαρό νόσημα η μετάδοση με τη Θεία Μετάληψη θεωρείται απίθανη.

Η σαλμονέλλωση, η δυσεντερία και άλλα νοσήματα που μολύνουν τους ανθρώπους per os η μετάδοση γίνεται κυρίως με μολυσμένα τρόφιμα, νερό ή απ' ευθείας με τα δάκτυλα.

Η παρουσία τους στο σίελο μετά την κατάποση δεν φαίνεται πιθανή. Η μετάδοση της σύφιλης μέσω της Θείας Μετάληψης από το στόμα ατόμων με συφυλιδικές στοματικές λύσεις είναι εξαιρετικά σπάνιες στη σημερινή εποχή που τα νοσήματα από τρεπονήματα είναι εξαιρετικά σπάνια.

8.2.2 ΙΟΙ

1) Ο ιός της παρωτίτιδας μεταδίδεται δια σταγονιδίων και με απ' ευθείας ή έμμεση επαφή με μολυσμένο σίελο. Άρα θεωρητικά είναι δυνατόν να μεταδοθεί από μολυσμένο σίελο.

Επειδή όμως ο εμβολιασμός για την παρωτίτιδα είναι συχνός, η πιθανότητα μόλυνσης αναφέρεται σε παιδιά 6 ετών ή και μικρότερα. Πάνω από 90% των ενηλίκων είναι ανοσοποιημένοι άρα ο θεωρητικός κίνδυνος είναι πολύ μικρός.

2) Ο ιός του έρπητα τύπου I (HSV I). Η αρχική συμπτωματική λοίμωξη συνήθως εμφανίζεται σαν gingivo- στοματίτιδα, ακολουθεί μία βραδεία κατάσταση φλεγμονής. Η νόσος χαρακτηρίζεται από περιοδική υποτροπή επιχειλίου έρπητα από τον οποίο πάσχουν το 1/4 του πληθυσμού. Ο ιός αυτός μεταδίδεται κυρίως δια του σιέλου. Οι αρχικές φλεγμονές αφορούν νεαρά παιδιά ενώ σπάνια εμφανίζεται σε ενήλικες άνω των 30 ετών. Εφ' όσον το 1/3 των μολυσμένων ατόμων εκκρίνουν περιοδικά τον ιό και το 1/3 των ενηλίκων είναι ευαίσθητα, η νόσος μπορεί θεωρητικά να μεταδοθεί και εμμέσως δια των αντικειμένων. Ωστόσο, η έλλειψη στοιχείων που να επιβεβαιώνουν τη σοβαρότητα της νόσου συνηγορεί υπέρ της απόψεως ότι ο ιός αυτός δεν αποτελεί σημαντικό κίνδυνο μόλυνσεως από τη λήψη της Θείας Κοινωνίας.

3) Ο ιός Epstein-Barr (EBV) που προκαλεί την λοιμώδη μονοπυρήνωση μεταδίδεται δια του σιέλου κυρίως δια του φιλιού μεταξύ νέων ενηλίκων (15-25 ετών). Ο ιός μεταδίδεται μεταξύ των παιδιών, ωστόσο έχει βρεθεί ότι το 40% των παιδιών στη Σουηδία και Αγγλία έχουν ήδη μολυνθεί στην ηλικία των 6 ετών. Έμμεσος τρόπος μόλυνσης (κυρίως με άψυχα αντικείμενα όπως π. χ τα παιχνίδια) συμμετέχει στη διασπορά της νόσου. Επειδή δεν υπάρχουν πειστικές αναφορές εμμέσου μεταφοράς μεταξύ των ενηλίκων, θεωρείται λογικό να μην καταχωρείται η λοιμώδης μονοπυρήνωση σαν πιθανή λοίμωξη που μεταδίδεται με την Θεία Μετάληψη.

4) Ο ιός Ηπατίτιδας Β

Η μετάδοση της Ηπατίτιδας Β δια του σιέλου αμφισβητείται. Στις αρχές του 1970 ασυνεχής έκκριση δια του σιέλου του επιφανειακού αντιγόνου ανευρέθη στο 86% των χρόνιων φορέων και πρόσφατα DNA μολυσματικών virions βρέθηκε στο σάλιο 88% ανδρών που είχαν θετικό το αντιγόνο e της Ηπατίτιδας Β.

Η δυνατότητα της μολυσματικότητας του σάλιου για την ηπατίτιδα Β ανεδείχθη δια ενδοφλεβίων και υποδορίων ενοφθαλμίσεων των χιμπαντζήδων και γιββώνων. Και τα 5

ζώα που εκτέθηκαν σε παρεντερική ποσότητα 3-5 ml σιέλου ανέπτυξαν λοίμωξη. Επίσης υπάρχουν αναφορές μετάδοσης δια δηγμάτων όταν ο ιός υπήρχε στο σιέλο και ενοφθαλμίστηκε στο δέρμα του δηχθέντος ατόμου και όχι δια του στόματος. Κανένας από τους 13 ευαίσθητους γίββωνες όταν εξετέθησαν δια του στόματος σε 5ml γνωστού λομογόνου δεξαμενής σιέλου προερχόμενοι από φορείς του επιφανειακού αντιγόνου δεν ανέπτυξαν ηπατίτιδα Β. Φαίνεται ότι για την ανακάλυψη των χαμηλής πυκνότητας αντιγόνων στο σάλιο φορέων ηπατίτιδας Β χρειάζονται πολύ ευαίσθητες τεχνικές.

Οι χαμηλές αυτές πυκνότητες μαζί με την αδρανοποίηση που το αντιγόνο επιφανείας υφίσταται από τα ένζυμα του γαστρεντερικού, καθιστά την μετάδοση της ηπατίτιδας Β διά του στόματος..... Δύο εβδομάδες πριν από την εμφάνιση κλινικής ηπατίτιδας Β σε δάσκαλο μουσικής τα πνευστά όργανα είχαν μολυνθεί με σιέλο που αυτός μοιραζόταν με 12 μαθητές. Κανένας από τους μαθητές δε μολύνθηκε αν και στο σάλιο του δασκάλου μουσικής βρέθηκαν ίχνη αίματος.

Σύμφωνα με τις υπάρχουσες αποδείξεις η άμεση ή έμμεση μετάδοση δια του σιέλου της ηπατίτιδας Β είναι απίθανο να συμβεί και συνεπώς δεν αποτελεί κίνδυνο μετάδοσής της η σύγχρονη χρήση του Αγίου Δισκοπότηρου. Κατά πόσο οι χαμηλές πυκνότητες του ιού που υπάρχουν στο σάλιο μπορούν να οδηγήσουν σε ενοφθαλμισμό του δια των ελκών του επιχειλίου έρπητα ή άλλων ελκών ή λύσεων της συνέχειας των χειλέων σε κοινότητες αποτελεί εικασία. Αλλά και από απόψεως συμπτώσεων ο παραπάνω συνδυασμός θεωρείται ένα ασύνηθες γεγονός.

5) Ο ιός του AIDS (HIV)

Μετά την ανεύρεση του ιού του AIDS στο σάλιο φορέων ή ασθενών με AIDS υπετέθη ότι είναι δυνατή η μετάδοση του ιού αυτού με το σάλιο. Ειδικά στοιχεία που μοιάζουν με ρετροϊούς βρέθηκαν στους σιελογόνους αδένες ασθενών με AIDS. Πίθηκοι που ενοφθαλμίστηκαν παρεντερικά με φιλτραρισμένο σιέλο που περιείχε ιούς ανέπτυξαν αρχικά στάδια της νόσου του AIDS.

Οι παραπάνω ερευνητές υποστήριζαν ότι είναι δυνατή η μετάδοση δια του μολυσμένου σιέλου όταν αυτή συνδυάζεται με τη φυσιολογική σεξουαλική επαφή και το δάγκωμα. Υπάρχει μία αναφορά πιθανής μετάδοσης του ιού HIV απ' ευθείας με το σάλιο μετά από ένα παθητικό φιλή. Οριζόντια μετάδοση (χωρίς σεξουαλική επαφή) έχει αναφερθεί. Ο

αριθμός των ιών HIV στο σάλιο είναι αρκετά μικρός. Αλλά και ο αριθμός των φορέων του ιού στους οποίους ανευρέθη ο ιός στο σάλιο είναι μικρός. Προσπάθειες για μόλυνση χιμπαντζή με τον ιό HIV δια του στόματος δεν επέτυχαν. Επιπλέον στο σάλιο βρέθηκαν αντισώματα έναντι του HIV που πιθανόν δρουν περιορίζοντας τη μετάδοση του ιού. Είκοσι έξι ανεξάρτητες μελέτες στη Δυτική Ευρώπη, ΗΠΑ και Αυστραλία ασθενών ή φορέων του ιού του AIDS (παιδιά ή ενήλικες) αναφέρουν ότι δεν υπήρξε ενδοοικογενειακή μετάδοση (χωρίς σεξουαλική επαφή).

Η κοινή χρήση αντικειμένων φαγητού δε μολύνει κανένα. Ένας αριθμός εργαζομένων στους τομείς υγείας εξετέθησαν σε μολυσμένο σιέλο κατά τη διάρκεια καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης και κανένας δε μολύνθηκε. Μελέτες που αφορούσαν το τσίμπημα βελόνας απέδειξαν ότι ο ιός της ηπατίτιδας Β είναι πλέον λοιμογόνος από τον ιό HIV. Μία προσεκτική ανάλυση ομοφυλοφίλων στο Vancouver απέδειξε ότι η στοματική μετάδοση του ιού HIV είναι ασυνήθης. ²⁴

8.3 Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΜΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΑΓΙΑΣ ΜΕΤΑΛΗΨΗΣ ΕΙΝΑΙ ΚΟΙΝΟΣ ΚΑΙ ΓΙΑ ΕΚΕΙΝΟΥΣ ΠΟΥ ΜΕΤΑΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΤΑΚΤΙΚΑ ΚΑΙ ΓΙΑ ΕΚΕΙΝΟΥΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝΚΑΘΟΛΟΥ ΤΙΣ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΑΚΟΛΟΥΘΙΕΣ

Από το 1940 έχουν γίνει διάφορα εργαστηριακά πειράματα που αναφέρονται στη Θεία Μετάληψη. Κανένα όμως δεν αναφέρει τον Ορθόδοξο τρόπο λήψεως της Θείας Μετάληψης. Τα περισσότερα πειράματα αφορούν τη λήψη της Θείας Μετάληψης με τη χρήση του κοινού ποτηριού όπως γίνεται στον Καναδά, στην Αμερική, στην Αγγλία. ²⁴

Πάνω από 2 δεκαετίες, τα Centers for Disease and Prevention (CDC), πήραν επίσημη θέση για το αν υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης ασθένειας μέσω της κοινής χρήσης του αγίου ποτηριού. Σύμφωνα με τα CDC, θεωρητικός κίνδυνος, για τη μετάδοση ασθένειας μέσω της κοινής χρήσης του αγ. ποτηριού υπάρχει αλλά αυτός ο κίνδυνος είναι πολύ μικρός. ²⁶

Το πρόβλημα για το αν υπάρχει περίπτωση μόλυνσης κατά την κοινή χρήση του αγιοποτηριού εμφανίζεται στη βιβλιογραφία με αντικρουόμενες απόψεις. Οι απόψεις αυτές βασίζονται κυρίως σε εργαστηριακά πειράματα και στις θεωρητικές απόψεις.²⁷

Το 1967, οι Kenneth F. Gregory, John A. Carpenter και Glen C. Bending, μετά από πειράματά τους στο δισκοπότηρο, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, η επιφάνεια του ασημένιου αγιοποτηριού δεν ασκούσε αντιβακτηριδιακή δράση σε τέσσερις μικροοργανισμούς, ακόμα και μέσα σε 60 λεπτά του χρόνου. Ενώ, δηλαδή, το κρασί της αγίας κοινωνίας (αλκοόλ 12,8%) εξουδετέρωσε τους *Serratia marcescens*, *streptococcus pyogenes* και *bacterial virus T1*, σε 2-3 λεπτά, ο *Mycobacterium avium* παρέμεινε αμείωτος σε αριθμό και μετά από 60 λεπτά. Αυτά κυρίως τα αποτελέσματα του πειράματός τους, τους οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι το κοινής χρήσης δισκοπότηρο και το περιεχόμενό του μπορεί να λειτουργήσει ως φορέας για τη γρήγορη μετάδοση μολυσματικών μικροοργανισμών.²⁸

Και άλλες πειραματικές μελέτες έχουν δείξει ότι βακτήρια και ιοί μπορούν να επιβιώσουν στο άγιο ποτήρι μολονότι υπάρχει το οινόπνευμα στο κρασί. Επομένως, με απλή λογική, ένα άρρωστο άτομο ή ένας ασυμπτωματικός φορέας πίνοντας από το κοινό αγιοπότηρο μπορεί ενδεχομένως να εκθέσει τα υπόλοιπα μέλη του εκκλησιάσματος σε παθογένειες που υπάρχουν στο σάλιο. Όμως, η πιο πιθανή μεταδοτική ασθένεια σε αυτές τις περιπτώσεις, δεν είναι άλλη από το κοινό κρύωμα.

