



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΙΟΥΣΤΙΝΗ Δ. ΔΕΒΕΤΖΗ

«Το AIDS στην Ελλάδα σήμερα.  
Γνώση, Φόβος, Ταμπού ή Άμυνα;»



Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης  
στη “Διοίκηση της Υγείας”

Πειραιάς, 2009

**IOUSTINI D. DEVETZI**

**“AIDS in Greece today.  
Knowledge, Fear, Taboo or Defense?”**



Graduate Thesis Submitted for the Degree  
“Master of Science in Health Management”



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

Piraeus, 2009

**ΙΟΥΣΤΙΝΗ Δ. ΔΕΒΕΤΖΗ**

**«Το AIDS στην Ελλάδα σήμερα.  
Γνώση, Φόβος, Ταμπού ή Άμυνα;»**

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

**Dr Φαφαλιού-Κυριλλοπούλου Ειρήνη**

Μελέτη για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης  
στη “Διοίκηση της Υγείας”

Πειραιάς, 2009



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΔΗΛΩΣΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Της *Δεβετζή Ιουστίνης* του Δημητρίου , Α.Μ.: 06135

Δηλώνω ότι επιθυμώ να εκπονήσω, τη διπλωματική μου εργασία, με τίτλο:

*«Το AIDS στην Ελλάδα σήμερα. Γνώση, Φόβος, Ταμπού ή Άμυνα;»*

*Βαθμίδα Ονοματεπώνυμο*

με επιβλέπουσα την Dr Φαφαλιού-Κυριλλοπούλου Ειρήνη.

Αναμενόμενη Παράδοση:

*Σεπτέμβριος 2009*

**Μ.Φ.** Υπογραφή: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

**Επιβλέπων:** Υπογραφή: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

Διευθυντής Π.Μ.Σ.: Υπογραφή: \_\_\_\_\_





## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Κατ' αρχήν θέλω να εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην καθηγήτρια μου κα Ειρήνη Φαφαλιού-Κυριλλοπούλου για τις χρήσιμες συμβουλές και την υποστήριξη που μου παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της μελέτης μου.

Επίσης, να ευχαριστήσω τον ιατρό κο Β. Παπαρίζο, της Πανεπιστημιακής Κλινικής των Αφροδισίων & Δερματικών Νοσημάτων της μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων του Νοσοκομείου 'Ανδρέας Συγγρός', για το βιβλιογραφικό υλικό και τον περιοδικό τύπο που μου εμπιστεύτηκε.

Καθώς και τους συνεργάτες του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ και ιδιαίτερα την κα Μ. Βαρελή, Υπεύθυνη του Τμήματος Εκπαίδευσης, που με βοήθησε να φωτίσω αρκετά κάποια «σκοτεινά ζητήματα» γύρω από το θέμα του AIDS.

Τέλος, θέλω επίσης να ευχαριστήσω πολύ τους γονείς μου για την αμέριστη ηθική συμπαράσταση την οποία μου παρείχαν όλα αυτά τα χρόνια προσπαθειών μου.



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες, η επιδημία του AIDS αποτελεί το επίκεντρο του επιστημονικού και ερευνητικού ενδιαφέροντος τόσο σε διεθνή κλίμακα όσο και σε εθνικό επίπεδο. Το φαινόμενο αυτό απασχολεί τη κλινική ιατρική, την επιδημιολογία, τις κοινωνικές και οικονομικές επιστήμες για την καλύτερη κατανομή των πόρων της υγείας.

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των κοινωνικών διαστάσεων του AIDS και συγκεκριμένα περιγράφεται ο τρόπος που οι πολίτες αντιλαμβάνονται την ασθένεια και τις επιπτώσεις τις. Η προσέγγιση του θέματος βασίζεται σε πρωτογενή και δευτερογενή στοιχεία.

Τα πρωτογενή στοιχεία προέκυψαν από έρευνα πεδίου μέσω της χρήσης δομημένου ερωτηματολογίου, το οποίο διανεμήθηκε σε δείγμα 120 ατόμων, εκ των οποίων οι 100 δέχτηκαν να απαντήσουν. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας, περιγράφεται η γενικότερη εικόνα που έχει ο μέσος Έλληνας για την ασθένεια του AIDS, ο βαθμός ενημέρωσης του, τα ταμπού, οι φόβοι και η ευαισθησία του σε θέματα ιατρικής φροντίδας και οικονομικών παροχών.

Αντίστοιχα, τα δευτερογενή στοιχεία της έρευνας καλύφθηκαν από επισκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας καθώς και τη χρήση πηγών του διαδικτύου.

Συγκεκριμένα παρουσιάζεται το AIDS εννοιολογικά, η εξέλιξη του συνδρόμου και η εξάπλωση του ως σήμερα. Γίνεται προσπάθεια αποτύπωσης της υφιστάμενης κατάστασης στην Ελλάδα, καταγράφονται ο αριθμός των οροθετικών ατόμων με HIV, οι ασθενείς του AIDS, ανά φύλο, ηλικία και κατηγορία μετάδοσης. Επίσης, διακρίνονται οι τρόποι μετάδοσης, γίνεται αναφορά στην αντιρετροϊκή θεραπεία που είναι πολύ σημαντική για την επιβίωση των ασθενών με HIV.

Παρουσιάζεται η δράση των εμπλεκόμενων φορέων για την αντιμετώπιση της ασθένειας. Επίσης, τίθονται το ζήτημα του κοινωνικού αποκλεισμού - ρατσισμού και οι παράγοντες διόγκωσης του κόστους.

Τέλος, διατυπώνονται προτάσεις σχετικά με τους τρόπους πρόληψης και μείωσης του κόστους της ασθένειας.

