

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Σύγχρονες Νοσηλευτικές Προσεγγίσεις στο
Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας
(AIDS)**

ΕΠΟΠΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ ΒΑΡΒΑΡΑ

ΠΑΤΡΑ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2014

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την οικογένεια μου για την στήριξη της καθόλη τη διάρκεια των σπουδών μου καθώς και τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Στεφανόπουλο Νικόλαο για την πολύτιμη καθοδήγηση του στην εκπόνηση αυτής της διατριβής.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η νόσος του AIDS πρωτοεμφανίστηκε το 1981 με κάποιες αναφορές και το 1978. Λίγο αργότερα η νόσος έφτασε και στην Ευρώπη. Οι ενδείξεις κατά την πάθηση της νόσου είναι συχνά οι διάφορες λοιμώξεις διαφόρων ειδών, και σε κάποιες περιπτώσεις είναι πιθανό μαζί με τις λοιμώξεις να εμφανιστούν και κάποιοι ορισμένου τύπου κακοήθων όγκων. Ο HIV είναι ένας ιός και το χαρακτηριστικό των ιών είναι ότι προσβάλουν τον ανθρώπινο οργανισμό, όπως αυτός του κοινού κρυολογήματος ή της γρίπης, παραμένοντας στο σώμα μόνο για μερικές μέρες. Τα συμπτώματα της νόσου είναι πολλά, όπως πυρετός, πονοκέφαλος, κόπωση κ.τ.λ και σε αρκετές περιπτώσεις μπορεί να μην υπάρχουν καθόλου. Το προχωρημένο στάδιο της ασθένειας συνοδεύεται με πολύ πιο σοβαρά συμπτώματα όπως χρόνιες κοπώσεις και διάρροια, σοβαρή απώλεια βάρους κ.τ.λ. καθώς οι ασθενείς τείνουν να βρίσκονται σε ιδιαίτερο κίνδυνο όταν προσβάλλονται από άλλες λοιμώξεις όπως φυματίωση, πνευμονία, μυκητιάσεις κ.τ.λ. Οι τρόποι μετάδοσης του ιού είναι πολλοί και κυρίως μέσω της σεξουαλικής επαφής. Ωστόσο, υπάρχει αρκετή παραπληροφόρηση στο πως ακριβώς μεταδίδεται ο ιός από άτομο σε άτομο. Οι πιο πρόσφατες επιδημιολογικές έρευνες θέλουν το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού που υποφέρει από την ασθένεια του ιού HIV να είναι άνδρες με ομοφυλοφιλικές σχέσεις. Παρόλα αυτά δεν αποτελεί τον κανόνα. Η ιολογία και παθοφυσιολογία του ιού μοιάζει να είναι περίπλοκη καθώς είναι μια νόσος με τεράστια μεταλλακτικότητα με αποτέλεσμα να υπάρχουν προβλήματα στην αντιμετώπισή της. Η διάγνωση του ιού στις μέρες μας γίνεται όλο και πιο απλή και παράλληλα πιο γρήγορη καθώς οι ασθενείς είναι πλέον ικανοί να κάνουν την εξέταση σπίτι τους και να πάρουν αποτελέσματα από το τοπικό εργαστήριο που θα προσκομίσουν το δείγμα. Εκτός από την ίδια την ασθένεια το μεγαλύτερο αρνητικό είναι η επιρροή της στον ψυχικό κόσμο των ασθενών. Οι ασθενείς έχουν να αντιμετωπίσουν πολλές δυσκολίες με μεγαλύτερο στόχο τους την αποδοχή της ασθένειάς τους. Στην συγκεκριμένη εργασία αναλύεται η γενική εικόνα της νόσου και εφιστάται η προσοχή στην καλύτερη ενημέρωση για την βελτίωση της ταχύτερης αντιμετώπισής της.

Summary

The disease of AIDS first appeared in 1981 with some references to be recorded in 1978 as well. Shortly after that the disease had been spread to Europe. The indications presaging the condition of this disease are often various types of infections and in some cases it is possible for the infections to coexist with a certain type of malignant tumors. HIV is a virus which has as a common characteristic to affect the human body showing sharing symptoms with that of common cold or flu and remaining in the body for only a few days. There is a variety of symptoms, such as fever, headache, fatigue, etc., while there are many cases where symptoms may not exist at all. The advanced stage of the disease is accompanied with much more severe symptoms such as chronic fatigue and diarrhea, severe weight loss, etc. as patients tend to be at particular risk when challenged by other infections such as tuberculosis, pneumonia, fungal infections, etc. The modes of transmission of the virus are many and mainly through sexual contact. However, there is enough misinformation of exactly how the virus is transmitted from person to person. The most recent epidemiological studies like the majority of cohort of suffering from the disease of HIV are men with homosexual relationships. Nevertheless, this is not the rule. The virology and pathophysiology of the virus seem to be complicated because it is a disease with immense mutability leading to problems in treatment. The diagnosis of virus, nowadays, is becoming simpler and also faster as patients are capable of doing the home test and get results from the local laboratory they have provided their sample. Apart from the disease itself one major disadvantage is the negative influence the disease has on the psychological health of patients. Patients have to face many difficulties with the larger goal to be the acceptance of the illness. In this particular research the general picture of the disease and the attention to better information to improve faster managements are being analysed.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΑΝΑΛΥΟΜΕΝΟ ΘΕΜΑ	1
1.1 Ιστορική Αναδρομή	1
2. ΓΕΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	3
2.1 Τι είναι ο ιός του AIDS;.....	3
2.2 Τι είναι το AIDS;.....	4
2.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	5
2.3.1 Συμπτώματα πρωτολοίμωξης	5
2.3.2 Προχωρημένο στάδιο της ασθένειας του AIDS.....	6
2.4 ΜΕΤΑΔΟΣΗ	9
2.4.1 Σεξουαλική επαφή.....	9
2.4.2 Άλλοι τρόποι μετάδοσης	9
2.4.3 Εξάπλωση του HIV	10
2.4.4 Ομάδες υψηλού κινδύνου	11
2.5 Επιδημιολογία (Ελλάδα)	12
2.6 Ιολογία - Παθοφυσιολογία.....	18
2.6.1 Μηχανισμός αντιγραφής.....	21
2.7 Διάγνωση: Test, AIDS, στάδια νόσου, ταξινόμηση CDC.....	25
2.7.1 Εξετάσεις για την διάγνωση του HIV.....	26
2.7.2 Πότε κάποιος βρίσκεται σε κίνδυνο να έχει μολυνθεί από τον ιό HIV;.....	27
2.8 Θεραπεία.....	31
2.8.1 Επείγουσα θεραπεία με φαρμακευτική αγωγή κατά του ιού HIV	31
2.8.2 Θετικό αποτέλεσμα στην εξέταση για HIV.....	31
2.8.3 Περιπτώσεις που κάποιο άτομο υποφέρει από κάποια άλλη πάθηση.....	32
2.8.4 Αντιρετροϊκή φαρμακευτική αγωγή	32
2.8.5 Στην περίπτωση εγκυμοσύνης	33

2.8.6 Οι παρενέργειες της θεραπείας	33
2.9 Πρόγνωση	35
3. ΤΡΟΠΟΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗ ΝΟΣΟ	39
3.1 Ψυχολογική επίδραση της νόσου & ψυχοκοινωνικός αντίκτυπος – παρεμβάσεις – προγράμματα παρέμβασης	39
3.2 Έρευνα για την επινόηση μεθόδων καλύτερης θεραπείας, βελτίωσης της ποιότητας ζωής....	43
3.2.1 Μέθοδος αποτελεσματικής καταστροφής του ιού από τον οργανισμό	43
3.2.2 Σύγχρονη στρατηγική εξολόθρευσης.....	43
3.2.3 Συνδυασμός φαρμάκων	44
3.3 Κατευθυντήριες οδηγίες για τους επαγγελματίες υγείας	47
3.3.1 Περιγραφή.....	47
3.3.2 Στόχοι.....	47
3.3.3 Φορείς Υλοποίησης.....	47
3.4 Ενημέρωση του κοινού	48
3.5 Ευρωπαϊκή επιτροπή και δημόσια υγεία (σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα).....	48
3.5.1 Ευρωπαϊκές πολιτικές της αναπαραγωγικής και σεξουαλικής υγείας.....	48
3.5.2 Υφιστάμενες υπηρεσίες που προάγουν την αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία στην Ελλάδα.....	50
3.6 Παρέμβαση για HIV/AIDS στην Θεσσαλία το 2012.....	52
3.6.1 Ανθεκτικότητα παρουσίασε ο ιός στη Βόρεια Ελλάδα το 2012.....	53
3.6.2 Θεραπεία φαρμάκων	54
3.6.3 Εμβόλιο κατά της λοίμωξης του AIDS	55
3.7 Νοσηλευτική παρέμβαση και ψυχοκοινωνική στήριξη του πάσχοντα	55
3.8 Νοσηλευτική δεοντολογία	56
4. ΕΠΙΛΟΓΟΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	61
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	63

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΑΝΑΛΥΟΜΕΝΟ ΘΕΜΑ

Τα πρώτα περιστατικά, και ίσως τα περισσότερα, της νόσου του HIV εμφανίστηκαν το 1981 στις ΗΠΑ, αλλά όπως αποδείχτηκε αργότερα υπήρχαν κάποια κρούσματα και το 1978. Την περίοδο λίγο μετά την εμφάνιση της νόσου άρχισε και η διαδικασία του προσδιορισμού της. Η νόσος το AIDS, όχι πολύ αργότερα από την εμφάνιση και τον προσδιορισμό της στην Αμερική, παρουσιάστηκαν περιστατικά και στην Ευρώπη. Έτσι, ο επιδημιολογικός πίνακας της Ευρώπης και του Καναδά σε σύγκριση με αυτόν των ΗΠΑ οδεύουν αναλογικά. Και στους δυο πίνακες οι πλειονότητα των ασθενών είναι περιπτώσεις ομοφυλοφίλων αντρών. Στης περιοχές της ισημερινής Αφρικής και της καραϊβικής η προαναφερόμενη νόσο έκανε την εμφάνιση της κατά τα τέλη του 1970 σύμφωνα με αναδρομικές μελέτες. (Τεκνετζής Α., 1996).

Οι ενδείξεις κατά την πάθηση της νόσου είναι συχνά οι διάφορες λοιμώξεις διαφόρων ειδών, και σε κάποιες περιπτώσεις είναι πιθανό μαζί με τις λοιμώξεις να εμφανιστούν και κάποιοι ορισμένου τύπου κακοήθων όγκων. Από την περίοδο έχει εμφανιστεί η νόσος του HIV έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες για την θεραπεία της, η τουλάχιστον για την βελτίωση των συμπτωμάτων της δεν έχουν αποβεί αποτελεσματικές. Έτσι, σαν αποτέλεσμα αυτού, η θνησιμότητα της νόσου κυμαίνεται σε ψηλά επίπεδα. Σύμφωνα με τα επιδημιολογικά στοιχεία, φαίνεται ότι ο παράγοντας που οφείλετε η νόσος πρέπει να είναι μεταδοτικός και όπως υποστηρίζετε ο παράγων είναι ρετροϊός. Ο ιός εμφανίζει ακαθοριστη παθογένεια και παρόλο που δεν υπάρχουν οργανισμοί που να εκτελούν πειραματα για την πρόληψη του Ιου , η πληροφορηση σχετικά με την πρόληψη κυμαίνεται σε ικανοποιητικά επίπεδα. Η καλή πληροφόρηση και η πρόληψη κατά τον ιό, βοηθά σημαντικά τις υγειονομικές αρχές για την καταγραφή της συχνότητας και την εξέλιξη της νόσου. Παρόλο που η νόσος είναι σε έξαρση σε παγκόσμιο επίπεδο, η ερευνητική πρόοδος της θεραπείας της νόσου του HIV είναι σε πολύ καλό επίπεδο και ενδέχεται να υπάρχουν θετικές εξελίξεις παρόλο τα προβλήματα που προκύπτουν και τις διαφοροποιήσεις της νόσου. (Τεκνετζής Α., 1996).

1.1 Ιστορική Αναδρομή

Η νόσος του HIV είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι απασχόλησε σε παγκόσμιο επίπεδο την επιστημονική κοινότητα και την κοινωνία την δεκαετία του 1980. Παρολα'υτά, υπάρχουν και ενδείξεις ότι η νόσος είχε αρχίσει να κάνει τις πρώτες του εμφανίσεις και πριν την δεκαετία του 1980. Για παράδειγμα έχουν καταγράψει κρούσματα την δεκαετία του '70. Πιο πριν ακόμα και από αυτό έχει σημειωθεί μια περίπτωση ενός νεαρού ναυτικού 25 ετών όπου

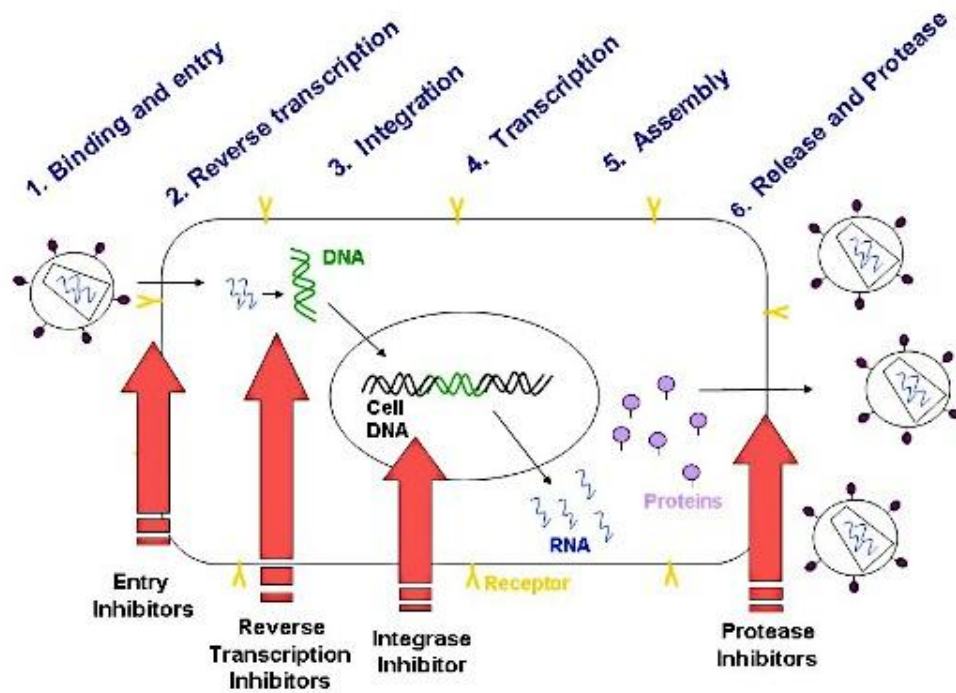
πέθανε το 1959. Lancet. Σύμφωνα με τα στοιχεία ο νεαρός ναυτικός πέθανε από μια άγνωστη για τότε ασθένεια, και γι'αυτο τα όργανα του κρατηθήκαν για επανεξέταση για να 'ανακαλύψουν' τουλάχιστον αργότερα την ασθένεια που οδήγησε στον θάνατο του. Αργότερα διαπιστώθηκε ότι ο νεαρός έπασχε από τον ιό του HIV και για να πεθάνει νοσούσε πέντε χρόνια πριν πεθάνει. Αυτό υποδηλώνει ότι ο ιός υπάρχει από το 1954. Lancet.

Άλλες επιστημονικές έρευνες που έχουν γίνει με το πέρασμα των χρόνων έδειξαν ότι η νόσος του AIDS εμφανίστηκε σε ομοφυλοφιλικούς άντρες της Νέας Υόρκης το 1978. Εκείνη την εποχή καταγράφηκαν μόνο πέντε περιστατικά, αλλά στην συνέχεια στην ίδια πόλη εμφανίστηκαν άλλα επτά νέα περιστατικά. Δεν άργησε και η εξάπλωση του ίου σε άλλες πολιτείες των ΗΠΑ και αυτό είχε ως συνέχεια να συμπεράνουν ότι ο ιός έχει επιδημικό χαρακτήρα. Έως αυτήν την περίοδο δεν είχε καταφέρει κανείς άλλος να καταλάβει την σοβαρότητα της ασθένειας εκτός από τους επιστήμονες Gottlieb, Siegal και Masur, το 1981 στην περιοχή του Λος Άντζελες. Παράλληλα, το «Κέντρο Ελέγχου των Νόσων» (CenterforDiseaseControl- CDC), κατέγραψε 26 νέες περιπτώσεις όπου 25 ομοφυλόφιλοι άντρες διαγνώστηκαν με σάρκωμα Καρosi και πτώση κυτταρικής τους ανοσίας, και αργότερα το 1982 σημαντικά ανεβασμένα ποσοστά κρουσμάτων με τις ίδιες χαρακτηριστικές ενδείξεις, αλλά και με ευκαιριακές λοιμώξεις. Παράλληλα, η νόσος του AIDS συνέχισε να εξαπλώνετε με ραγδαίους ρυθμούς.

2. ΓΕΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

2.1 Τι είναι ο ιός του AIDS;

Τα αρχικά της συντόμευσης HIV σημαίνουν HumanImmunodeficiencyVirus ή στα ελληνικά Ιός της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας. Ο HIV είναι ένας ιός και το χαρακτηριστικό των ιών είναι να προσβάλουν τον ανθρώπινο οργανισμό, όπως αυτός του κοινού κρυολογήματος ή της γρίπης, παραμένοντας στο σώμα μόνο για μερικές μέρες. Σε αντίθεση με έναν κοινό ιό ο ιός HIV δεν φεύγει ποτέ από τον οργανισμό μιας και τον προσβάλλει. Ο ιός HIV ανήκει στην κατηγορία των ρετροϊών με το γενετικό του υλικό να είναι το RNA, το οποίο με την βοήθεια ενός ενζύμου γνωστό ως αντίστροφη μεταγραφάση μετατρέπεται σε DNA ώστε να καταφέρει να ενσωματωθεί στο ανθρώπινο γονιδίωμα. Αυξημένα επίπεδα μεταλλακτικότητας είναι ένα βασικό χαρακτηριστικό του HIV. Η μεταλλακτικότητά του παρουσιάζεται 2.000.000 μεγαλύτερη από εκείνη που παρατηρείται στα γονίδια του πυρήνα. Αυτό συμβαίνει διότι η αντίστροφη μεταγραφάση είναι πολύ επιρρεπής στα λάθη κατά την μετατροπή του RNA σε DNA, με αποτέλεσμα αυτά τα λάθη της αντιγραφής να προκαλούν περαιτέρω προβλήματα και στην μετάφραση όταν τα νουκλεοτίδια μπαίνουν στην σειρά για να γίνει το DNA, προκαλώντας μεταλλάξεις. Όταν κάποιος είναι HIV οροθετικός σημαίνει ότι έχει μολυνθεί από τον ιό του AIDS και ο ιός θα παραμείνει για πάντα στον οργανισμό του είτε σε λανθάνουσα μορφή, είτε σε ενεργή. Αυτό που κάνει η νόσος του HIV είναι να μολύνει και κατ'επέκταση να εξοντώνει τα λευκά αιμοσφαίρια που λέγονται CD4 λεμφοκύτταρα ή αλλιώς T-κύτταρα αφήνοντας το σώμα ανίκανο να καταπολεμήσει κάποιες μολύνσεις και καρκινογενέσεις καθώς αυτά τα κύτταρα ανήκουν στην ανοσοβιολογική άμυνα του οργανισμού(Εικ.1). Το σώμα μπορεί να παραμείνει υγιές με μια έγκαιρη αντιρετροϊκή θεραπεία (ART) και να ενισχύσει την αντιμετώπιση των περισσότερων λοιμώξεων. Ο αριθμός των CD4 λεμφοκυττάρων ανέρχεται σε 600-1200 σε ένα υγιές άτομο. Στην περίπτωση που ο αριθμός αυτός πέφτει υπό το 200, τότε το ανοσοποιητικό σύστημα έχει υποστεί σοβαρή βλάβη και ο οργανισμός αποδυναμώνεται φτάνοντας στο στάδιο του πλήρους AIDS (HIVAIDS.gr, 2014).



Εικ.1: Τα σημαντικότερα στάδια της αντιγραφής του HIV που καταστέλλονται από αντί-HIV φάρμακα (BaylorCollegeofMedicine, HIV/AIDS).

2.2 Τι είναι το AIDS;

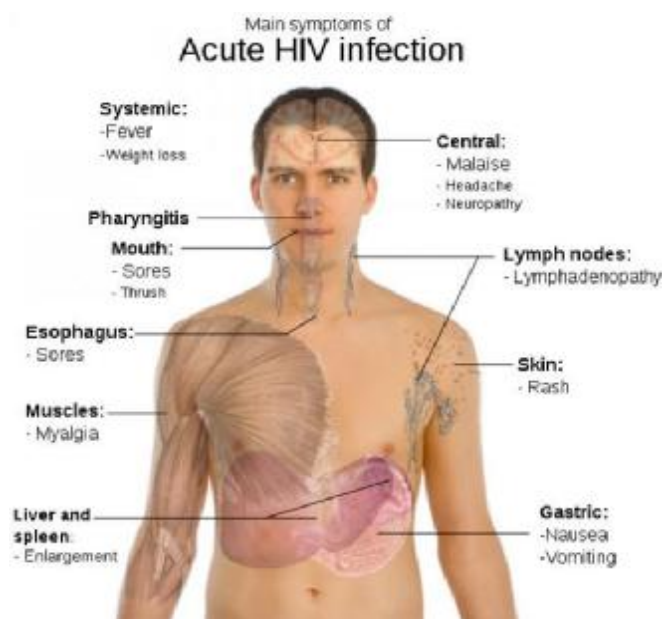
Τα αρχικά της συντομογραφίας AIDS δηλώνουν το AcquiredImmuneDeficiencySyndrome ή Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας και προκαλείται από τον ιό HIV. Ένας ασθενής του AIDS έχει αποδυναμωμένο ανοσοποιητικό από την δράση του ιού HIV και συχνό είναι το φαινόμενο να αρρωσταίνει από μία ή και περισσότερες καιροσκοπικές λοιμώξεις όπως για παράδειγμα η πνευμονία (PCP) ή σάρκωμα Καπόζι (KS), σύνδρομο επίσχνασης (απώλεια βάρους), βλάβες στη μνήμη, ή καρκίνους. Η ορολογία AIDS αναφέρεται στις περιπτώσεις ατόμων με HIV που έχουν διαγνωσθεί με κάποια από τις παραπάνω λοιμώξεις ασχέτως εάν τα CD4 λεμφοκύτταρα του είναι άνω των 200. Ο χρόνος ανάπτυξης του AIDS κυμαίνεται στα 2-10 χρόνια μετά από την μόλυνση του ατόμου από τον ιό HIV (HIVAIDS.gr, 2014).

2.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

2.3.1 Συμπτώματα πρωτολοίμωξης

Τα στάδια της ασθένειας του AIDS είναι χωρισμένα σε δύο κατηγορίες: πρώιμο στάδιο και στο προχωρημένο στάδιο. Η πλειοψηφία των ατόμων που έχουν μολυνθεί από τον ιό του AIDS αναπτύσσουν μια ασθένεια παρόμοια της γρίπης μέσα σε ένα ή σε δύο μήνες ύστερα από την είσοδο του ιού στο σώμα. Αυτή η ασθένεια, γνωστή και ως πρωτοπαθή ή οξεία μόλυνση από HIV, μπορεί να διαρκέσει για μερικές εβδομάδες (AIDS.gov). Πιθανά σημεία και συμπτώματα περιλαμβάνουν (Εικ.2):

1. Πυρετό
2. Πονοκεφάλους
3. Κόπωση
4. Μυϊκό πόνο
5. Εξανθήματα
6. Κρυάδες
7. Πονόλαιμο/Ξηρότητα του λαιμού
8. Έλκος του στόματος ή των γεννητικών οργάνων
9. Πρησμένους λεμφαδένες, κυρίως του λαιμού
10. Πόνο στις αρθρώσεις
11. Νυχτερινές εφιδρώσεις
12. Διάρροια



Εικ.2: Στην εικόνα απεικονίζονται τα κύρια συμπτώματα του AIDS στο πρώιμο στάδιο της ασθένειας (Wonderhowto, HIVAIDSsymptoms).

Συμπτώματα που διαρκούν μέχρι και τέσσερις εβδομάδες είναι πιθανή ένδειξη ότι το ανοσοποιητικό σύστημα του ατόμου αγωνίζεται να καταπολεμήσει τον ιό του HIV (NHS). Παράλληλα, τα συγκεκριμένα συμπτώματα μπορεί να προμηνύουν ένα τεράστιο εύρος άλλων ασθενειών εκτός του AIDS (NHS). Αν και τα συμπτώματα της πρωταρχικής μόλυνσης του HIV μπορεί να είναι αρκετά ήπια και κατ'επέκταση να παίρνουν απαρατήρητα, το ποσοστό του ιού που έχει εισχωρήσει στο αίμα είναι εξαιρετικά αυξημένο την ίδια στιγμή. Σαν αποτέλεσμα, η μόλυνση από τον ιό HIV εξαπλώνεται σε γρηγορότερους ρυθμούς και πιο αποτελεσματικά κατά τη διάρκεια της πρωταρχικής μόλυνσης από ότι θα εξαπλωνώταν στο πιο προχωρημένο στάδιο της νόσου. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι πολλοί από τους ασθενείς της συγκεκριμένης νόσου δεν εμφανίζουν καθόλου συμπτώματα για τα επόμενα δέκα ή και περισσότερα χρόνια (AIDS.gov).