Σε μία μελέτη που έγινε σε 681 άτομα βρέθηκε ότι τα άτομα που μεταλαμβάνουν συχνά ή καθημερινά δε βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο μόλυνσης από τα άτομα εκείνα που δε μεταλαμβάνουν ή δεν παρακολουθούν καθόλου τις θρησκευτικές ακολουθίες.²⁶

Διάφορες άλλες εργασίες αναφέρουν ότι οι *Staphylococci* και *alpha-haemolytic streptococci* βρέθηκαν στο άγιο ποτήρι. Περισσότεροι όμως από το 80% των μικροοργανισμών είναι μη παθογενείς μικρόκοκκοι, μη αιμολυτικοί *streptococci*, μη παθογόνες *neisseria*, μη παθογενές κορυνοβακτήριο καθώς επίσης *lactobacilli* και *bacillor*. Ο *Staphylococcus aureus* βρέθηκε σε ποσοστό 26,4% στο άγιο ποτήρι. Αν και

ο βαθμός επικινδυνότητας είναι πολύ μικρός στους υγιείς ανθρώπους, αυτό φαίνεται να έχει μεγαλύτερη σημασία για τα άτομα με κάποια ανοσοκαταστολή. 27

8.4 ΕΙΝΑΙ ΔΥΝΑΤΗ Η ΜΟΛΥΝΣΗ HIV ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΣΚΟΠΟΤΗΡΟ;

(π. χ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΠΛΗΓΩΝ ΣΤΑ ΟΥΛΑ;)

Ο ιός του AIDS, είναι γνωστό ότι μπορεί να διαπιστωθεί στο σάλιο. Σειρές εκατοντάδων και περισσότερων παρατηρήσεων συγγενών ασθενών AIDS ή μολυσμένων HIV 1 δεν έδωσαν μέχρι τώρα καμία ένδειξη ότι η ασθένεια μπορεί να μεταδοθεί από οικογενειακές ή κοινωνικές σχέσεις π .χ φιλί σε συγγενικό πρόσωπο.

Σε μερικές μεμονωμένες περιπτώσεις μετάδοσης της μόλυνσης HIV 1 από οικογενειακές σχέσεις (επαφές) π.χ μία υποθετική μετάδοση από τραυματισμό, ή δάγκωμα παιδιού δεν μπορούν να έχουν αρκετή αποδεικτική ισχύ. Εκτός αυτού, δεν έχει παρατηρηθεί καμία μετάδοση του HIV σε νοσοκομειακό προσωπικό που να είχε αποκλειστικό βλενογόνο επαφή με το σάλιο των ασθενών.

Η πιθανότητα μετάδοσης HIV 1 από το δισκοπότηρο είναι, εξ' αιτίας αυτών των παρατηρήσεων, πολύ απίθανη ακόμα κι αν υπάρχουν πολύ μικρές ποσότητες αίματος στο σάλιο εξ' αιτίας μικροτραυματισμών των ούλων. 29

Κατά την κοινή χρήση του ποτηριού, πιστεύεται ότι ο κίνδυνος μετάδοσης μικροοργανισμών μέσω του σάλιου μειώνεται από: 1) την απολυμαντική δύναμη του μετάλλου, του ασημιού ή του χρυσού που συνήθως κατασκευάζεται το ποτήρι 2) την επίδραση του οινοπνεύματος του κρασιού 3) την περιστροφή του ποτηριού και το σκούπισμα των χειλιών του μέσα και έξω μ' ένα κομμάτι ύφασμα μετά από κάθε χρήση καθενός των κοινωνούντων. 30

Εν κατακλείδι, δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος μετάδοσης του HIV δια της οδού της Θείας Μετάληψης κάτω από φυσιολογικές συνθήκες. Ίσως μόνο κάτω από σημαντικές καταστάσεις να πρέπει να προταθούν τρόποι για τη βελτίωση της υγιεινής κατά τη διάρκεια της Θείας Κοινωνίας. 31

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΒΑΣΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

78

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΒΑΣΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στις αρχές της δεκαετίας του '80 ολόκληρος ο κόσμος άρχισε να μαθαίνει για την ύπαρξη ενός νέου θανατηφόρου ιού που έγινε γνωστός με τα αρχικά του AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome).

Σε πρώτη φάση, λίγοι ίσως να ήταν όσοι συγκινήθηκαν ή ευαισθητοποιήθηκαν μπροστά σ' αυτή τη νόσο. Υπήρχαν και άλλοι που πίστεψαν πως δεν τους αφορά μιας και η νόσος προσέβαλλε αρχικά τους ομοφυλόφιλους.

Στο μυαλό των περισσότερων ανθρώπων μόνο ο καρκίνος ήταν μέχρι τότε η Σκιά του θανάτου. Όμως με την είδηση ότι η ασθένεια του AIDS ήταν μεταδοτική και η επιδημία δεν είναι ελεγχόμενη ή ότι δεν υπάρχει εμβολιασμός ή θεραπεία, ο φόβος άρχισε να κατακεραυνώνει τους ανθρώπους. Πόσο μάλλον, όταν άρχισε να γίνεται ευρύτερα γνωστό ότι το AIDS μεταδίδεται με το αίμα και το σπέρμα.

Επομένως, ενώ οι τρόποι με τους οποίους μεταδίδεται ο ιός ήταν συγκεκριμένοι, η ελλιπής ενημέρωση, η αδιαφορία επέφεραν προκαταλήψεις, φαντασιώσεις που δύσκολα θα αντιμετωπίζονταν.

Ακόμα και καθημερινές πρακτικές, όπως η χρήση των κοινών σερβίτσιων (μαχαιροπήρουνων και ποτηριών) στα εστιατόρια, η κοινή χρήση τουαλέτας σε δημόσιους χώρους, πέρασαν κάτω από το μικροσκόπιο των ερευνών, για το κατά πόσο αυτές ενοχοποιούνται για τη μετάδοση της νόσου.

Κάτω από το ίδιο μικροσκόπιο, ελέχθησαν οι περισσότεροι χώροι που συγκέντρωναν πολλά άτομα, όπως το κολυμβητήριο ή οι εκκλησίες. Η Θεία Κοινωνία, επομένως, ήταν αυτό το σημείο της θρησκευτικής ακολουθίας που ο κλήρος μοιραζόταν από κοινού το ίδιο δισκοπότηρο και κουτάλι για να μεταλάβει τα άχραντα μυστήρια.

Διάφορες έρευνες έγιναν στο εξωτερικό που αναφέρονταν στη Θεία Μετάληψη με αφορμή τα αποτελέσματα διαφόρων εργαστηριακών πειραμάτων στο δισκοπότηρο, πάνω στο οποίο εντοπίστηκαν διάφοροι μικροοργανισμοί. Στο ερώτημα που πολλοί επιστήμονες κλήθηκαν ν' απαντήσουν ήταν το εάν είναι δυνατή η μετάδοση κάποιου ιού ακόμα και του ιού του AIDS μεταξύ των συγκοινωνούντων.

Η έρευνα αυτή διαχώριζε την επιστήμη από τη θρησκεία και τα χριστιανικά πιστεύω χωρίς όμως να τα προσβάλλει συνειδητά. Οι πιστοί των χριστιανικών θρησκειών, και πόσο μάλλον της Ορθοδοξίας, που έχουν πολύ ψηλά το θρησκευτικό τους φρόνημα, πιθανότατα να ένοιωσαν ή να νοιώθουν εξαγριωμένοι, που ένα θείο μυστήριο φέρεται να "ενοχοποιείται" για μία θανατηφόρα ασθένεια.

Η εργασία δεν ενοχοποιεί σε καμία περίπτωση το θείο μυστήριο. Αντίθετα, λίγοι από τους σκοπούς της έρευνας αυτής είναι να απομακρύνει τις προκαταλήψεις, να "σκοτώσει" την ημιμάθεια, να ενισχύσει την πίστη.

Πόσες φορές δεν έχουμε βρεθεί στην εκκλησία και στην προσπάθειά μας να μεταλάβουμε κάποιοι τρέχουν για να είναι οι πρώτοι που θα μεταλάβουν ή πάλι μέχρι να έρθει η σειρά μας διάφορες σκέψεις μας τυραννούν όπως π.χ το αν ο μπροστινός μας έχει κάποια ασθένεια κ.λ.π

Προκειμένου, λοιπόν, να περνούμε όλη αυτή τη ψυχική φθορά ας πιστεύουμε αλλά και ας ερευνούμε.

Κεφάλαιο 2^ο

2.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

81

2.2 ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

81

2.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Για την καταγραφή των γνώσεων αλλά και της άποψης του κοινού για το αν συνδέεται επιστημονικά ή όχι το AIDS με την Αγία Μετάληψη, χρησιμοποιήσαμε τη μέθοδο του ερωτηματολογίου.

Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε 17 ανοικτές και 6 κλειστές ερωτήσεις. Οι πρώτες 7 ερωτήσεις κατέγραφαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Οι επόμενες 11 ερωτήσεις αφορούσαν το θρήσκευμα των ερωτηθέντων, τη συμμετοχή τους ή όχι στο μυστήριο της Αγίας Μετάληψης και οι τελευταίες 5 ερωτήσεις αφορούσαν στις γνώσεις των ερωτώμενων σχετικά με το AIDS.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε από τον ίδιο τον ερωτώμενο χωρίς την παρουσία συνεντευκτή για να διασφαλισθεί έτσι το απόρρητο των απαντήσεων, απαραίτητη προϋπόθεση σε μία έρευνα που εστιάζεται σε πολύ προσωπικά στοιχεία.

2.2 ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Το δείγμα 200 συνολικά άτομα, 103 άνδρες και 97 γυναίκες, επιλέχθηκαν τυχαία από διάφορα μέρη της Ελλάδος όπως την Αθήνα, τον Πειραιά, την Πάτρα και την Κρήτη. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν σε διάστημα 3 μηνών.