**Λέξεις – Κλειδιά:** Ασθένεια AIDS, Λοίμωξη HIV, οροθετικός, αντιρετροϊκά φάρμακα, κοινωνικός αποκλεισμός, οικονομικό κόστος φροντίδας και πρόληψη.



*IOUSTINI D. DEVETZI*

Graduate Thesis Submitted for the Degree

“Master in Health Management”

University of Piraeus - TEI of Piraeus, Greece.

Supervisor: Dr Irene Fafaliou-Kyrillopoulou

## **ABSTRACT**

The last decades, the epidemic of AIDS constitutes the epicentre scientific and inquiring interesting so much in international scale what in national level. This phenomenon concerns the clinical medicine, the epidemiology, the social & economical sciences for the better distribution of resources of health.

This dissertation aims to present the social dimensions of AIDS and describes the way that the citizens perceive the illness and its repercussions. The approach of subject of the present thesis is based on primary and secondary elements.

Primary elements resulted from research of field via the use of structured questionnaire, which was distributed in sample of 120 individuals, from which the 100 accepted to answer. Afterwards, we present the results of research, that is to say the more general picture that the Greeks have for the illness of AIDS, their degree of briefing, the taboos, their fears and their sensitivity on issues of medical care and economic benefits.

Respectively, the secondary elements of research they were based on the review of the relative Greek and international bibliography and spelling as well as internet sources.

Concretely is presented AIDS conceptually, the development of syndrome and his spread until today. Becomes effort of imprinting of existing situation in Greece, is recorded the number of boundary individuals with HIV, the patients of AIDS, per sex, age and category of transmission. Also, are distinguished the ways of transmission, become report in the anti-retro treatment that is very important for the survival of patients with HIV.

Is presented the action of involved institutions for the confrontation of illness. Also, touch on the serious matter of social exclusion - racism and the factors of increasing cost

Finally, measures are proposed as far as the prevention and the reduction of cost of illness concerned.

**Key words:** AIDS sickness, HIV Infection, HIV-infected patients, cost of care, antiretroviral therapy, medical care cost, and prevention.



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b>	1
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	2
<b>ΚΕΦ. 1<sup>ο</sup> : Ο ΙΟΣ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ – HIV</b>	
1.1 Έννοιες – Ορισμοί	4
1.2 Χρονολογικοί Σταθμοί Εξέλιξης της Επιδημίας	5
1.3 Προέλευση και Διάκριση των Ιών HIV1 και HIV2	7
1.4 Ο Κύκλος Ζωής του HIV	8
1.5 Η Φυσική Πορεία της Νόσου	9
1.5.1 <i>Η Πρώτη Φάση - Πρωτολοίμωξη</i>	10
1.5.2 <i>Η Δεύτερη Κλινική Φάση</i>	10
1.5.3 <i>Η Τρίτη Φάση ή Σύνδρομο AIDS</i>	10
1.6 Ιολογία – Ανοσολογία – Παθογένεια	11
1.7 Η Εξέλιξη του Συνδρόμου του AIDS	13
1.8 Η Εξάπλωση του AIDS Παγκοσμίως	15
<b>ΚΕΦ. 2<sup>ο</sup> :ΤΟ ΕΙΤΖ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΗΜΕΡΑ</b>	
2.1 Νεοδηλωθέντα HIV - Οροθετικά Άτομα	24
2.2 Σύνολο HIV Οροθετικών Ατόμων	26
2.3 Κατηγορία Μετάδοσης	27
2.4 Οροθετικά Παιδιά	30
2.5 Νέες Περιπτώσεις AIDS	31
2.6 Συνολικός Αριθμός Περιπτώσεων AIDS	33
2.7 Κατηγορίες Μετάδοσης AIDS	35
2.8 Ηλικιακές Ομάδες AIDS	38
2.9 Περιπτώσεις Aids σε Παιδιά	39
2.10 Ενδεικτικές Νόσοι	40
2.11 Θάνατοι σε Ασθενείς με AIDS	42



### **ΚΕΦ. 3<sup>ο</sup> : ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΗΝ HIV ΛΟΙΜΩΞΗ & ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

3.1 Μη Επαγγελματική Έκθεση	44
3.2 Η Διαδικασία που Ακολουθείται για την Αντιμετώπιση της μη Επαγγελματικής Έκθεσης στον HIV	46
3.3 Επαγγελματική Έκθεση	47
3.4 Εφαρμογή της Αντιρετροϊκής Θεραπείας στην Ελλάδα	50
3.5 Διαδικασία Συνταγογράφησης Αντιρετροϊκών Φαρμάκων	51
3.6 Σταθμοί στην Εξέλιξη της Αντιρετροϊκής Θεραπείας	52
3.7 Η Αποτελεσματικότητα της Αντιρετροϊκής Θεραπείας	53
3.8 Εξελίξεις και Προοπτικές στην Θεραπεία του AIDS	56

### **ΚΕΦ. 4<sup>ο</sup> : ΘΕΣΜΟΘΕΤΗΜΕΝΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ AIDS**

4.1 ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ	
4.1.1 Σκοπός και Λειτουργία του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ	58
4.2 Οι Δράσεις του Διατομεακού Γραφείου HIV Λοίμωξης - Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και Esther	59
4.2.1 Το Δίκτυο του Γραφείου HIV Λοίμωξης	61
4.3 Αποστολή Τμήματος Εκπαίδευσης	62
4.4 Αντιμετώπιση των Ψυχοκοινωνικών Συνεπειών	64
4.5 Νοσηλεία Ασθενών	64
4.6 Οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις	64
4.6.1 Κέντρο Ζωής	66
4.6.2 Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Πειραιά	66
4.6.3 Σύλλογος Ελπίδα	67
4.6.4 Σωματείο Σύνθεση	67
4.6.5 Act Up – Δράσε Hellas	67