Κατά συμπέρασμα δεν μπορεί κάποιος να βασιστεί στα συμπτώματα της ασθένειας για να διαπιστώσει ότι έχει προσβληθεί από αυτήν. Ο μοναδικός τρόπος που κάποιος θα μπορούσε να γνωρίζει ότι έχει μολυνθεί είναι να υποβληθεί σε κατάλληλες ιατρικές εξετάσεις (AIDS.gov). Εφόσον τα αρχικά συμπτώματα υποχωρήσουν, ο HIV δεν προκαλεί περαιτέρω συμπτώματα για αρκετά χρόνια αργότερα (NHS). Αυτή η περίοδος, γνωστή και ως ασυμπτωματική μόλυνση από τον ιό του HIV, ο ιός συνεχίζει να εξαπλώνεται βλάπτοντας και καταστρέφοντας το ανοσοποιητικό σύστημα του ασθενή (NHS). Η διαδικασία αυτή μπορεί να διαρκέσει περίπου δέκα χρόνια που ο ασθενής θα παρουσιάζεται και θα νιώθει υγιής (NHS). Είναι σημαντικό να τονιστεί πώς η πλειοψηφία και όχι όλα τα άτομα που έχουν προσβληθεί από τον ιό βιώνουν τα παραπάνω συμπτώματα στο πρώιμο στάδιο της μόλυνσης. Οπότε τα άτομα που έχουν την παραμικρή υποψία καθώς και προαιρετικά θα προτεινόταν να εξετάζονται (NHS).

2.3.2 Προχωρημένο στάδιο της ασθένειας του AIDS

Στην περίπτωση που η μόλυνση παραμένει αθεράπευτη, ο ιός του HIV θα ενισχύσει την ικανότητα του οργανισμού να καταπολεμήσει την μόλυνση τόσο ώστε το προσβαλλόμενο άτομο θα γίνει ευάλωτο σε πολύ σοβαρές αρρώστιες (NHS).

Τυπικά, ένα άτομο που πάσχει από προχωρημένο στάδιο της ασθένειας του AIDS υποφέρει από:

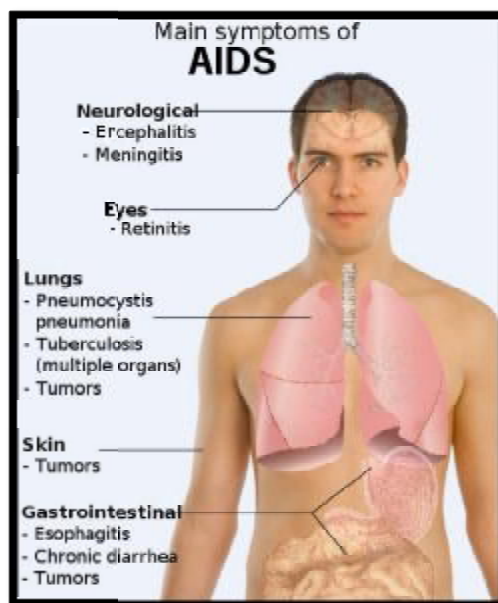
1. Σοβαρή και επίμονη κόπωση
2. Νυχτερινές εφιδρώσεις
3. Απώλεια βάρους
4. Χρόνια διάρροια

5. Θολή όραση
6. Λευκά στίγματα στην γλώσσα ή στο στόμα
7. Ξηρό βήχα
8. Δύσπνοια
9. Πυρετό άνω των 37°C που διαρκεί κάποιες εβδομάδες
10. Διογκωμένους αδένες για άνω των τριών μηνών

Σε αυτό το στάδιο, σύμφωνα με τους Dore και Cooper (2001), οι ασθενείς βρίσκονται σε εκτεταμένο κίνδυνο να προσβληθούν από ασθένειες, όπως (Εικ.3) (Dore και Cooper, 2001):

1. Φυματίωση
2. Πνευμονία
3. Μυκητιασικές λοιμώξεις
4. Ασθένειες πολύ προχωρημένης ανοσολογικής ανεπάρκειας
5. Κακοήθειες που σχετίζονται με τον ιό του HIV
6. Νευρολογικές ασθένειες
7. Γαστρεντερικές παθήσεις
8. Βακτηριακές μολύνσεις
9. Αρκετά είδη καρκίνου

Ασθένειες που είναι απειλητικές για την ζωή του ασθενούς (NHS). Πόλλες εξ'αυτών, αν και υπερβολικά σοβαρές και επικίνδυνες, μπορούν να αντιμετωπιστούν και η υγεία των ασθενών να βελτιωθεί με την έναρξη μιας κατάλληλης θεραπείας για τον ιό του HIV (NHS).



Εικ.3: Η εικόνα παρουσιάζει τις σοβαρές ασθένειες που προκύπτουν κατά το προχωρημένο στάδιο των ατόμων που έχουν μολυνθεί από τον ιό του HIV (wonderhowto, HIVAIDSsymptoms).

Η ιστορία θα πρέπει να λαμβάνεται προσεκτικά υπόψη για να εντοπίσει πιθανά εστίες μόλυνσης από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV). Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

1. Απροστάτευτη σεξουαλική επαφή, ιδιαίτερα μεγαλύτερη προσοχή στην πρωκτική επαφή (8 φορές υψηλότερος ο κίνδυνος μετάδοσης).
2. Μεγάλος αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων
3. Προηγούμενα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ): η γονόρροια και τα χλαμύδια είναι λοιμώξεις που αυξάνουν τον κίνδυνο μετάδοσης του HIV έως και 3-φορές περισσότερο, η σύφιλη αυξάνει τον κίνδυνο μετάδοσης 7 φορές, και ο έρπητας των γεννητικών οργάνων αυξάνει τον κίνδυνο μετάδοσης έως και 25 φορές κατά τη διάρκεια μιας επιδημίας.
4. Κοινή χρήση ενδοφλέβιων εξοπλισμών ναρκωτικών.
5. Παραλαβή προϊόντων αίματος (πριν από το 1985 στις Ηνωμένες Πολιτείες).
6. Επαφή βλενογόννων με μολυσμένο αίμα ή τραυματισμούς από βελόνες.
7. Μητρική λοίμωξη HIV (για νεογνά, βρέφη και παιδιά): Μέτρα που ελήφθησαν για τη μείωση του κινδύνου μετάδοσης κατά τη γέννηση περιλαμβάνουν καισαρική τομή και προγεννητική αντιρετροϊκή θεραπεία στη μητέρα και την αντιρετροϊκή θεραπεία στο νεογέννητο αμέσως μετά τη γέννηση.

Ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει συμπτώματα οποιουδήποτε από τα στάδια της λοίμωξης από τον HIV. Η οξεία ορομετατροπή εκδηλώνεται ως ασθένεια παρόμοια της γρίπης, που αποτελείται από πυρετό, και γενικευμένα εξανθήματα. Η ασυμπτωματική φάση είναι γενικά καλοήγησ. Η γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια είναι κοινή και μπορεί να είναι ένα σύμπτωμα. AIDS που εκδηλώνεται ως επαναλαμβανόμενες, σοβαρές, και ενίοτε απειλητικές για τη ζωή λοιμώξεις ή / και ευκαιριακές κακοήθειες. Τα σημάδια και τα συμπτώματα είναι εκείνα της παρούσας ασθένειας, πράγμα που σημαίνει ότι η μόλυνση HIV πρέπει να υπάρχει ως υποψία όταν παρουσιάζονται ασυνήθιστες μολύνσεις σε φαινομενικά υγιή άτομα. Η ίδια η λοίμωξη HIV δεν προκαλεί κάποια επακόλουθα, συμπεριλαμβανομένου του AIDS σχετίζεται με άνοια / εγκεφαλοπάθεια (χρόνια διάρροια και απώλεια βάρους χωρίς αναγνωρίσιμη αιτία) (Medscape).

2.4 ΜΕΤΑΔΟΣΗ

2.4.1 Σεξουαλική επαφή

Σύμφωνα με το HealthProtectionAgency του Ηνωμένου Βασιλείου, το 95% των ατόμων που διαγνώστηκαν με HIV το 2011, μολύνθηκαν μέσω της σεξουαλικής επαφής. Οι κύριοι τρόποι μετάδοσης του ιού HIV είναι η ελεύθερη κολπική και πρωκτική σεξουαλική επαφή. Επίσης είναι εφικτό να μολυνθεί κάποιος από τον ιό μέσω της στοματικής σεξουαλικής πράξης, αλλά με πολύ χαμηλά ποσοστά. Ωστόσο θα ήταν αυξημένες οι πιθανότητες μετάδοσης μέσω του στοματικού εφόσον το άτομο έχει είτε ανοικτές πληγές στην στοματική του κοιλότητα είτε ερεθισμένα ούλα. Ο τύπος της σεξουαλικής επαφής επηρεάζει τα επίπεδα επικινδυνότητας (NHSAIDScauses):

1. Η στοματική σεξουαλική πράξη σε έναν άνδρα με HIV φέρει κάποιο κίνδυνο, ιδιαίτερα όταν εκείνος εκσπερματώνει μέσα στην στοματική κοιλότητα του άλλου ατόμου.
2. Αν και χαμηλότερης σημασίας, ο ιός μέσω της στοματικής σεξουαλικής πράξης μπορεί να διαθώθει όταν εκτελείται σε γυναίκα ασθενή και ειδικότερα όταν εκείνη βρίσκεται κατά τη διάρκεια της έμμηνου ρήσης.
3. Λαμβάνοντας στοματική σεξουαλική πράξη από άτομο προσβαλλόμενο από τον ιό του HIV είναι πιθανό παρόλα αυτά τα ποσοστά είναι ιδιαίτερα χαμηλά διότι ο ιός δεν μεταδίδεται μέσω του σάλιου.

2.4.2 Άλλοι τρόποι μετάδοσης

Στους παραπάνω τρόπους μετάδοσης του ιού HIV εμπερικλείονται:

1. Η κοινή χρήση συριγγών, βελονών και γενικών ενέσιμων εξοπλισμών
2. Η μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί πριν(εγκυμοσύνη) ή κατά τη διάρκεια της γέννας ή μέσω του θηλασμού
3. Κοινή χρήση σεξουαλικών αντικειμένων με κάποιον που έχει μολυνθεί από τον ιό HIV
4. Η κατά λάθος μόλυνση κάποιου εργαζόμενου υγειονομικής περίθαλψης από μια μολυσμένη βελόνα (εξίσου πολύ χαμηλές πιθανότητες)
5. Πιθανή μόλυνση από μετάγγιση αίματος (μέσω των μηχανημάτων και του αίματος) (πιο σύνηθες φαινόμενο για τις αναπτυσσόμενες χώρες)

2.4.3 Εξάπλωση του HIV

Δεν είναι εύκολη η διαδικασία μετάδοσης του ιού HIV από άτομο σε άτομο. Ο ιός HIV δεν εξαπλώνεται μέσω του αέρα όπως το κοινό κρύωμα ή οι ιοί της γρίπης. Ο ιός του HIV ζεί στο αίμα και σε κάποια σωματικά υγρά. Για να κολλήσει κάποιος τον ιό, σωματικά υγρά ενός ασθενούς θα πρέπει να εισχωρήσουν στο σώμα του άλλου (NHSAIDScauses; AIDS.gov). Ο ιός του HIV μπορεί να εξαπλωθεί από ένα μολυσμένο με τον ιό άτομο σε ένα άλλο μέσω:

1. Του αίματος
2. Των σπερματικών υγρών
3. Των κολπικών εκκρίσεων
4. Του γάλακτος του θηλασμού
5. Της επαφής με το πρωκτικό επιθήλιο

Το αίμα περιέχει την υψηλότερη συγκέντρωση του ιού, και σε ακολουθία βρίσκονται τα σπερματικά υγρά, ύστερα οι κολπικές εκκρίσεις και τελευταίο το γάλα του θηλασμού (AIDS.org; NHS). Επιπρόσθετα σωματικά υγρά είναι: το σάλιο, ο ιδρώτας ή τα ούρα, στα οποία δεν περιέχεται αρκετή συγκέντρωση του ιού ώστε να μπορεί να μεταδοθεί από άτομο σε άτομο (NHSAIDScauses).

Ο κύριος τρόπος εισχώρησης του ιού στο αίμα είναι μέσω:

1. Ένεσης (με μολυσμένη βελόνα ή μολυσμένο ενέσιμο εξοπλισμό)
2. Επαφής με το εσωτερικό τοίχωμα του πρωκτού ή των γεννητικών οργάνων
3. Της επιφάνειας της στοματικής κοιλότητας και των ματιών
4. Τραυμάτων του δέρματος (λύση της συνέχειας του)

Είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί ότι ο ιός HIV δεν μεταδίδεται μέσω:

1. Φιλιού
2. Πτυέλων
3. Δαγκώματος
4. Επαφής με αδιάσπαστο, υγιές δέρμα
5. Φτερνίσματος
6. Χρήσης κοινού μπάνιου, πετσέτας ή συσκευές βρασμού νερού, κοινή χρήση σκευών φαγητού κτλ.
7. Χρήσης κοινής τουαλέτας ή πισίνας
8. Στοματικής ανάνηψης
9. Επαφής με ζώα ή έντομα (π.χ. κουνούπια)

Στον παρακάτω πίνακα συνοψίζονται οι βασικότεροι τρόποι μετάδοσης και τα ποσοστά του καθενός (πίνακας 1).

Πίνακας 1

ΤΥΠΟΣ ΕΚΘΕΣΗΣ (Από γνωστό HIV+ άτομο)	ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ
Μετάγγιση	 90%
Τοκετός	 25%
Κοινή χρήση βελονών από χρήστες ναρκωτικών	 0,67%
Παθητική πρωκτική σεξουαλική επαφή	 0,50%
Τυχαίο τρύπημα βελόνας	 0,30%
Παθητική κολπική σεξουαλική επαφή	 0,10%
Ενεργητική πρωκτική σεξουαλική επαφή	 0,06%
Ενεργητική κολπική σεξουαλική επαφή	 0,05%
Παθητική στοματική σεξουαλική επαφή	 0,01%

Πίνακας 1: Ο παραπάνω πίνακας συνοψίζει τους τρόπους έκθεσης των ατόμων στον ιό HIV και παρουσιάζει τα ποσοστά κινδύνου μετάδοσης του ιού (HIVAIDS.gr, 2014)

2.4.4 Ομάδες υψηλού κινδύνου

Τα άτομα που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να μολυνθούν από τον ιό HIV είναι (NHSAIDScauses):

1. Άνδρες που ήρθαν σε σεξουαλική επαφή με άλλους άνδρες
2. Γυναίκες που είχαν σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις με άνδρες που είχαν σεξουαλική επαφή με άνδρες
3. Άτομα τα οποία είχαν σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις με άτομο που ζούσε ή ταξίδευε στην Αφρική
4. Χρήστες ναρκωτικών
5. Άτομα που είχαν σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις με κάποιον που κάνει χρήση ουσιών

6. Άτομα που έχουν μολυνθεί από κάποιο αφροδίσιο νόσημα
7. Άτομα που έχουν υποβληθεί σε μετάγγιση αίματος ενώ βρίσκονταν σε χώρες όπως η Αφρική, ανατολική Ευρώπη, χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, Ασία ή κεντρική και νότια Αμερική

2.5 Επιδημιολογία (Ελλάδα)

Το πιο σύγχρονο επιδημιολογικό δελτίο χρονολογείται το 2013 και βασίζεται στις δηλώσεις του HIV/AIDS που υποβάλλονται στο ΚΕΕΛΠΝΟ και αποτελεί ετήσια δημοσίευση. Το ΚΕΕΛΠΝΟ ασχολείται με την συγκέντρωση στοιχείων και έκδοση στατιστικών σχετικά με την επιδημιολογία της ασθένειας από το 1990. Η επιδημιολογική εικόνα του HIV/ADS στην Ελλάδα εστιάζει στις τάσεις του νοσήματος ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα, εθνικότητα και κατηγορία μετάδοσης (MinistryofHealth, 2013).

Αν και τα επιδημιολογικά δεδομένα είναι μεγάλης σημασίας για την ενίσχυση της κατανόησης του τρόπου επίδρασης του HIV/AIDS σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, δεν πρέπει να αγνοείται το γεγονός ότι τείνουν να υποεκτιμούν το μέγεθος της επιδημίας της HIV λοίμωξης. Τα δεδομένα δεν παρουσιάζουν το συνολικό αριθμό των ανθρώπων που έχουν προσβληθεί από τη νόσο κάθε χρονιά παρά μόνο τους ανθρώπους που επιλέχθηκαν και μετά από εξετάσεις διαγνώστηκαν με HIV/AIDS και επιπλέον υπόκεινται ακόμη σε περιορισμούς όπως η καθυστέρηση της δήλωσης και οι μεταβολές στους τρόπους ελέγχου για την HIV λοίμωξη (MinistryofHealth, 2013).

Το 2013 σημειώθηκαν 920 περιστατικά, εκ των οποίων 820 (89,1%) ήταν άνδρες και μόλις 100 (10,9%) γυναίκες. Το 9,8% των ατόμων που δηλώθηκαν για πρώτη φορά ως HIV+ το 2013, είχαν ήδη εμφανίσει ή ανέπτυξαν κλινικά AIDS εντός του συγκεκριμένου έτους (πίνακας 2). Τα περιστατικά ασθενών ανδρών που είχαν σεξουαλικές επαφές με άλλους άνδρες ήταν περίπου το 1/3 (33.4%), χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών (XEN) ήταν το 28,5%, ενώ για το 24,7% δεν έχει προσδιοριστεί ο τρόπος μετάδοσης του ιού(πίνακας 3). Επιπρόσθετα, αν και στην αλλοδαπή, υπήρξαν δύο περιστατικά, ένα κάθετης μετάδοσης και ένα μέσω μετάγγισης. Η ηλικιακή ομάδα που φέρεται να είναι πιο ευάλωτη με 22,8% των ανδρών και 22% των γυναικών να έχουν προσβληθεί από τον ιό, ήταν 30-34 ετών(πίνακας 4) (MinistryofHealth, 2013).

Πίνακας 2

Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα* κατά φύλο στην Ελλάδα, από 1/1/2013 έως 31/12/2013 HIV infections* in Greece by gender (reported from 1/1/2013 to 31/12/2013)					
Φύλο	HIV	AIDS	Σύνολο - Total		Gender
	N	N	N	(%)	
Άνδρες	740	80	820	(89,1)	Males
Γυναίκες	90	10	100	(10,9)	Females
Σύνολο	830	90	920	(100,0)	Total

* Συμπεριλαμβανομένων των περιστατικών που όταν πρωτοδηλώθηκαν είχαν ήδη αναπτύξει AIDS

(Ministry of Health, 2013)

Πίνακας 3

Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα*, κατά κατηγορία μετάδοσης και κατά φύλο στην Ελλάδα, από 1/1/2013 έως 31/12/2013 HIV infections* by transmission group and gender reported in Greece from 1/1/2013 to 31/12/2013							
Κατηγορία μετάδοσης	Άνδρες Males		Γυναίκες Females		Σύνολο Total		Transmission group
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ομο/αμφιφυλόφιλοι άνδρες	307	(37,4)	0	-	307	(33,4)	Men who have sex with men (MSM)
Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών	236	(28,8)	26	(26,0)	262	(28,5)	Injecting Drug Users (IDUs)
Πολυμεταγγιζόμενοι/ες με παράγωγα αίματος	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	Haemophiliacs/Individuals with coagulation disorder
Μεταγγισθέντες/είσες	1	(0,1)	0	(0,0)	1	(0,1)	Transfusion recipients
Ετεροφυλόφιλοι/ες	69	(8,4)	53	(53,0)	122	(13,2)	Heterosexuals
Κάθετη μετάδοση	0	(0,0)	1	(1,0)	1	(0,1)	Mother to child
Ακαθόριστοι/ες	207	(25,3)	20	(20,0)	227	(24,7)	Undetermined
Σύνολο	820	(100,0)	100	(100,0)	920	(100,0)	Total

* Συμπεριλαμβανομένων των περιστατικών που όταν πρωτοδηλώθηκαν είχαν ήδη αναπτύξει AIDS

(Ministry of Health, 2013)

Πίνακας 4

Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα*, κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη δήλωση και κατά φύλο στην Ελλάδα, από 1/1/2013 έως 31/12/2013
HIV infections* by age group and gender reported in Greece from 1/1/2013 to 31/12/2013

Ηλικιακή ομάδα Age group	Άνδρες Males		Γυναίκες Females		Σύνολο Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0 - 12 ετών - years old	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
13 - 24 ετών - years old	72	(8,8)	17	(17,0)	89	(9,7)
25 - 29 ετών - years old	139	(17,0)	13	(13,0)	152	(16,5)
30 - 34 ετών - years old	187	(22,8)	22	(22,0)	209	(22,7)
35 - 39 ετών - years old	148	(18,0)	9	(9,0)	157	(17,1)
40 - 44 ετών - years old	94	(11,5)	15	(15,0)	109	(11,8)
45 - 49 ετών - years old	82	(10,0)	12	(12,0)	94	(10,2)
50 - 54 ετών - years old	45	(5,5)	5	(5,0)	50	(5,4)
55 + ετών - years old	47	(5,7)	7	(7,0)	54	(5,9)
Άγνωστη - Unknown	6	(0,7)	0	(0,0)	6	(0,7)
Σύνολο - Total	820	(100,0)	100	(100,0)	920	(100,0)

* Συμπεριλαμβανομένων των περιστατικών που όταν πρωτοδηλώθηκαν είχαν ήδη αναπτύξει AIDS

(MinistryofHealth, 2013)

Εώς και την 31η Δεκεμβρίου, ο συνολικός αριθμός των HIV οροθετικών ατόμων καθώς και των πασχόντων από HIV ανέρχεται σε 13622 από τους οποίους 11191 ήταν άνδρες (82,2%), 2385 γυναίκες (17,5%), ενώ για το μικρό ποσοστό που υπολείπεται δεν δηλώθηκε το φύλο των ασθενών (MinistryofHealth, 2013). Οι περιπτώσεις οροθετικών και ασθενών του HIV φαίνονται στους παρακάτω πίνακες χρονολογικά (πίνακας 5και πίνακας 6) (MinistryofHealth, 2013).

Πίνακας 5

Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα, κατά έτος δήλωσης και κατά φύλο στην Ελλάδα, μέχρι 31/12/2013							
HIV infections by year of report and gender reported in Greece by 31/12/2013							
Έτος δήλωσης Year of report	Άνδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο * Total *	Συχνότητα ** Rate **	
	N	%	N	%			
1984	7	(100,0)	0	(0,0)	7	(0,1)	
1985	8	(88,9)	1	(11,1)	9	(0,1)	
1986	41	(97,6)	1	(2,4)	42	(0,4)	
1987	55	(87,3)	8	(12,7)	63	(0,6)	
1988	103	(91,2)	6	(5,3)	113	(1,1)	
1989	126	(86,3)	17	(11,6)	146	(1,4)	
1990	192	(86,9)	27	(12,2)	221	(2,2)	
1991	218	(83,8)	42	(16,2)	260	(2,5)	
1992	264	(86,8)	40	(13,2)	304	(2,9)	
1993	252	(84,3)	47	(15,7)	299	(2,9)	
1994	196	(80,3)	48	(19,7)	244	(2,3)	
1995	284	(85,5)	48	(14,5)	332	(3,1)	
1996	346	(77,4)	101	(22,6)	447	(4,2)	
1997	432	(83,4)	86	(16,6)	518	(4,8)	
1998	519	(78,3)	123	(18,6)	663	(6,1)	
1999	928	(78,8)	244	(20,7)	1177	(10,8)	
2000	380	(77,2)	111	(22,6)	492	(4,5)	
2001	305	(75,1)	99	(24,4)	406	(3,7)	
2002	297	(74,8)	100	(25,2)	397	(3,6)	
2003	324	(74,7)	107	(24,7)	434	(3,9)	
2004	351	(79,6)	87	(19,7)	441	(4,0)	
2005	424	(75,0)	140	(24,8)	565	(5,1)	
2006	463	(80,8)	110	(19,2)	573	(5,1)	
2007	427	(82,1)	92	(17,7)	520	(4,6)	
2008	549	(83,7)	107	(16,3)	656	(5,9)	
2009	513	(84,5)	94	(15,5)	607	(5,4)	
2010	530	(86,9)	80	(13,1)	610	(5,5)	
2011	829	(85,6)	139	(14,4)	968	(8,7)	
2012	1008	(84,8)	180	(15,2)	1188	(10,7)	
2013	820	(89,1)	100	(10,9)	920	(8,3)	
Σύνολο - Total	11191	(82,2)	2385	(17,5)	13622		

* Περιλαμβάνει και τα περιστατικά των οποίων το φύλο είναι άγνωστο

* Including cases of unknown gender

(Ministry of Health, 2013)

Πίνακας 6

Περιπτώσεις HIV λοίμωξης, κατά έτος διάγνωσης και κατά φύλο στην Ελλάδα, μέχρι 31/12/2013						
HIV infections in Greece by year of diagnosis and gender by 31/12/2013						
Έτος διάγνωσης Year of diagnosis	Άνδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο *	Συχνότητα **
	N	%	N	%	Total * N	Rate **
1981	1	(100,0)	0	(0,0)	1	(0,0)
1982	3	(100,0)	0	(0,0)	3	(0,0)
1983	14	(100,0)	0	(0,0)	14	(0,1)
1984	71	(98,6)	1	(1,4)	72	(0,7)
1985	104	(90,4)	11	(9,6)	115	(1,2)
1986	105	(89,7)	12	(10,3)	117	(1,2)
1987	147	(86,0)	24	(14,0)	171	(1,7)
1988	168	(86,6)	22	(11,3)	194	(1,9)
1989	199	(83,6)	36	(15,1)	238	(2,4)
1990	251	(85,1)	42	(14,2)	295	(2,9)
1991	286	(83,1)	58	(16,9)	344	(3,4)
1992	356	(84,8)	64	(15,2)	420	(4,1)
1993	286	(79,4)	74	(20,6)	360	(3,4)
1994	286	(82,9)	59	(17,1)	345	(3,3)
1995	362	(82,1)	79	(17,9)	441	(4,1)
1996	381	(80,9)	90	(19,1)	471	(4,4)
1997	357	(79,2)	91	(20,2)	451	(4,2)
1998	446	(77,7)	108	(18,8)	574	(5,3)
1999	366	(75,8)	114	(23,6)	483	(4,4)
2000	352	(75,9)	111	(23,9)	464	(4,3)
2001	300	(73,3)	107	(26,2)	409	(3,7)
2002	307	(76,4)	95	(23,6)	402	(3,7)
2003	325	(76,1)	99	(23,2)	427	(3,9)
2004	392	(79,5)	98	(19,9)	493	(4,5)
2005	408	(76,0)	128	(23,8)	537	(4,8)
2006	398	(79,3)	104	(20,7)	502	(4,5)
2007	465	(83,9)	88	(15,9)	554	(4,9)
2008	505	(83,2)	102	(16,8)	607	(5,4)
2009	506	(84,8)	91	(15,2)	597	(5,3)
2010	556	(87,7)	78	(12,3)	634	(5,7)
2011	804	(84,9)	143	(15,1)	947	(8,5)
2012	959	(84,7)	173	(15,3)	1132	(10,2)
2013	725	(89,7)	83	(10,3)	808	(7,3)
Σύνολο - Total	11191	(82,2)	2385	(17,5)	13622	

* Περιλαμβάνει και τα περιστατικά των οποίων το φύλο είναι άγνωστο.