Κεφάλαιο 3ο

3.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	83
3.1.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	83
3.1.2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΚΛΗΣΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΜΥΣΤΗΡΙΟ ΤΗΣ ΘΕΙΑΣ ΜΕΤΑΛΗΨΗΣ	87
3.1.3 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΝ ΣΧΕΤΙΖΕΙ ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΜΑΣ ΤΗ ΘΕΙΑ ΜΕΤΑΛΗΨΗ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ	94
3.1.4 ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ AIDS	

3.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑ-ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

3.1.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Από τα 200 άτομα που πήραν μέρος στην έρευνα, 103 ήταν άνδρες και 97 γυναίκες. Οι ηλικίες ήταν από 21-70 ετών και είχαν την ακόλουθη κατανομή:

82 ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 21-30 (36 άνδρες, 46 γυναίκες)

48 ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 31-40 (25 άνδρες, 23 γυναίκες)

33 ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 41-50 (15 άνδρες, 18 γυναίκες)

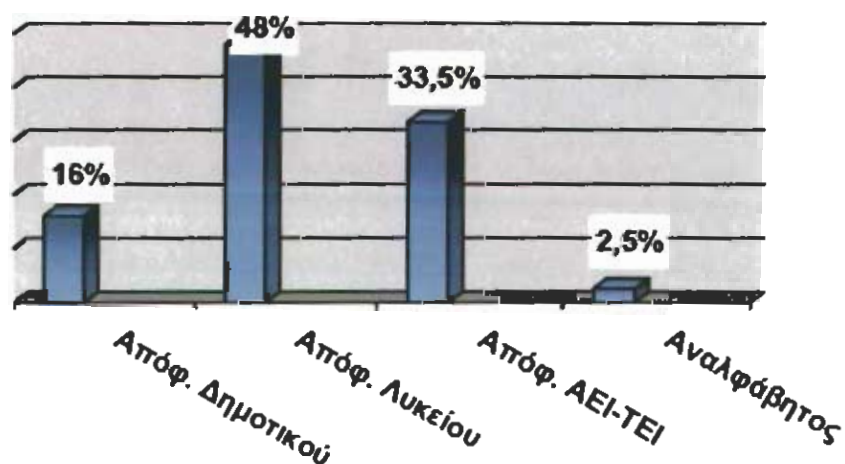
24 ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 51-60 (17 άνδρες, 7 γυναίκες) και

13 ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 61-70 (10 άνδρες, 3 γυναίκες).

Από τα 200 άτομα που απήντησαν στο ερωτηματολόγιό μας, τα 174 ζουν σε αστικές περιοχές ενώ 28 ζουν σε αγροτικές περιοχές.

Τα 200 άτομα είχαν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά ως προς το μορφωτικό επίπεδο όπως εμφανίζονται στο ΣΧΗΜΑ 1:

ΣΧΗΜΑ 1. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ



Παρατηρούμε ότι την πλειοψηφία του δείγματός μας αποτελούν άτομα Μέσης και Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Αναλυτικά, παραθέτουμε τους πίνακες (1,2) που ακολουθούν ανά φύλο και κατά ηλικία:

Πίνακας 1 - ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Άνδρες		ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ-ΤΕΙ	ΑΝΑΛΦΑ- ΒΗΤΟΣ
21-30	Νο 36	-	21	15	-
31-40	25	4	11	10	-
41-50	15	3	7	5	-
51-60	17	7	7	3	-
61-70	10	6	1	-	3
Σύνολο 103		Σύνολο 20	Σύνολο 47	Σύνολο 33	Σύνολο 3

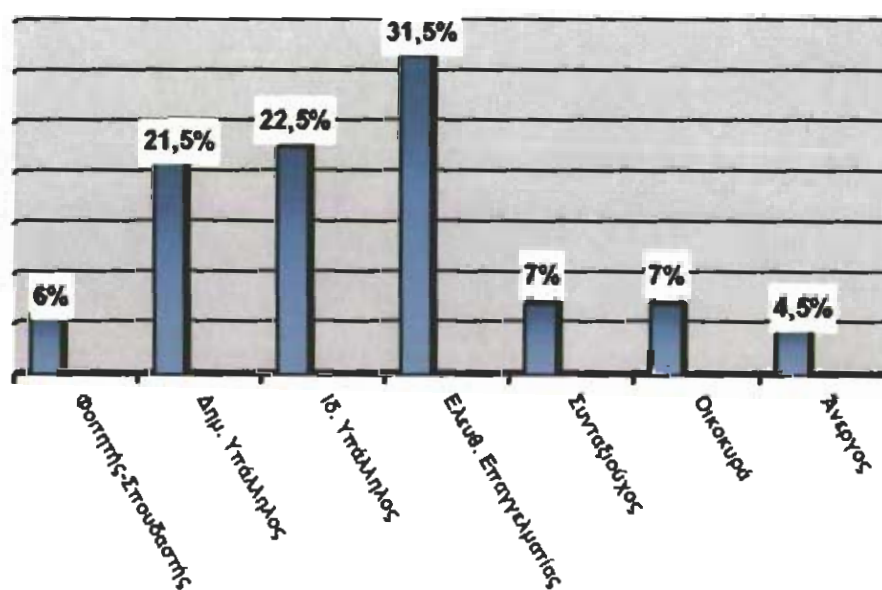
Πίνακας 2- ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Γυναίκες		ΑΠΟΦΟΙΤΗ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	ΑΠΟΦΟΙΤΗ ΛΥΚΕΙΟΥ	ΑΠΟΦΟΙΤΗ ΑΕΙ-ΤΕΙ	ΑΝΑΛΦΑ- ΒΗΤΗ
21-30	Νο 46	2	25	19	-
31-40	23	2	13	8	-
41-50	18	5	9	4	-
51-60	7	2	2	3	-
61-70	3	1	-	-	2
Σύνολο 97		Σύνολο 12	Σύνολο 49	Σύνολο 33	Σύνολο 2

Ως προς το επάγγελμα σχήμα 2, φαίνεται η κατανομή του δείγματός μας.

Το δείγμα μας περιελάμβανε αρκετούς ελεύθερους επαγγελματίες (63), που είναι και η μεγαλύτερη κατηγορία και ακολουθούν ιδιωτικοί υπάλληλοι (45), οι δημόσιοι υπάλληλοι (43) κ.λ.π

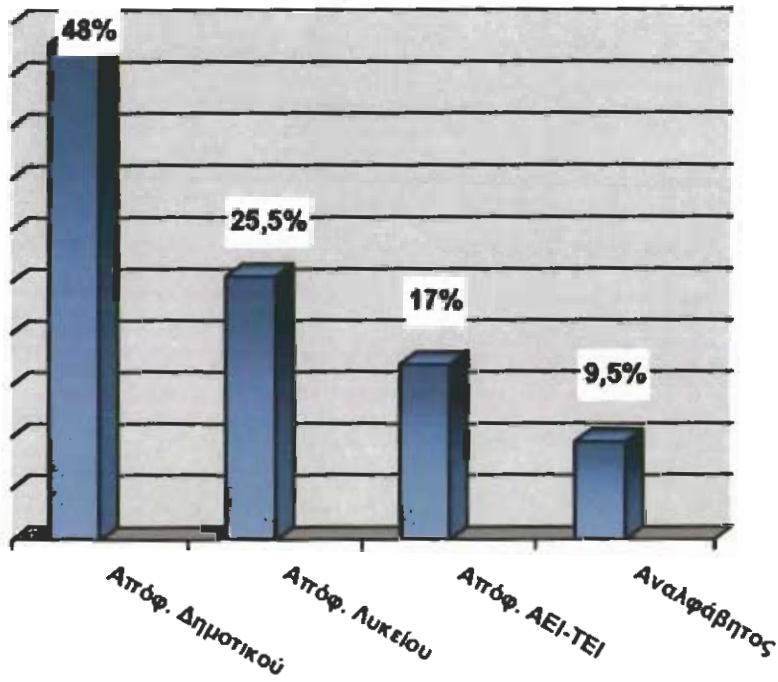
ΣΧΗΜΑ 2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ



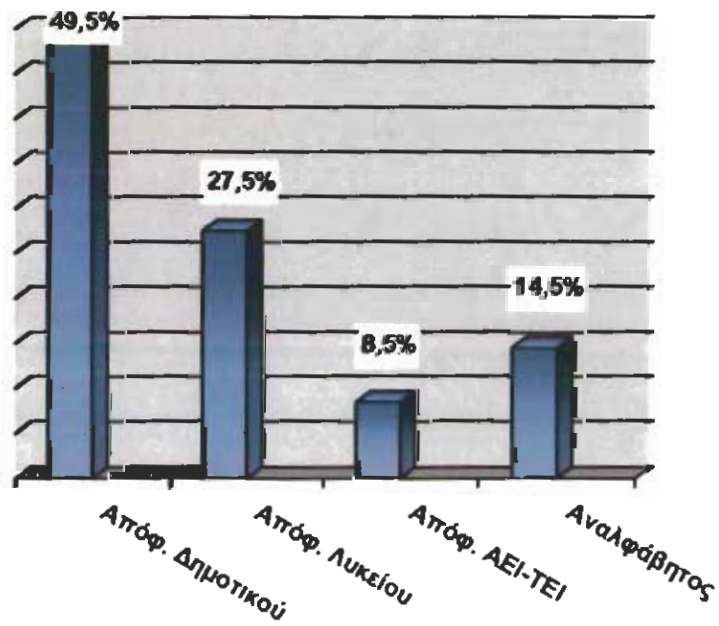
Στα δημογραφικά στοιχεία περιελήφθησαν και 2 ερωτήσεις που αφορούσαν στο μορφωτικό επίπεδο του πατέρα και της μητέρας των ατόμων του δείγματός μας.

Στα επόμενα σχήματα φαίνεται η κατανομή του μορφωτικού επιπέδου των γονέων όπως εμφανίστηκαν στη μελέτη μας.

ΣΧΗΜΑ 3. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΤΕΡΑ



ΣΧΗΜΑ 4. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΗΤΕΡΑΣ

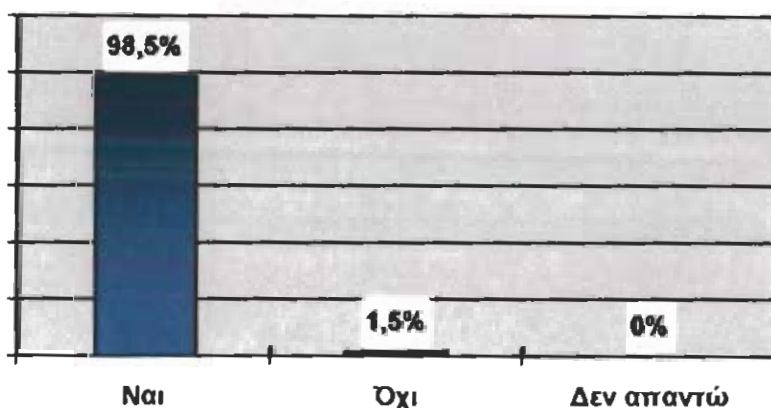


Σκοπός αυτής της ερώτησης ήταν να έχουμε μία εικόνα για το οικογενειακό περιβάλλον των ερωτηθέντων. Στην παρούσα μελέτη όμως το δείγμα μας δε φαίνεται να επηρεάζεται από το μορφωτικό επίπεδο των γονέων ή τουλάχιστον σημαντικές διαφορές δεν επιβεβαιώθηκαν.