### **ΚΕΦ. 5<sup>ο</sup> : Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ AIDS**

5.1 AIDS και Κοινωνικός Αποκλεισμός	68
5.2 Οι Ψυχολογικές Επιπτώσεις του Ασθενή του AIDS	70



5.3 Το Οικονομικό Κόστος της Ασθένειας	72
5.4 Παράγοντες Διόγκωσης του Οικονομικού Κόστους	73

## **ΚΕΦ.6<sup>ο</sup> : ΕΜΠΕΙΡΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

6.1 Μεθοδολογία Έρευνας	75
6.2 Δείγμα Αναφοράς	76
6.3 Περιγραφή Ερωτηματολογίου	78
6.4 Ευρήματα & Ανάλυση Αποτελεσμάτων Β' Μέρους - Γενικές Γνώσεις	79
6.5 Ευρήματα & Ανάλυση Αποτελεσμάτων Γ' Μέρους – Στάση Απέναντι στο AIDS	84
6.6 Ευρήματα & Ανάλυση Αποτελεσμάτων Δ' Μέρος – Κοινωνική Πολιτική για το AIDS	87

## **ΚΕΦ. 7<sup>ο</sup>: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

7.1 Περιορισμοί της Έρευνας	90
7.2 Συμπεράσματα – Διαπιστώσεις	91
7.3 Προτάσεις	95

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

98

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α**

104

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β**

109



## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Α/Α	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
Πίνακας 1	Κλινική Κατηγορία της HIV Λοίμωξης	9
Πίνακας 2	Περιπτώσεις AIDS ανά χώρα-μέλος της Ε.Ε. ανά έτος	23
Πίνακας 3	Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά φύλο	24
Πίνακας 4	Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά κατηγορία μετάδοσης & κατά φύλο	25
Πίνακας 5	Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά ηλικιακή ομάδα & κατά φύλο	25
Πίνακας 6	Σύνολο HIV οροθετικών ατόμων κατά έτος δήλωσης & κατά φύλο	26
Πίνακας 7	Σύνολο HIV οροθετικών ατόμων κατά κατηγορία μετάδοσης & κατά φύλο	27
Πίνακας 8	Σύνολο HIV οροθετικών ατόμων ετεροφυλοφυλικής μετάδοσης	28
Πίνακας 9	Σύνολο HIV οροθετικών ατόμων κατά ηλικιακή ομάδα & κατά φύλο	29
Πίνακας 10	Συνολικά δηλωθέντα οροθετικά παιδιά κατά ηλικιακή ομάδα & φύλο	30
Πίνακας 11	Συνολικά δηλωθέντα οροθετικά παιδιά κατά κατηγορία μετάδοσης & φύλο	30
Πίνακας 12	Νέες περιπτώσεις AIDS κατά φύλο	31
Πίνακας 13	Νέες περιπτώσεις AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης & κατά φύλο	32
Πίνακας 14	Νέες περιπτώσεις AIDS κατά ηλικιακή ομάδα & φύλο	32
Πίνακας 15	Περιπτώσεις AIDS κατά φύλο	33
Πίνακας 16	Περιπτώσεις AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης & φύλο	35
Πίνακας 17	Περιπτώσεις AIDS κατά κατηγορία ετεροφυλοφυλικής μετάδοσης & φύλο	37
Πίνακας 18	Περιπτώσεις AIDS σε παιδιά κατά ηλικιακή ομάδα & φύλο	39
Πίνακας 19	Περιπτώσεις AIDS σε παιδιά κατά κατηγορία μετάδοσης & φύλο	39



Πίνακας 20	Ενδεικτικοί νόσοι σε περιπτώσεις AIDS κατά ηλικιακή ομάδα & φύλο	41
Πίνακας 21	Δηλωθέντες θάνατοι ασθενών με AIDS κατ'έτος & φύλο	42
Πίνακας 22	Πιθανότητες Μετάδοσης σε Σχέση με τον Τύπο Έκθεσης	45
Πίνακας 23	Θεραπευτικά Σχήματα	54
Πίνακας 24	Κριτήρια Έναρξης Αγωγής σε πρωτοθεραπευόμενους Ασθενείς	55

### ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Α/Α	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
Γράφημα 1	Σύνολο HIV οροθετικών ατόμων κατά κατηγορία μετάδοσης	28
Γράφημα 2	Σύνολο HIV οροθετικών ατόμων κατά ηλικιακή ομάδα & κατά φύλο	29
Γράφημα 3	Συνολικά δηλωθέντα οροθετικά παιδιά κατά κατηγορία μετάδοσης	31
Γράφημα 4	Περιπτώσεις AIDS κατά φύλο	34
Γράφημα 5	Περιπτώσεις AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης	36
Γράφημα 6	Διαχρονική Τάση περιπτώσεων AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης	36
Γράφημα 7	Κατηγορίες μετάδοσης περιπτώσεων AIDS	37
Γράφημα 8	Περιπτώσεις AIDS κατά ηλικιακή ομάδα & φύλο	38
Γράφημα 9	Ενδεικτικοί νόσοι AIDS στους εφήβους/ενήλικες	40
Γράφημα 10	Δηλωθέντες θάνατοι ασθενών με AIDS κατ'έτος & φύλο	43
Γράφημα 11	Φύλλο Ερωτηθέντων	76
Γράφημα 12	Ηλικιακές Ομάδες Πληθυσμού Έρευνας.	77
Γράφημα 13	Τόπος Διαμονής του Δείγματος της Έρευνας	77
Γράφημα 14	Βαθμός Πληροφόρησης Σχετικά με το AIDS	79