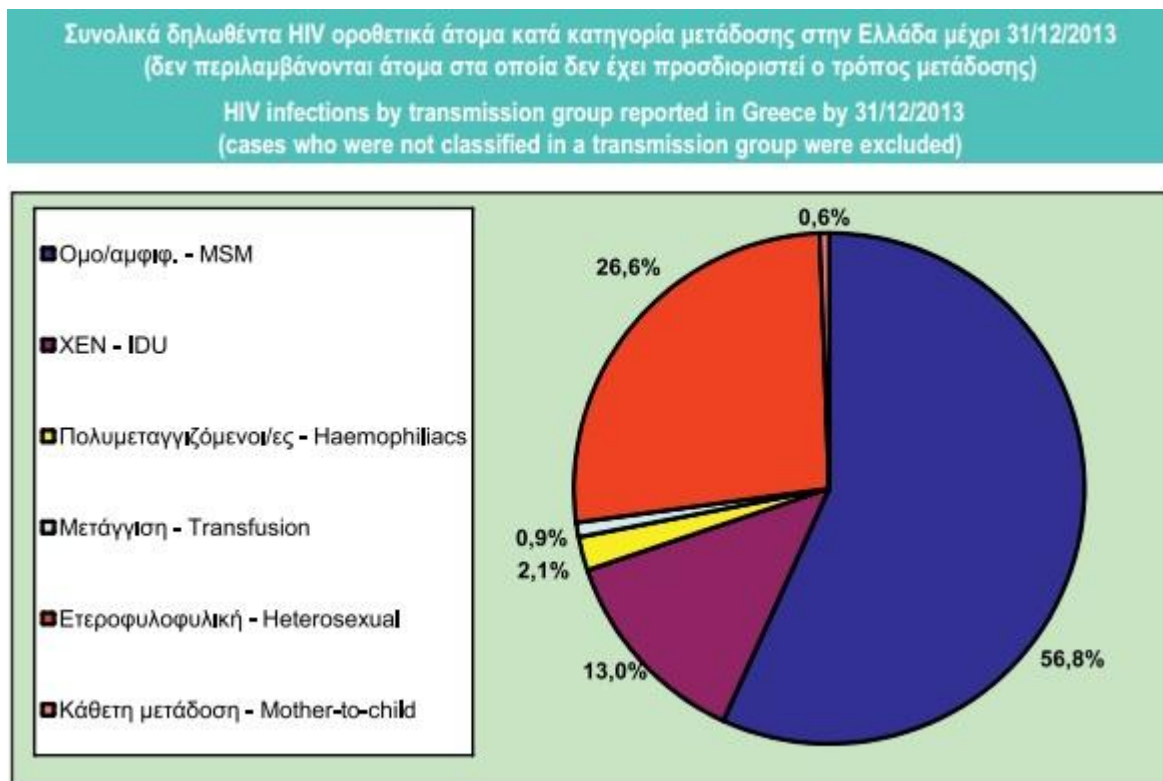
* Including cases of unknown gender

(MinistryofHealth, 2013)

Η επιδημία του HIV στην Ελλάδα παρουσιάζει αυξητικές τάσεις τα τελευταία έτη. Το 2011 και το 2012 παρατηρήθηκε μία εξαιρετικά σημαντική αύξηση των περιστατικών HIV λοίμωξης που δηλώθηκαν στο σύστημα καταγραφής, με επίκεντρο την ομάδα των ΧΕΝ. Το 2013 καταγράφεται μία μικρή μείωση, η ερμηνεία της οποίας θα πρέπει στην παρούσα φάση να γίνει με επιφύλαξη. Ο κύριος τρόπος μετάδοσης μοιάζει να είναι η σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών στην Ελλάδα. Το 46% των περιπτώσεων HIV λοίμωξης έχει δηλωθεί στις ελληνικές αρχές δημόσιας υγείας από άνδρες που ανέφεραν ότι μολύνθηκαν από άλλους άνδρες μέσω της σεξουαλικής επαφής. Καθώς αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το 2011 και 2012 σημειώθηκε δραματική αύξηση των μολύνσεων HIV στους χρήστες/ριες ενδοφλέβιων ναρκωτικών και ακόμη και μέχρι το 2013 ο αριθμός αυτός φαίνεται να παραμένει σταθερός. Όσον αφορά την εθνικότητα το 32,7% των 2926 ασθενών που είχαν ετεροφυλοφιλική

σεξουαλική επαφή προέρχονταν από χώρες στις οποίες η ετεροφυλοφιλική μετάδοση είναι συχνή, 17,3% είχαν σεξουαλική επαφή με HIV οροθετικά άτομα, και το 37,7% ήταν περιστατικά για τα οποία υπήρχε ισχυρή ένδειξη ετεροφυλοφιλικής μετάδοσης. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται κατά κατηγορία μετάδοσης στην Ελλάδα(πίνακας 7)(MinistryofHealth, 2013)

Πίνακας 7



(MinistryofHealth, 2013)

Συμπερασματικά, μεγάλη αύξηση των νέων HIV λοιμώξεων στον πληθυσμό των XEN το 2012 δείχνει να υποχωρεί το 2013. Σχετικά με τις διαφορετικές κατηγορίες μετάδοσης, η κατηγορία των ανδρών που είχαν σεξουαλικές επαφές με άνδρες αποτελεί εκ νέου την συχνότερη αιτία μετάδοσης της HIV λοίμωξης στη χώρα μας. Κάθε προσπάθεια αναχαίτισης της HIV επιδημίας στον πληθυσμό των XEN στη χώρα μας, αντιμετωπίζει πολλές δυσκολίες ειδικά στην παρούσα οικονομική συγκυρία. Οι οικονομικοί περιορισμοί απειλούν τη βιωσιμότητα των προγραμμάτων πρόληψης και θεραπείας της HIV λοίμωξης. Λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα σχετικά με την HIV επιδημία στην Ελλάδα, η επιδημιολογική επιτήρηση και οι συνεχιζόμενες παρεμβάσεις πρόληψης είναι εξέχουσας σημασίας (MinistryofHealth, 2013).

2.6 Ιολογία - Παθοφυσιολογία

Από τη στιγμή που ένα άτομο μολύνεται με τον ιό HIV, υπάρχει συνήθως μία σημαντική χρονική υστέρηση, γενικά περίπου μία δεκαετία, προτού ένα μολυσμένο άτομο αναπτύσσει τα συμπτώματα του AIDS (αν και αυτό είναι εξαιρετικά μεταβλητό από άτομο σε άτομο και μπορεί να καθυστερήσει με την χρήση αντι-HIV φαρμάκων). Λίγο μετά τη μόλυνση, τα άτομα μπορεί να εμφανίσουν γριπώδη συμπτώματα, αλλά στη συνέχεια μπορεί να συνεχίσουν για πολλά χρόνια χωρίς ανιχνεύσιμα συμπτώματα. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης ο ιός συνεχίζει να αναπαράγεται μέσα στο σώμα τους και μπορεί να μεταδοθεί σε άλλους ανθρώπους μέσω της άμεσης επαφής με σωματικά υγρά, όπως αίμα ή σπέρμα. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου υπάρχει συνήθως επίσης μια αργή αλλά σταθερή εξάντληση των κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος γνωστά και ως CD4 θετικά (CD4 +) T κύτταρα που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV. Ένα φυσιολογικό άτομο έχει περίπου 1000 CD4 + T-κύτταρα σε ένα χιλιοστόλιτρο αίματος. Μόλις ο αριθμός CD4 + T-κυττάρων πέσει στα 200 κύτταρα ανά χιλιοστόλιτρο, ο ασθενής εισέρχεται στην φάση της λοίμωξης HIV, που είναι γνωστή ως AIDS, και αυτό γίνεται όλο και πιο δύσκολο για αυτούς τους ασθενείς με AIDS στην καταπολέμηση των μολύνσεων (BaylorCollegeofMedicine, AIDS).

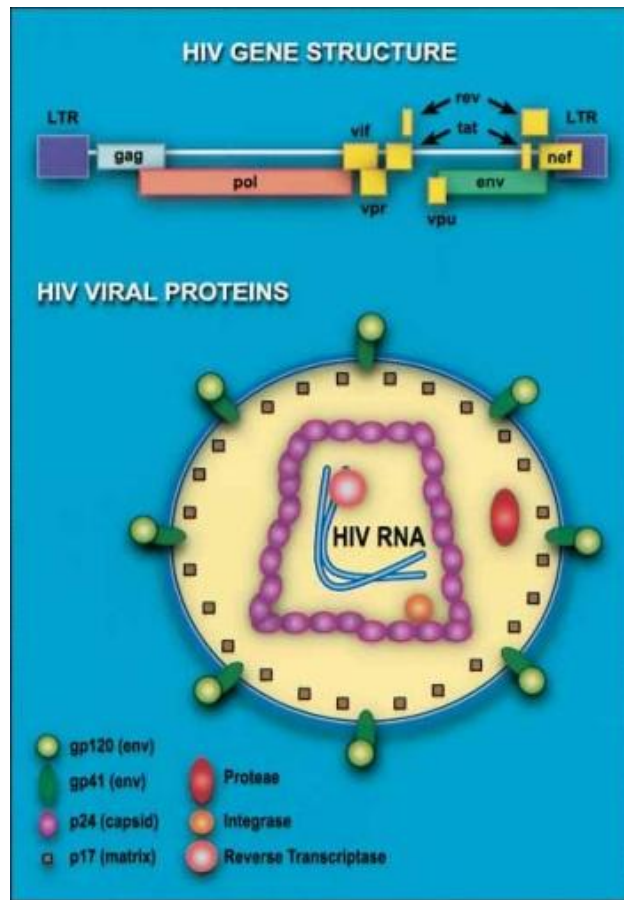
Ο HIV ανήκει σε μια κατηγορία ιών γνωστών ως ρετροϊών. Οι ρετροϊοί χρησιμοποιούν RNA να κωδικοποιούν γενετική πληροφορία τους και όχι DNA, όπως κάνουν τα ανθρώπινα κύτταρα. Αυτό που διακρίνει τους ρετροϊούς από άλλες τάξεις ιών είναι ότι κατά τη διάρκεια του κύκλου αντιγραφής τους στο εσωτερικό των κυττάρων, χρησιμοποιούν ένα ένζυμο που ονομάζεται αντίστροφη μεταγραφάση για να μετατρέψει το RNA σε DNA. Όπως όλοι οι ιοί, ο ιός HIV πρέπει να τεθεί σε ένα κελί για να μπορέσει να αναπαραχθεί ή να κάνει περισσότερα αντίγραφα του εαυτού του. Υπάρχει ένας καθορισμένος αριθμός βημάτων που ο ιός περνά μέσα από αυτά για να κάνει περισσότερα αντίγραφα του εαυτού του. Αυτά τα βήματα απαιτούν τη δράση όχι μόνο των πρωτεϊνών του ιού, αλλά και πρωτεϊνών μέσα στο κύτταρο που ο ιός προβάλλει για τους δικούς της σκοπούς (BaylorCollegeofMedicine, AIDS).

1. Για να ξεκινήσει μια μόλυνση, τα σωματίδια του ιού HIV πρέπει να συναντήσουν και να συνδέθουν με τον υποδοχέα CD4 ο οποίος είναι παρών επί της επιφανείας ενός υποσυνόλου των κυττάρων T (και επίσης μερικά άλλα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος που ονομάζονται μακροφάγα, αλλά όχι για τα περισσότερα άλλα κύτταρα του σώματος). Η αλληλεπίδραση μεταξύ του HIV και του μορίου CD4, μαζί με ένα άλλο μόριο που ονομάζεται συν-υποδοχέα, επιτρέπει τον HIV να εισέλθει στο κύτταρο.

2. Το ένζυμο του ιού, αντίστροφη μεταγραφάση, στη συνέχεια μετατρέπει το RNA σε DNA.
3. Ένα άλλο ιικό ένζυμο που ονομάζεται ιντεγκράση εισέρχεται στο DNA του ιού μέσα στο DNA του κυττάρου σε ένα στάδιο γνωστό ως ολοκλήρωση.
4. Στη συνέχεια, ο κυτταρικός μηχανισμός, με τη βοήθεια της πρωτεΐνης του ιού που ονομάζεται Tat, κάνει πολλά αντίγραφα του RNA του ιού σε μια διαδικασία που ονομάζεται μεταγραφή.
5. Τα αντίγραφα του RNA στη συνέχεια χρησιμοποιούνται για να παράγουν τις πρωτεΐνες του ιού, όπου τα αντίγραφα του RNA και οι πρωτεΐνες του ιού ενώνονται σε νέα σωματίδια ιού.
6. Οι μακριές αλυσίδες των πρωτεϊνών του ιού στο σωματίδιο του ιού πρέπει να κοπούν σε μικρότερα κομμάτια από ένα άλλο ένζυμο που ονομάζεται ιική πρωτεάση. Τα νέα στελέχη του ιού HIV απελευθερώνονται από το κύτταρο μέσω μίας διαδικασίας που ονομάζεται “εκβλάστηση” και στη συνέχεια ο κύκλος επαναλαμβάνεται με αποτέλεσμα να μολύνει όλο και περισσότερα CD4 + T κύτταρα (Baylor College of Medicine, AIDS).

Η αυξημένη συχνότητα των λοιμώξεων που εμφανίζονται σε ασθενείς με πρωτογενείς και δευτερογενείς ανοσοανεπάρκειες παρέχει άμεση απόδειξη του ουσιαστικού ρόλου του ανοσοποιητικού συστήματος στον έλεγχο των μολυσματικών παραγόντων. Ο ιός HIV είναι ένας ιδιαίτερος αντίπαλος, επειδή πρωταρχικός στόχος του είναι ακριβώς το ίδιο το ανοσοποιητικό σύστημα, καθιστώντας τον ξενιστή ανίκανο να ελέγξει τον ιό και ταυτόχρονα πιο επιρρεπή σε λοιμώξεις από άλλα παθογόνα. Ο πρώτος ασθενής διαγνώσθηκε με μόλυνση από τον ιό HIV περίπου 30 χρόνια πριν και από τότε υπάρχει μεγάλη πρόοδος σε ότι αφορά την καλύτερη κατανόηση και αντιμετώπιση της ασθένειας. Σύγχρονα αντιρετροϊκά φάρμακα έχουν μειώσει αισθητά ασθένειες που σχετίζονται με τον ιό HIV και προκαλούν νοσηρότητα και θνησιμότητα με τη μείωση του ιικού φορτίου και την αύξηση του αριθμού των CD4 λεμφοκυττάρων. Μερικά καινούρια μαθηματικά μοντέλα εκτιμούν ότι μια αντιρετροϊκή θεραπεία μπορεί να πάρει το λιγότερο 60 χρόνια πλήρους καιμικής καταστολής για την εξάλειψη του ιού από τον ξενιστή τονίζοντας την βαρύτητα του ανοσοποιητικού συστήματος να ελέγχει τη νόσο του HIV και την πρόοδό του στο πιο σοβαρό κλινικό επίπεδο, το AIDS (ChinenandShearer, 2002).

Ο HIV είναι ένας φακοϊός, από την οικογένεια των ρετροϊών, ο οποίος έχει χαρακτηριστικά RNA γονιδίωμα που βρίσκεται μέσα σε ένα καψίδιο και σε ένα περίβλημα λιπιδίων (Εικ.4).



Εικ.4: Η εικόνα απεικονίζει την δομή του ιού HIV και πιο συγκεκριμένα τις ιογενείς πρωτεΐνες και τη γονιδιακή δομή του ιού (ChinenandShearer, 2002).

Το ιογενές περίβλημα, μια διστοιβαδική μεμβράνη που προέρχεται από το κύτταρο ξενιστή, περιέχει δύο βασικές ιογενείς γλυκοπρωτεΐνες, την gp41 και την gp120. Αυτές προέρχονται από την ενζυμική διάσπαση της μεγαλύτερης ιογενούς προπρωτεΐνης gp160. Η gp120 έχει μεταβλητή πρωτεϊνική περιοχή που εξάγει μια δυνατή ανοσοποιητική αντίδραση. Η βασική δομή του ιού HIV αποτελείται από τρεις δομικές πρωτεΐνες: p24, p16, και p9. Η πρωτεΐνη p24 δημιουργεί το καψίδιο που εμπερικλείει δύο γονιδιωματικές αλληλουχίες RNA και τα ιογενή ένζυμα. Η πρωτεΐνη του στρώματος, gp16, είναι αγκυστρωμένη στο εσωτερικό του περιβλήματος. Η p9 είναι μία νεκλεοκαψιδική πρωτεΐνη που δεν είναι ομοιοπολικά προσκολλημένη στο ιογενές RNA. Άρα, οι περιβληματικές πρωτεΐνες είναι οι gp41 και gp120, και οι πρωτεΐνες του κορμού είναι οι p24 (καψίδιο), p16 (στρώμα), και p9 (νεκλεοκαψίδιο) (Chinen και Shearer, 2002).

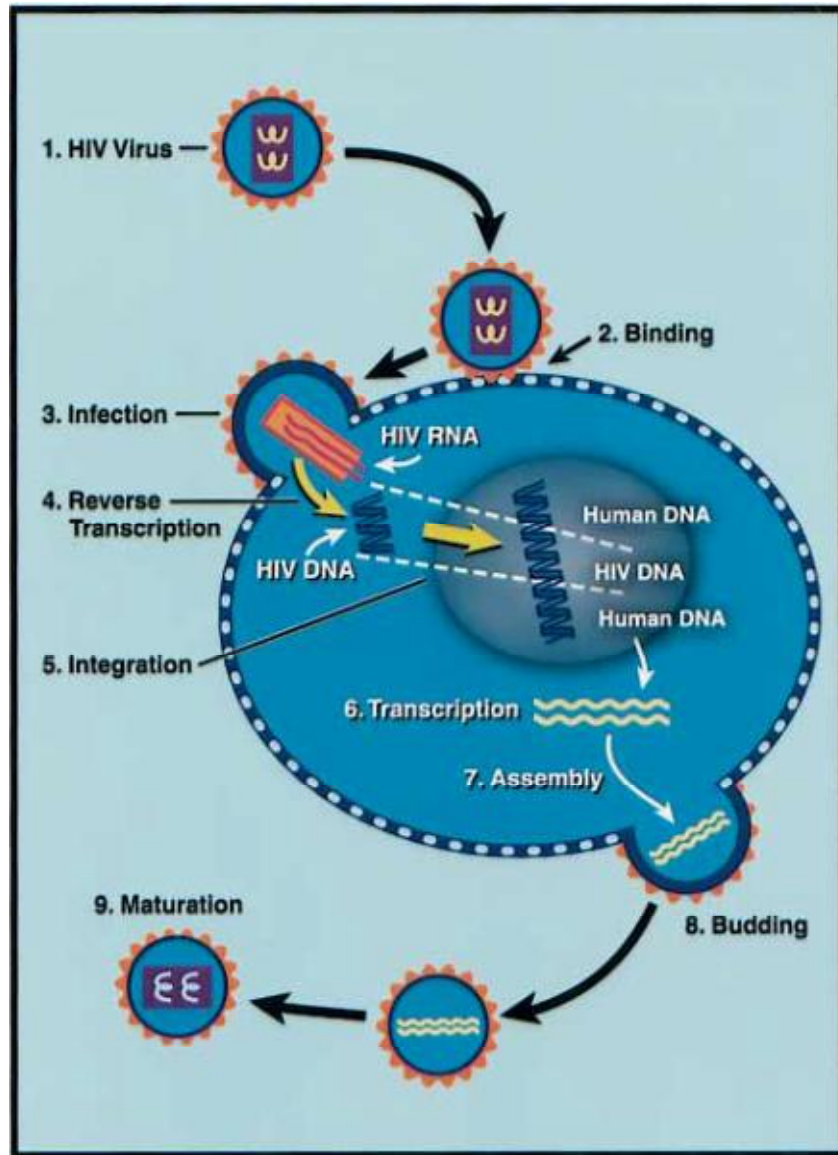
Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί υπότυποι που συνδέονται με διαφορετικούς βαθμούς της παθογένειας και μεταδοτικότητας. Σύμφωνα με την αλληλουχία νουκλεοτιδίων των γονιδίων

env και *gag*, ο HIV χωρίζεται σε τρεις ομάδες: Μ (πλειοψηφία), Ο (ακραίες τιμές), και Ν. Η ομάδα Μ έχει δέκα διαφορετικούς υπότυπους που ορίζονται σαν κλάδοι από το Α έως το J. Ο κλάδος Β έχει αποδειχτεί να είναι ο πιο διαδεδομένος κλάδος ειδικά στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και στη δυτική Ευρώπη. Οι κλάδοι Α, C, D, και Ε είναι πιο γνωστοί στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Επιδημιολογικές έρευνες έδειξαν ότι ο κλάδος Ε συνδέεται κυρίως με την ομοφυλοφυλική μετάδοση σε σύγκριση με τον κλάδο Β. Γενικές διαφορές στην κάθετη μετάδοση και στους προοδευτικούς ρυθμούς παρουσιάζονται μεταξύ των παραπάνω κλάδων (Chinen και Shearer, 2002).

Ο HIV έχει έξι ρυθμιστικές πρωτεΐνες: Tat, Rev, Nef, Vif, Vpr, και Vpr. Οι Tat και Rev είναι υπεύθυνες για την ιική μεταγραφή των γονιδίων και είναι απαραίτητες πρωτεΐνες για την διεκπεραίωση της διαδικασίας της αντιγραφής του ιού HIV. Η πρωτεΐνη Vif αυξάνει την αποδοτικότητα της λοίμωξης από τον ιό HIV *in vitro*. Η πρωτεΐνη Vpr παρεμβαίνει στη διαδικασία συναρμολόγησης και η Vpr στην μεταφορά του πυρήνα του ιικού γονιδιώματος. Η Nef φέρεται να έχει αρκετές λειτουργίες όπως να επιταχύνει την κλινική νόσο, να ενισχύει το λοιμογόνο παράγοντα μολυσματικότητας, να υπορυθμίζει την επιφάνεια των CD4 και MHC τάξης Ι μόρια, να μεταφέρει το σήμα διαμόρφωσης, και να ευνοεί την είσοδο του ιού HIV σε κύτταρα στόχους μέσω των CD4 και των χημειοκινών (Chinen και Shearer, 2002).

2.6.1 Μηχανισμός αντιγραφής

Ο ιός HIV εισέρχεται στα λεμφοκύτταρα και τα μονοκύτταρα (Εικ. 5) μέσω μίας συγγενικής αναγνώρισης της ιικής γλυκοπρωτεΐνης gp120 με την επιφάνεια του μορίου CD4 και του υποδοχέα χημειοκίνης (είτε CXCR4 ή CCR5).

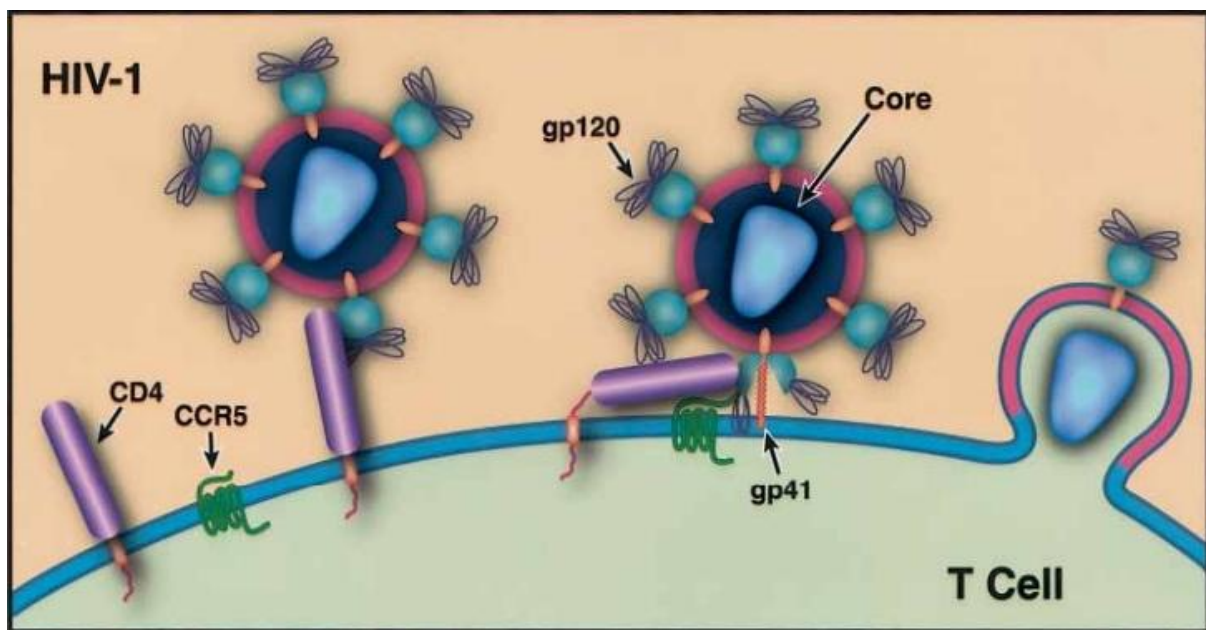


Εικ.5:Απεικόνιση της αντιγραφής του ιού HIV μέσα σε ανθρώπινο κύτταρο (Chinen και Shearer, 2002).