3.1.2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΚΛΗΣΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΜΥΣΤΗΡΙΟ ΤΗΣ ΘΕΙΑΣ ΜΕΤΑΛΗΨΗΣ

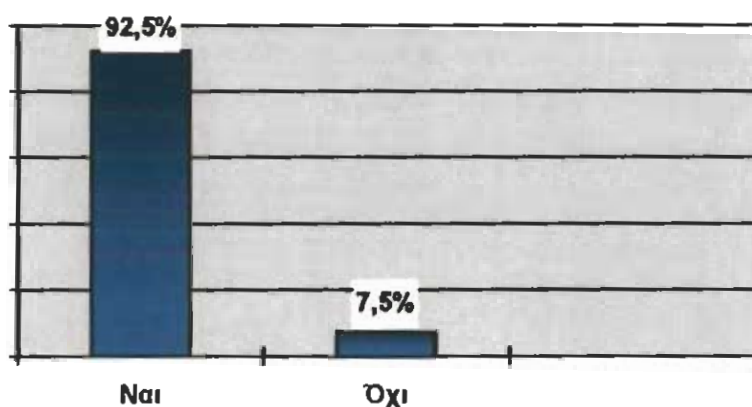
Στην ερώτηση για το εάν ο ερωτώμενος είναι χριστιανός ορθόδοξος ή όχι, δε θέλαμε να συλλέξουμε πληροφορίες για το πόσο "χριστιανός" νοιώθει ο ελληνικός λαός. Άλλωστε είμαστε και υπέρμαχοι της ανεξιθρησκίας. Λόγω του ότι το θέμα όμως αφορά το θείο μυστήριο της Αγίας Κοινωνίας της Ορθόδοξης Εκκλησίας, είναι εκείνοι κυρίως που έχουν το λόγο να εκθέσουν τις σκέψεις ή τους φόβους τους για το θέμα της έρευνάς μας.

ΣΧΗΜΑ 5. ΕΙΣΤΕ ΧΡΙΣΤΙΑΝΟΣ ΟΡΘΟΔΟΞΟΣ



Το ποσοστό 98,5% που απάντησε ΝΑΙ στην ερώτηση, αντιπροσωπεύει τα 197 άτομα του δείγματός μας, ενώ το 1,5% που απάντησε ΟΧΙ, αφορά 3 άτομα.

ΣΧΗΜΑ 6. ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΣΤΗΝ ΕΚΚΛΗΣΙΑ;



Στην ερώτηση αυτή απάντησαν και τα 200 άτομα, γιατί το γεγονός ότι 3 άτομα από το δείγμα απήντησαν ότι δεν είναι χριστιανοί ορθόδοξοι, δε σημαίνει ότι δεν εκκλησιάζονται.

Το 92,5% που απάντησε ΝΑΙ σε αυτή την ερώτηση αφορά 185 άτομα και το 7,5% που απάντησε ΟΧΙ αφορά τις απαντήσεις 15 ατόμων.

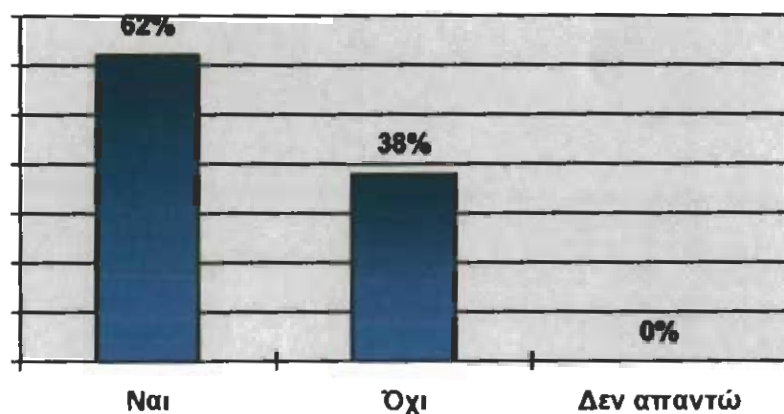
Από το ποσοστό που πηγαίνει στην εκκλησία να παρακολουθήσει τις θρησκευτικές ακολουθίες, το 88,7% το πραγματοποιούν στις μεγάλες εορτές ενώ μόλις το 11,3% πηγαίνει στην εκκλησία κάθε Κυριακή. (πίνακες 3,4)

Πίνακας 3

Πίνακας 4

Άνδρες		ΚΑΘΕ ΚΥΡΙΑΚΗ	ΜΕΓΑΛΕΣ ΕΟΡΤΕΣ	Γυναίκες		ΚΑΘΕ ΚΥΡΙΑΚΗ	ΜΕΓΑΛΕΣ ΕΟΡΤΕΣ
21-30	No 31	1	30	21-30	No 45	5	40
31-40	22	2	20	31-40	22	1	21
41-50	14	2	12	41-50	17	5	12
51-60	16	2	14	51-60	6	2	4
61-70	10	2	8	61-70	2	2	-
Σύνολο 93		Σύνολο 9	Σύνολο 84	Σύνολο 92		Σύνολο 15	Σύνολο 77

ΣΧΗΜΑ 7. ΜΕΤΑΛΑΜΒΑΝΕΤΕ;



Στην ερώτηση αυτή απάντησαν και τα 200 άτομα. Δεν εξαιρέθηκαν τα 15 που απάντησαν ΟΧΙ στην ερώτηση αν "πηγαίνουν στην εκκλησία", έστω και αν δήλωσαν "χριστιανοί ορθόδοξοι" ή άλλο θρήσκευμα, γιατί παρακάτω υπάρχει ερώτηση που αφορά όλους τους μη μεταλαμβάνοντες, οι απαντήσεις των οποίων δεν αλλοιώνουν το αποτέλεσμα.

Έτσι, το 62% αντιπροσωπεύει τα 124 άτομα του δείγματός μας, ενώ το 38% αντιπροσωπεύει τα 76. (πίνακες 5,6)

Πίνακας 5-ΜΕΤΑΛΑΜΒΑΝΕΤΕ;

<u>Άνδρες</u>		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΕΠΙΘΥΜΩ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΩ
21-30	No 36	22	14	-
31-40	25	13	12	-
41-50	15	14	1	-
51-60	17	9	8	-
61-70	10	2	8	-
Σύνολο 103		Σύνολο 60	Σύνολο 43	

Πίνακας 6-ΜΕΤΑΛΑΜΒΑΝΕΤΕ:

Γυναίκες		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΕΠΙΘΥΜΩ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΩ
21-30	No 46	31	15	-
31-40	23	16	7	-
41-50	18	12	6	-
51-60	7	3	4	-
61-70	3	2	1	-
Σύνολο 97		Σύνολο 64	Σύνολο 33	

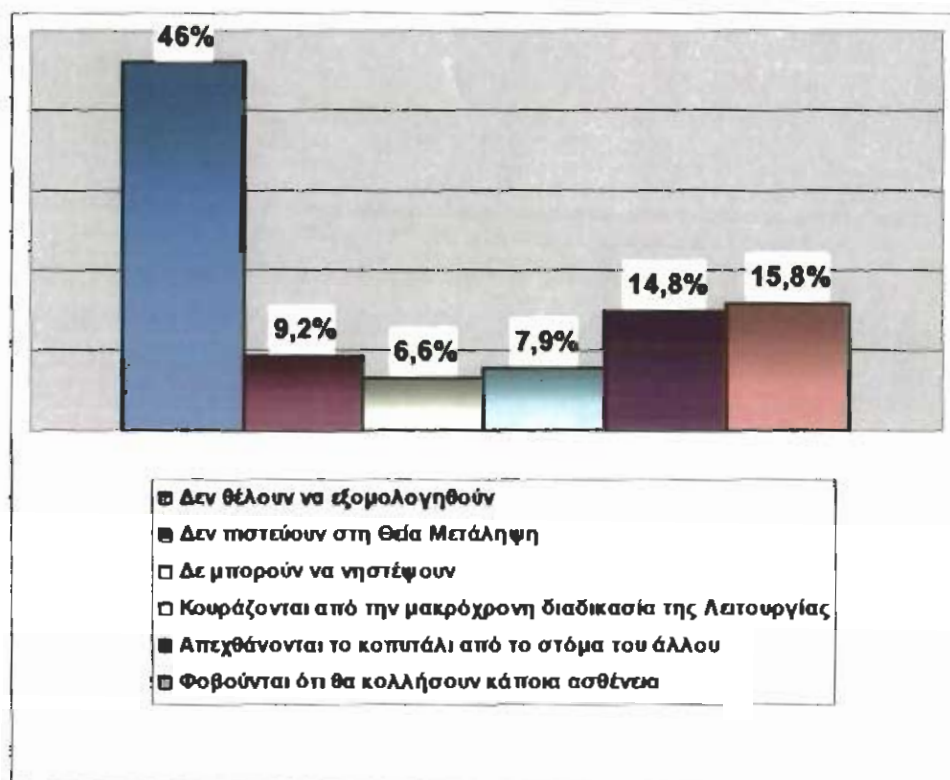
Από τα 124 άτομα που μεταλαμβάνουν, τα 8 μεταλαμβάνουν κάθε Κυριακή ενώ τα 116 μεταλαμβάνουν στις μεγάλες εορτές (Χριστούγεννα, Πάσχα κ.λ.π) (πίνακες 7,8)

Πίνακας 7

Πίνακας 8

Άνδρες		ΚΑΘΕ ΚΥΡΙΑΚΗ	ΜΕΓΑΛΕΣ ΕΟΡΤΕΣ	Γυναίκες		ΚΑΘΕ ΚΥΡΙΑΚΗ	ΜΕΓΑΛΕΣ ΕΟΡΤΕΣ
21-30	No 22	-	22	21-30	No 31	1	30
31-40	13	1	12	31-40	16	-	16
41-50	14	2	12	41-50	12	2	10
51-60	9	-	9	51-60	3	1	2
61-70	2	-	2	61-70	2	1	1
Σύνολο 60		Σύνολο 3	Σύνολο 57	Σύνολο 64		Σύνολο 5	Σύνολο 59

ΣΧΗΜΑ 8. ΕΑΝ ΔΕ ΜΕΤΑΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΛΟΓΟΣ;



Σε αυτή την ερώτηση, απάντησαν τα 76 άτομα που απάντησαν ΟΧΙ στην ερώτηση για το αν μεταλαμβάνουν. Το 46% απάντησε ότι δε θέλει να εξομολογηθεί. Τα αμέσως επόμενα υψηλά ποσοστά είναι το 15,8% που φοβάται ότι θα κολλήσει κάποια ασθένεια και το 14,5% "απεχθάνεται το κουτάλι από το στόμα του άλλου". Στους πίνακες 9,10 εμφανίζονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων ανά φύλο και κατά ηλικιακή ομάδα.