Γράφημα 15	Βασική Πηγή Ενημέρωσης - Πληροφόρησης	80
Γράφημα 16	Ποσοστό Ερωτηθέντων που γνωρίζει τα αρχικά AIDS	80
Γράφημα 17	Ποσοστό που απάντησε εάν το HIV Θεραπεύεται	81
Γράφημα 18	Πιθανοί Τρόποι Θεραπείας σύμφωνα με το Δείγμα	81
Γράφημα 19	Σύγκριση Ποσοστών Τρόπων Μετάδοσης	82
Γράφημα 20	Ποσοστιαία Σύγκριση των Κυριότερων Συμπτωμάτων του AIDS	83
Γράφημα 21	Ποσοστό Γνωρίζει το που θα Εξεταστεί για HIV	83
Γράφημα 22	Ποσοστό που Υποβλήθηκε σε test HIV το Τελευταίο Έτος	84
Γράφημα 23	Συνθήκες υπό τις Εξετάστηκαν για HIV	84
Γράφημα 24	Ποσοστό Ατόμων που θα είχαν Φιλικές Σχέσεις με Ασθενή του AIDS	85
Γράφημα 25	Χρήση του Ίδιου Σκεύους Εστίασης	86
Γράφημα 26	Αναγνώριση Ασθενών από τα Εξωτερικά τους Χαρακτηριστικά	86
Γράφημα 27	Ποσοστιαία Σύγκριση των Μέτρων Πρόληψης Εξάπλωσης του AIDS	87
Γράφημα 28	Φορείς Αρμόδιοι για το Κόστος Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης	88
Γράφημα 29	Ποσοστιαία Σύγκριση Υπευθύνων Φροντίδας	89
Γράφημα 30	Βαθμίδα Εκπαίδευσης για τη Σεξουαλική Αγωγή	89



## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΧΑΡΤΩΝ

Α/Α	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
<i>Χάρτης 1</i>	<i>Απεικόνιση των 18 Μονάδων Ειδικών Λοιμώξεων &amp; 9 Κέντρων Αναφοράς</i>	61

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Α/Α	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
<i>Σχήματα 1 &amp; 2</i>	<i>Βασικές Αρχές για την Αντιμετώπιση Περίπτωσης 'Μη Επαγγελματικής Έκθεσης'</i>	46

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Α/Α	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
<i>Εικόνα 1</i>	<i>Δομή του ιού HIV</i>	12
<i>Εικόνα 2</i>	<i>Ο φόβος δημιουργεί κοινωνική περιθωριοποίηση</i>	68



## ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ - ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
Α.Ε.Π.	Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν
Γ.Γ. - Κ.Α.	Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων
CD <sub>4</sub>	Cluster Destination 4
DNA	Μόρια Δεσοξυριβοζονου-Κλειϊκού Οξέως
Ε.Ε.	Ευρωπαϊκή Ένωση
Ε.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ECDC	European Centre for Diseases Control
HAART	Συνδυασμοί Θεραπευτικών Αντιρετροϊκών Φαρμάκων
HIV	Human Immunodeficiency Virus
Η.Π.Α.	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
Ι.Φ.Ε.Τ.	Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας
Κ.Ε.Ε.Λ	Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων
ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ	Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
Κ.Υ.Α.	Κοινή Υπουργική Απόφαση
Μ.Μ.Ε.	Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης
NIAID	National Institute of Allergy and Infectious Diseases
Ο.Η.Ε.	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
Π.Ο.Υ.	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
RNA	Μόρια Ριβοζονουκλειϊκού Οξέως
Σ.Ε.Α.Α	Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας ή Επίκτητη Ανοσιακή Ανεπάρκεια / Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας
Σ.Μ.Ν	Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα
SIDA	Syndrome Immuno Deficitaire Acquis



Σ.Σ. και Τ.Γ.	Συμβουλευτικός Σταθμός και Τηλεφωνική Γραμμή
Τ.Ε.Π.	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
T <sub>4</sub>	T-helper cells
Φ.Ε.Κ.	Φύλλο Εφημερίδα Κυβερνήσεως
WHO	World Health Organisation

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Είναι ορισμένα γεγονότα στο πέρασμα των αιώνων που σημαδεύουν την ιστορία του ανθρώπου στον πλανήτη.

Το 1981 διαπιστώθηκε η επιδημία του AIDS, μία επιδημία που ξεκίνησε από τον πίθηκο στις ακτές της Δυτικής Αφρικής και πέρασε στον ανθρωποκυνηγό σαν ανθρωποζωονόσος και στη συνέχεια διεσπάρη, με τη σεξουαλική επαφή σε όλο τον πληθυσμό.

Μόλις 59 χρόνια πέρασαν από τότε που υπολογίζεται ότι ο ιός HIV πέρασε στον άνθρωπο από τον πίθηκο και αυτό ήταν αρκετό για να εξελιχθεί λοίμωξη από τον ιός HIV σε παγκόσμια επιδημία.

Η ανθρωπότητα ξαφνιάστηκε, μη πιστεύοντας, ότι ένα καθαρά σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα θα είχε τόση μολυσματική δράση.

Αυτό που έχει δυσκολέψει τους επιστήμονες, είναι η τρομακτική ευελιξία του να αλλάζει μορφές, ώστε να ξεγελά συνεχώς το ανοσοποιητικό αμυντικό σύστημα του ατόμου και να το φτάνει στη κατάρρευση με το πιο απλό κρύωμα.

Αυτό που έχει παρατηρηθεί παγκοσμίως με την εξάπλωση του ιού, ήταν η αλλαγή της συμπεριφοράς συγγενών – φίλων – ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού με τα θύματα της μολυσματικής αυτής ασθένειας.

Οι ασθενείς δεν εξορίστηκαν σε λεπροκομεία ή санаτόρια, όπως γινόταν παλαιότερα, αλλά οι ασθενείς με AIDS νοσηλεύτηκαν στα κοινά νοσοκομεία και επέστρεφαν στα σπίτια τους. Τέτοιες αλλαγές είναι ιστορικές για την Δημόσια Υγεία.