Η αλληλεπίδραση αυτών των πρωτεϊνών επάγει την ένωση της ιικής πρωτεΐνης gp41 με τη θεϊκή ηπαράνη μέσα στην πλασματική μεμβράνη του ξενιστή και αυτό με τη σειρά του πυροδοτεί την συγχώνευση του ιικού περιβλήματος και την απελευθέρωση του καψιδίου μέσα στο κυτταρόπλασμα. Με βάση τον κυτταρικό τροπισμό, τα στελέχη του ιού HIV μπορούν να χωριστούν σε 2 κατηγορίες: στα μακροφαγοτροπικά (M-tropic), και στα T-κυτταροτροπικά (T-tropic). Τα μακροφαγοκυτταρικά χρησιμοποιούν CCR5 σαν βασικό υποδοχέα και ονομάζονται *R5* ιοί. Αυτοί οι ιοί αρχικά προσβάλλουν τα μακροφάγα και πρωτογενή T-κύτταρα και μολύνουν σειρές CD4⁺ T-κυττάρων. Επιπλέον αυτοί οι ιοί έχουν την τάση να μεταφέρονται πιο εύκολα μέσω της σεξουαλικής επαφής.

Αναφέρονται επίσης ως *ιοί X4*, και επάγουν το σχηματισμό συγκυτίων στα μολυσμένα κύτταρα. Νωρίς κατά τη διάρκεια της λοίμωξης από τον HIV, οι ιοί στελέχους *R5* κυριαρχούν,

αλλά τελικά τόσο τα *X4* όσο και στελέχη *R5* ανακτώνται. Μεταλλάξεις στο γονίδιο CCR5 προστατεύουν τα κύτταρα από μόλυνση με τον ιό HIV. Αυτές οι μεταλλάξεις δεν έχουν δείξει να είναι επιβλαβείς, πιθανώς επειδή άλλες υποδοχείς χημειοκινών αντικαθιστούν τις λειτουργίες του CCR5. Το επίπεδο έκφρασης των υποδοχέων χημειοκινών καθορίζει επίσης την ικανότητα των στελεχών του HIV να μολύνει κύτταρα ξενιστές. Πρόσφατα, ένα πρωταρχικό απομονωθέν στέλεχος HIV έχει αναφερθεί να εισέρχεται στα T κύτταρα χρησιμοποιώντας το μόριο CD8, που δεν χρειάζεται ή CD4 υποδοχέα χημειοκινητικής έκφρασης. Προτεινόμενες στρατηγικές για αναστολή της βαθμίδας εισόδου περιλαμβάνουν τη χρήση του CD4 μορίων πρόσδεσης, β-χημοκίνες, και τη σειρά T του πεπτιδίου που μοιάζουν μπλοκάροντας την λειτουργία του gp41(Εικ.6) (Chinen και Shearer, 2002).



Εικ.6: Απεικονισμός της εισόδου του HIV μέσα στα κύτταρα (Chinen και Shearer, 2002).

Αμέσως μετά την είσοδο, το ιικό καψίδιο απελευθερώνει το γονιδίωμα RNA του ιού και ιικές πρωτεΐνες στο κυτταρόπλασμα. Το ιικό RNA έχει μεταγραφεί αντίστροφα σε συμπληρωματικό DNA (cDNA) από τον ιό αντίστροφη μεταγραφάση μέσω της χρήσης ενός κυτταρικού μορίου λυσίνης tRNA ως primer₂₀. Στη συνέχεια, η δραστηριότητα της RNAάσης της αντίστροφης μεταγραφάσης υποβαθμίζει το καλούπι του ιικού RNA. Η αντίστροφη μεταγραφάση ενσωματώνει ένα λάθος νουκλεοτίδιο ανά 1500 με 4000 βάσεις, και αυτό το γεγονός εξηγεί την ποικιλόμορφη εμφάνιση των μεταλλάξεων. Μερικά από τις προκύπτοντες μεταλλάξεις παρέχουν ένα πλεονέκτημα επιβίωσης, με αποτέλεσμα να καθιστούν τα στελέχη του ιού ανθεκτικά στα φάρμακα. Αρκετοί νουκλεοσιδικοί και μη νουκλεοσιδικοί αναστολείς της ανάστροφης μεταγραφάσης έχουν αναπτυχθεί. Ο νεοσυντιθέμενος HIV-1

cDNA μεταφέρεται στον πυρήνα. Δύο πρωτεΐνες του HIV, Vpr και Vif, θα μπορούσαν να συμμετάσχουν σε αυτή την πυρηνική μεταφορά. Η Vpr θεωρείται ότι ενισχύσει την HIV-1 προενοποίηση του συμπλόκου μεταφοράς προς τον πυρήνα. Η Vif συγγενεύει με κυτταροσκελετικά στοιχεία και αυξάνει το μολυσματικό δυναμικό. Στην πυρηνική μεμβράνη, οι πεπτιδικές αλληλουχίες από την πρωτεΐνη Vpr και την πρωτεΐνη του στρώματος παρέχουν ένα πυρηνικό σήμα εντοπισμού για να εισέλθει στον πυρήνα. Το ιογενές cDNA ενσωματώνεται τυχαία εντός του γονιδιώματος του κυττάρου ξενιστή σε μία αντίδραση που καταλύεται από το ιικό ένζυμο ιντεγκράση. Οι αναστολείς αυτού του ενζύμου είναι υπό ανάπτυξη (Chinen και Shearer, 2002).

Μετά την ολοκλήρωση, οι κυτταρικοί παράγοντες μεταγραφής είναι σε θέση να ενεργοποιούν ιική μεταγραφή γονιδίων, παράγοντας χαμηλά επίπεδα των βραχυπρόθεσμων, πολλαπλώς κομμένων mRNA αντιγράφων. Αυτοί οι παράγοντες κωδικοποιούν τις ρυθμιστικές πρωτεΐνες Tat, Rev, και Nef. Η Tat μετενεργοποιεί την μεταγραφή με το να συνδέει το 5'-άκρο της αλληλουχίας του ιικού DNA, αυξάνοντας το ρυθμό ιικής μεταγραφής κατά 1.000 φορές. Η Rev συνδέει μία δομή RNA στο γονίδιο *env* και προκαλεί την πυρηνική εξαγωγή των ατελώς κομματιασμένων αντίγραφων. Η Rev ευνοεί την εξαγωγή των μερικώς κομματιασμένων αντιγράφων m-RNA που κωδικοποιούν δομικές πρωτεΐνες και πλήρους μήκους αντίγραφα m-RNA που αποτελούν το γονιδίωμα RNA του ιού. Η αναστολή της Tat ή της Rev παρεμποδίζει σημαντικά την αντιγραφή του HIV. Αρκετές στρατηγικές γονιδιακής θεραπείας έχουν δοκιμαστεί για την αναστολή αυτών των 2 λειτουργιών *in vitro* με σχετική επιτυχία (Chinen και Shearer, 2002).

Τα συστατικά του ιικού πυρήνα HIV αρχικά μεταφράζονται σε PR55, μια προ-πρωτεΐνη που προκύπτει από ένα gag m-RNA και στη συνέχεια διασπάται κατά τη διάρκεια της ωρίμανσης. Η Gag-pol είναι μια άλλη προ-πρωτεΐνη που διασπάται για να παράγει την πρωτεάση, ιντεγκράση, και αντίστροφη μεταγραφάση. Η πρωτεάση του HIV προκαλεί την ειδική διάσπαση αυτών των προ-πρωτεϊνών, και η αναστολή της έχει ως αποτέλεσμα την αξιοσημείωτη καταστολή του ιικού αναδιπλασιασμού. Οι Pr55 και Gag-Pol είναι το αποτέλεσμα 2 πλαισίων ανάγνωσης που ελέγχουν επίσης τη σχετική ποσότητα αυτών των πρωτεϊνών για να παράγουν περισσότερα δομικά συστατικά από αυτά που παράγουν τα ιικά ένζυμα. Το πρώτο πλαίσιο ανάγνωσης κωδικοποιεί την Pr55 και είναι το πιο αποτελεσματικό από ό, τι το δεύτερο, το οποίο είναι υπεύθυνο για τη σύνθεση της Gag-Pol.

2.7 Διάγνωση: Test, AIDS, στάδια νόσου, ταξινόμηση CDC

Απέναντι σε αυτή την καταστροφική ασθένεια και το κόστος της αντιρετροϊκής θεραπείας, η έγκαιρη διάγνωση της ύπαρξης του HIV για τον περιορισμό της εξάπλωσης της ασθένειας, και ο αποδοτικός χειρισμός της θεραπείας για τη βελτίωση του ασθενούς είναι απαραίτητος. Γι' αυτούς τους σκοπούς, ένα μεγάλο ποσό διαγνωστικών ελέγχων, μερικοί από τους οποίους συζητώνται παρακάτω παίζουν σημαντικότερο ρόλο σε όλες τις πτυχές της ασθένειας.

A. Ο κοινός αποδεκτός ορισμός της WHO για το AIDS είναι ότι ένας ενήλικας ή έφηβος (ηλικίας 4-12 ετών) θεωρείται ότι έχει AIDS εάν μια εξέταση για HIV αντισώματα βγαίνει θετική, και ισχύει μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες συνθήκες (WHO, HIV/AIDS):

- Περισσότερο από 10% απώλεια σωματικού βάρους ή καχεξία, με διάρροια ή πυρετό, ή και τα δύο, διακοπτόμενη ή συνεχής, για τουλάχιστον 1 μήνα, ενώ είναι γνωστό ότι οφείλεται σε μία κατάσταση που δεν σχετίζεται με λοίμωξη από HIV
- Κρυπτοκοκκική μηνιγγίτιδα
- Πνευμονική ή εξωπνευμονική φυματίωση
- Σάρκωμα Kaposi
- Νευρολογική δυσλειτουργία που είναι επαρκής για να εμποδίζει τις ανεξάρτητες καθημερινές δραστηριότητες, ενώ δεν είναι γνωστό ότι οφείλεται σε μία κατάσταση που δεν έχει σχέση με λοίμωξη από HIV (για παράδειγμα, τραύμα ή εγκεφαλοαγγειακό ατύχημα)
- Καντιντίαση του οισοφάγου (η οποία μπορεί να είναι κατά τεκμήριο διαγνωσθείσα βάσει καντιντίασης του στόματος που ακολουθείται από δυσφαγία)
- Κλινικά διαγνωσμένα απειλητικά για τη ζωή ή υποτροπιάζοντα επεισόδια πνευμονίας, με ή χωρίς αιτιολογική επιβεβαίωση
- Διηθητικός καρκίνος του τραχήλου της μήτρας

B. Ο ορισμός της WHO τροποποιήθηκε το 1985 για το την κλινική περίπτωση του AIDS (ορισμός Μπανγκούι) (WHO, HIV/AIDS).

Ένα ενήλικος ή έφηβος (ηλικίας 4-12 ετών) θεωρείται ότι έχει AIDS εάν τουλάχιστον δύο από τις ακόλουθες σημαντικές ενδείξεις είναι παρούσες σε συνδυασμό με τουλάχιστον ένα από τα σημαντικά σημεία που αναφέρονται παρακάτω, και αν είναι αυτά τα σημεία δεν είναι γνωστό ότι οφείλεται σε μία κατάσταση που δεν σχετίζεται με τη λοίμωξη του HIV (WHO, HIV/AIDS).

Σημαντικές ενδείξεις:

- Απώλεια βάρους μεγαλύτερη από 10% σωματικού βάρους
- Η χρόνια διάρροια για περισσότερο από 1 μήνα
- Παρατεταμένος πυρετός για περισσότερο από 1 μήνα (διαλείπουσα ή σταθερή κατάσταση)
- Επίμονος βήχας για περισσότερο από 1 μήνα
- Γενικευμένη κνησμώνης δερματίτιδα
- Ιστορικό έρπητα
- Η στοματοφαρυγγική καντιντίαση
- Χρόνια προοδευτική απλού έρπητα λοίμωξη
- Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια

Η παρουσία είτε γενικευμένων σάρκωμα Kaposi ή κρυπτοκοκκικής μηνιγγίτιδας είναι επαρκής για τη διάγνωση του AIDS.

Μερικοί άνθρωποι που ζούν με τον ιό HIV δεν έχουν σημάδια και συμπτώματα για πολλά χρόνια. Οι άνθρωποι που έχουν πρόσφατα μολυνθεί με τον ιό HIV συχνά βιώνουν μια σύντομη, γριππώδη ασθένεια δύο έως έξι εβδομάδες μετά τη μόλυνση. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν πυρετό, πονόλαιμο, και εξανθήματα του σώματος. Κάποιος μπορεί να είναι σίγουρος ότι έχει τον ιό HIV μόνο αν έχει κάνει ένα τεστ συγκεκριμένα για HIV. Αν υπάρχουν υποψίες ότι κάποιο άτομο θα μπορούσε να είναι σε κίνδυνο, θα πρέπει να ζητήσει αμέσως ιατρική συμβουλή. Όσο νωρίτερα ανιχνεύεται ο HIV, τόσο πιο πιθανό είναι ότι η θεραπεία θα είναι επιτυχής. Αν κάποιος πάσχει από τον ιό HIV, η οποιαδήποτε καθυστέρηση της θεραπείας θα επιτρέψει την εξάπλωση του ιού στο σύστημά και βλάπτει σοβαρά την υγεία του ασθενούς. Όσο πιο γρήγορα περάσει από ιατρικές εξετάσεις ο ασθενής, τόσο πιο γρήγορα μπορεί να ξεκινήσει η σωτήρια θεραπεία και να αποφευχθεί η εξάπλωση του ιού σε κάποιον άλλο (NHS, HIVtesting).

2.7.1 Εξετάσεις για την διάγνωση του HIV

Η πιο κοινή μορφή εξέτασης για HIV είναι η αιματολογική εξέταση, στην οποία μία μικρή ποσότητα αίματος λαμβάνεται και εξετάζεται σε ένα εργαστήριο. Αυτές οι εξετάσεις μπορούν να παρέχουν ένα αξιόπιστο αποτέλεσμα τέσσερις εβδομάδες μετά την έκθεση του ατόμου στον ιό HIV. Πλέον είναι δυνατόν κάποιος να εξεταστεί για τον ιό HIV και μέσω του σάλιου. Για αυτή την εξέταση, ένα δείγμα σάλιου λαμβάνεται χρησιμοποιώντας ένα συλεό λαμβάνοντας σάλιο από το στόμα. Σαν δείγμα για εξετάσεις θα μπορούσε ακόμα να

χρησιμοποιηθεί και κηλίδα αίματος που έχει ξεραθεί. Για τη συγκεκριμένη εξέταση κηλίδα αίματος λαμβάνεται από το δάκτυλο σε διηθητικό χαρτί. Ωστόσο, μπορεί να πάρει μέχρι και τρεις μήνες αφότου έχει γίνει η μόλυνση από τον ιό HIV για να εμφανιστεί στο σάλιο και στο αίμα. Εάν στην εξέταση δεν βρεθούν σημάδια της μόλυνσης, τότε το αποτέλεσμα της μέτρησης είναι "αρνητικό". Εάν ο ιός HIV βρεθεί στο αίμα ενός ατόμου, τότε το αποτέλεσμα της εξέτασης είναι "θετικό". Πρωτού κάποιος εξεταζόμενος ενημερωθεί για το θετικό αποτέλεσμα, οι αιματολογικές εξετάσεις επαναλαμβάνονται αρκετές φορές για να είναι απόλυτα σίγουρο το αποτέλεσμα. Αν κάποιος λάβει θετικό αποτέλεσμα για τον ιό HIV, υπόκεινται σε μια σειρά εξετάσεων για να ελεγχθεί η πρόοδος της λοίμωξης και να ξεκινήσει η κατάλληλη θεραπεία για την καταπολέμηση του ιού (NHS, HIVtesting).

2.7.2 Πότε κάποιος βρίσκεται σε κίνδυνο να έχει μολυνθεί από τον ιό HIV;

Κάποιο άτομο βρίσκεται σε κίνδυνο για λοίμωξη από τον ιό HIV αν (WebMD, HIV&AIDSHealthCenter):

1. Είχε πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους.
2. Είχε σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις με κάποιον που είναι ή θα μπορούσε να είναι οροθετικός.
3. Έχει κάνει ενέσιμη χρήση ναρκωτικών ή στεροειδών ή κοινή χρήση βελόνων ή άλλων εξοπλισμών κατά τη χρήση του φαρμάκου.
4. Είχε οποιαδήποτε σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια, συμπεριλαμβανομένου του έρπητα, ηπατίτιδας ή φυματίωσης.
5. Είχε έρθει σε σεξουαλική επαφή για ναρκωτικά ή χρήματα.
6. Έχει έρθει σε σεξουαλική επαφή με κάποιον που έχει ιστορικό οποιουδήποτε από τα παραπάνω - ή με κάποιον του οποίου το σεξουαλικό ιστορικό δεν είναι γνωστό.

Πέραν των αιματολογικών εξετάσεων και εξετάσεων του σάλιου οι νεότερες εξετάσεις μπορούν να ανιχνεύσουν την παρουσία του αντιγόνου του ιού HIV, μια πρωτεΐνη, μέχρι και είκοσι ημέρες νωρίτερα από τις συνήθεις εξετάσεις. Αυτό βοηθά στην πρόληψη της εξάπλωσης του ιού σε άλλους και στο να αρχίσει η θεραπεία νωρίτερα και γίνεται με μια κεφαλή καρφίτσας στο δάκτυλο.

Επιπλέον διαθέσιμα τεστ σύμφωνα με το WebMD (HIV&AIDSHealthCenter) είναι:

1. Οι εξετάσεις αίματος που ανιχνεύουν τα αντισώματα του ιού HIV. Το ανθρώπινο σώμα παράγει αντισώματα για την αντιμετώπιση της λοίμωξης HIV. Οι εξετάσεις

αυτές δεν μπορούν, ωστόσο, να ανιχνεύσουν τον ιό HIV στο αίμα αμέσως μετά την μόλυνση, επειδή απαιτείται χρόνος για το σώμα να παράξει αυτά τα αντισώματα. Συνήθως το σώμα χρειάζεται έως και 8 εβδομάδες για την παραγωγή των αντισωμάτων, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί και να διαρκέσει έως και έξι μήνες.

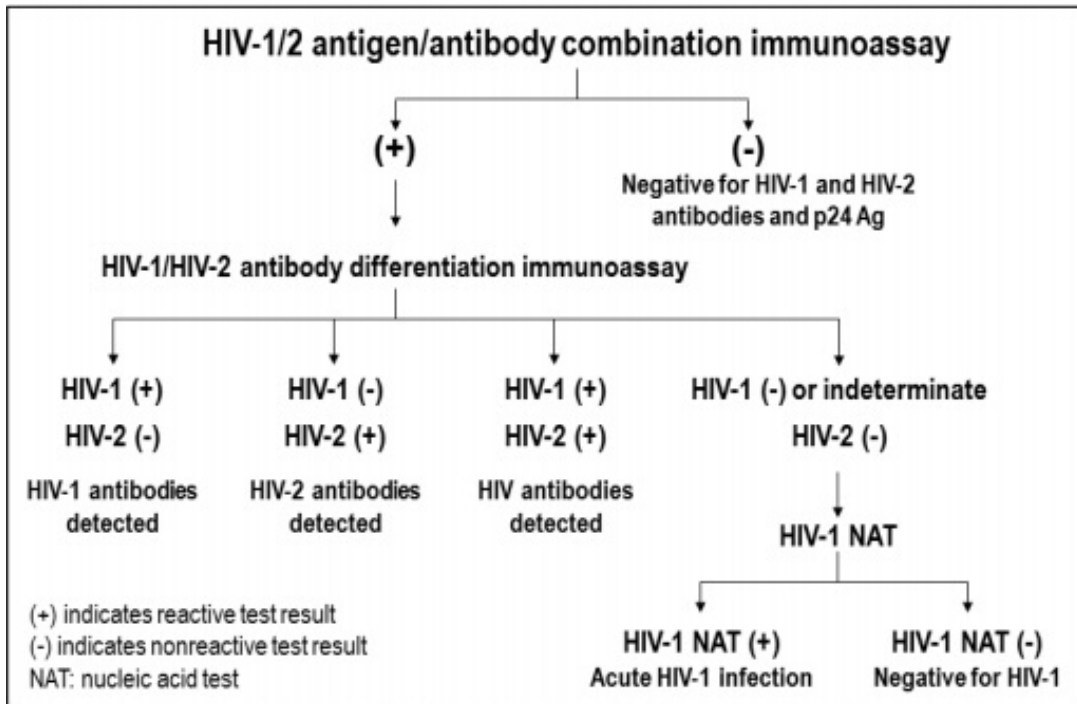
2. Στις αιματολογικές εξετάσεις δείγμα αίματος λαμβάνεται και στέλνεται σε εργαστήριο για την εξέταση. Μερικές εξετάσεις διεκπεραιώνονται με την λήψη ούρων ή υγρών που συλλέγονται από το στόμα για την διαλογή αντισωμάτων.
3. Στις περιπτώσεις ταχείας εξέτασης και πάλι χρησιμοποιείται αίμα ως δείγμα για την ανίχνευση αντισωμάτων καθώς και σάλιο και τα αποτελέσματα μπορούν να είναι διαθέσιμα σε λιγότερο από 30 λεπτά. Οι εξετάσεις αυτές μπορούν να είναι εξίσου αξιόπιστες και ακριβείς όσο και οι βασικές που αναφέρονται στο 1 και 2 παράδειγμα.
4. Εξετάσεις αντισωμάτων/αντιγόνου. Αυτές οι εξετάσεις μπορούν να ανιχνεύσουν τον ιό HIV μέχρι και 20 μέρες νωρίτερα από το κανονικό τεστ. Ελέγχουν για το αντιγόνο του HIV, ένα τμήμα του ιού που εμφανίζεται 2-4 εβδομάδες μετά την μόλυνση. Οι εξετάσεις αυτές μπορούν να ανιχνεύσουν αντισώματα κατά του HIV. Ένα θετικό αποτέλεσμα για το αντιγόνο επιτρέπει την θεραπεία να ξεκινήσει νωρίτερα και ο ασθενής να αποφύγει την μετάδοση του ιού σε άλλους. Αυτά επιτυγχάνονται μόνο με την λήψη αίματος.

Η εξέταση για τον ιό HIV είναι συνήθως μια διαδικασία δύο σταδίων. Πρώτον, γίνεται ένα ανέξοδο τεστ και εάν η εξέταση βγει θετική, μια δεύτερη εξέταση (Westernblot) ακολουθεί για να επιβεβαιώσει το αποτέλεσμα. Η πιο γνωστή αρχική εξέταση που χρησιμοποιείται είναι αυτή των αντισωμάτων. Υπάρχουν διάφοροι τύποι των τεστ ανίχνευσης αντισωμάτων διαθέσιμα και το e-Medicine-Health προτείνει τα παρακάτω (Εικ.7) (e-Medicine-Health, HIV/AIDS):

1. Συνηθέστερα, γίνεται λήψη αίματος για μια ενζυμική ανάλυση του ανοσοποιητικού (EIA-enzymeimmunoassay) ή μια εξέταση χρησιμοποιώντας ένζυμα για την προσρόφηση των κυττάρων του ανοσοποιητικού και την ανάλυσή τους (ELISA-enzyme-linkedimmunosorbentassay). Η εξέταση γίνεται συνήθως σε ένα τοπικό εργαστήριο, έτσι ώστε τα αποτελέσματα να είναι έτοιμα μέσα στην επόμενη έως τρεις ημέρες.
2. Άλλες εξετάσεις μπορούν να ανιχνεύσουν αντισώματα σε σωματικά υγρά εκτός από το αίμα, όπως το σάλιο, τα ούρα, και τις κολπικές εκκρίσεις. Μερικές από αυτές έχουν σχεδιαστεί ώστε να είναι ταχείες εξετάσεις HIV που παράγουν αποτελέσματα σε

περίπου 20 λεπτά. Οι εξετάσεις αυτές έχουν ποσοστά ακρίβειας παρόμοια με τις παραδοσιακές εξετάσεις αίματος. Το OraQuick είναι ένα τεστ που γίνεται στο σπίτι με την χρήση μίας μπατονέτας που χρησιμοποιείται από το στόμα για την λήψη και ανίχνευση αντισωμάτων του ιού HIV από στοματικά υγρά. Το Clearview είναι ένα άλλο γρήγορο τεστ HIV που μπορεί να ανιχνεύσει αντισώματα HIV στο αίμα ή το πλάσμα του αίματος.