Πίνακας 9 :

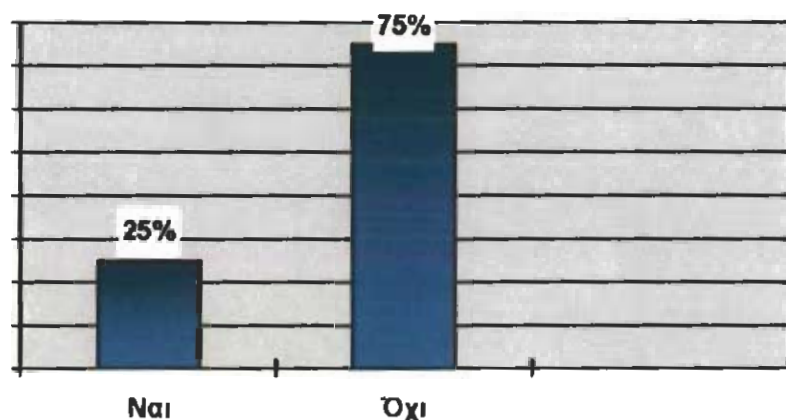
(ΕΛΩ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ ΟΣΟΙ-ΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ ΟΧΙ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 11)

Άνδρες		ΔΕ ΘΕΛΟΥΝ ΝΑ ΕΞΟΜΟΛΟΓΗΘΟΥΝ	ΔΕΝ ΠΙΣΤΕΥΟΥΝ ΣΤΗ ΘΕΙΑ ΜΕΤΑΛΗΨΗ	ΔΕ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΝΗΣΤΕΥΟΥΝ	ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	ΑΠΕΧΘΑΝΟΝΤΑΙ ΤΟ ΚΟΥΤΑΛΙ	ΦΟΒΟΥΝΤΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ
21-30	No 14	5	4	2	-	2	1
31-40	12	5	1	-	2	2	2
41-50	1	-	-	-	1	-	-
51-60	8	4	-	2	-	1	1
61-70	8	4	-	-	-	2	2
Σύνολο 43		Σύνολο 18	Σύνολο 5	Σύνολο 4	Σύνολο 3	Σύνολο 7	Σύνολο 6

Πίνακας 10

Γυναίκες		ΔΕ ΘΕΛΟΥΝ ΝΑ ΕΞΟΜΟΛΟΓΗΘΟΥΝ	ΔΕΝ ΠΙΣΤΕΥΟΥΝ ΣΤΗ ΘΕΙΑ ΜΕΤΑΛΗΨΗ	ΔΕ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΝΗΣΤΕΥΟΥΝ	ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	ΑΠΕΧΘΑΝΟΝΤΑΙ ΤΟ ΚΟΥΤΑΛΙ	ΦΟΒΟΥΝΤΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ
21-30	No 15	9	-	-	2	2	2
31-40	7	5	1	1	-	-	-
41-50	6	1	1	-	-	1	3
51-60	4	2	-	-	-	1	1
61-70	1	-	-	-	1	-	-
Σύνολο 33		Σύνολο 17	Σύνολο 2	Σύνολο 1	Σύνολο 3	Σύνολο 4	Σύνολο 6

ΣΧΗΜΑ 9. ΕΑΝ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΝ ΚΟΥΤΑΛΑΚΙΑ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ ΘΑ ΜΕΤΑΛΑΜΒΑΝΑΤΕ;



Και σε αυτή την ερώτηση συμμετείχαν τα 76 άτομα (43 άνδρες, 33 γυναίκες) που απάντησαν ΟΧΙ στην ερώτηση για το αν μεταλαμβάνουν. Το 25% που απάντησε ΝΑΙ αφορά τις απαντήσεις όλων όσων έδωσαν σαν λόγο που δεν μεταλαμβάνουν το ότι απεχθάνονται το κουτάλι από το στόμα του άλλου ή ότι φοβούνται ότι θα κολλήσουν κάποια ασθένεια. (πίνακες 11,12)

Πίνακας 11

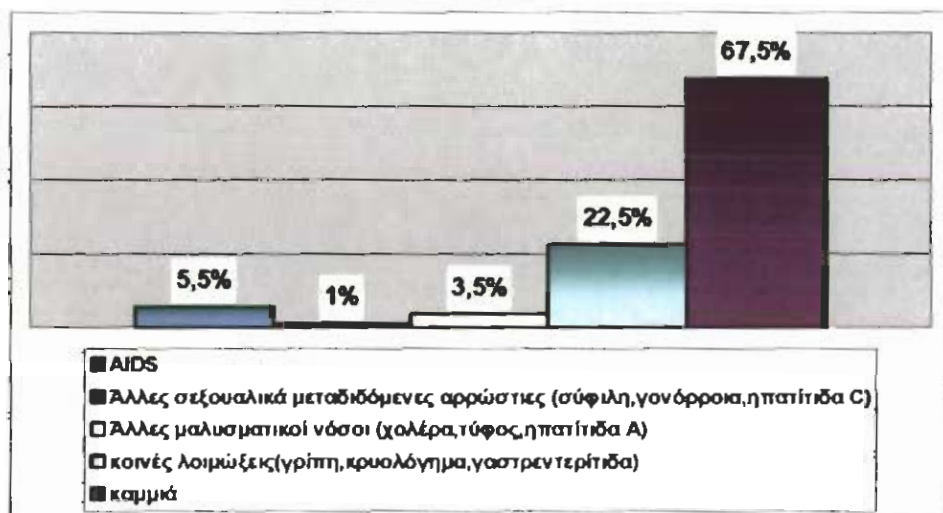
Πίνακας 12

Ανδρες		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Γυναίκες		ΝΑΙ	ΟΧΙ
21-30	No 14	3	11	21-30	No 15	4	11
31-40	12	3	9	31-40	7	-	7
41-50	1	-	1	41-50	6	4	2
51-60	8	2	6	51-60	4	1	3
61-70	8	2	6	61-70	1	-	1
Σύνολο 43		Σύνολο 10	Σύνολο 33	Σύνολο 33		Σύνολο 9	Σύνολο 24

(ΕΛΩ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ ΟΣΟΙ -ΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ ΟΧΙ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 11)

3.1.3 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΝ ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΙ ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΜΑΣ ΤΗ ΘΕΙΑ ΜΕΤΑΔΗΨΗ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

ΣΧΗΜΑ 10. ΠΟΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΜΕΤΑΔΟΘΕΙ ΜΕ ΤΗ ΘΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΑ;



Το 67,5% απάντησε ότι καμία ασθένεια δε μπορεί να μεταδοθεί. Το 22,5% απάντησε ότι οι κοινές λοιμώξεις μπορούν να μεταδοθούν. Το αμέσως επόμενο ποσοστό είναι το 5,5%. Έντεκα άτομα του δείγματος και των δύο φύλων και στις πέντε ηλικιακές ομάδες, διατηρούν αυτή την άποψη. (πίνακες 13,14)

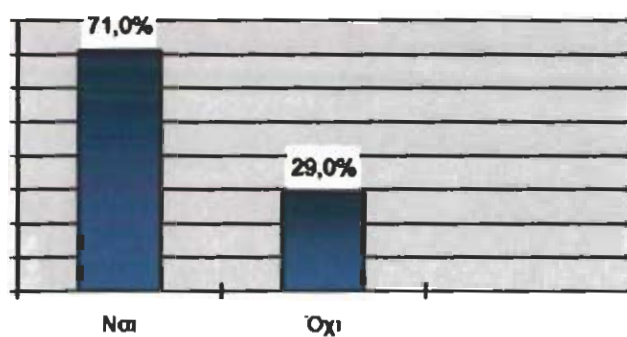
Πίνακας 13

Ανδρες		AIDS	ΑΛΛΕΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ	ΑΛΛΕΣ ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ	ΚΟΙΝΕΣ ΛΟΙΜΩΣΕΙΣ	ΚΑΜΙΑ
21-30	No 36	-	-	2	14	20
31-40	25	1	-	1	6	17
41-50	15	-	-	-	4	11
51-60	17	2	-	1	3	11
61-70	10	1	1	-	1	7
Σύνολο 43		Σύνολο 4	Σύνολο 1	Σύνολο 4	Σύνολο 28	Σύνολο 66

Πίνακας 14

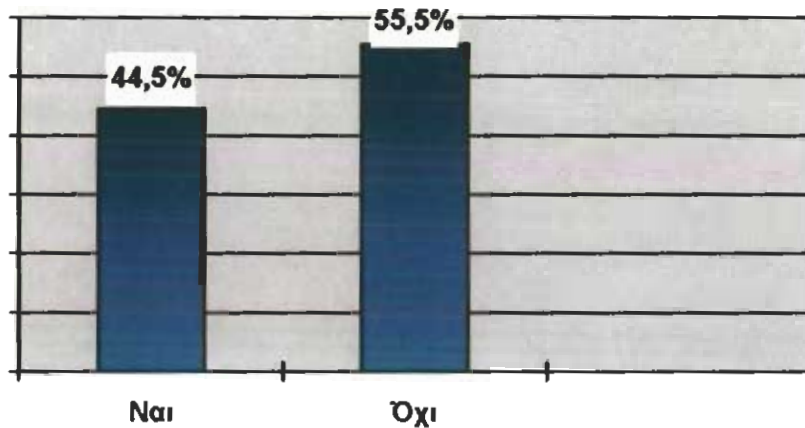
Γυναίκες		AIDS	ΑΛΛΕΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ	ΑΛΛΕΣ ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ	ΚΟΙΝΕΣ ΛΟΙΜΩΣΕΙΣ	ΚΑΜΙΑ
21-30	No 46	1	-	1	10	34
31-40	23	-	-	1	5	17
41-50	18	4	1	1	1	11
51-60	7	2	-	-	1	4
61-70	13	-	-	-	-	3
Σύνολο 97		Σύνολο 7	Σύνολο 1	Σύνολο 3	Σύνολο 17	Σύνολο 69

ΣΧΗΜΑ 11. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΠΩΣ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΜΕΤΑΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΠΡΩΤΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΟΙ ΕΝΗΛΙΚΕΣ;



Το 71% είναι ποσοστό αναμενόμενο για αυτή την ερώτηση. Ανεξάρτητα για το αν υπάρχει φόβος για τη μετάδοση κάποιας ασθένειας ή όχι, τα παιδιά θα πρέπει να μεταλαμβάνουν πρώτα απ' όλους για να μην κουράζονται από τις μακροχρόνιες διαδικασίες της λειτουργίας, σύμφωνα με την προφορική άποψη του δείγματός μας.

**ΣΧΗΜΑ 12.ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟ ΜΑ ΜΕΤΑΛΑΜΒΑΝΕΙ
ΚΑΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΒΡΕΦΗ Ή ΠΑΙΔΙΑ ΠΑΡΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ
ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ; ΓΙΑΤΙ;**



Στις δύο απαντήσεις τα ποσοστά δεν έχουν μεγάλη διαφορά. Ενδεικτικά παραθέτουμε κάποιες από τις απαντήσεις του δεύτερου σκέλους του ερωτήματος.

Άνδρας (51-60) απάντησε όχι: "Δεν πιστεύω ότι με τη θεία μετάληψη κολλάει τίποτα"

Άνδρας (61-70) απάντησε όχι: "Δεν πιστεύω ότι υπάρχει κάποιος φόβος μεταλαμβάνοντας"

Γυναίκα (41-50) απάντησε όχι: "Γιατί τα βρέφη ή τα παιδιά μπορεί να έχουν μεταδοτικές ασθένειες"

Γυναίκα (41-50) απάντησε όχι: "Γιατί τα παιδιά δεν έχουν σεξουαλικές επαφές οπότε δεν έχουν και AIDS"

Γυναίκα (31-40) απάντησε όχι: "Γιατί πιστεύω στη θεία κοινωνία"

Άνδρας (21-30) απάντησε όχι: "Κάθε ηλικία μπορεί να πάσχει από κοινές λοιμώξεις"

Γυναίκα (51-60) απάντησε ναι: "Τα παιδιά είναι πιο καθαρά"

Γυναίκα (41-50) απάντησε ναι: "Γιατί μπορεί να έχουν λιγότερα μικρόβια"

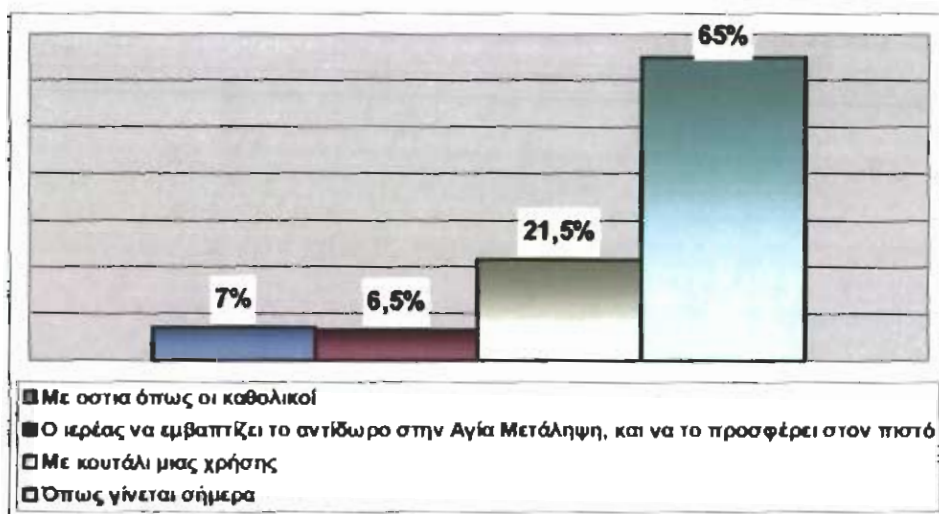
Γυναίκα (21-30) απάντησε ναι: "Γιατί σιχαίνομαι"

Γυναίκα (21-30) απάντησε ναι: "Γιατί η θεία κοινωνία είναι διαβασμένη και δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος"

Άνδρας (41-50) απάντησε ναι: "Για να μην ταλαιπωρούνται"

Άνδρας (21-30) απάντησε ναι: "Γιατί τα παιδιά είναι ακίνδυνα και άγια"

ΣΧΗΜΑ 12. ΠΩΣ ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΔΙΔΕΤΑΙ Η ΑΓΙΑ ΜΕΤΑΛΗΨΗ;



Και αυτό το αποτέλεσμα του υψηλού ποσοστού (65%) να δίδεται η αγία μετάληψη όπως

γίνεται σήμερα, ήταν αναμενόμενο. Σαν λαός, έχουμε ήθη και έθιμα, που δε θέλουμε να τα αλλάξουμε. Το 21,5% θέλει η αγία μετάληψη να δίδεται με κουτάλακι μίας χρήσης. Το ποσοστό αυτό είναι κυρίως όσοι απεχθάνονται το κουτάλι από το στόμα του άλλου ή φοβούνται ότι θα κολλήσουν κάποια ασθένεια. Στους πίνακες 15,16 εμφανίζονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα.