Ο δρόμος της ενημέρωσης και της εκπαίδευσης ώστε να αποφεύγονται ρατσιστικές, άνισες και άδικες συμπεριφορές δεν ήταν και εξακολουθεί να μην είναι εύκολος.

Χρειάστηκε να περάσουν πολλά χρόνια ώστε να πεισθούν οι κυβερνήσεις να δαπανήσουν πόρους για την έρευνα και τη θεραπεία, να ληφθούν μέτρα για τη πρόληψη και καταστολή της νόσου.



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις αρχές του 21<sup>ου</sup> αιώνα το AIDS παραμένει μία ανοικτή πληγή για την ανθρωπότητα, που δοκιμάζει τα υγειονομικά συστήματα των κρατών, την συνοχή των κοινωνιών και τον πολιτισμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Υπολογίζεται, σύμφωνα με στοιχεία του 2006, ότι νοσούν από AIDS πάνω από 44 εκατομμύρια άνθρωποι και είναι υπεύθυνο για πάνω από 25 εκατομμύρια θανάτους, ενώ το 2007 έχασαν τη ζωή τους περισσότεροι από 2 εκατομμύρια άνθρωποι.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων στη χώρα μας, από την αρχή του έτους έως και τις 31 Οκτωβρίου 2008, δηλώθηκαν 547 νέα περιστατικά έναντι 420 που είχαν δηλωθεί αντίστοιχα πέρυσι κατά το ίδιο χρονικό διάστημα.

Αδιαμφισβήτητα είναι μία παγκόσμια μάστιγα που απασχολεί τη διεθνή κοινότητα. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η διερεύνηση των κοινωνικών διαστάσεων του AIDS και συγκεκριμένα ο τρόπος που οι πολίτες αντιλαμβάνονται την ασθένεια και τις επιπτώσεις τις καθώς και την ανάδειξη των κοινωνικών προκλήσεων που σηματοδοτεί η επιδημία του AIDS στην ελληνική κοινωνία. Η προσέγγιση του θέματος βασίζεται σε πρωτογενή και δευτερογενή στοιχεία.

Το θεωρητικό κομμάτι της έρευνας καλύφθηκε από επισκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας καθώς και τη χρήση πηγών του διαδικτύου.

Συγκεκριμένα αποσαφηνίζονται οι έννοιες AIDS και HIV, οι χρονολογικοί σταθμοί εξέλιξης της επιδημίας και εξάπλωσης του AIDS παγκοσμίως.

Παρουσιάζεται η κατάσταση του AIDS στην Ελλάδα σήμερα, τα συνολικά δηλωθέντα άτομα με HIV, ανάλογα την ηλικία, το φύλο, την κατηγορία μετάδοσης, τις νέες περιπτώσεις AIDS, τον συνολικό αριθμό περιπτώσεων, τις ηλικιακές ομάδες, τα νοσήματα που εκδηλώνουν περισσότερο οι ασθενείς με AIDS και οι καταγεγραμμένοι θάνατοι.

Διαχωρίζονται οι τρόποι μετάδοσης και γίνεται αναφορά στην αντιρετροϊκή θεραπεία που είναι απαραίτητη για την διαβίωση των ασθενών.

Περιγράφονται οι δράσεις του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων τόσο για την αντιμετώπιση των κρουσμάτων όσο και την πρόληψη και εκπαίδευση καθώς και των μη κυβερνητικών οργανώσεων που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο.



Γίνεται εκτενής αναφορά στον κοινωνικό αποκλεισμό και τις ψυχολογικές επιπτώσεις που υφίστανται οι ασθενείς του AIDS καθώς και τους παράγοντες διόγκωσης του οικονομικού κόστους της λοίμωξης HIV.

Τα πρωτογενή στοιχεία στην παρούσα εργασία προέκυψαν από έρευνα πεδίου μέσω της χρήσης δομημένου ερωτηματολογίου το οποίο αποτελείται από 22 ερωτήσεις, κυρίως κλειστού τύπου που στην πλειοψηφία τους ήταν πολλαπλών επιλογών. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε 120 άτομα εκ των οποίων οι 100 (Convenience Sample) δέχτηκαν να απαντήσουν ανώνυμα και να καταθέσουν τις απόψεις τους σχετικά με το θέμα.

Κατά την επεξεργασία των απαντήσεων εξάγονται χρήσιμα συμπεράσματα αναφορικά με τον βαθμό πληροφόρησης για την ασθένεια, τους τρόπους μετάδοσης, τη συμπτωματολογία, την κοινωνική ευαισθησία, τον φόβο και τον ρατσισμό που επικρατεί στη σύγχρονη ελληνική κοινωνία. Τέλος, διατυπώνονται προτάσεις για την πρόληψη εξάπλωσης και τη μείωση του κόστους του AIDS.

Κρίνεται χρήσιμο να αναφερθεί ότι κατά την διάρκεια αναζήτησης πληροφοριών για τη συγγραφή της εργασίας, πραγματοποιήθηκαν επισκέψεις στη Βιβλιοθήκη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, στη Βιβλιοθήκη των Επιστημών Υγείας (Ιατρική Σχολή Αθηνών – Γουδί), στο Ινστιτούτο Παστέρ, στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, στο Ευγενίδειο Ίδρυμα και στο Νοσοκομείο Αφροδίσιας & Δερματολογικών Νοσημάτων Α. Συγγρός.



## Ο ΙΟΣ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ – HIV

### 1.1 Έννοιες – Ορισμοί

Λοίμωξη HIV και νόσος HIV, ο όρος αυτός είναι ακρωνύμιο του αγγλικού όρου **Human Immunodeficiency Virus**, δηλαδή Ανθρώπινος Ιός Ανοσοανεπάρκειας χρησιμοποιώντας τους παραπάνω όρους περιγράφουμε τις δύο μεγάλες φάσεις που σηματοδοτούν την εξέλιξη της ασθένειας που συνήθως ονομάζουμε AIDS.