3. Διάφορα κιτ γρήγορης εξέτασης στο σπίτι είναι διαθέσιμα σε πολλά τοπικά φαρμακεία. Το αίμα λαμβάνεται από ένα τσίμπημα του δακτύλου και συτυπώνεται πάνω σε μία λωρίδα ενός ειδικού φίλτρου. Άλλα τεστ χρησιμοποιούν το σάλιο ή τα ούρα. Η λωρίδα φίλτρου μεταφέρεται σε ένα προστατευτικό περίβλημα σε ένα εργαστήριο για να ελεγχθεί. Τα αποτελέσματα επιστρέφονται μέσα σε μία έως δύο εβδομάδες.
4. Όλα τα αρχικά τεστ αντισωμάτων που δίνουν θετικό αποτέλεσμα για τον HIV πρέπει να επιβεβαιώνονται με την εξέταση αίματος που ονομάζεται Western blot για να διασταυρωθεί θετική διάγνωση. Αν το τεστ αντισωμάτων και η εξέταση Western blot είναι και τα δύο θετικά, η πιθανότητα ενός ατόμου να έχει προσβληθεί από τον ιό HIV είναι > 99%. Μερικές φορές, η εξέταση Western blot είναι "απροσδιόριστη", που σημαίνει ότι δεν είναι ούτε θετική ούτε αρνητική. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι δοκιμές συνήθως επαναλαμβάνονται σε μεταγενέστερη ημερομηνία. Επιπλέον, μπορεί να διεκπεραιωθεί μια παραπάνω εξέταση για το RNA του ιού.
5. Ένας συνδυασμός εξετάσεων για τον HIV θα μπορούσε να ανιχνεύσει και τα αντισώματα του HIV κι ένα τμήμα του ιού που ονομάζεται πρωτεΐνη p24 όπως έχει αναφερθεί παραπάνω λεπτομερώς στο κομμάτι της ιολογίας/παθοφυσιολογίας. Επειδή η πρωτεΐνη p24 είναι βρίσκεται στο αίμα, πριν το σώμα σχηματίσει αντισώματα, η εξέταση αυτή μπορεί να επιτρέψει την έγκαιρη ανίχνευση των μολύνσεων από τον HIV.
6. Τα τεστ RNA ανιχνεύουν το RNA του HIV στο αίμα (το ιικό φορτίο). Αυτή η μέθοδος δεν χρησιμοποιείται συνήθως για τον έλεγχο της μόλυνσης, αλλά μπορεί να είναι χρήσιμο στην ανίχνευση της πρώιμης λοίμωξης από τον ιό HIV.
7. Άλλες εξετάσεις, όπως αυτές που ψάχνουν για την εμφάνιση RNA του ιού και ο συνδυασμός εξετάσεων, δεν χρησιμοποιούνται συνήθως για την αρχική ανίχνευση.



Εικ.7: Η παραπάνω εικόνα απεικονίζει ένα διάγραμμα της εργαστηριακής διαδικασίας που προτείνεται για τις αιματολογικές εξετάσεις και της εξέτασης του πλάσματος για την έγκαιρη και έγκυρη ανίχνευση του ιού HIV. Αρχικά τα εργαστήρια θα πρέπει να διεξάγουν μία αρχική εξέταση για τον ιό με έναν εγκεκριμένο FDA αντιγόνου/αντισώματος συνδυασμό που ανιχνεύει τα HIV-1 και HIV-2 αντισώματα και HIV-1 p24 αντιγόνο για να ψάξει για την πιθανή μόλυνση με HIV-1 ή HIV-2 και για την οξεία μόλυνση με HIV-1. Δεν υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω εξετάσεις στην περίπτωση που αυτή η αρχική εξέταση βγει αρνητική. Δείγματα με θετικό αποτέλεσμα στην συνδυαστική εξέταση αντιγόνου/αντισώματος θα πρέπει αυτή η εξέταση να ακολουθείται από μια εξέταση αντισωμάτων εγκεκριμένη από το FDA που διαφοροποιεί όμως τα αντισώματα HIV-1 από τα αντισώματα HIV-2 (Ταξινόμηση CDC) (CenterforDiseaseControlandPrevention, 2014).

2.8 Θεραπεία

2.8.1 Επείγουσα θεραπεία με φαρμακευτική αγωγή κατά του ιού HIV

Δεν υπάρχει θεραπεία για τον ιό HIV, αλλά υπάρχουν θεραπείες για να μπορέσουν οι περισσότεροι άνθρωποι με τον ιό να ζήσουν μια μακρά και υγιή ζωή. Φάρμακα έκτακτης ανάγκης για θεραπεία του HIV είναι (NHS, HIVtreatment):

- Αν υπάρχει πιθανότητα έκθεσης στον ιό μέσα τις τελευταίες 72 ώρες (τρεις ημέρες), φάρμακα κατά του HIV μπορούν να εμποδίσουν να αναπτυχθεί η νόσος.
- Για να είναι αποτελεσματική, η φαρμακευτική αγωγή, που ονομάζεται προφύλαξη μετά την έκθεση, πρέπει να αρχίσει μέσα σε 72 ώρες από την επαφή με τον ιό.
- Όσο πιο γρήγορα ξεκινήσει η προφύλαξη τόσο το καλύτερο, ιδανικά μέσα σε λίγες ώρες από την επαφή του ατόμου με τον ιό HIV. Όσο μεγαλύτερη είναι η αναμονή, τόσο λιγότερη η πιθανότητα να είναι αποτελεσματική προφύλαξη.
- Η προφύλαξη με φάρμακα κατά του ιού HIV προωθήθηκε κάπως παραπλανητικά σαν “χάπι της επόμενης μέρας” – με αναφορά στο χάπι των γυναικών για την αποτροπή κάποιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.
- Η περιγραφή μοιάζει να μην είναι ακριβής. Η προφύλαξη διαρκεί περίπου έναν μήνα και έχει σοβαρές παρενέργειες και παρόλα αυτά δεν υπάρχει εγγύηση ότι θα είναι επιτυχημένη. Η θεραπεία περιλαμβάνει τη λήψη των ίδιων φαρμάκων που συνταγογραφούνται στα άτομα που έχουν εξεταστεί θετικά στον ιό HIV.

2.8.2 Θετικό αποτέλεσμα στην εξέταση για HIV

Αν η διάγνωση δώσει θετικά αποτελέσματα το άτομο θα πρέπει να κάνει τακτικές εξετάσεις αίματος για να παρακολουθείται η πρόοδος του ιού πριν την έναρξη της θεραπείας. Φυσιολογικά δεν θα χρειαστεί να ξεκινήσει η θεραπεία μέχρι ο ιός να ξεκινήσει να έχει επιδράσεις στο ανοσοποιητικό σύστημα του ατόμου και να αρχίσει να εξασθενεί. Αυτό καθορίζεται κυρίως από την μέτρηση των επιπέδων των CD4, τα κύτταρα που είναι υπεύθυνα για την καταπολέμηση των λοιμώξεων στο αίμα. Η θεραπεία συνιστάται να ξεκινήσει όταν ο αριθμός των CD4 πέφτει στα 350 ή και παρακάτω, στην περίπτωση που δεν υπάρχουν συμπτώματα. Επίσης, η θεραπεία συνιστάται να ξεκινήσει όσο το δυνατόν συντομότερα, ειδικά όταν τα CD4 κύτταρα φθάνουν κοντά στην τιμή των 350. Ο σκοπός της

θεραπείας είναι να μειώσει τα επίπεδα του ιού HIV στο αίμα και να αποτρέψει ή να καθυστερήσει τυχόν ασθένειες που σχετίζονται με τον ιό. Όταν κάποιο άτομο βρίσκεται υπό θεραπεία κατά του ιού HIV, το ποσοστό του ιού στο αίμα είναι γενικά πολύ χαμηλό και είναι σχεδόν απίθανο να μεταδοθεί σε κάποιον άλλον (NHS, HIVtreatment).

2.8.3 Περιπτώσεις που κάποιο άτομο υποφέρει από κάποια άλλη πάθηση

Εάν κάποιος έχει διαγνωστεί με ηπατίτιδα Β ή ηπατίτιδα C, προτείνεται να ξεκινήσει θεραπεία όταν η μέτρηση των CD4 κυττάρων πέφτει υπό 500. Θεραπεία συνιστάται να ξεκινήσει ασχέτως με τον αριθμό των κυττάρων CD4 αν ο ασθενής υπόκειται σε ακτινοθεραπείες ή χημειοθεραπείες που καταστέλλουν σοβαρά το ανοσοποιητικό σύστημα, ή αν κάποιος έχει διαγνωσθεί με κάποιες άλλες συγκεκριμένες ασθένειες όπως”

- Φυματίωση
- Νεφροπάθεια συσχετιζόμενη με τον HIV
- Νευροεγκεφαλική συσχετιζόμενη με τον HIV

2.8.4 Αντιρετροϊκή φαρμακευτική αγωγή

Ο HIV αντιμετωπίζεται με αντιρετροϊκά (ARV - antiretrovirals)φάρμακα, τα οποία λειτουργούν κατά της λοίμωξης του HIV με την επιβράδυνση της εξάπλωσης του ιού στο σώμα. Ένας συνδυασμός αντιρετροϊκών φαρμάκων χρησιμοποιείται επειδή ο HIV μπορεί γρήγορα να προσαρμοστεί και να γίνει ανθεκτικός σε ένα μόνοARV. Οι ασθενείς τείνουν να λάβουν τρεις ή περισσότερους τύπους ARV φαρμάκων. Αυτό είναι γνωστό ως συνδυαστική θεραπεία ή αντιρετροϊκή θεραπεία (ART – antiretroviraltherapy). Ορισμένα αντιρετροϊκά φάρμακα έχουν συνδυαστεί σε ένα χάπι, και είναι γνωστά ως «συνδυασμός σταθερής δόσης». Αυτό σημαίνει ότι οι πιο κοινές θεραπείες για τους ανθρώπους μόλις διαγνωστούν με HIV συνεπάγεται την λήψη μόνο ενός ή δύο χαπιών την ημέρα. Διαφορετικοί συνδυασμοί αντιρετροϊκών φαρμάκων δουλεύουν για διαφορετικούς ανθρώπους, ώστε το φάρμακο και η κάθε περίπτωση εξατομικεύεται. Μόλις ξεκινήσειη θεραπεία του HIV, το πιθανότερο είναι να χρειάζεταινα γίνεται λήψη του φαρμάκου για το υπόλοιπο της ζωής του ατόμου. Η θεραπεία θα είναι αποτελεσματική όταν το φάρμακο λαμβάνεται στην ώρα του κάθε φορά.Πολλά από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του HIV μπορεί να αντιδράσουν με απρόβλεπτους τρόπους, εάν παρθούν ταυτόχρονα με άλλους τύπους φαρμάκων. Αυτές οι κατηγορίες άλλων φαρμάκων περιλαμβάνουν βότανα όπως Wort, ή ναρκωτικά όπως η

κοκαΐνη. Θα πρέπει πάντα να υπάρχει έλεγχος από το νοσηλευτικό προσωπικό ή από τον οικογενειακό γιατρό.

2.8.5 Στην περίπτωση εγκυμοσύνης

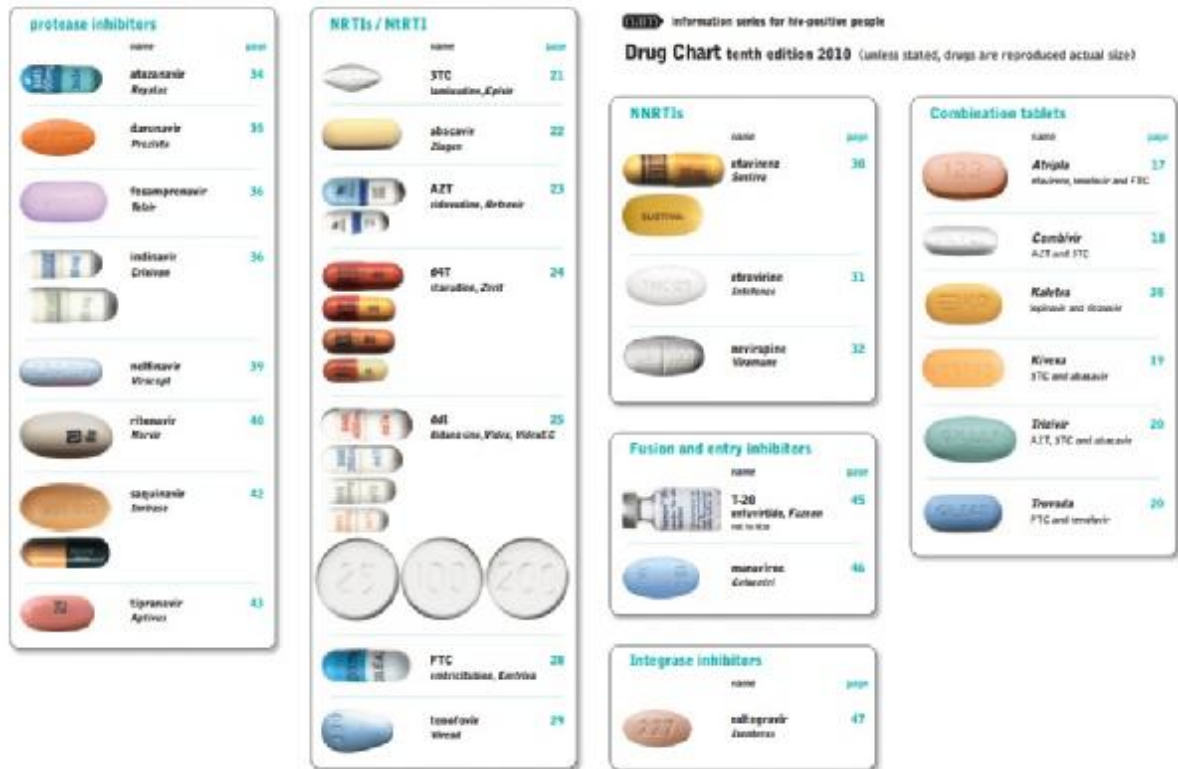
Αντιρετροϊκή θεραπεία είναι επίσης διαθέσιμη για να αποφευχθεί από μια έγκυο γυναίκα να μεταδώσει τον ιόHIV στο παιδί της. Χωρίς θεραπεία, υπάρχει μία στις τέσσερις πιθανότητες το παιδί να αναπτύξει τον ιόHIV. Με τη θεραπεία, ο κίνδυνος είναι μικρότερος με πιθανότητα που φτάνει έως και ένα στα εκατό άτομα. Η πρόοδος στην θεραπεία σημαίνει ότι δεν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μετάδοσης του ιού στο μωρό με μια κανονική παράδοση. Ωστόσο, για μερικές γυναίκες, η καισαρική τομή μπορεί ακόμη να συνιστάται. Αν κάποια γυναίκα έχει τον ιό HIV, απαγορεύεται ο θηλασμός του μωρού, επειδή ο ιός μπορεί να μεταδοθεί μέσω του μητρικού γάλακτος. Εάν μια γυναίκα ή ο σύντροφός της έχει τον ιόHIV, τότε θα πρέπει να συμβουλευτούν έναν γιατρό, καθώς υπάρχουν επιλογές για την ασφαλή σύλληψη ενός παιδιού χωρίς να θέτει είτε την γυναίκα ή το παιδί σε κίνδυνο μόλυνσης (NHS, HIVtreatment).

2.8.6 Οι παρενέργειες της θεραπείας

Η θεραπεία μπορεί να προκαλέσει δυσάρεστες παρενέργειες στον ασθενή. Οι πιο κοινές παρενέργειες είναι (NHS, HIVtreatment):

- Ναυτία
- Κόπωση
- Διάρροια
- Κνησμός του δέρματος
- Αλλαγή στην διάθεση
- Αύξηση πάχους σε ένα σημείο του σώματος και ταυτόχρονη μείωση σε ένα άλλο μέρος του σώματος

Τα ARVs απεικονίζονται στην παρακάτω εικόνα (εικ.8).



Εικ.8:Απεικόνιση των φαρμάλων με αντιρετροϊκή δράση για την καταπολέμηση ή προφύλαξη από τον ιό HIV (nam, 2010).

2.9 Πρόγνωση

Στον 21^ο αιώνα η πρόληψη αποτελεί έναν από τους ακρογωνιαίους λίθους στον αγώνα για τη Υγειονομική Δημοκρατία. Το Κέντρο Ειδικών Λοιμώξεων και Πρόληψης Νοσημάτων και πιο συγκεκριμένα το Τμήμα Παρεμβάσεων στην Κοινότητα, δραστηριοποιείται στο τομέα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του γενικού πληθυσμού (άνδρες, γυναίκες και νέοι) σχετικά με το HIV/AIDS. Η εμπειρία του ΚΕΕΛΠΝΟ σχετικά με τις στρατηγικές ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και αντιμετώπισης των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων (HIV/AIDS, Ηπατίτιδες κ.ά.), θα μπορούσε να αξιοποιηθεί τόσο σε Ευρωπαϊκό όσο και σε Παγκόσμιο επίπεδο, στην δημιουργία αντίστοιχων στρατηγικών για την αντιμετώπιση των μη μεταδοτικών ασθενειών, όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, διαβήτης, καρκίνος και χρόνια αναπνευστικά προβλήματα. Βασικό κριτήριο αποτελεί η μέχρι τώρα ευρύτατη αποδοχή των εν λόγω δραστηριοτήτων από τους πολίτες και η επιστημονικά άρτια ενημέρωση του νεανικού (ηλικίες 15-24) και του γενικού πληθυσμού, κάτι που καθιστά αυτές τις στρατηγικές ισχυρές στο τομέα της πρωτογενούς πρόληψης και κατά συνέπεια στη συστηματική αντιμετώπιση του HIV/AIDS (ΚΕΕΛΠΝΟ).

Τα προγράμματα πρόληψης και αγωγής υγείας του ΚΕΕΛΠΝΟ είναι πολυπαραγοντικά, λαμβάνοντας υπόψη τα ιδιαίτερα πολιτισμικά χαρακτηριστικά των τοπικών κοινωνιών, των μειονοτήτων και άλλων ευάλωτων ομάδων πληθυσμού, όπως άλλωστε οφείλουν σύμφωνα με τις διεθνείς υποχρεώσεις της Ελλάδας. Κατά συνέπεια, οι παρεμβάσεις και οι εκστρατείες ευαισθητοποίησης - ενημέρωσης έχουν σχεδιαστεί τόσο σε συλλογικό όσο και ατομικό επίπεδο με συγκεκριμένους στόχους και θεματικές κατευθύνσεις ως προς την αναγνώριση των επικίνδυνων συμπεριφορών και ιδιαίτερων παραγόντων που προσδιορίζουν τη μετάδοση του HIV/AIDS και ΣΜΝ, τη γρηγορότερη διάγνωση αυτών, τα μέσα πρόληψης, την ατομική ευθύνη και την εξάλειψη του κοινωνικού αποκλεισμού, ώστε να είναι κοινά αποδεκτές και αποτελεσματικές σε όλο το φάσμα των κοινωνικών ομάδων (ΚΕΕΛΠΝΟ).

Οι στρατηγικές ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και αντιμετώπισης που εφαρμόζει το ΚΕΕΛΠΝΟ – Τμήμα Παρεμβάσεων στην Κοινότητα είναι οι κάτωθι:

1. **Καμπάνιες ενημέρωσης γενικού πληθυσμού.**

Σκοπός αυτών των δράσεων είναι η διάδοση της γνώσης στο γενικό πληθυσμό σχετικά με το HIV/AIDS και τα ΣΜΝ, τους τρόπους μετάδοσης και τους τρόπους προφύλαξης. Για τη διάδοση του κεντρικού μηνύματος, χρησιμοποιείται συνδυασμός επικοινωνιακών μέσων, όπως: διανομή ενημερωτικών φυλλαδίων, χρήση αφισών και διαφημιστικών trailer παραγωγής του ΚΕΕΛΠΝΟ, ειδικά αφιερώματα σε εφημερίδες μεγάλης

κυκλοφορίας και περιοδικά ποικίλης ύλης, διαδικτυακές καμπάνιες καθώς και προσέγγιση μέσω τηλεοπτικών προγραμμάτων/εκπομπών. Βασική είναι η παρουσία επιστημονικού προσωπικού (ιατροί, νοσηλευτές, βιολόγοι, κοινωνιολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και ψυχολόγοι) σε κεντρικά σημεία των πόλεων, που ενημερώνει και απαντά σε πιθανά ερωτήματα καθώς και η χρήση ανώνυμων ερωτηματολογίων που διερευνούν τις γνώσεις του γενικού πληθυσμού.

2. Ενημερωτικές – Εκπαιδευτικές ομιλίες

σε συλλόγους γονέων και κηδεμόνων σε συνεργασία με τους τοπικούς κοινωνικούς φορείς.

3. Παρεμβάσεις σε χώρους όπου συχνάζουν νέοι (ηλικίες 15-24), κυρίως μέσω της συμμετοχής σε πολιτιστικά δρώμενα και εκδηλώσεις αλλά και συμμετοχή σε συναυλιακούς χώρους με διανομή έντυπου ενημερωτικού υλικού, προφυλακτικών και διαφόρων gadget καθώς και παρουσία καταρτισμένου επιστημονικού προσωπικού.

4. Παρεμβάσεις σε σχολεία και στρατιωτικές μονάδες, σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας και το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας, όπου εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό (ιατροί, νοσηλευτές, βιολόγοι, κοινωνιολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και ψυχολόγοι) ενημερώνει για θέματα σεξουαλικής υγείας και για την ανάπτυξη ικανοτήτων διαπραγμάτευσης στη σεξουαλική σχέση, την αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς σε σχέση με την πρόληψη και την προφύλαξη, τρόπους μετάδοσης και προφύλαξης από το AIDS και τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα. Για τα σχολικά έτη 2008-2011, έχουν ενημερωθεί συνολικά 62.977 μαθητές και εκπαιδευτικοί σε σχολεία της Αττικής και των υπολοίπων νομών της Ελλάδας.

5. Δημιουργία και διανομή εκπαιδευτικού ενημερωτικού υλικού.

Το ΚΕΕΛΠΝΟ σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το Υπουργείο Παιδείας, το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού και το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, βρίσκεται στο τελικό στάδιο δημιουργίας νέου ενημερωτικού υλικού σε ηλεκτρονική μορφή (οπτικοακουστικό υλικό με τη μορφή διαδραστικού DVD) καθώς και ενός συνοδευτικού επεξηγηματικού εγχειρίδιου που θα βρίσκεται στις βιβλιοθήκες όλων των σχολείων αλλά και προσβάσιμο στο διαδίκτυο με το ξεκίνημα της νέας σχολικής χρονιάς.

6. Παρεμβάσεις με Προγράμματα Δρόμου (street work) σε σημεία όπου συχνάζουν κυρίως νέοι αλλά και μεγάλο μέρος του γενικού πληθυσμού και περιλαμβάνει τη διανομή φυλλαδίων και λοιπού ενημερωτικού υλικού σε bars/cafe, πολυσύχναστους σταθμούς Μετρό και ΗΣΑΠ, αλλά και την παρουσία επιστημονικού

προσωπικού που ενημερώνει για το HIV/AIDS και τα ΣΜΝ και απαντά σε πιθανά ερωτήματα.

Η πρόγνωση, ή προοπτική της ανάκαμψης, για τους HIV-θετικούς και ασθενείς με AIDS έχει βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία 20 χρόνια, αλλά εξακολουθεί να εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Τους πιο σημαντικούς περιλαμβάνουν η πρόσβαση του ασθενούς σε ειδικούς επιστήμονες για τον HIV και η σωστή φαρμακευτική αγωγή. Αυτή τη στιγμή, δεν υπάρχει ακόμη θεραπεία για το AIDS, αλλά ο συνδυασμός διαφόρων φαρμάκων μπορεί να επιβραδύνει την πρόοδο του ιού, συχνά επιτρέποντας στους ασθενείς να ζουν περισσότερο και υγιέστερα. Ο χρόνος για να αναπτύξουν AIDS μετά τη μόλυνση HIV εξαρτάται από την κατάσταση του ατόμου όσον αφορά την υγεία, τις συμπεριφορές, και πόσο γρήγορα αυτός ή αυτή επιδιώκει τη θεραπεία. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η θεραπεία των μολύνσεων του ιού HIV ή AIDS όσο το δυνατόν νωρίτερα είναι ο καλύτερος τρόπος για τη βελτίωση της πρόγνωσης. Αντι-ιικά φάρμακα ή φάρμακα που καταπολεμούν τους ρετροϊούς, όπως ο HIV, είναι πιο αποτελεσματικά για την ενίσχυση της συνολικής υγείας των οροθετικών και ασθενών με AIDS (TheAIDSBeacon, 2009).

Στη δεκαετία του 1980 και στις αρχές της δεκαετίας του 1990, ο μέσος χρόνος για να αναπτύξει κάποιος AIDS ήταν 10 χρόνια, και οι ασθενείς συνήθως δεν επιβίωναν πολύ καιρό μετά την ανάπτυξη της νόσου. Σήμερα, με τη βοήθεια των αντιρετροϊκών φαρμακευτικών θεραπειών, οι ασθενείς με AIDS μπορεί να βλέπουν την ζωή τους να παρατείνεται για δεκαετίες, εάν τηρούν προσεκτικά τις φαρμακευτικές αγωγές. Σύμφωνα με μια μελέτη του 2008 στο ιατρικό περιοδικό Lancet, ένας εικοσάχρονος ασθενής του HIV που λαμβάνει συνδυασμό θεραπείας αναμένεται να ζήσει για άλλα 40 χρόνια. Με μια σταθερή ροή της έρευνας σε νέες θεραπείες κατά του HIV, το προσδόκιμο ζωής αναμένεται να αυξηθεί περαιτέρω (TheAIDSBeacon, 2009).

Οι γιατροί που ειδικεύονται στη θεραπεία του HIV / AIDS ανακάλυψαν ότι η πολύ ισχυρή αντιρετροϊκή θεραπεία (HAART) βελτιώνει δραματικά την πρόγνωση των ασθενών. Όταν ένας ασθενής χρησιμοποιεί HAART, αυτός ή αυτή παίρνει τρία ή τέσσερα διαφορετικά αντιρετροϊκά φάρμακα σε συνδυασμό. Ξεκινώντας την HAART πριν το επίπεδο των κυττάρων CD4 ("βοηθητικά T-κύτταρα») να πέσει κάτω από 200 ανά μικρολίτρο αίματος, ή σύντομα μαφότου δείξει τα πρώτα σημάδια της λοίμωξης από τον HIV, είναι πιο πιθανό να επιβραδύνει επιπτώσεις του ιού στο ανοσοποιητικό σύστημα (TheAIDSBeacon, 2009).