Πίνακας 15

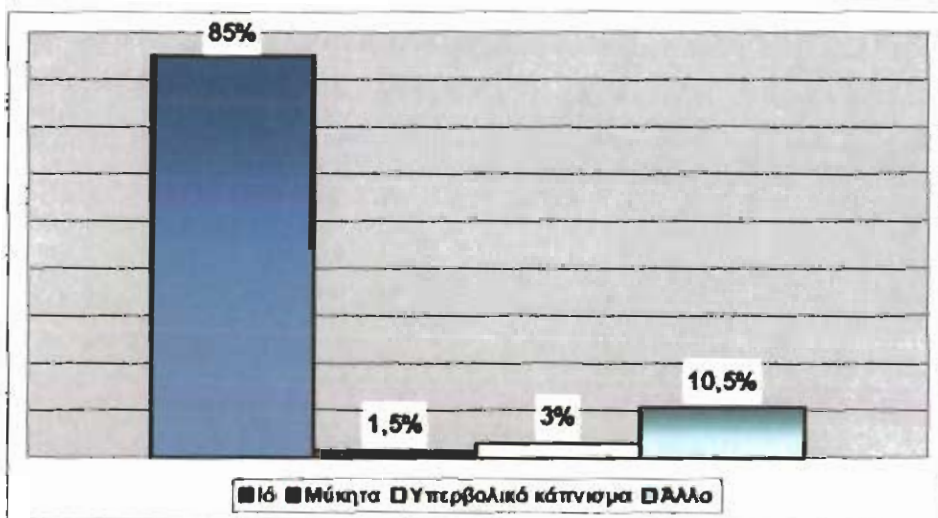
Άνδρες		ΜΕ ΟΣΤΙΑ ΟΠΩΣ ΣΤΟΥΣ ΚΑΘΟΛΙΚΟΥΣ	Ο ΠΕΡΕΑΣ ΝΑ ΕΜΒΑΙΠΤΙΖΕΙ ΤΟ ΑΝΤΙΔΩΡΟ ΚΑΙ ΝΑ ΤΟ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ ΣΤΟ ΠΙΣΤΟ	ΜΕ ΚΟΥΤΑΛΑΚΙ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ	ΟΠΩΣ ΣΗΜΕΡΑ
21-30	No 36	4	2	4	26
31-40	25	2	2	4	17
41-50	15	-	-	3	12
51-60	17	-	2	5	10
61-70	10	1	-	4	5
Σύνολο 103		Σύνολο 7	Σύνολο 6	Σύνολο 20	Σύνολο 70

Πίνακας 16

Γυναίκες		ΜΕ ΟΣΤΙΑ ΟΠΩΣ ΣΤΟΥΣ ΚΑΘΟΛΙΚΟΥΣ	Ο ΠΕΡΕΑΣ ΝΑ ΕΜΒΑΙΠΤΙΖΕΙ ΤΟ ΑΝΤΙΔΩΡΟ ΚΑΙ ΝΑ ΤΟ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ ΣΤΟ ΠΙΣΤΟ	ΜΕ ΚΟΥΤΑΛΑΚΙ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ	ΟΠΩΣ ΣΗΜΕΡΑ
21-30	No 46	2	4	7	33
31-40	23	1	2	4	16
41-50	18	3	-	10	5
51-60	7	1	1	2	3
61-70	3	-	-	-	3
Σύνολο 97		Σύνολο 7	Σύνολο 7	Σύνολο 23	Σύνολο 60

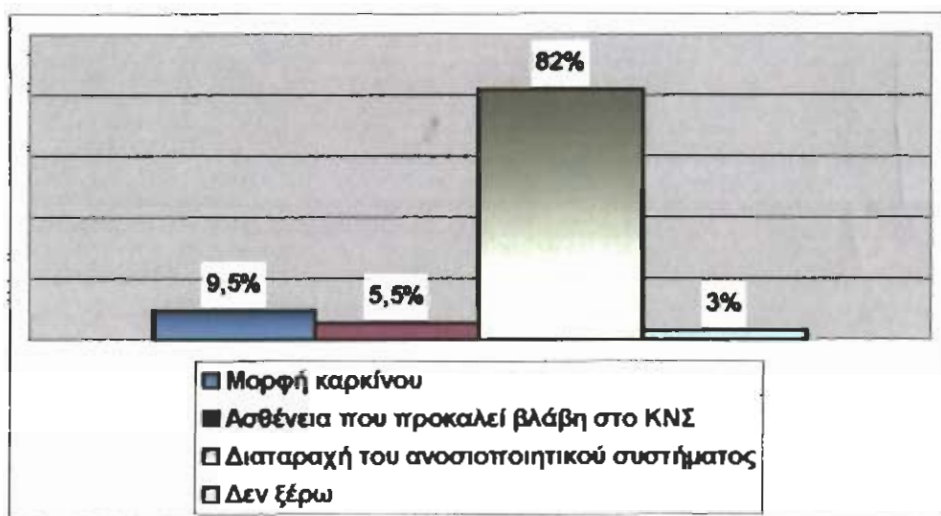
3.1.4 ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ AIDS

ΣΧΗΜΑ 13. ΣΕ ΤΙ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΤΟ AIDS;



Το 85% που αντιπροσωπεύει τα 170 άτομα του δείγματός μας (90 άνδρες, 80 γυναίκες) φαίνεται ενημερωμένο στο ότι η ασθένεια του AIDS οφείλεται σε ιό. Ότι το AIDS οφείλεται σε μύκητα πιστεύουν μία γυναίκα που ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 31-40 και δύο άνδρες στις ηλικιακές ομάδες 51-60 και 61-70. Τρεις γυναίκες, μία σε κάθε ηλικιακή ομάδα 41-50, 51-60, 61-70 και τρεις άνδρες, ένας σε κάθε ηλικιακή ομάδα 31-40, 51-60, 61-70 αποδίδουν την ασθένεια του AIDS σε υπερβολικό κάπνισμα.

ΣΧΗΜΑ 14. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ AIDS;



Οι 86 άνδρες του δείγματός μας και οι 78 γυναίκες αντίστοιχα, συμπληρώνουν το ποσοστό 82% που γνωρίζει το ότι η ασθένεια του AIDS επιφέρει διαταραχή στο ανοσοποιητικό σύστημα. Οι υπόλοιπες απαντήσεις των δύο φύλων και κατά ηλικιακή ομάδα διαφαίνονται στους πίνακες που ακολουθούν (πίνακες 17,18)

Πίνακας 17

Ανδρες		ΜΟΡΦΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΒΛΑΒΗ ΣΤΟ ΚΝΣ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	ΔΕ ΞΕΡΩ
21-30	No 36	1	1	34	-
31-40	25	1	1	23	-
41-50	15	-	2	11	2
51-60	17	2	1	14	-
61-70	10	4	1	4	1
Σύνολο 103		Σύνολο 8	Σύνολο 6	Σύνολο 86	Σύνολο 3

Πίνακας 18

Γυναίκες		ΜΟΡΦΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΒΛΑΒΗ ΣΤΟ ΚΝΣ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	ΔΕ ΞΕΡΩ
21-30	No 46	7	-	39	-
31-40	23	2	1	20	-
41-50	18	-	3	13	2
51-60	7	1	1	5	-1
61-70	3	1	-	1	
Σύνολο 97		Σύνολο 11	Σύνολο 5	Σύνολο 78	Σύνολο 3

ΣΧΗΜΑ 15. ΠΩΣ ΜΕΤΑΔΟΘΗΚΕ Ο ΙΟΣ;



Τα δύο μεγαλύτερα ποσοστά σε αυτές τις απαντήσεις όπως διαφαίνεται στο σχήμα, κατέχουν οι απαντήσεις που θέλουν τον ιό να μεταδοθήκε στον άνθρωπο αφού κατασκευάστηκε πρώτα σε εργαστήρια βιολογικού πολέμου, (29,5% των ερωτηθέντων, 36 άνδρες και 33 γυναίκες) και τον ιό που μεταδόθηκε στον άνθρωπο από τον πράσινο πίθηκο (33 άνδρες και 24 γυναίκες). Αναλυτικά οι υπόλοιπες απαντήσεις ανά φύλο και κατά ηλικιακή ομάδα δίδονται στους πίνακες 19.20

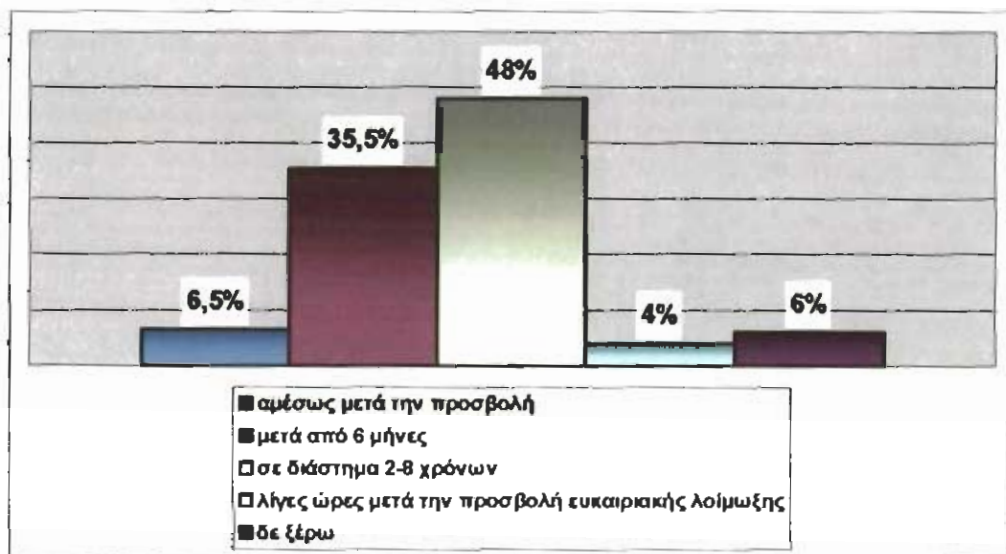
Πίνακας 19

Άνδρες		ΑΠΟ ΠΡΑΣΙΝΟ ΠΙΘΗΚΟ	ΑΠΟ ΠΟΛΥΤΑΜΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ	ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΕΙΣ	ΠΕΡΟΔΟΥΛΕΣ	ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΗΚΕ ΣΕ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ	ΑΠΟ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ	ΑΠΟ ΤΟΚΕΤΟ	ΔΕ ΞΕΡΩ
21-30	No 46	12	11	4	-	11	4	-	4
40	23	4	9	3	-	6	1	-	-
50	18	6	3	1	1	6	1	-	-
60	7	2	2	-	1	-	1	-	1
70	3	-	1	-	-	-	1	-	1
Σύνολο 103		Σύνολο 33	Σύνολο 18	Σύνολο 6	Σύνολο 3	Σύνολο 36	Σύνολο 5		Σύνολο 2