Ο όρος AIDS είναι ακρωνύμιο του αγγλικού όρου **Acquired Immune Deficiency Syndrome**. Ο αντίστοιχος όρος στα ελληνικά είναι Σ.Ε.Α.Α ή Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, ενώ απαντά και ως Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας ή Επίκτητη Ανοσιακή Ανεπάρκεια. Ο αντίστοιχος όρος στα γαλλικά είναι SIDA δηλαδή **Syndrome Immuno-Deficitaire Acquis**.

Στην εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, αναφέρεται: *‘Όταν διευκρινισθεί η αιτιολογία και η παθογένεια ενός συνδρόμου, ο όρος δεν έχει πια θέση’*. Έτσι ο όρος AIDS, μετά την ανακάλυψη του αιτίου και της γένεσης και εξέλιξης της παθολογικής αυτής κατάστασης, δεν δικαιολογείται. Πρόκειται πια για τη νόσο, την "Επίκτητη Ανοσολογική Ανεπάρκεια".

Συνετό θα ήταν να αναφερθούμε και στη διευκρίνιση που πρέπει να γίνει για τους όρους: Φορέας, Οροθετικός και Ασθενής.

Φορέας του ιού HIV, είναι το άτομο το οποίο έχει μολυνθεί με τον ιό αλλά δεν έχει νοσήσει ακόμα (δηλαδή δεν έχει παρουσιάσει κανένα από τα συμπτώματα). Λέγεται και HIV ( + ) άτομο ή οροθετικός για HIV. Το άτομο αυτό μεταδίδει τον ιό στους άλλους μέσω της σεξουαλικής δραστηριότητας, του αίματος ή με τον τοκετό (περιγεννητική μετάδοση).

Δε θα πρέπει ο φορέας του ιού να συγχέεται με τον ασθενή διότι ασθενής είναι το άτομο που ο HIV έχει καταστρέψει σε σημαντικό βαθμό το ανοσοποιητικό του σύστημα και ο οργανισμός του δεν μπορεί πλέον να αμυνθεί αποτελεσματικά σε διάφορες λοιμώξεις ή άλλες ασθένειες που συνήθως δεν προκαλούν ιδιαίτερα προβλήματα στους υπόλοιπους ανθρώπους.

Ο ιός HIV ανήκει σε μια κατηγορία ιών που ονομάζονται ρετροϊοί, οι οποίοι περιέχουν κύτταρα τα οποία συντίθενται από μόρια ριβοζονουκλεϊκού οξέως (RNA). Τα ανθρώπινα γονίδια, όπως και αυτά των περισσότερων οργανισμών, συντίθενται από





μόρια δεσοξυριβοζονου-κλειϊκού οξέως (DNA). Όπως όλοι οι ιοί, έτσι και ο HIV μπορεί να αντιγραφεί μόνο μέσα στα κύτταρα, ενεργοποιώντας το μηχανισμό αναπαραγωγής τους.

Η ουσιαστική διαφορά των ρετροϊών από τους άλλους ιούς έγκειται στην ιδιότητά τους να περιέχουν ένα ειδικό ένζυμο, την αντιστροφομεταγραφάση (reverse transcriptase) η οποία τους επιτρέπει αμέσως μόλις εισβάλλουν στο κύτταρο να μετατρέψουν το RNA τους σε DNA το οποίο μπορεί να ενσωματωθεί στο γένωμα του κυττάρου-ξενιστή. Με τη μορφή, αυτή το DNA του ιού (προ-ικό DNA) παραμένει "σιωπηλό" για μήνες και για χρόνια, στα κύτταρα του ανθρώπινου οργανισμού, ως "προϊός" (Κιόρτσης & Παπασπηλιόπουλος 1997).

Ο HIV ανήκει σε μια υποκατηγορία ρετροϊών που ονομάζονται "αργοί ιοί". Η πορεία της λοίμωξης που προκαλούν αυτοί οι ιοί χαρακτηρίζεται από τη μεσολάβηση ενός μεγάλου χρονικού διαστήματος ανάμεσα στην αρχική προσβολή και στην εμφάνιση σοβαρών συμπτωμάτων ή αλλιώς από τη μακριά περίοδο επώασης πριν από την εμφάνιση της ασθένειας.

## 1.2 Χρονολογικοί Σταθμοί Εξέλιξης της Επιδημίας

Παρουσιάζονται οι χρονολογικοί σταθμοί που αφορούν την πορεία και την εξέλιξη της λοίμωξης HIV παγκοσμίως.

**1926-1946:** Μερικοί επιστήμονες πιστεύουν ότι ο HIV μεταδόθηκε στους ανθρώπους από τους πιθήκους στο διάστημα 1926-1946. Οι πρόσφατες έρευνες καταδεικνύουν ότι ο HIV είχε πιθανότατα μεταπηδήσει από τους χιμπατζήδες στους ανθρώπους ήδη το 1675.

Όμως, μέχρι το 1930 δεν είχε αποκτήσει πανδημικό χαρακτήρα στην Αφρική (Garrett 2000).

**1959:** Σημειώθηκε ο πρώτος αποδεδειγμένος από τους ερευνητές θάνατος από AIDS. Πρόκειται για το θάνατο ενός άνδρα στη χώρα που σήμερα ονομάζεται Κονγκό (Zhu Korber & Nahinias 1998). Το 1983, μια ομάδα Βρετανών ερευνητών ανακοίνωσε ότι ένας ναύτης από το Manchester πέθανε το 1959 με συμπτώματα AIDS (Williams Stretton & Leonard 1983). Η καλλιέργεια ιστών του έδειξε την ύπαρξη HIV (Balter 1998).