Όπως και άλλες ιατρικές θεραπείες, κάθε χρήστης αντιδρά διαφορετικά στα αντιρετροϊκά φάρμακα, και όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να εξετάζουν το ενδεχόμενο αρνητικών παρενεργειών από το κάθε φάρμακο. Οι γιατροί προειδοποιούν επίσης τους ασθενείς ότι, σε

ορισμένες περιπτώσεις, ο ιός HIV μπορεί να αναπτύξει ανθεκτικότητα στα φάρμακα της θεραπείας. Οι ειδικοί του HIV / AIDS στους ασθενείς δίνουν συμβουλές για το αν θα πρέπει να ξεκινήσουν την HAART με βάση το κόστος και τα οφέλη και τους ενημερώνουν ότι η θεραπεία είναι μοναδική για το εκάστοτε ασθενή. Η πρόγνωση για τον κάθε ασθενή εξαρτάται από την αντίδραση του ή της στα φάρμακα και το βαθμό στον οποίο ο ιός έχει καθιερωθεί στο ανοσοποιητικό σύστημα. Πολλά συμπτώματα του AIDS είναι στην πραγματικότητα που προκαλούνται από ευκαιριακές λοιμώξεις, οι οποίες δεν θα συμβούν σε ένα άτομο με ένα υγιές ανοσοποιητικό σύστημα, και η θεραπεία για αυτές τις λοιμώξεις είναι συνήθως επιτυχής (TheAIDSBeacon, 2009).

Από την άλλη πλευρά, η έρευνα για τους ασθενείς σχετικά με την HAART δείχνει πως τα άτομα με τις ακόλουθες συνθήκες έχουν χειρότερη πρόγνωση όταν (TheAIDSBeacon, 2009):

- Ο αριθμός CD4 κυττάρων πέφτει κάτω από 200 κύτταρα ανά μικρολίτρο αίματος
- Το ιικό φορτίο, ή τα ποσά του ιού σε ένα χιλιοστόλιτρο του αίματος, είναι πάνω από 100.000 αντίγραφα ανά χιλιοστόλιτρο αίματος
- Ασθενείς λαμβάνουν την θεραπεία και είναι άνω των 50 ετών
- Οι ασθενείς έχουν υπάρξει χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών
- Ασθενείς είχαν αντιμετωπίσει στο παρελθόν ή αντιμετωπίζουν κάποιες λοιμώξεις.

Οι παραπάνω παράγοντες επηρεάζουν αρνητικά τις πιθανότητες του ασθενούς να γίνει σοβαρά άρρωστος ή ακόμη και να πεθάνει.

Παράγοντες που έχουν βελτιώσει την πρόγνωση της μόλυνσης από τον ιό HIV σε ανεπτυγμένες χώρες, όπως ΗΠΑ και Ηνωμένο Βασίλειο. Ο πιο σημαντικός παράγοντας είναι η διαθεσιμότητα στη θεραπευτική αγωγή του HIV. Το ποσό των ασθενειών και των θανάτων που προκαλούνται από τον ιό HIV έχει μειωθεί δραματικά από ισχυρούς συνδυασμούς των φαρμάκων anti-HIV που έγιναν διαθέσιμα το 1996. Επιπλέον, η εξέταση ρουτίνας και έγκαιρη ανίχνευση διευκόλυνε επίσης τον πρόωρο φορέα των αντιρετροϊικών θεραπειών και βελτίωσε την πρόγνωση. Μια ζωή μακροχρόνια και πιο υγιή μπορεί επίσης να είναι δυνατή λαμβάνοντας τακτική θεραπευτική αγωγή κατά του HIV και άλλα φάρμακα, όχι κάπνισμα, καλύτερη υγιεινή, ισορροπημένη διατροφή και άσκηση τακτικά. Είναι επίσης σημαντικό για το άτομο να διατηρεί μια υγιή πνευματική κατάσταση (NewsMedical).

3. ΤΡΟΠΟΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗ ΝΟΣΟ

3.1 Ψυχολογική επίδραση της νόσου & ψυχοκοινωνικός αντίκτυπος – παρεμβάσεις – προγράμματα παρέμβασης

Αρκετές δημοσιευμένες μελέτες από το 1981 μέχρι σήμερα, έχουν ασχοληθεί με τις κοινωνικές επιπτώσεις πάνω σε μεγάλο αριθμό ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του AIDS. Είναι λογικό η νόσος αυτή να συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται στους ασθενείς και προκαλούνται από:

1. την συνειδητοποίηση της τραγικότητας της ίδιας της πάθησής
2. τις νευρολογικές διαταραχές του ΚΝΣ που προκαλεί η πάθηση (οργανικό ψυχοσύνδρομο)
3. την αρνητική στάση του κοινωνικού συνόλου απέναντι σ' αυτούς.

Αυτοί οι τρεις λόγοι αποτελούν σημαντικούς παράγοντες τροφοδοτώντας τους αρρώστους με ένταση και άγχος και κατ'επέκταση προκαλώντας ψυχικούς κλυδωνισμούς, με εναλλασσόμενες φάσεις έξαρσης και ύφεσης στους ασθενείς. Κατά την πορεία της ασθένειας τους οι πάσχοντες έχουν κληθεί να αντιμετωπίσουν μια μεγάλη κλίμακα ψυχικών αντιδράσεων, που χαρακτηρίζονται ως καταστάσεις κλονισμένου ψυχισμού και διατρέχουν σε τέσσερις αλληλοδιάδοχες φάσεις, που είναι:

1. Η αρχική κρίση (Initial crisis)

Οι Hackett και Cassem, Horowitz επισημαίνουν σε μελέτες τους ότι όταν οι ασθενείς αρχίζουν να συνειδητοποιούν ότι πάσχουν από την συγκεκριμένη νόσο τότε επέρχεται η κατάσταση κρίσης, την οποία αντιμετωπίζουν με «ψυχική άρνηση η οποία εναλλάσσεται σε περιόδους έντασης και άγχους». Σε περιπτώσεις που η άρνηση αυτή παρουσιάζεται με ήπιο ή μέτριο χαρακτήρα έντασης, ο ασθενής είναι συνεργάσιμος και ακολουθεί τις ιατρικές εντολές που του δίνονται αποτελώντας μια ελπιδοφόρο προσέγγιση για το ξεπέρασμα της κρίσης στην πορεία. Συγκρητικά στην περίπτωση που η άρνηση παρουσιάζεται έντονη, ο ασθενής γίνεται αδιάφορος και απαθής, δεν υπακούει στις ιατρικές οδηγίες και αυξάνει κατά πολύ τον κίνδυνο να οδηγηθεί στα 72 επικίνδυνα μονοπάτια της περιθωριοποίησης, του μαρασμού ή ακόμη και της αυτοκτονίας. Η κατάρρευση, η άρνηση, συναισθήματα φόβου, οργής και θλίψης καταβάλλουν τον ψυχισμό του ασθενή και αυτές είναι συγκινησιακές αντιδράσεις που αποτελούν το στάδιο της κρίσης. Υπάρχει η τάση ο οργανισμός να προσπαθεί να επιφέρει την ισορροπία στις περιπτώσεις αντίξων ψυχικών καταστάσεων αντιτάσσοντας τους μηχανισμούς απώθησης και εκλογίκευσης (δικαιολόγησης) ύστερα από αυτό έρχεται η περίοδος του «συμβιβασμού» με το νέο τρόπο ζωής που καλείται ο ασθενής

να αποδεχτεί κι έτσι καταλήγει στην αποδοχή της καινούργιας πραγματικότητας. Η αποδοχή θα είναι αργότερα μεγάλο εφόδιο για τον ασθενή που θα τον βοηθήσει να αισθανθεί και ελέγχει τις αντιδράσεις του και να προσαρμοστεί σιγά σιγά στις ειδικές και νέες γι' αυτόν συνθήκες, που είναι υποχρεωμένος πλέον να κινείται.

Ο ρόλος της οικογένειας σε αυτές τις περιπτώσεις αποδεικνύεται να παίζει έναν ρόλο κλειδί για τον ασθενή. Αντιδράσεις υπάρχουν και πολλές φορές με εκρηκτικό χαρακτήρα, όπως η ενδοψυχική σύγκρουση, που γεννιέται από την αρνητική στάση του οικογενειακού περιβάλλοντος του πάσχοντα προς αυτόν, όταν τα μέλη της οικογένειας μαθαίνουν για πρώτη φορά για την ομοφυλοφιλία, που μέχρι εκείνη τη στιγμή δεν γνώριζαν ή όταν ανακαλύπτουν πως η ασθένεια ήταν αποτέλεσμα χρόνιας ή γενικής χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Άνδρες, γυναίκες ακόμη και παιδιά που πάσχουν από τη νόσο του AIDS είναι πολύ συχνό το φαινόμενο να "στιγματίζονται" κοινωνικά. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι ασθενείς που διανύουν το στάδιο κρίσης χαρακτηρίζονται από «εσωστρέφεια», με καθιστώντας δύσκολη τη λήψη ιστορικού από αυτούς.

2. Η μεταβατική κατάσταση (Transitional State)

Η μεταβατική περίοδος ξεκινάει όταν η ψυχική άρνηση δίνει τη θέση της στην έντονη αυτοκριτική, που γίνεται με εκρήξεις θυμού αλλά και οίκτου προς τον εαυτό του ασθενούς (self-pity). Συχνό φαινόμενο είναι επίσης να ενισχύεται το άγχος που κυριαρχεί από την αδυναμία αποδοχής της θανατηφόρας νόσου. Ο ασθενής βασανίζεται από έναν καταιγισμό ερωτημάτων όπως για παράδειγμα: «γιατί να μου συμβεί αυτό»; ή «ποιό το έγκλημά μου, για να τυχαίνω τέτοιας τιμωρίας»; Καθώς η ανθρωποφοβία και οι φοβικές τάσεις μπορεί ομοίως να είναι το κυρίαρχο συναίσθημα σε άτομα ομοφυλόφιλα που διανύουν στιγμές καταδίκης εαυτού και θέτοντας τον εαυτό τους σε ανυποληψία. Στη φάση αυτή η ένταση του ψυχισμού, η σύγχυση, η έντονη ευερεθιστότητα και οι ενοχές φαίνεται να επικρατούν. Η κοινωνική απόρριψη επενεργεί βαθιά και ενισχύει την υποβόσκουσα τάση αυτοκτονίας. Αλλαγές στη συμπεριφορά, αναζήτηση εκ νέου της ταυτότητας, αναθεώρηση αξιών, διάθεση για αποξένωση από τον οικογενειακό και κοινωνικό περίγυρο. Όλα αυτά αποτελούν εκλυτικούς παράγοντες, οι οποίοι τονίζουν εντονότερα την τάση για αυτοκαταστροφή.

Η μεγάλη αυτή πλήξη που υπέστη, αναστατώνει την ψυχική ισορροπία και βάζει σε κίνδυνο το άτομο. Τότε, πρέπει να παρέμβει ένας εξωτερικός παράγων να ισορροπήσει και να καθησυχάσει της διαταραχές που έχουν επέλθει και να βοηθήσει τον πάσχοντα να μην καταφύγει σε δραματικές διεξόδους. Σε πολλές περιπτώσεις τα άτομα αυτά καταφεύγουν σε πολύ 'ανθυγιινές' διεξόδους αν δεν υπάρχει η κατάλληλη ενημέρωση και στήριξη. Μπορεί

να δώσουν λύση στο πρόβλημα τους με το να κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών είτε να επικεντρώνουν την προσοχή τους στην ανεξέλεγκτη σεξουαλική επαφή. Αντιθέτα, υπάρχουν περιπτώσεις που οι πασχώντες, σπεύδουν για άμεση Ιατρική πληροφόρηση, όπου ανοίγει μια νέα διάσταση των πραγμάτων και γεννιέται μια νέα ελπίδα για τους ασθενείς. Αυτή η βοήθεια κατευναζει την επιθετικότητα και τα αρνητικά συναισθήματα που μπορεί να έχει ο ασθενής και με σταδιακούς και αποτελεσματικούς τρόπους καλυτερεύουν την ποιότητα ζωής του. Παράλληλα, ο πασχών έχει το ψυχικό σθένος να δουλέψει τις διαπροσωπικές του σχέσεις και να προσπαθήσει να έρθει σε ουσιαστική επαφή και την κοινωνία. Σε αυτήν την προσπάθεια είναι εξαιρετικά επιρρεπής. Σε αυτήν την περίπτωση δεν πρέπει να υπάρχουν αποκλεισμοί από τον κοινωνικό περιγύρο, και σε καμία περίπτωση να υπάρχουν ρατσιστικά βιωματά διότι ο πασχών θα αποβεί σε αυτοκαταστροφικές ενέργειες, όπως για παράδειγμα κατάθλιψη.

3. Η κατάσταση ανεπάρκειας ή αποδοχής(DeficiencyState: Acceptance)

Η κατάσταση κατά την οποία ο ασθενής περνάει πλέον στο στάδιο να πειστεί ότι δεν υπάρχουν άλλα περιθώρια για ενδοψυχικές συγκρούσεις χαρακτηρίζεται ως η κατάσταση της αποδοχής. Η αποδοχή σημαίνει την έξοδο του ασθενούς από το βασανιστήριο της ευερεθιστότητας, της άρνησης, και του οίκτου για τον ίδιο του τον εαυτό και η κατάθλιψη παύει πλέον να αποτελεί φόβο καθώς ο ασθενής αναγνωρίζει ότι έχει φτάσει σε ένα τέλμα. Μια και μόνη επιλογή γι' αυτόν το σκοπό υπάρχει και αυτή είναι η αποδοχή της πάθησης και η ψύχραιμη αντιμετώπισή της. Η αναζωογόνηση δημιουργεί στον ασθενή διάθεση για επανεκτίμηση αξιών που προηγούμενα είχε απορρίψει, ανάπτυξη εκ νέου της ταυτότητάς του, αγάπης και στοργής προς τους ανθρώπους και διάθεση επιβεβαίωσης αυτών. Απόκλιση ενδιαφέροντος για ποιότητα ζωής περισσότερο παρά για ποσότητα. Απόκτηση μεγαλύτερης γνώσης για την πάθηση, ώστε να υπάρξει σωστότερη από μέρους του αντιμετώπιση. Κύριο μέλημα στη νέα πορεία είναι η αναπτέρωση του ηθικού και η ψύχραιμη τακτική με τα χρώματα, ακόμη πιο πέρα, του αλτρουϊσμού και της φιλοσοφημένης διάθεσης. Αρκετά είναι τα άτομα που αποκτούν όρεξη στα πεδία της πνευματικής ενασχόλησης και δημιουργούν καταστάσεις, που ήσαν άγνωστες πριν σ' αυτά ή θεωρούνταν απρόσιτες για τις ικανότητές τους. Όσοι λειτουργούν με τέτοιους τρόπους νιώθουν λιγότερο θύματα της ζωής γίνονται λιγότερο εγωκεντρικοί και αισθάνονται την ικανοποίηση από τις κοινωνικές δραστηριότητες στις οποίες έχουν αποδυθεί.

Παρά ταύτα η αποδοχή θεωρείται κατάσταση ανεπάρκειας, επειδή προσκρούει στο γεγονός ότι οι πάσχοντες έχουν υποστεί απώλεια της υγείας, ελάττωση των ενεργειακών δυναμικών, απώλεια ενδεχόμενα της εργασίας ή μείωση των οικονομικών πόρων και κατά συνέπεια

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

4. Προετοιμασία για θάνατο (Preparation for Death)

Η κατάσταση αρχίζει, πρακτικά, από τη στιγμή που διαπιστώνεται στον πάσχοντα η παρουσία ευκαιριακής λοίμωξης, επειδή γνωρίζει ότι οι ευκαιριακές λοίμωξεις σημαίνουν το τελευταίο στάδιο πριν το θάνατο. Ασθενείς που είχαν καταφέρει να ισορροπήσουν τις ψυχικές τους διακυμάνσεις, είχαν αποκαταστήσει ομαλές σχέσεις με την οικογένεια και το φιλικό προς αυτούς περιβάλλον και είχαν αποδυθεί σε πλήθος δραστηριοτήτων ξαφνικά νιώθουν όλα να γκρεμίζονται, χάνουν την ψυχραιμία τους και καταλαμβάνονται από πανικό.

Πολλοί είναι εκείνοι που αρχίζουν να σκέπτονται σοβαρά ότι η αυτοκτονία είναι πλέον η προτιμότερη λύση. Στην περίοδο αυτή οι πάσχοντες από τη νόσο του HIV κυριαρχούνται στη σκέψη τους από την εικόνα του επερχόμενου θανάτου και κύριο μέλημα πια αποτελεί η προετοιμασία για το αναπόφευκτο τέλος. Στη φάση αυτή παρατηρείται ποικιλία αντιδράσεων. Μελαγχολία και κατάθλιψη, αίσθημα απογοήτευσης, ενώ δεν λείπουν οι στιγμές αυξημένης ευερεθιστότητας προς το περιβάλλον. Αρκετοί είναι αυτοί που «ανακαλύπτουν» ξαφνικά παλιές διαφορές προς τα μέλη της οικογένειας ή άλλα αγαπημένα πρόσωπα. Άτομα ομοφυλόφιλα εμφανίζουν πιο αυξημένες προστριβές με το περιβάλλον τους, όσο πλησιάζει ο θάνατος. Οι ασθενείς κατατρέχονται από τα βασανιστικά ερωτήματα πώς, πού και πότε θα πεθάνουν, συζητούν αυτά με τους άλλους και έχουν άποψη πάνω σ' αυτά, ενώ δεν λείπουν και οι απαιτήσεις για ικανοποίηση επιθυμιών, που πολλές φορές είναι υπερβολικές, ώστε να αδυνατεί το οικείο περιβάλλον να εκπληρώσει.

Εδώ μπορούμε να πούμε ότι ο θάνατος είναι ένα θλιβερό γεγονός. Όταν συμβαίνει σε νέους ανθρώπους είναι δυστυχία. Και όταν αυτούς τους νέους ανθρώπους που χάνονται τους συνοδεύει το στίγμα, τότε, γίνεται τραγικότητα. Απευθυνόμενοι σ' αυτούς που ασχολούνται με την νοσηλεία των ασθενών με AIDS, τονίζεται ότι είναι ανάγκη να δίνουν πολύ μεγάλη σημασία στην ψυχολογική υποστήριξη των πασχόντων. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι οι ασθενείς με AIDS διαφέρουν από όλους τους άλλους αρρώστους, επειδή συμβαίνει να αντιμετωπίζουν επί πλέον προβλήματα απόρριψης από την κοινωνία, απόλυση από τη

δουλειά τους και απομάκρυνση από φίλους και συναδέλφους. (Μερτζάνος Ε. – Παραράς Μ., 1999).

3.2 Έρευνα για την επινόηση μεθόδων καλύτερης θεραπείας, βελτίωσης της ποιότητας ζωής

Στο Λονδίνο ένα φάρμακο που χορηγείται για μια σπάνια μορφή λεμφώματος παρουσιάζει θετικά δεδομένα και είναι πολλά υποσχόμενο στο να εξαλείψει τον ιό HIV του AIDS από τον οργανισμό ανιχνεύοντας τα κρυμμένα κύτταρα- ρεζερβουάρ του. Αυτές οι νέες ανακαλύψεις ανήκουν σε ειδικούς του Πανεπιστημίου της Βόρειας Καρολίνας στο Τσάπελ Χιλ και δημοσιεύονται στο περιοδικό «Nature» καθώς μαρτυρούν ότι κάποια ημέρα μια οριστική θεραπεία για το AIDS ίσως δεν αποτελεί άπιαστο όνειρο (Το Βήμα Science, 2012)..

3.2.1 Μέθοδος αποτελεσματικής καταστροφής του ιού από τον οργανισμό

Ένα καινοτόμο φάρμακο το οποίο ονομάζεται Zolinzaka και είναι της εταιρείας Merck αυξάνει την ελπίδα για ολική καταστροφή του ιού του AIDS από τον οργανισμό. Παρά το γεγονός ότι ήδη υπάρχοντες συνδυασμοί φαρμάκων έχουν μετατρέψει το AIDS σε μια χρόνια νόσο αποτρέποντας τον πολλαπλασιασμό του ιού HIV δεν μπορούν να προσφέρουν, ωστόσο, οριστική θεραπεία καθώς δεν σκοτώνουν τα ήδη μολυσμένα με τον ιό κύτταρα. Στο παρών η διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να επιφέρει ακόμη και θάνατο αφού επιτρέπει την απελευθέρωση του ιού, ο οποίος σε λανθάνουσα μορφή στα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος, να απελευθερωθεί και πάλι στον οργανισμό. Σε κάθε ασθενή υπάρχουν περί το 1 εκατομμύριο τέτοια μολυσμένα κύτταρα, σύμφωνα με τους ειδικούς (Το Βήμα Science, 2012).

Παρόλα αυτά οι ερευνητές από το Πανεπιστήμιο της Βόρειας Καρολίνας διαπίστωσαν ότι μια και μόνο δόση του Zolanza ήταν ικανή για να ενεργοποιήσει ξανά τα κύτταρα που βρισκόταν ο ιός σε λανθάνουσα μορφή σε οκτώ ασθενείς. Η πρόοδος αυτή, αν και είναι ακόμη σε πρώιμο στάδιο, δίνει ελπίδα στους επιστήμονες ότι θα μπορέσουν μελλοντικά να εξαλείψουν όλα τα ίχνη του ιού από τον ανθρώπινο οργανισμό (Το Βήμα Science, 2012).

3.2.2 Σύγχρονη στρατηγική εξολόθρευσης

«Εάν ποτέ αποκτήσουμε μια οριστική θεραπεία για το AIDS, αυτή σε μεγάλο βαθμό θα αφορά αυτού του τύπου τη στρατηγική» ανέφερε ο Στίβεν Ντικς, καθηγητής Ιατρικής στο Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνιας στο Σαν Φρανσίσκο που δεν συμμετείχε στη μελέτη και

προσέθεσε: «Το 'κλειδί' είναι να βγάλουμε τον ιό από την κρυψώνα του και να βρούμε τρόπο να τον σκοτώσουμε».

Στο πλαίσιο της νέας μελέτης ο Ντέιβιντ Μαργκόλις και οι συνεργάτες του διαπίστωσαν ότι ένας τύπος αντικαρκινικού φαρμάκου που ονομάζεται αναστολέας της ιστονικής διακετυλάσης (HDAC) μπορεί να ενεργοποιήσει τα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος που έχουν μολυνθεί με τον HIV και βρίσκονται σε λανθάνουσα μορφή. Συγκεκριμένα οι ειδικοί χρησιμοποίησαν έναν τέτοιο αναστολέα, το Zolinza.

Και οι οκτώ ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη λάμβαναν τη συμβατική θεραπεία τους ενώ έλαβαν και μια μόνο δόση του Zolinza. Στη συνέχεια οι ερευνητές αφαίρεσαν κύτταρα του αίματος από τον οργανισμό τους. Εργαστηριακές εξετάσεις έδειξαν ότι η έκφραση του ιού HIV στα εν υπνώσει κύτταρα πενταπλασιάστηκε, γεγονός που μαρτυρεί ότι ο ιός – ή τουλάχιστον ένα ποσοστό του – βγήκε από την κρυψώνα του. Αυτό που δεν προέκυψε από τη συγκεκριμένη μελέτη πάντως ήταν το εάν τα κύτταρα που έκρυσαν τον ιό πέθαναν, παραδέχθηκε ο Δρ. Μαργκόλις και προσέθεσε ότι παραμένει ασαφές και ποιο ακριβώς ποσοστό του κρυμμένου ιού ήλθε στην επιφάνεια.

3.2.3 Συνδυασμός φαρμάκων

Σε κάθε περίπτωση τα νέα ευρήματα θεωρούνται ως ένα σημαντικό βήμα προς την οριστική θεραπεία του AIDS. Οι ειδικοί πιστεύουν ότι στο μέλλον θα χρησιμοποιείται ένας συνδυασμός φαρμάκων προκειμένου να εξολοθρευτούν τα «κρησφύγετα» του ιού – για παράδειγμα ένα φάρμακο θα ξυπνά τα εν υπνώσει κύτταρα που «φιλοξενούν» τον ιό και κάποιο άλλο θα οδηγεί το ανοσοποιητικό σύστημα στο να σκοτώσει αυτά τα κύτταρα. Εκτιμούν επίσης ότι αυτού του είδους οι θεραπείες θα λαμβάνονται από έναν μήνα ως ένα έτος ανάλογα με τον ασθενή. Αναφέρουν πάντως ότι θα παρέλθουν αρκετά χρόνια προτού μια τέτοια οριστική θεραπεία του AIDS αποτελέσει γεγονός.

Σημειώνεται ότι και άλλες εταιρείες όπως η GileadSciences και η Johnson&Johnson βρίσκονται στο κυνήγι της ίδιας στρατηγικής εξολόθρευσης των κρυμμένων μολυσμένων με τον HIV κυττάρων προκειμένου να αναπτύξουν μια θεραπεία για το AIDS (Το Βήμα Science, 2012).

Στη Νέα Υόρκη επιτυχημένη μοιάζει η πρώτη κλινική δοκιμή μιας νέας γονιδιακής θεραπείας σε μικρή ομάδα πασχόντων από AIDS, με στόχο την ενίσχυση του ανοσοποιητικού τους συστήματος έναντι του ιού HIV, σύμφωνα με στοιχεία που δημοσιεύθηκαν στην

επιθεώρηση NewEnglandJournalOfMedicine, από αμερικανούς ερευνητές. Η θεραπεία, που βρίσκεται ακόμη σε αρχικό στάδιο, δημιουργεί ελπίδες ότι στο μέλλον είναι ίσως εφικτό οι οροθετικοί ασθενείς να μην χρειάζεται να κάνουν καθημερινή χρήση της αντιρετροϊκής αγωγής τους. Επίσης, μια άλλη επιστημονική ομάδα από τις ΗΠΑ ανακοίνωσε ότι κατάφερε να εξαλείψει τον ιό HIV από τον οργανισμό βρέφους που είχε μολυνθεί από τη μητέρα του, χάρη σε επιθετική φαρμακευτική θεραπεία που ξεκίνησε λίγες ώρες μετά τη γέννησή του (Το Βήμα Science, 2014).