Πίνακας 20

Γυναίκες		ΑΠΟ ΠΡΑΣΙΝΟ ΠΙΘΗΚΟ	ΑΠΟ ΠΟΛΥΤΑΜΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ	ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΕΙΣ	ΠΕΡΟΔΟΥΛΕΣ	ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΗΚΕ ΣΕ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ	ΑΠΟ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ	ΑΠΟ ΤΟΚΕΤΟ	ΔΕ ΞΕΡΩ
21-30	No 36	13	6	-	1	14	1	-	1
40	25	7	4	2	-	12	-	-	-
50	15	3	4	-	2	6	-	-	-
60	17	7	3	2	-	3	2	-	-
70	10	3	1	2	-	1	2	-	1
Σύνολο 97		Σύνολο 24	Σύνολο 26	Σύνολο 8	Σύνολο 2	Σύνολο 23	Σύνολο 8		Σύνολο 6

**ΣΧΗΜΑ 16. ΠΟΣΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΓΙΑ ΝΑ ΕΚΔΗΛΩΘΟΥΝ ΤΑ
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ AIDS ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ;**



Σε αυτή την ερώτηση τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες του δείγματός μας, (53, 43 αντίστοιχα) απάντησαν ότι χρειάζονται 2-8 χρόνια για να εκδηλωθούν τα συμπτώματα της νόσου στο άτομο. Ακολουθεί το ποσοστό 35,5% που απάντησε ότι τα συμπτώματα του AIDS εκδηλώνονται μετά από 6 μήνες. Αναλυτικά στους πίνακες 21,22 φαίνονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων ανά φύλο και κατά ηλικιακή ομάδα.

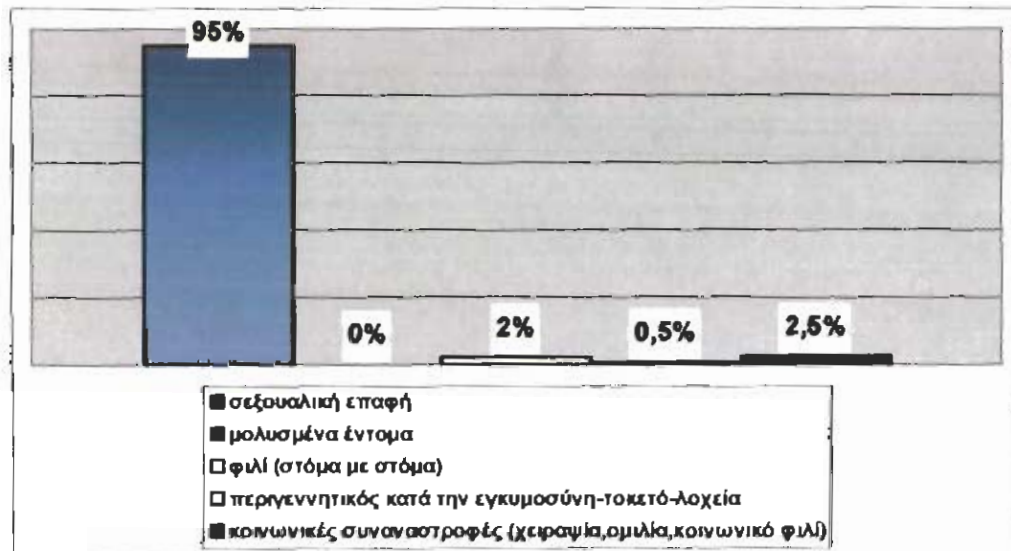
Πίνακας 21

Άνδρες		ΑΜΕΣΩΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΒΟΛΗ	ΜΕΤΑ ΑΠΟ 6 ΜΗΝΕΣ	ΣΕ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 2- 8 ΧΡΟΝΩΝ	ΛΙΓΕΣ ΩΡΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΗΣ ΛΟΙΜΩΣΗΣ	ΔΕ ΞΕΡΩ
21-30	No 36	2	10	20	2	22
31-40	25	2	6	14	1	-
41-50	15	2	3	9	1	11
51-60	17	-	9	7	-	
61-70	10	-	5	3	1	
Σύνολο	107	Σύνολο 6	Σύνολο 33	Σύνολο 53	Σύνολο 5	Σύνολο 6

Πίνακας 22

Γυναίκες		ΑΜΕΣΩΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΒΟΛΗ	ΜΕΤΑ ΑΠΟ 6 ΜΗΝΕΣ	ΣΕ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 2- 8 ΧΡΟΝΩΝ	ΛΙΓΕΣ ΩΡΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΗΣ ΛΟΙΜΩΣΗΣ	ΔΕ ΞΕΡΩ
21-30	No 46	3	19	21	1	2
31-40	23	2	8	12	-	1
41-50	18	1	6	8	1	2
51-60	7	1	5	1	-	-
61-70	13		-	1	1	1
Σύνολο 97		Σύνολο 7	Σύνολο 38	Σύνολο 43	Σύνολο 3	Σύνολο 6

ΣΧΗΜΑ 17. ΜΕ ΠΟΙΟΝ ΤΡΟΠΟ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ ΚΥΡΙΩΣ Ο ΙΟΣ;



Το 95% που αντιπροσωπεύει και τα δύο φύλα απάντησε ότι με τη σεξουαλική επαφή μεταδίδεται κυρίως ο ιός (94 άνδρες, 96 γυναίκες). Μία γυναίκα που ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 61-70, θεωρεί ότι το AIDS μεταδίδεται με τις κοινωνικές συναναστροφές. Το ίδιο υποστηρίζουν και 4 άνδρες, 2 στην ηλικιακή ομάδα 51-60 και 2

στην ηλικιακή ομάδα 61-70. Ένας άνδρας της τελευταίας ηλικιακής ομάδας απάντησε ότι το AIDS μεταδίδεται κυρίως περιγεννητικώς και 4 ακόμα άνδρες, 2 στην ηλικιακή ομάδα 51-60 και 2 στην ηλικιακή ομάδα 61-70 υποστηρίζει ότι το AIDS μεταδίδεται με το ερωτικό φιλί

Κεφάλαιο 4^ο
ΣΥΖΗΤΗΣΗ

107

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οφείλουμε να αναφέρουμε, σχολιάζοντας τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, ότι το ύφος του ερωτηματολογίου σχολιάστηκε ποικιλοτρόπως από τους συμμετέχοντες.

Υπήρχαν εκείνοι που πάντα κρατούσαν στις σκέψεις τους τις υποψίες ότι κάποια ασθένεια μπορεί να μεταδοθεί με την κοινή χρήση του κουταλιού και δε μεταλάμβαναν. Υπήρχαν εκείνοι που διατηρούσαν τις ίδιες υποψίες αλλά έφταναν στην Ωραία Πύλη και οι άλλοι που έφταναν στο μυστήριο της Θείας Μετάληψης έχοντας ως σύμμαχό τους την πίστη τους για το Θεό.

Από τα 200 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, 13 άτομα απάντησαν ότι απεχθάνονται το κουτάλι από το στόμα του άλλου και ότι φοβούνται ότι θα κολλήσουν κάποια ασθένεια γι' αυτό δε μεταλαμβάνουν. Τα 9 από αυτά θα μεταλάμβαναν αν χρησιμοποιούνταν κουταλάκια μίας χρήσης. Άραγε αξίζει γι' αυτό το μικρό ποσοστό ν' αλλάξουμε τα ήθη και τα έθιμά μας; Δεν είναι πάραυτα λυπηρό, άνθρωποι που θέλουν να θρέψουν τη ψυχή τους, να μην το κάνουν από το φόβο μετάδοσης κάποιας ασθένειας; Σε καμία περίπτωση αυτοί οι άνθρωποι δεν είναι λιγότερο πιστοί ή πιο ακραία άπιστοι, γιατί η πίστη δεν είναι υποταγή.

Η ενημέρωση όμως για το τι μπορεί να μεταδοθεί με τη Θεία Μετάληψη και το τι όχι είναι επιβεβλημένη. Οι ιατρικοί όροι ποτέ δε θα είναι αρκετοί να πείσουν το κοινό αίσθημα χωρίς απλά παραδείγματα. Το γεγονός όμως ότι ποτέ μέχρι σήμερα δεν έχει μεταδοθεί ο ιός του AIDS δια μέσου της Αγίας Μετάληψης, είναι μόνο η αρχή της αναφοράς των απλών παραδειγμάτων.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

9. ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΣΤΗΝ ΕΚΚΛΗΣΙΑ;

α. ΝΑΙ β. ΟΧΙ

10. ΕΑΝ ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΣΤΗΝ ΕΚΚΛΗΣΙΑ, ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ;

α. ΚΑΘΕ ΚΥΡΙΑΚΗ
β. ΣΤΙΣ ΜΕΓΑΛΕΣ ΕΟΡΤΕΣ

11. ΜΕΤΑΛΑΜΒΑΝΕΤΕ; α. ΝΑΙ β. ΟΧΙ
γ. ΔΕΝ ΕΠΙΘΥΜΩ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΩ

12. ΕΑΝ ΜΕΤΑΛΑΜΒΑΝΕΤΕ, ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΜΕΤΑΛΑΜΒΑΝΕΤΕ;

α. ΚΑΘΕ ΚΥΡΙΑΚΗ
β. ΣΤΙΣ ΜΕΓΑΛΕΣ ΕΟΡΤΕΣ

13. ΕΑΝ ΔΕΝ ΜΕΤΑΛΑΜΒΑΝΕΤΕ, ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΛΟΓΟΣ;

α. ΔΕΝ ΘΕΛΕΤΕ ΝΑ ΕΞΟΜΟΛΟΓΗΘΕΙΤΕ
β. ΔΕΝ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΣΤΗΝ ΘΕΙΑ ΜΕΤΑΛΗΨΗ
γ. ΔΕ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΝΗΣΤΕΨΕΤΕ
δ. ΕΙΝΑΙ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΗ Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ
ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ, ΚΑΙ ΣΑΣ ΚΟΥΡΑΖΕΙ
ε. ΑΠΕΧΘΑΝΕΣΤΕ ΝΑ ΠΑΡΕΤΕ ΤΟ ΚΟΥΤΑΛΙ
ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΟΜΑ ΤΟΥ ΑΛΛΟΥ
στ. ΦΟΒΑΣΤΕ ΟΤΙ ΘΑ ΚΟΛΛΗΣΕΤΕ ΚΑΠΟΙΑ
ΑΣΘΕΝΕΙΑ

14. ΕΑΝ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΝ ΚΟΥΤΑΛΑΚΙΑ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ, ΘΑ ΜΕΤΑΛΑΜ-
ΒΑΝΑΤΕ;

α. ΝΑΙ β. ΟΧΙ

15. ΠΟΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΜΕΤΑΔΟΘΕΙ ΜΕ ΤΗ ΜΕΤΑΛΗΨΗ;

- α. AIDS
- β. ΑΛΛΕΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ (σύφιλη, γοννόροια, ηπατίτιδα C)
- γ. ΑΛΛΕΣ ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ (χολέρα, τύφος, ηπατίτιδα)
- δ. ΚΟΙΝΕΣ ΛΟΙΜΩΣΕΙΣ (γρίπη, κρυολόγημα, γαστρεντερίτιδα κ.α)
- ε. ΚΑΜΙΑ

16. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΜΕΤΑΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΠΡΩΤΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΟΙ ΕΝΗΛΙΚΕΣ;

- α. ΝΑΙ β. ΟΧΙ

17. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟ ΝΑ ΜΕΤΑΛΑΜΒΑΝΕΙ ΚΑΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΒΡΕΦΗ Ή ΠΑΙΔΙΑ ΑΠΟ ΟΤΙ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ;

- α. ΝΑΙ β. ΟΧΙ

γιατί.....
.....
.....
.....