**1969:** Ένας Αφρο-αμερικανός έφηβος από το St. Louis πεθαίνει από έναν ιό που μοιάζει με τον HIV (Garry et al.1988).

**1976:** Η οικογένεια ενός Νορβηγού ναύτη πεθαίνει εξαιτίας του HIV1 (Froland et al., 1988).



**1978:** Ομοφυλόφιλοι άνδρες στις Η.Π.Α και στη Σουηδία και ετεροφυλόφιλοι στην Τανζανία και στην Αϊτή, εμφανίζουν συμπτώματα της ασθένειας που αργότερα θα ονομαστεί AIDS.

**1981:** Στις Η.Π.Α. οι ερευνητές του C.D.C. ( Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών/Center for Disease Control ) διαπίστωσαν μια ανησυχητικά μεγάλη συχνότητα μιας σπάνιας μορφής καρκίνου που ονομάζεται αγγειοσαρκωμάτωση ( Kaposi's sarcoma ) σε ομοφυλόφιλους άνδρες που ήταν κατά τα άλλα υγιείς. Αρχικά ονόμασαν την ασθένεια Καρκίνο των Ομοφυλοφίλων (Gay Cancer) αλλά γρήγορα τη μετονόμασαν σε GRID (Gay Related Immune Deficiency) (Taylor 1995).

Ο Michael Gottlieb, στο Λος Άντζελες, περιέγραψε τα πρώτα περιστατικά AIDS σε ομοφυλόφιλους (Ινστιτούτο Παστέρ 1998).

**1982:** Στις Η.Π.Α., οι ερευνητές του Κέντρου Ελέγχου Ασθενειών (C.D.C/Center for Disease Control/Κέντρο Ελέγχου Νόσων) συνέδεσαν την ασθένεια με το αίμα. Χρησιμοποιείται για πρώτη φορά ο όρος AIDS.

**1983:** Το Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών των Η.Π.Α. προειδοποίησε τις τράπεζες αίματος για ένα πιθανό πρόβλημα με τις προμήθειες αίματος. Στο Ινστιτούτο Παστέρ (Institut Pasteur), στη Γαλλία, οι ερευνητές απομονώνουν τον HIV (Ινστιτούτο Παστέρ 1998).

**1984:** Ο Gaetan Dugas, χαρακτηρίζεται ως ο ασθενής μηδέν (patient zero) στις Η.Π.Α (Taylor 1995).

**1985:** Εγκρίθηκε στις Η.Π.Α από την FDA (Food and Drug Administration/Διεύθυνση Διατροφής και Φαρμάκων) το πρώτο τεστ ανίχνευσης των αντισωμάτων του HIV. Ξεκίνησε στις Η.Π.Α και στην Ιαπωνία ο έλεγχος των προϊόντων αίματος. Πραγματοποιήθηκε η πρώτη Διεθνής Συνδιάσκεψη για το AIDS στη Ατλάντα των Η.Π.Α.

**1986:** Ξεκίνησε και στη Σουηδία ο έλεγχος των προϊόντων αίματος. Ανακαλύφθηκε στο Ινστιτούτο Παστέρ, ο HIV-2 (Ινστιτούτο Παστέρ 1998).

**1987:** Στις 28 Σεπτεμβρίου εγκρίθηκε στις Η.Π.Α το πρώτο αντί-HIV φάρμακο. Πρόκειται για το πασίγνωστο πλέον AZT (αζιθοθυμιδίνη) της εταιρείας Glaxo Wellcome. Ο Καναδάς σταμάτησε τη διανομή μολυσμένου αίματος. Οι Η.Π.Α έκλεισαν τα σύνορά τους για τους προσβεβλημένους από τον ιό μετανάστες και τουρίστες. Ο WHO (World Health Organization/Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) ανακήρυξε την Πρώτη Δεκεμβρίου σε Παγκόσμια Ημέρα AIDS (World Aids Day).

Εγκρίθηκε στις Η.Π.Α το πρώτο διαγνωστικό τεστ, το οποίο ανιχνεύει την παρουσία του HIV-1 εντοπίζοντας κατευθείαν τις πρωτεΐνες ή τα αντιγόνα του ιού.



**1991:** Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO 1995) τα κρούσματα της επιδημίας ανέρχονταν σε περισσότερα από 10 εκατομμύρια. Ξεκινά στις Η.Π.Α η κλινική δοκιμή συνδυασμού φαρμάκων κατά του ιού. Εγκρίθηκε στις Η.Π.Α το γυναικείο προφυλακτικό.

**1993-1996:** Πραγματοποιούνται οι πρώτες κλινικές δοκιμές εμβολίων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στον άνθρωπο. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι συγχωρηγήςεις αντιϊκών σκευασμάτων είναι αποτελεσματικότερες από τις μονοθεραπείες (Ινστιτούτο Παστέρ 1998).

**2001:** Πραγματοποιείται το Σεπτέμβριο στη Φιλαδέλφεια, διάσκεψη με θέμα τα εμβόλια κατά του AIDS (AIDS Vaccine 2001). Με 20 διαφορετικά πρότυπα εμβολίων να δοκιμάζονται και πολύ περισσότερα να αναμένονται, οι επιστήμονες είναι για πρώτη φορά αισιόδοξοι και πιστεύουν ότι θα βρουν σύντομα το κατάλληλο εμβόλιο που θα σταματά την καταστροφική δράση του ιού ακόμα κι αν δεν καταφέρνει να προφυλάξει τον οργανισμό από τη μόλυνση (Sternberg 2001).

**2002:** Οι επιπτώσεις φαίνεται να παρουσιάζουν μεγάλη μείωση τόσο της HIV λοίμωξης όσο και του AIDS εξαιτίας των αντιρετροϊκών αγωγών.