Στην πρώτη περίπτωση, οι ερευνητές της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου της Πενσιλβάνια, του Κολεγίου Ιατρικής Άλμπερτ Αϊνστάιν και της βιοϊατρικής εταιρείας SangamoBiosciences, με επικεφαλής τον καθηγητή ανοσοθεραπείας Καρλ Τζουν, απομόνωσαν T-κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος από τον οργανισμό 12 ασθενών και αφού τα ενίσχυσαν μέσω γενετικής τροποποίησης, ώστε να είναι πιο ανθεκτικά στον ιό HIV, τα εισήγαγαν και πάλι στον οργανισμό των πασχόντων. «Δώρο» με τεχνητό τρόπο μια μετάλλαξη-ασπίδα. Περίπου το 1% των ασθενών με AIDS είναι φορείς της σπάνιας μετάλλαξης CCR5-delta-32 που τους προστατεύει από τον ιό, καθώς μεταβάλλει τη δομή των T-κυττάρων, έτσι ώστε ο HIV να μην μπορεί να πολλαπλασιαστεί μετά την αρχική λοίμωξη ή να μην τους μολύνει καν. Οι αμερικανοί επιστήμονες «χάρισαν» με τεχνητό τρόπο στους 12 ασθενείς την ίδια ακριβώς σπάνια μετάλλαξη, ώστε να ενισχύσουν την άμυνα του ανοσοποιητικού συστήματός τους (Το Βήμα Science, 2014).

Όπως αποδείχτηκε, όντως ένα μέρος (σε ποσοστό 11% έως 28%) από τα κύτταρα της φυσικής άμυνας του οργανισμού τους τροποποιήθηκαν γενετικώς. Αν και δεν ελέγχθηκε η θεραπευτική αποτελεσματικότητα της μεθόδου σε βάθος χρόνου, διαπιστώθηκε ότι βραχυπρόθεσμα τα τροποποιημένα T-κύτταρα είχαν μεγαλύτερη διάρκεια ζωής ενώ επίσης η παρουσία του ιού υποχώρησε. Η πρώτη αυτή κλινική δοκιμή σε ανθρώπους (είχε προηγηθεί δοκιμή σε ποντίκια) διεξήχθη για να δείξει ότι η νέα θεραπεία -που μπορεί να είναι φθηνότερη- είναι ασφαλής και όχι για να διερευνήσει κατά πόσο μπορεί να αντικαταστήσει τη φαρμακοθεραπεία μακροπρόθεσμα. Ο απώτερος στόχος όμως είναι ακριβώς αυτός - κάτι που θα δοκιμαστεί στο μέλλον, αν και, σύμφωνα με τους επιστήμονες, θα χρειαστούν αρκετά χρόνια (Το Βήμα Science, 2014).

Επειδή η νέα τεχνική παρεμβαίνει στο DNA των ασθενών, η Αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA), απαιτεί 15 χρόνια ελέγχων για να διερευνηθούν τυχόν παρενέργειες, προτού δώσει την άδεια χρήσης της μεθόδου. Αξίζει να σημειωθεί ότι μερίδα επιστημόνων φοβάται πως η υπό δοκιμή θεραπεία θα τροποποιήσει λάθος γονίδια, με απρόβλεπτες συνέπειες - αν και δεν υπάρχουν ενδείξεις μέχρι στιγμής ότι αυτό μπορεί να

συμβεί. Μάλιστα, οι ερευνητές ευελπιστούν ότι μπορεί μελλοντικά να χρησιμοποιήσουν την ίδια γενετική τεχνική και σε άλλες ασθένειες, όπως η μεσογειακή αναιμία ή ο καρκίνος. Και δεύτερη περίπτωση ίασης του AIDS. Ένα κοριτσάκι εννέα μηνών σήμερα, που γεννήθηκε στο Λος Άντζελες μολυσμένο με τον ιό HIV τον οποίον του μετέδωσε η μητέρα του, είναι πλέον το δεύτερο παιδί που θεωρείται ότι έχει θεραπευθεί από τη λοίμωξη καθώς ο ιός δεν είναι πλέον ανιχνεύσιμος στον οργανισμό του. Το θετικό αυτό αποτέλεσμα επιτεύχθηκε μετά από εντατική αντιρετροϊκή αγωγή που χορηγήθηκε στο παιδί αμέσως μετά τη γέννησή του, ενώ στην πραγματικότητα η αντι-ϊική θεραπεία είχε ξεκινήσει ήδη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στη μητέρα-φορέα του ιού. Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν σε επιστημονικό συνέδριο στη Βοστώνη, πρόκειται για το δεύτερο βρέφος που φαίνεται να απαλλάσσεται από τον ιό HIV μετά από έγκαιρη επιθετική θεραπεία. Είχε προηγηθεί η περίπτωση ενός κοριτσιού που είχε γεννηθεί στο Μισισίπι και το οποίο υποβλήθηκε σε θεραπεία 30 ώρες μετά τη γέννησή του και έως ότου έγινε 18 μηνών. Σήμερα, στην ηλικία των 3,5 ετών, το παιδί συνεχίζει να μην εμφανίζει ίχνη του ιού (Το Βήμα Science, 2014).

Αναμονή για το αν το αποτέλεσμα είναι οριστικό. Οι ειδικοί αναφέρουν ότι μένει να αποδειχτεί αν όντως πρόκειται για οριστικές θεραπείες ή ο ιός κρύβεται κάπου στον οργανισμό των παιδιών και θα κάνει την επανεμφάνισή του. Θα χρειαστούν αρκετά χρόνια, μέχρι οι γιατροί να βεβαιωθούν ότι τα παιδιά έχουν πράγματι θεραπευτεί. Να σημειωθεί ότι κάθε χρόνο περίπου 250.000 παιδιά γεννιούνται με τον ιό του AIDS. Πάντως, ο **Τίμοθι Μπράουν**, ο λεγόμενος «ασθενής του Βερολίνου» είναι προς το παρόν ο μόνος ενήλικος ασθενής που θεωρείται ότι έχει θεραπευθεί από το AIDS. Το 2008, υποβλήθηκε στη Γερμανία σε θεραπεία για οξεία λευχαιμία, κατά την οποία μεταμοσχεύθηκαν στον οργανισμό του βλαστικά κύτταρα από δότη, ο οποίος διέθετε στο DNA του τη σπάνια μετάλλαξη CCR5 (Το Βήμα Science, 2014).

3.3 Κατευθυντήριες οδηγίες για τους επαγγελματίες υγείας

3.3.1 Περιγραφή

Συνεχιζόμενη εκπαίδευση του ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε χώρους παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας ή φροντίζει οροθετικούς ασθενείς. Εκπαίδευση των φροντιστών οροθετικών ασθενών. Εκπαίδευση Δικηγόρων και Δικαστών.

3.3.2 Στόχοι

- Συνεχής εκπαίδευση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στην HIV λοίμωξη και στα νεότερα επιστημονικά δεδομένα για τη βελτίωση της ποιότητας της τρέχουσας πρακτικής.
- Συνεχής εκπαίδευση του Δικαστικού Σώματος και ενέργειες Υλοποίησης
- Ανάπτυξη και προώθηση πιστοποιημένων προγραμμάτων κατάρτισης και εκπαίδευσης στην ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών που πάσχουν από HIV/AIDS.
- Εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στις καλές κλινικές πρακτικές (good clinical practices) και στα ανθρώπινα δικαιώματα. Αυτή η εκπαίδευση είναι πρακτικά υποχρεωτική για όσους συμμετέχουν σε ερευνητικά πρωτόκολλα και συμβάλλει τα μέγιστα, τόσο στη σωστή άσκηση της κλινικής πρακτικής και της συμμετοχής στην έρευνα, όσο και στο σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ασθενών.
- Ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δοθεί στη φροντίδα που παρέχουν οι συγγενείς των ασθενών και στην εκμάθηση βασικών δεξιοτήτων για τη φροντίδα και την υποστήριξη αυτών των ατόμων.
- Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση όλων των επαγγελματιών υγείας για το HIV/AIDS.
- Ενσωμάτωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για το HIV/AIDS στο πρόγραμμα σπουδών των πανεπιστημίων και στη συνεχιζόμενη ιατρική και νοσηλευτική εκπαίδευση.
- Εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τους παροχείς υπηρεσιών υγείας.
- Ενσωμάτωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων στην εκπαίδευση των δικηγόρων και των δικαστών.

3.3.3 Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Δικαιοσύνης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, Δικηγορικός Σύλλογος Αθηνών, μη-κυβερνητικές οργανώσεις.

3.4 Ενημέρωση του κοινού

Οι ερευνητικές δραστηριότητες έχουν κρίσιμη σημασία για την πρόληψη και την καταπολέμηση της πανδημίας του HIV/AIDS. Η εφαρμογή των πορισμάτων της έρευνας και η εύκολη πρόσβαση στα αποτελέσματά της, θα βοηθήσουν στη μείωση του αριθμού των νέων περιπτώσεων HIV λοίμωξης, στη βελτίωση του ποσοστού της συμμόρφωσης των ασθενών στην αντιρετροϊκή αγωγή, καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ατόμων που ζουν με τον HIV. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του Ιατρικού και του Νοσηλευτικού προσωπικού στην HIV λοίμωξη και στα νεότερα επιστημονικά δεδομένα επιβάλλεται για τη βελτίωση της ποιότητας της τρέχουσας πρακτικής. Η συμβουλευτική υποστήριξη πριν και μετά το test πρέπει να ενισχυθεί.

Η παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης συμβάλει στη:

- Διαχείριση του στρες ανακοίνωσης της διάγνωσης.
- Πληροφορημένη λήψη αποφάσεων.
- Έγκυρη πληροφόρηση σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης και πρόληψης της HIV λοίμωξης.
- Τροποποίηση επικίνδυνων συμπεριφορών.
- Μείωση του στίγματος των οροθετικών ατόμων.
- Διασύνδεση και συνεργασία των υπηρεσιών υγείας.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την ενίσχυση των υπηρεσιών συμβουλευτικής είναι η δημιουργία δικτύου παραπομπών. Το δίκτυο αυτό θα διασφαλίζει την πρόσβαση όσο το δυνατό περισσότερων ατόμων στις υπηρεσίες και θα συμβάλει στην αποτελεσματική λειτουργία αυτών. Παράλληλα, ένα άλλο μέρος των υπηρεσιών συμβουλευτικής αποτελεί η διενέργεια μελετών, που σχετίζονται με την αξιολόγηση των συμβουλευτικών παρεμβάσεων που υλοποιούνται (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

3.5 Ευρωπαϊκή επιτροπή και δημόσια υγεία (σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα)

3.5.1 Ευρωπαϊκές πολιτικές της αναπαραγωγικής και σεξουαλικής υγείας

Το Συμβούλιο της Ευρώπης έχει εξετάσει διεξοδικά το ζήτημα της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας και των συναφών δικαιωμάτων και δράσεων σε διάφορα επίπεδα. Η πολιτική καθορίζεται κυρίως από συστάσεις προς τα κράτη-μέλη και τις υποψήφιες για ένταξη χώρες να επανεξετάσουν την εφαρμογή της πλατφόρμας της διάσκεψης του Πεκίνου και την τήρηση των διεθνών εγγράφων για την προστασία των δικαιωμάτων του ανθρώπου. Η έννοια της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας και των συναφών δικαιωμάτων πρέπει ωστόσο να ενισχυθεί, τόσο στην Ε.Ε. όσο και στις υποψήφιες για ένταξη χώρες (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Οι βασικές αρχές της ευρωπαϊκής πολιτικής δε διαφέρουν από αυτές που αφορούν στη χώρα μας. Ζητήματα όπως η μείωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, η διάδοση των μεθόδων αντισύλληψης (προφυλακτικό, αντισυλληπτικά χάπια), η ευρύτερη εφαρμογή προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού, η μείωση της μητρικής και περιγεννητικής θνησιμότητας, η μείωση του αριθμού των τεχνητών αμβλώσεων, είναι τα θέματα αιχμής στην Ευρώπη σε σχέση με την προαγωγή της αναπαραγωγικής υγείας (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Σε στενή συνάρτηση με αυτά, βρίσκονται άλλα ζητήματα όπως η μείωση των επιπέδων της εφηβικής εγκυμοσύνης, η αντιμετώπιση προβλημάτων σεξουαλικότητας και σεξουαλικής ικανοποίησης, η θεραπεία διαταραχών της ούρησης -που οφείλονται σε προηγούμενους τοκετούς- αλλά και θέματα όπως η άσκηση βίας κατά την εγκυμοσύνη ή η ποιότητα ζωής κατά την εμμηνόπαυση, είναι θέματα ολοένα και αυξανόμενου ενδιαφέροντος (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Από τα υπάρχοντα στοιχεία προκύπτει ότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των κρατών-μελών της Ε.Ε. και των υποψηφίων για ένταξη χωρών. Ωστόσο, πρέπει να ληφθεί υπ' όψη το γεγονός ότι τα δεδομένα δεν είναι πλήρη και είναι πιθανό να μην αντικατοπτρίζουν επακριβώς την πραγματικότητα, λόγω έλλειψης επίσημων στοιχείων και ελλιπούς αναφοράς περιστατικών. Επομένως, είναι απαραίτητη η ανάπτυξη περισσότερων ερευνητικών εργαλείων για τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία και τα συναφή δικαιώματα, η οποία θα βασίζεται σε εναρμονισμένους δείκτες αναπαραγωγικής υγείας (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Ήδη σημαντικές ερευνητικές πρωτοβουλίες έχουν πραγματοποιηθεί στην Ευρώπη, οι οποίες έχουν αποτελέσματα άμεσα εφαρμόσιμα στο σχεδιασμό πολιτικών και δράσεων. Τέτοιες ερευνητικές πρωτοβουλίες είναι το σχέδιο Reprostat, που στοχεύει στην ανάπτυξη δεικτών και καθοριστικών παραγόντων για την αναπαραγωγική υγεία για την παρακολούθηση και

την αξιολόγηση της αναπαραγωγικής υγείας στην Ε.Ε., και το σχέδιο ECHI που κατατάσσει τη σεξουαλική συμπεριφορά στους καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία στη στρατηγική για την υγεία της Ε.Ε. Η «ποσοτικοποίηση» του επιπέδου αναπαραγωγικής υγείας με τη χρήση των δεικτών αυτών ή αντίστοιχων, είναι ιδιαίτερα χρήσιμη, αφού έτσι καθίσταται εφικτή όχι μόνο η παρακολούθηση του τρέχοντος επιπέδου αναπαραγωγικής υγείας, αλλά και η επίδραση τυχόν παρεμβάσεων σε κάθε επίπεδο δράσης(Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

3.5.2 Υφιστάμενες υπηρεσίες που προάγουν την αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία στην Ελλάδα

Σήμερα λειτουργούν τα παρακάτω κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, με σκοπό την παροχή συμβουλευτικής, αλλά και θεραπευτικών πρακτικών σε ζητήματα αντισύλληψης, οικογενειακής συμβουλευτικής, αμβλώσεων, τοκετού και εγκυμοσύνης στην εφηβεία κ.λπ. Οι γυναίκες, αλλά και τα ζευγάρια, μπορούν να επισκέπτονται τα τμήματα αυτά και να αναζητούν κατάλληλες λύσεις για τα θέματα που τους αφορούν, να συμβουλευονται για την προσφορότερη γι' αυτές μέθοδο αντισύλληψης, να επιλύουν ζητήματα υπογονιμότητας κ.ά. Επιστημονικά, υπεύθυνοι για τα τμήματα αυτά είναι οι ανά νοσοκομείο γιατροί του Ε.Σ.Υ. ή πανεπιστημιακοί, με ειδική εκπαίδευση/ μετεκπαίδευση σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού και αναπαραγωγικής υγείας(Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

1. Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού στην Α' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών - Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα».
2. Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού στη Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών - Νοσοκομείο «Αρεταίειο».
3. Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού στη Γ' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών - Νοσοκομείο «Αττικό».

Επιπλέον, δραστηριοποιούνται οι ακόλουθες επιστημονικές εταιρίες - σωματεία:

Η Ελληνική Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού:

Η δράση της Εταιρίας έχει σα σκοπό την προαγωγή θεμάτων οικογενειακού προγραμματισμού στην ελληνική επικράτεια. Ζητήματα που αφορούν στην προαγωγή των νεότερων αντισυλληπτικών μεθόδων, στη διάδοση της χρήσης του προφυλακτικού, στη

μείωση των τεχνητών εκτρώσεων αλλά και στην ασφαλέστερή τους τέλεση όποτε αυτό είναι απαραίτητο, στην εκπαίδευση εργαζομένων στο χώρο της υγείας αλλά και μη ειδικών, στην οργάνωση δράσεων πρόληψης και αγωγής υγείας στα σχολεία, αποτελούν τους κύριους πυλώνες δράσης της Ελληνικής Εταιρίας Οικογενειακού Προγραμματισμού. Οι τρόποι με τους οποίους δραστηριοποιείται Εταιρία είναι η διοργάνωση ημερίδων και συνεδρίων, η τέλεση μαθημάτων, η οργάνωση πρακτικών μαθημάτων και φροντιστηρίων, η έκδοση περιοδικών και βιβλίων που διανέμονται σε ευρεία μάζα του πληθυσμού(Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Η Ελληνική Εταιρία Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας:

Η Ελληνική Εταιρία Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας μελετά τις καταστάσεις εκείνες που αφορούν στην παθολογία των κοριτσιών και εφήβων ηλικίας μέχρι 16 ετών. Τα θέματα επιστημονικού ενδιαφέροντος της Εταιρίας, πολλές φορές αλληλεπικαλύπτονται με αυτά που αφορούν στον επιστημονικό κλάδο της Παιδιατρικής και σχετίζονται τόσο με ενδοκρινολογικές όσο και με άλλες διαταραχές της νέας και έφηβης γυναίκας. Τα θέματα παιδικής και εφηβικής Γυναικολογίας σχετίζονται άμεσα με την προαγωγή της αναπαραγωγικής υγείας στην Ελλάδα, όχι μόνο γιατί συμβάλλουν στην θεραπεία κλινικών ή άλλων ζητημάτων που αφορούν στις γυναίκες από τα πρώτα χρόνια της σεξουαλικής τους ζωής, αλλά και διότι συμβάλλουν στην ευαισθητοποίηση των νέων πολιτών σε θέματα προσωπικής και Δημόσιας Υγείας. Η Εταιρία δραστηριοποιείται στη διοργάνωση ημερίδων και συνεδρίων, στην τέλεση μαθημάτων, στην οργάνωση πρακτικών μαθημάτων και φροντιστηρίων, στην έκδοση περιοδικών και βιβλίων κ.ά.(Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Το «Κέντρο Σεξουαλικής και Αναπαραγωγικής Υγείας (ΚΕ.Σ.Α.Υ.)» του Α.Π.Θ.:

Το Κέντρο λειτουργεί στο πλαίσιο του Ινστιτούτου Μελέτης Ουρολογικών Παθήσεων. Σκοπός του ΚΕ.Σ.Α.Υ. είναι η προαγωγή της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, καθώς και η πρόληψη των σεξουαλικών δυσλειτουργιών και της υπογονιμότητας. Το ΚΕ.Σ.Α.Υ. προάγει θέματα και μελετάει προβλήματα που αφορούν στη σεξουαλική λειτουργία του άνδρα και της γυναίκας, στη σεξουαλική εμπειρία και συμπεριφορά, στην ανθρώπινη αναπαραγωγή(Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Το Κέντρο περιλαμβάνει τις ακόλουθες δομές:

- το Κέντρο Αναφοράς Σεξουαλικών Δυσλειτουργιών (Κ.Α.Σ.Δ.),

- το Εκπαιδευτικό Κέντρο του ΚΕ.Σ.Α.Υ. και
- το Εργαστήριο Έρευνας του Γεννητικού Συστήματος.

Ειδικότερα, το Κέντρο Αναφοράς Σεξουαλικών Δυσλειτουργιών αποτελεί το Ελληνικό Γραφείο της Ευρωπαϊκής Συμμαχίας για τις Σεξουαλικές Δυσλειτουργίες (EuropeanAllianceforSexualDysfunction, ESDA), μίας κοινής, δηλαδή, ευρωπαϊκής προσπάθειας για την ευαισθητοποίηση, ενημέρωση και υποστήριξη ανθρώπων με σεξουαλικά προβλήματα. Η ανάθεση στο Α.Π.Θ. της οργάνωσης του Ελληνικού Γραφείου της ESDA έγινε από την Ευρωπαϊκή Εταιρία Έρευνας της Σεξουαλικότητας και της Ανικανότητας (EuropeanSocietyforSexualandImpotenceResearch, ESSIR)(Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Η μη-κυβερνητική οργάνωση «Πρωτοβουλία Γυναίκα και Υγεία»

Η «Πρωτοβουλία Γυναίκα και Υγεία» είναι ένας μη-κυβερνητικός οργανισμός που ιδρύθηκε το 2001 και δραστηριοποιείται στο χώρο των δικαιωμάτων της γυναίκας. Μέχρι σήμερα αναφορικά με την αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία(Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008):

- Παρέχει πληροφορίες, έντυπο υλικό.
- Διενεργεί έρευνες και παρεμβάσεις αναφορικά με παραμέτρους γυναικείας υγείας.
- Συμμετέχει στο Lobby Γυναικών Ευρώπης.

3.6 Παρέμβαση για HIV/AIDS στην Θεσσαλία το 2012

Το 2012, δραματική αύξηση παρουσίασαν τα νέα κρούσματα του AIDS στην Ελλάδαόπως αναφέρει το Δημοσιογραφικό Συγκρότημα Μακεδονίας. Οι ειδικοί κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου και τονίζουν ότι η αύξηση φθάνει έως και 50% σε σχέση με την περσινή χρονιά.Για πρώτη φορά το 2012, ύστερα από 31 χρόνια που χρονολογείται η έναρξη της επιδημίας, τα περισσότερα κρούσματα των δηλωθέντων περιστατικών με HIV λοίμωξη έκαναν αναφορά

σε ΧΕΝ, με τους άνδρες που έχουν σεξουαλικές επαφές με άνδρες να κατακτούν την δεύτερη θέση. Οι δύσκολες οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες που επικρατούν στη χώρα μας λόγω κρίσης, η κοινή χρήση μολυσμένων βελονών και συριγγών, η πορνεία και η σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη είναι οι κύριες αιτίες που οδηγούν στην αύξηση αυτή. «Όπως προκύπτει από τα στοιχεία των μονάδων λοιμώξεων της χώρας μας, το 2012 αναμένουμε μια μεγάλη, συγκριτικά πολύ μεγαλύτερη σε σχέση με το 2011, αύξηση των νέων κρουσμάτων HIV λοίμωξης. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις μας, ο αριθμός νέων HIV λοιμώξεων στο τέλος του 2012 θα υπερβεί τις 1.250, γεγονός που σημαίνει αύξηση μεγαλύτερη από 50% συγκριτικά με το 2011, οπότε είχαν καταγραφεί συνολικά 954 νέα περιστατικά», υπογράμμισε ο πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, Μάριος Λαζανάς στο Δημοσιογραφικό συγκρότημα Μακεδονίας το 2012 (Δημοσιογραφικό συγκρότημα Μακεδονίας, 2012).

Τα επιδημιολογικά δεδομένα της HIV λοίμωξης στην Ελλάδα, κατά τη διάρκεια των πρώτων δέκα μηνών του 2012 αναλύονται σε:

1. 1.049 νέα περιστατικά, εκ των οποίων 883 ήταν άνδρες και 166 γυναίκες.
2. Από τις περιπτώσεις που δηλώθηκαν για πρώτη φορά ως θετικές στην HIV λοίμωξη το 2012, οι 487 (46,4%) ήταν χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών (ΧΕΝ) οι 256 (24,4%) ήταν άνδρες που είχαν σεξουαλικές επαφές με άνδρες
3. Στο 18,9% των δηλώσεων που υπολλείπονται δεν έχει προσδιοριστεί η κατηγορία μετάδοσης.

«Είναι επιτακτική η ανάληψη συντονισμένης και έγκαιρης δράσης από την πολιτεία, προκειμένου να περιοριστεί η εξάπλωση της επιδημίας σ' αυτή την κοινωνική ομάδα και να επιλυθούν ταχύτατα τα προβλήματα που υπάρχουν για την περίθαλψή της, όπως για παράδειγμα κοινωνική ασφάλιση, επάρκεια προσωπικού και χώρων νοσηλείας, προγράμματα στέγασης και απεξάρτησης», υπογραμμίζει επίσης ο κ. Λαζανάς στο Δημοσιογραφικό συγκρότημα Μακεδονίας (Δημοσιογραφικό συγκρότημα Μακεδονίας, 2012).