18. ΠΩΣ ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΔΙΔΕΤΑΙ Η ΑΓΙΑ ΜΕΤΑΛΗΨΗ;

- α. ΜΕ ΟΣΤΙΑ ΟΠΩΣ ΟΙ ΚΑΘΟΛΙΚΟΙ
- β. Ο ΙΕΡΕΑΣ ΝΑ ΕΜΒΑΠΤΙΖΕΙ ΤΟ ΑΝΤΙΔΩΡΟ ΣΤΗΝ ΑΓΙΑ ΜΕΤΑΛΗΨΗ ΚΑΙ ΝΑ ΤΟ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ ΣΤΟΝ ΠΙΣΤΟ
- γ. ΜΕ ΚΟΥΤΑΛΑΚΙ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΕΩΣ
- δ. ΟΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ ΣΗΜΕΡΑ

19. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΤΟ AIDS ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΕ:

- α. ΙΟ
- β. ΜΥΚΗΤΑ
- γ. ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ
- δ. ΑΛΛΟ

20.ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ AIDS;

- α. ΜΟΡΦΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ
- β. ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΒΛΑΒΗ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ
- γ. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ
- δ. ΔΕ ΞΕΡΩ

21.ΠΩΣ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΜΕΤΑΔΟΘΗΚΕ Ο ΙΟΣ ΤΟΥ AIDS;

- α. ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΡΑΣΙΝΟ ΠΙΘΗΚΟ ΤΗΣ ΑΦΡΙΚΗΣ
- β. ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΟΛΥΓΑΜΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ
- γ. ΑΠΟ ΤΟΣΙΚΟΜΑΝΕΙΣ
- δ. ΑΠΟ ΙΕΡΟΔΟΥΛΕΣ
- ε. ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΗΚΕ ΣΕ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΟΛΕΜΟΥ ΣΤΗΝ ΑΜΕΡΙΚΗ
- στ. ΑΠΟ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ
- ζ. ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ
- η. ΔΕ ΞΕΡΩ

22.ΠΟΣΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΓΙΑ ΝΑ ΕΚΔΗΛΩΘΟΥΝ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ AIDS;

- α. ΑΜΕΣΩΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΒΟΛΗ
- β. ΜΕΤΑ ΑΠΟ 6 ΜΗΝΕΣ
- γ. ΣΕ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 2-8 ΧΡΟΝΩΝ
- δ. ΛΙΓΕΣ ΩΡΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΗΣ ΛΟΙΜΩΣΗΣ
- ε. ΔΕ ΞΕΡΩ

23.ΜΕ ΠΟΙΟΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΤΡΟΠΟΥΣ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ ΚΥΡΙΩΣ Ο ΙΟΣ;

- α. ΜΕ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ
- β. ΜΕ ΜΟΛΥΣΜΕΝΑ ΕΝΤΟΜΑ
- γ. ΜΕ ΤΟ ΦΙΛΙ (στόμα με στόμα)
- δ. ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΩΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ - ΤΟΚΕΤΟ - ΓΑΛΟΥΧΙΑ
- ε. ΜΕ ΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΑΝΑΣΤΡΟΦΕΣ (χειραψία - ομιλία - κοινωνικό φιλί)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1 .ΠΑΠΑΡΙΖΟΣ Β., *Σύμβολή στη μελέτη του οικονομικού κόστους της νοσοκομειακής νοσηλείας ασθενών πασχόντων από Aids*, Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα 1992, σελ. 4.

2 .ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ Ι., ΚΟΥΤΣΟΥΜΠΛ Δ., *AIDS*, Εκδόσεις Τεχνογραφική Πατρών, Πάτρα 1993, σελ. 10-11, 13, 15.

3.[http:// health. in.gr/ tools/ DictResult. asp](http://health.in.gr/tools/DictResult.asp)

4.ΜΕΡΤΖΑΝΟΣ Ε., ΠΑΡΑΡΑΣ Μ., *Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας*, Αθήνα 1988, σελ. 18- 22.

5.ΑΡΒΑΝΙΤΗΣ Μ., *Επιδημιολογική επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα και στην Ευρώπη*, Κ.Ε.Ε.Λ, Τεύχος, 13, Ιούνιο 2001, σελ. 11-16, 20, 25, 37, 39.

6.ΣΑΡΟΓΛΟΥ Γ., ΛΙΟΝΗ Α., ΠΟΤΑΜΟΥΣΗ Π., ΓΕΩΡΓΙΟΥ Ο., *AIDS/ HIV, κλινική προσέγγιση και θεραπεία*, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 1999, σελ. 71-75

7.ΣΕΚΕΡΗΣ Κ.Ε., *Νεότερες τεχνικές διαγνώσεως HIV λοίμωξης*, Ελληνικά Αρχεία AIDS, Τόμος 4^{ος}, Τεύχος 1^{ος}, Ιανουάριος- Μάρτιος 1996, σελ. 77

8.ΓΕΩΡΓΟΥΛΙΑΣ Β. Α., *Διάγνωση της μόλυνσης HIV, AIDS, Ιός Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας*, Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS, Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε, Αθήνα 1989, σελ. 75-76.

9.ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ Δ., ΚΑΤΣΟΥΛΙΔΗΣ Ε., ΚΟΛΟΚΟΤΡΩΝΗΣ Α., ΚΙΟΣΕΣ Β., ΜΑΝΔΑΒΕΛΗ Π., ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Α., ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Π., ΔΟΥΜΠΟΓΙΑΣ Ι., *Αξιολόγηση της ανίχνευσης αντί -HIV- 1/2 αντισωμάτων στο σάλιο με τη χρήση της Salivacard (μέθοδος γρήγορης ανίχνευσης)*, Ελληνικά Αρχεία AIDS, Τόμος 4^{ος}, Τεύχος 4^ο, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1996, σελ. 293-294.

10.www.health.in.gr/Γυναίκα/Article.asp.

11.ΚΟΣΜΙΔΗΣ Ι., *Κλινική εικόνα της λοίμωξης από τους ιούς της ανθρώπινης ανοσολογικής ανεπάρκειας*, AIDS, Ιός Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS, Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε, Αθήνα 1989, σελ. 31-32.

12.ΓΚΙΚΑΣ Α. Η., *Πρώιμα συμπτώματα και σημεία*, Ελληνικά Αρχεία AIDS, Τόμος 4^{ος}, Τεύχος 1^ο, Ιανουάριος- Μάρτιος 1996, σελ. 79- 81.

13.ΚΑΨΙΜΑΛΗ Β.- ΒΑΙΟΠΟΥΛΟΥ, *Προγνωστικοί δείκτες*, Ελληνικά Αρχεία AIDS, Τόμος 4^{ος}, Τεύχος 1^ο, Ιανουάριος- Μάρτιος 1996, σελ. 71- 73.

14.<http://www.in.gr/news/article.asp?IngEntityID=379399>

15.<http://www.ert.gr/site/news/newbody.asp?ID=48816>

16.ΚΑΛΟΤΑΙΡΑΚΗΣ Α., *Θεραπευτική αντιμετώπιση- Νοσηλευτικά προβλήματα*, AIDS, Ιός Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS, Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε, Αθήνα 1989, σελ. 115- 123.

17.ΜΑΡΙΝΗΣ Ε., *Εργαστηριακή παρακολούθηση των HIV οροθετικών ασθενών με ευκαιριακές λοιμώξεις και συμβολή του μικροβιολογικού ελέγχου στις θεραπευτικές επιλογές*, Ελληνικά Αρχεία AIDS, Τόμος 1^{ος}, Απρίλιος-Ιούνιος 1993, σελ. 52.

18.ΣΤΕΡΓΙΟΥ Γ.Δ, ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Α.Ι., ΜΠΟΥΛΜΕΤΗΣ Γ.Σ., *Αντιρετροϊκή θεραπεία στη λοίμωξη από τον ιό της ανθρώπινης ανοσολογικής ανεπάρκειας*, Ελληνικά Αρχεία Aids, Τόμος 2^{ος}, Τεύχος 3^ο, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1994, σελ. 213- 214.

19.ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ, *Κατευθυντήριες οδηγίες για αντιρετροϊκή αγωγή*, Κ.Ε.Ε.Λ, Σεπτέμβριος 2000, σελ. 4.

20.ΕΚΑΤΟ Ε., *Κοινωνική πρόνοια και κοινωνικές υπηρεσίες για την πρόληψη και αντιμετώπιση του AIDS*, Ελληνικά Αρχεία Aids, Τόμος 3^{ος}, Τεύχος 1^ο, Ιανουάριος- Μάρτιος 1995, σελ. 76.

21.ΣΑΡΑΝΤΙΔΗΣ Δ.Ε., *Ψυχιατρικές επιπλοκές και επιπτώσεις της HIV λοίμωξης*, Ελληνικά Αρχεία Aids, Τόμος 3^{ος}, Τεύχος 4^ο, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1995, σελ. 345- 346.

22.ΚΟΥΚΙΟΥ Κ., *Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με AIDS*, Ελληνικά Αρχεία AIDS, Τόμος 1^{ος}, Τεύχος 3^ο, Ιούλιος Σεπτέμβριος 1993, σελ. 165-171.

23.ΣΑΧΙΝΗ Α.- ΚΑΡΔΑΣΗ, ΠΑΝΟΥ Μ., *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική*, Εκδόσεις βήτα, Τόμος 3^{ος}, Αθήνα 1997, σελ. 148, 151- 152.

24. ΠΑΠΑΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ Μ. - Καθηγήτρια Υγιεινής, *Aids και Θεία Μετάληψη*, αδημοσίευτο άρθρο, Πάτρα 2000

25. G. L. Sheeny, Md, *More on the common cup*, *Annals of Internal Medicine*, Volume 119, Number 7, Part 1, October 1993, pg 638
26. L. P. MANNAGAN, L. M. SEHUISTER, L. CHIARELLO, D. N. SIMONDS, W. R. JARVIS, *Risk of infectious disease transmission from a common cup*, *American Journal of Infect Control*, Volume 26, Number 5, October 1998. Pg 538-9
27. K. FIENDLOR, M. LINDNER (...) *Danger of infection from common cups-an underestimated risk?* *Zentralbl Hyg Umweltmed*, Volume 201, Issue 2, June 1998. Pg 167-8
28. K. F. GREGORY, J. A. CARPENTER, G. C. BENDING, *Infection Hazards of the common communion cup*, *Canadian Journal of the Public Health*, Volume 58, July 1967. Pg. 310
29. G. MAASS *HIV transmission by the communion chalice?* *Deutch Med Wochenschr.* Volume 177, Number 25, Jun 1992. Pg 102
30. O. N. Gill, *The hazards of infection from the shared communion cup*, *Journal of Infection*, Volume 16, Pg. 5
31. D. KINGSTON, *Memorandum of the infections hazards of the common communion cup with especial reference to AIDS*, *European Journal of Epidemiology* , Volume 4, Number 2, June 1988. Pg. 164, 167