3.6.1 Ανθεκτικότητα παρουσίασε ο ιός στη Βόρεια Ελλάδα το 2012

Η παρατήρηση αύξησης της αντοχής του ιού στα αντιρετροϊκά φάρμακα που λαμβάνουν ασθενείς με πρόσφατη διάγνωση HIV λοίμωξης έσπειρε τον πανικό. Αξιοσημείωτο για την συγκεκριμένη χρονιά είναι το γεγονός ότι η Βόρεια Ελλάδα κατείχε την πρωτιά στο θέμα της ανθεκτικότητας στα φάρμακα, με το ποσοστό αυτής να φτάνει μέχρι και το 22%, τη χρονική

περίοδο που η διαχρονικά σταθερή αντοχή στη Νότια Ελλάδα παρουσιάζεται να είναι μόλις 6,4%. Οι επιστήμονες θεωρούν ότι το γεγονός αυτό αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα, που θα μπορούσε να επηρεάσει αρνητικά την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και να αυξήσει υπερβολικά το κόστος της θεραπείας αυτής. Όπως αναφέρει ο παθολόγος-λοιμωξιολόγος, επιμελητής Α' και διευθυντής στη Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων του «ΑΧΕΠΑ», Παναγιώτης Κολλάρας στο Δημοσιογραφικό Συγκρότημα Μακεδονίας, μελέτες αποφάνθηκαν ότι το 22% των ασθενών που παρακολουθούνται στη μονάδα, η οποία είναι μοναδική σε Μακεδονία, Ήπειρο και Θεσσαλία κι εξυπηρετεί 1.300 ασθενείς, έχει εμφανίσει ανθεκτικότητα στα αντιρετροϊκά φάρμακα. Γεγονός που μεταφράζεται ως ότι η θεραπεία που ακολουθούν δεν βοηθάει στον περιορισμό της εξάπλωσης του ιού στο σώμα. Επιπρόσθετα, ο ιός μπορεί να γίνει ανθεκτικός όταν οι ασθενείς δεν ακολουθούν πιστά τις οδηγίες του γιατρού κι αμελούν τη θεραπεία τους. Όπως πρόσθεσε ο κ. Κολλάρα, τα περισσότερα κρούσματα στη Βόρεια Ελλάδα είναι περιπτώσεις ομοφυλόφιλων, ενώ όταν πρόκειται για την Αθήνα, όπου και καταγράφονται οι περισσότεροι ασθενείς, τα περισσότερα κρούσματα αφορούν τοξικομανείς, σε ποσοστό που αγγίζει το 98% (Δημοσιογραφικό συγκρότημα Μακεδονίας, 2012).

3.6.2 Θεραπεία φαρμάκων

Το κόστος της θεραπείας της HIV λοίμωξης, αποτελεί τεράστιο πρόβλημα ιδιαίτερα υπό συνθήκες οικονομικής κρίσης. Λόγω του ότι κάθε περιστατικό είναι εξατομικευμένο, όσον αφορά τη θεραπεία της λοίμωξης και την αντικατάσταση παλαιών φαρμάκων με νεότερα άρα και πιο ασφαλέστερα, η μείωση των τιμών των φαρμάκων δεν βοηθάει πλήρως στη μείωση του κόστους θεραπείας. Ενδεικτικό παράδειγμα είναι το νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ της Θεσσαλονίκης, το οποίο προσφέρει πάνω από το μισό της φαρμακευτικής δαπάνης του στο για να καλύψει το όφελος της αντιρετροϊκής αγωγής, εφόσον έχει αναλάβει τη θεραπεία των ασθενών με AIDS σε Βόρεια Ελλάδα και Θεσσαλία. Σύμφωνα με αρμόδιους, δεν μοιάζει να είναι τόσο το πρόβλημα της επάρκειας των αντιρετροϊκών φαρμάκων, σύμφωνα με προαναφερθέν παρόμοιο περιστατικό στη μονάδα λοιμώξεων του «Τζάννειου» νοσοκομείου στην Αθήνα λόγω εξάντλησης του προϋπολογισμού (Δημοσιογραφικό συγκρότημα Μακεδονίας, 2012). Τελικά, το Υπουργείο Υγείας, αποφάσισε να χρησιμοποιήσει ένα χρηματικό ποσό από άλλους κωδικούς του νοσοκομείου ή να πάρει δανεικά φάρμακα από άλλα νοσηλευτικά ιδρύματα, προκειμένου να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα και να μειωθεί ο προϋπολογισμός.

3.6.3 Εμβόλιο κατά της λοίμωξης του AIDS

Ελπιδοφόρο μοιάζει να είναι το μέλλον σε ότι αφορά την πιθανή ανάπτυξη ενός εμβολίου για την οριστική πλέον θεραπεία της HIV λοίμωξης. Οι επιστήμονες μέχρι και το 2012 δήλωναν άκαρπες τις προσπάθειές τους για την ανάπτυξη αποτελεσματικού εμβολίου για την καταπολέμηση της νόσου. Ωστόσο, υπήρχε πρόσφατη πρόοδος στον τομέα αυτό αποδεικνύοντας για πρώτη φορά ότι η κατασκευή ενός αποτελεσματικού προφυλακτικού εμβολίου είναι επιστημονικά δυνατή και παρέχει σοβαρή ελπίδα για το μέλλον. Μέχρι τότε, η σωστή και συνεχής ενημέρωση, η λήψη προφυλακτικών μέτρων και η έγκαιρη θεραπεία αποτελούν τα αποτελεσματικότερα μέτρα ελέγχου της εξάπλωσης της νόσου (Δημοσιογραφικό συγκρότημα Μακεδονίας, 2012).

3.7 Νοσηλευτική παρέμβαση και ψυχοκοινωνική στήριξη του πάσχοντα

Η αίσθηση αυτοσυντήρησης είναι αξιοσημειώτη. Η μετάδοση μίας νέας νόσου που τρομάζει τους υπάρχοντες ασθενείς, και είναι δυνατό οι ασθενείς, να κρατάνε οι ίδιοι τις αποστάσεις για να εμποδίσουν την μετάδοση του Ιού ακόμα από τους νοσηλευτές. Η συνεχής παρακολούθηση πρέπει να είναι αναγκαία για τους νοσηλευόμενους, και η συνεχής προσπάθεια για την ενδυνάμωση του ανοσοποιητικού συστήματος τους είναι επίσης ζωτικής σημασίας. Το ανοσοποιητικό τους σύστημα τονώνεται με την καλή διατροφή, με την κατανάλωση υγρών όπως νερό, και πρέπει να φροντίζουν οι αρμόδιοι να εξωμαλίνουν τον πόνο του κάθε ασθενή. Εκτός από την τόνωση του ανοσοποιητικού συστήματος του ασθενή, είναι χρήσιμο να υπάρχει μια κατανόηση από τους γιατρούς απέναντι σε αυτόν και στην οικογένειά του, για την καλύτερη συνεργασία και τη ενθάρυνση του ασθενούς να φροντίζουν για τη εξέλιξη της υγείας του. Παράλληλα, μαζί με την νοσηλεία του και μη, χρειάζεται και ψυχολογική υποστήριξη και αυτός και η οικογένειά του, για τα τυχόν ψυχολογικά προβλήματα που προκύπτουν από την νόσο του AIDS. Επίσης, ένα άλλο, αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπείας από τον ιό του HIV είναι και η ενημέρωση του ασθενούς για να προστατεύει τον περίγυρο του αλλά και προφυλάσσει τον ίδιο του τον εαυτό από τις εξωγενείς απειλές της υγείας του.

Έίναι σημαντική η σωστή ενημέρωση υπέρ της πρόληψης και βελτίωσης της ποιότητας ζωής του που πολλές φορές είναι καθοριστική για το μέλλον του ασθενή. Μερικές από τις πιο χρήσιμες συμβουλές είναι για παράδειγμα η συχνή ιατρική παρακολούθηση έστω και όταν τα συμπτώματα δεν είναι εμφανή, να μην «μοιράζεται» τα είδη υγιεινής του π.χ. ξυραφάκια, σφουγγάρι μπάνιου και οδοντόβουρτσα. Επίσης, η σωστή ενημέρωση από μέρους του προς τους προσωπικούς ιατρούς του για την άμεση πρόληψη κατά τον ιό του HIV. (Παπαδάκη Α., 1998).

3.8 Νοσηλευτική δεοντολογία

Είναι πολύ σημαντικό να σε αυτό το σημείο να αναφερθεί κατά γράμμα η έγκυρη απόφαση του προέδρου της Ελληνικής Δημοκρατίας για τη νοσηλευτική δεοντολογία σύμφωνα με το προεδρικό διάταγμα υπ' αριθμ. 216/25-7-2001, ΦΕΚ 167, Τεύχος Α.

Έχοντας υπόψη:

- Τις διατάξεις των παρ. 1 και 2 του άρθρου 114 του Ν. 2071/92 (ΦΕΚ 123, Α/92) «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας»
- Τις διατάξεις του άρθρου 29 Α του Ν. 1558/85 (ΦΕΚ 137, Α/85) όπως προστέθηκε με το άρθρο 27 του Ν. 2081/92 (ΦΕΚ 154, Α/92) και τροποποιήθηκε με το άρθρο 1 παρ. 2α του Ν. 2469/97 (ΦΕΚ 38, Α/97).
- Την αρ. 2850/18.4.2000 (ΦΕΚ 565, Β) απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Υγείας και Πρόνοιας Χριστίνα Σπυράκη και Δημήτριο Θάνο».
- Την αρ. Απόφαση 15 της 139ης Ολομέλειας/2.4.98 του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας.
- Το γεγονός ότι από τις διατάξεις του παρόντος Προεδρικού Διατάγματος δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού.
- Την αριθμ. 289/2001 Γνωμοδότηση του Συμβουλίου Επικρατείας, μετά από πρόταση του Υφυπουργού Υγείας και Πρόνοιας, αποφασίζουμε:

Θεσπίζεται Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας ως εξής:

Άρθρο 1

Ο Νοσηλευτής οφείλει να αποτελεί υπόδειγμα έντιμου και άμεμπτου ατόμου σε όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του και να προστατεύει την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Οφείλει γενικά να πράττει καθετί που επιβάλλει το καθήκον του, σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, τις αρχές της ηθικής και της δεοντολογίας, τις διατάξεις του παρόντος κώδικα και τις διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Άρθρο 2

Πρωταρχική μέριμνα του νοσηλευτή κατά την παροχή των υπηρεσιών του είναι η κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου ως βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας. Με

αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή, στα πλαίσια της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης και ανακούφισης από τον πόνο, οφείλει ο νοσηλευτής να χρησιμοποιεί το σύνολο των επιστημονικών και επαγγελματικών του γνώσεων και δεξιοτήτων και την εμπειρία του, διατηρώντας σε κάθε περίπτωση την επιστημονική και επαγγελματική του ανεξαρτησία.

Αρθρο 3

Ιδιαίτερο καθήκον του νοσηλευτή αποτελεί η φροντίδα του ασθενή, με τη δημιουργία του κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος ώστε ο ασθενής να απολαμβάνει τη μέγιστη δυνατή σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία.

Αρθρο 4

Ο Νοσηλευτής πρέπει κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του να απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατόν να δημιουργήσει την υπόνοια ότι καταφεύγει σε παραπλάνηση ή εξαπάτηση των ασθενών, προσέλευση πελατείας, προσωπική διαφήμιση, συνεταιρισμό με άτομα που δεν ασκούν το επάγγελμα, συγκάλυψη ατόμων που ασκούν μη νόμιμα το επάγγελμα ή αθέμιτο ανταγωνισμό συναδέλφων.

Αρθρο 5

Ο Νοσηλευτής οφείλει απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και την τιμή του ασθενή. Οφείλει να λαμβάνει κάθε μέτρο που προάγει, αλλά και να απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση του ασθενή.

Αρθρο 6

Ο Νοσηλευτής οφείλει να προσφέρει ισότιμα προς όλους τους ασθενείς την ίδια φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση, ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές, ιδεολογικές ή άλλες πεποιθήσεις τους, την κοινωνική και την οικονομική τους κατάσταση ή τη βαρύτητα της νόσου.

Αρθρο 7

Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής, λαμβάνει κάθε μέτρο για τη διάσωση ή διατήρησή της και απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να τη θέσει σε κίνδυνο.

Αρθρο 8

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή, στα πλαίσια και όρια των καθηκόντων του, σύμφωνα με τα δεδομένα της νοσηλευτικής επιστήμης και τις διατάξεις που αφορούν την άσκηση του επαγγέλματος, αποφεύγοντας οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη ή πειραματική διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδο. Για το σκοπό αυτό, ο Νοσηλευτής οφείλει να ενημερώνεται και να βελτιώνει τις δεξιότητές του στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Αρθρο 9

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τη συνδρομή του στον ασθενή με κάθε θεμιτό μέσο και να τον προστατεύει από οποιαδήποτε βλάβη ή κίνδυνο στο χώρο παροχής των υπηρεσιών του, δημιουργώντας ένα ασφαλές περιβάλλον. Οφείλει επίσης να διαφυλάττει τα ατομικά δικαιώματα του ασθενή και να αποτρέπει με κάθε δυνατό μέσο οποιαδήποτε μορφή παραβίασής τους.

Αρθρο 10

Ο Νοσηλευτής, σεβόμενος την προσωπικότητα του ασθενή, πρέπει να παρέχει τη συνδρομή του για την ορθή ενημέρωση του ασθενή αναφορικά με την πρόγνωση, τη διάγνωση, τη θεραπεία, τους ενδεχόμενους κινδύνους και τα οφέλη, πριν από τη διενέργεια κάθε νοσηλευτικής ή ιατρικής πράξης.

Αρθρο 11

Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην ιδιωτική ζωή του ασθενή και απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατό να βλάψει τον απόρρητο χαρακτήρα των κάθε είδους πληροφοριών των οποίων λαμβάνει γνώση κατά την άσκηση των καθηκόντων του.

Αρθρο 12

Ο Νοσηλευτής οφείλει να διατηρεί άριστες σχέσεις με τους συναδέλφους Νοσηλευτές, τους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, παραμερίζοντας κάθε διαφορά με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών. Οφείλει να σέβεται και να τιμά τους συναδέλφους Νοσηλευτές κάθε βαθμίδος, εκπαίδευσης, ή ειδίκευσης, τηρώντας την ιεραρχία.

Αρθρο 13

Ο Νοσηλευτής οφείλει να σέβεται και να συνεργάζεται αρμονικά με τους ιατρούς, ακολουθώντας με ακρίβεια τις ιατρικές οδηγίες, διατηρώντας συγχρόνως την επιστημονική του ανεξαρτησία και την ιδιότητά του ως ισότιμου μέλους της θεραπευτικής ομάδας.

Αρθρο 14

Απαγορεύεται στο Νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκιμασίες του έργου των συναδέλφων του, των ιατρών και του λοιπού προσωπικού.

Αρθρο 15

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του και τη συνδρομή του στις δημόσιες αρχές για την προαγωγή και διαφύλαξη της δημόσιας υγείας, τόσο στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής όσο και κατά την παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών γενικότερα, σύμφωνα με τους κανόνες της επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις.

Αρθρο 16

Ο Νοσηλευτής που ασχολείται με την έρευνα οφείλει να τηρεί τις γενικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας κατά την διενέργεια κάθε επιδημιολογικής, κλινικής ή άλλης έρευνας, όπως αυτές ορίζονται στους διεθνείς κώδικες και διατυπώνονται ειδικότερα από την αρμόδια επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας. Επίσης οφείλει να λαμβάνει ιδιαίτερη μέριμνα για το σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων των ατόμων που συμμετέχουν με τη συναίνεσή τους σε επιστημονική έρευνα, για την επιστημονική ακρίβεια των αποτελεσμάτων της έρευνας και για την τήρηση του νοσηλευτικού απορρήτου.

Αρθρο 17

Ο Νοσηλευτής δεν μπορεί να συνδυάζει την έρευνα με τις νοσηλευτικές φροντίδες εκτός της περίπτωσης που αυτή η έρευνα μπορεί να προσφέρει διαγνωστικά ή θεραπευτικά στον ασθενή.

Άρθρο 18

Η παροχή νοσηλευτικών φροντίδων απαιτεί, σε όλες τις περιστάσεις, το σεβασμό της ζωής, της αξιοπρέπειας και της ελεύθερης επιλογής του ασθενή. Σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό στάδιο μπορεί η νοσηλευτική φροντίδα να περιοριστεί στην ανακούφιση του φυσικού και ηθικού πόνου του ασθενή, παρέχοντάς του την κατάλληλη υποστήριξη και διατηρώντας, κατά το δυνατόν την ποιότητα της ζωής του. Αποτελεί υπέρτατο χρέος του νοσηλευτή να συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος και να δρα με τρόπο, ώστε να του επιτρέπει τη διατήρηση της αξιοπρέπειάς του.

Άρθρο 19

Ο Νοσηλευτής που μετέχει στη διαδικασία πιστοποίησης του θανάτου, κατά τα οριζόμενα στο άρθρο 12 του Ν. 2737/1999 (Α' 174), παρέχει τη συνδρομή του στο ιατρικό έργο και λαμβάνει κάθε απαραίτητο μέτρο προκειμένου να διαπιστωθεί ότι τηρήθηκαν οι κείμενες διατάξεις.

Άρθρο 20

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει στον ασθενή, μετά από αίτησή του, κάθε χρήσιμη πληροφορία στα θέματα της αναπαραγωγής στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων του. Σύμφωνα με τη νοσηλευτική ηθική, ο Νοσηλευτής εξαιτίας των προσωπικών του πεποιθήσεων έχει τη δυνατότητα αποχής από τη διαδικασία αναπαραγωγής ή διακοπής της κύησης.

Άρθρο 21

Υποχρεώσεις στα πλαίσια της Παιδιατρικής Νοσηλευτικής

Η προσωπικότητα και η βούληση του παιδιού-ασθενή πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας και να επιδιώκεται η λήψη της συναίνεσης ιδιαίτερα των εφήβων.

Άρθρο 22

Υποχρεώσεις στα πλαίσια της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής

Ο Νοσηλευτής οφείλει τον απαραίτητο σεβασμό στην προσωπικότητα του ψυχιατρικού ασθενή λαμβάνοντας υπόψη τη βούλησή του στις περιπτώσεις εκείνες που είναι σε θέση να την εκφράσει.

Άρθρο 23

Υποχρεώσεις στα πλαίσια της Κοινωνικής Νοσηλευτικής

Ο Νοσηλευτής οφείλει στα πλαίσια της Κοινωνικής Νοσηλευτικής να παρέχει τις διαγνωστικές, θεραπευτικές και υποστηρικτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες του σε στενή συνεργασία με την ομάδα υγείας, το φορέα στα πλαίσια του οποίου γίνεται η παροχή, καθώς και τις δημόσιες αρχές για την προστασία της δημόσιας υγείας.

Άρθρο 24

Η ισχύς του παρόντος διατάγματος αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

ΕΣΝΕ (Εθνικός σύνδεσμος νοσηλευτών Έλλαδος)

4. ΕΠΙΛΟΓΟΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η νόσος του AIDS πρωτοεμφανίστηκε το 1981 με κάποιες αναφορές και το 1978. Λίγο αργότερα η νόσος έφτασε και στην Ευρώπη. Οι ενδείξεις κατά την πάθηση της νόσου είναι συχνά οι διάφορες λοιμώξεις διαφόρων ειδών, και σε κάποιες περιπτώσεις είναι πιθανό μαζί με τις λοιμώξεις να εμφανιστούν και κάποιοι ορισμένου τύπου κακοήθων όγκων. Ο HIV είναι ένας ιός και το χαρακτηριστικό των ιών είναι να προσβάλουν τον ανθρώπινο οργανισμό, όπως αυτός του κοινού κρυολογήματος ή της γρίπης, παραμένοντας στο σώμα μόνο για μερικές μέρες. Στην παραπάνω προσέγγιση αναλύθηκε με λεπτομέρειες η νόσος του AIDS με ειδική αναφορά στην παρούσα φάση της ασθένειας στην Ελλάδα. Είναι μια δύσκολη ασθένεια που επηρεάζει ψυχολογικά τους ασθενείς καθώς αναφέρθηκαν αναλυτικά επίσης οι τρόποι που θα μπορέσουν να βελτιώσουν την ζωή των ασθενών μέσω της καλύτερης ενημέρωσης. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δωθεί στον χειρισμό από τους ειδικούς καθώς πλανάται μια λανθασμένη άποψη για την μετάδοση κυρίως της νόσου αυτής. Καινούριες

μέθοδοι για την πρόληψη και όχι μόνο αλλά και για την αντιμετώπιση της ασθένειας ανακαλύπτονται χρόνο με χρόνο. Θα ήταν καλό να δωθεί περισσότερη βάση στην ανακάλυψη σύγχρονου εμβολιασμού στο μέλλον και στην καλύτερη ενημέρωση τόσο των ασθενών αλλά και του κοινωνικού συνόλου ώστε να γίνεται αποδεκτός ο τρόπος ζωής όλων των ατόμων και να υπάρχει καλύτερη υποστήριξη και αλληλοσεβασμός στους συνανθρώπους μας. Η καλύτερη εξειδίκευση του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί υποχρεωτική αναβάθμιση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

AIDS.gov, *SignsandSymptoms*, (2013), Accessed:[10/08/2014], Onlinelink:

<http://www.aids.gov/hiv-aids-basics/hiv-aids-101/signs-and-symptoms/>

AIDS.org: Information, Education, Action, *How is HIV*

transmitted?,<http://www.aids.org/topics/aids-faqs/how-is-hiv-transmitted/>

AIDS.gov, AIDS transfer, *How do you get AIDS*, Accessed:[20/08/2014], Online

link:<http://www.aids.gov/hiv-aids-basics/hiv-aids-101/how-you-get-hiv-aids/>

Baylor College of Medicine, AIDS, Online link:<https://www.bcm.edu/departments/molecular-virology-and-microbiology/hivaids>

Chinen J. and Shearer W.T., (2002), *Molecular virology and immunology of HIV infection*, J.

Allergy Clin Immunol, Online link:[http://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(02\)00079-9/pdf](http://www.jacionline.org/article/S0091-6749(02)00079-9/pdf)

Center for Disease Control and Prevention, (2014), *Laboratory testing for the diagnosis of*

HIV infection, Online link:<http://www.cdc.gov/hiv/pdf/HIVtestingAlgorithmRecommendation-Final.pdf>

Dore G.J., & Cooper D.A., (2001), *AIDS: Clinical manifestation*, Encyclopedia of life sciences,

Nature publishing group, Online link:

[http://web.udl.es/usuaris/e4650869/docencia/segoncicle/genclin98/recursos_classe_\(pdf\)/revisionsPDF/AIDS-Clinical-.pdf](http://web.udl.es/usuaris/e4650869/docencia/segoncicle/genclin98/recursos_classe_(pdf)/revisionsPDF/AIDS-Clinical-.pdf)

HIVAIDS.gr, (2014), Online link:<http://www.hivaids.gr/homepage.php?id=pliroforisi/hivaids>

Medscape, (2014) *HIV disease clinical presentation*, Online

link:<http://emedicine.medscape.com/article/211316-clinical>

Ministry of Health, (2013), *HIV/AIDS surveillance in Greece*, Online

link:http://www.keelpno.gr/Portals/0/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1/HIV/2014/Epidimiologiko_2013_final.pdf

Nam, (2010), Online link: <http://www.aidsmap.com/files/file1000883.pdf>

NHS choices, (2012), *AIDS causes*, Online link:

<http://www.nhs.uk/Conditions/HIV/Pages/Causes.aspx>

NHS choices, *HIV and AIDS – Symptoms*, Symptoms of HIV, (2012), Accessed:

[15/08/2014], Online link: <http://www.nhs.uk/Conditions/HIV/Pages/Symptomspg.aspx>NHS,

NHS choices, (2012), *HIV testing*, Online

link: <http://www.nhs.uk/Conditions/HIV/Pages/Diagnosispg.aspx>

Mandal, (2014), NewsMedical, Online link: <http://www.news-medical.net/health/AIDS->

[Prognosis-\(Greek\).aspx](http://www.news-medical.net/health/AIDS-Prognosis-(Greek).aspx)

English M., (2009), *Prognosis*, The AIDS Beacon, Online link:

<http://www.aidsbeacon.com/resources/2009/06/03/prognosis/>

WebMD, *HIV & AIDS Health Center*, Online link: <http://www.webmd.com/hiv-aids/hiv-aids->

[screening](http://www.webmd.com/hiv-aids/hiv-aids-screening)

WebMD, *HIV & AIDS Health Center*, Online

link http://www.emedicinehealth.com/hivaids/page5_em.htm

WHO, *HIV/AIDS*, Online link: <http://www.who.int/hiv/strategic/surveillance/definitions/en/>

Wonder how to, Online link: <http://hivaids-help-please.wonderhowto.com/inspiration/hiv-aids->

[symptoms-0127692/](http://hivaids-help-please.wonderhowto.com/inspiration/hiv-aids-symptoms-0127692/)

ΕΣΝΕ (Εθνικός σύνδεσμος νοσηλευτών Έλλαδος)

<http://www.esne.gr/index.php/organosi/ainmenu-38/inmenu-40>

ΚΕΕΛΠΝΟ <http://www.keelpno.gr/el->

[gr/%CE%B4%CF%81%CE%AC%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82%CE%BA%CE%B5%CE%B5%CE%BB%CF%80%CE%BD%CE%BF/%CF%80%CE%B1%CF%81%CE%B5%CE%BC%CE%B2%CE%AC%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1.aspx](http://www.keelpno.gr/el-gr/%CE%B4%CF%81%CE%AC%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82%CE%BA%CE%B5%CE%B5%CE%BB%CF%80%CE%BD%CE%BF/%CF%80%CE%B1%CF%81%CE%B5%CE%BC%CE%B2%CE%AC%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1.aspx)

Μπούκα Ν., (2012), Δημοσιογραφικό συγκρότημα

Μακεδονίας, <http://www.makthes.gr/news/reportage/96999/>

Μερτζάνος, Ε. Παραράς, Μ. *Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας*, Εθνική Φαρμακοβιομηχανία, 4η επανέκδοση, Αθήνα 1999, σελ 18 – 118.

Παπαδάκη, Α. *Εγχειρίδιο αντιμετώπισης αρρώστου με AIDS στο νοσοκομείο*, Εκπαιδευτικό κέντρο ΑΧΕΠΑ, επανέκδοση Ζ', Αθήνα (1998), σελ.1 – 10.

Τεκνετζής, Ά. *Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, κλινική αφροδίσιων και δερματικών νοσημάτων*, Αριστοτέλειου πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, _' Επανέκδοση, Θεσσαλονίκη (1996), σελ. 5 – 9.

(Το Βήμα Science, 2014) <http://www.tovima.gr/science/medicine-biology/article/?aid=573947>

(Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008)

http://www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/Files/ANAPARAGOGIKI_TELIKO.pdf

(Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008)

http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Greece/hiv_plan_greece.pdf