### 1.3 Προέλευση και Διάκριση των Ιών HIV1 και HIV2

Η ανακάλυψη το 1983 ότι το σύνδρομο οφείλεται σε ιό έδωσε την δυνατότητα της σε βάθος μελέτης της λοίμωξης σε σύντομο χρονικό διάστημα. Ο ιός της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου είναι ρετροϊός και διακρίνεται σε δύο τύπους, τους HIV-1 και HIV-2, οι οποίοι αν και διαφέρουν ορολογικά και γεωγραφικά, έχουν κοινά επιδημιολογικά χαρακτηριστικά. Η παθογονικότητα όμως του ιού τύπου 2 φαίνεται ότι είναι μικρότερη του τύπου 1.

Ο HIV-1 είναι ο ιός που ευθύνεται κατά κύριο λόγο για την παγκόσμια επιδημία του AIDS. Το γενετικό υλικό του είναι σημαντικά διαφορετικό από εκείνο του HIV-2, έτσι είναι δύσκολο να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι προήλθε από αυτόν με απλή μετάλλαξη. Είναι πιθανό, όμως να προέρχεται από έναν ιό που προσβάλλει τους χιμπατζήδες. Είναι, επίσης, πιθανό να ενδημούσε για μεγάλο χρονικό διάστημα σε ορισμένους ανθρώπινους πληθυσμούς που ζούσαν απομονωμένοι και από τους οποίους ήταν σχετικά καλά ανεκτός (Ινστιτούτο Παστέρ 1998).

Ο HIV-1 επικρατεί στις περισσότερες χώρες του κόσμου, πλην της Δυτικής Αφρικής, που έχει διαφορετικούς υποτύπους, οι οποίοι έχουν ταξινομηθεί σε δύο ομάδες,



την ομάδα Μ (η οποία περιλαμβάνει τους υποτύπους Α-Ι) και την ομάδα Ο. Η γεωγραφική κατανομή των υποτύπων του HIV-1 είναι διαφορετική στις διάφορες περιοχές, αλλά ο υποτύπος Β επικρατεί στις περισσότερες από αυτές (Στρατηγός 2004).

Ο HIV-2 είναι ένας ιός συγγενής του ιού του πράσινου πιθήκου. Η πιθανότερη εκδοχή είναι ότι ο ιός αυτός πέρασε στο πρόσφατο ή μακρινό παρελθόν στον άνθρωπο από τον πίθηκο. Ο πίθηκος είναι το είδος "δεξαμενή" του ιού και έχει επιδείξει ανοχή σε αυτόν, ενώ ο άνθρωπος που έγινε ο νέος ξενιστής για τον ιό αυτό, δεν ήταν προετοιμασμένος να τον αντιμετωπίσει. Και αυτός ο ιός προκαλεί AIDS στον άνθρωπο, αλλά μεταδίδεται πιο δύσκολα από τον HIV-1 και αφού μεταδοθεί προκαλεί το νόσημα λιγότερο συχνά και μετά από μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Ινστιτούτο Παστέρ 1998).

Ο HIV-2 περιγράφηκε για πρώτη φορά στη Σενεγάλη και επικρατεί στις χώρες της Δυτικής Αφρικής. Στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ έχει απομονωθεί περιστασιακά σε μετανάστες ή ταξιδιώτες από τη Δυτική Αφρική (Στρατηγός 2004).

Πιστεύεται ότι αυτοί οι ιοί που συναντιούνται στους πιθήκους υπερπήδησαν το φράγμα των ειδών όταν ιστοί προσβεβλημένων πιθήκων καταναλώθηκαν από ανθρώπους. Κάποιοι επιστήμονες πιστεύουν ότι μια πηγή μόλυνσης, ίσως ήταν τα κύτταρα από νεφρά πιθήκων που χρησιμοποιούνταν στη δεκαετία του 1950 προκειμένου να κατασκευάζεται το εμβόλιο για τον ιό της πολιομυελίτιδας, άλλοι όμως διαψεύδουν αυτή την άποψη (Hutchinson 2001).

#### 1.4 Ο Κύκλος Ζωής του HIV

Ο κύκλος ζωής του HIV περιλαμβάνει εννέα φάσεις μέχρι το στάδιο της ωρίμανσής του (NIAID 1998). Οι φάσεις αυτές είναι:

- α. Επαφή - Είσοδος του ιού.
- β. Αντίστροφη μεταγραφή.
- γ. Μεταφορά στον πυρήνα των κυττάρων.
- δ. Ενσωμάτωση.
- ε. Αντιγραφή του ιού.
- στ. Σύνθεση της πρωτεΐνης του ιού.
- ζ. Συγκρότηση του ιού.
- η. Απελευθέρωση του ιού και
- θ. Ωρίμανση.



## 1.5 Η Φυσική Πορεία της Νόσου

Η ασθένεια του AIDS παρουσιάζει μια μακρά κλινική πορεία. Από την στιγμή της μόλυνσης του ανθρώπου από τον ιό μέχρι της κλινικής εκδήλωσης των συμπτωμάτων του AIDS μεσολαβούν κατά μέσο όρο τουλάχιστον 10 χρόνια.

Η λοίμωξη από τον HIV χαρακτηρίζεται από μακρά περίοδο επώασης, προοδευτική καταστροφή των CD<sub>4</sub> T-λεμφοκυττάρων του περιφερικού αίματος και αδυναμία του ασθενούς να αντιμετωπίσει άλλες λοιμώξεις.

Ένα υγιές άτομο συνήθως έχει 800 έως 1200 CD<sub>4</sub>+T κύτταρα ανά κυβικό χιλιοστό (mm) αίματος. Κατά τη διάρκεια της λοίμωξης HIV, ο αριθμός αυτών των κυττάρων στο αίμα του προσβεβλημένου ατόμου μειώνεται προοδευτικά. Όταν ο αριθμός τους πέσει κάτω από 200 ανά κυβικό χιλιοστό, ο άνθρωπος γίνεται ιδιαίτερα ευάλωτος στις ευκαιριακές λοιμώξεις και τους καρκίνους που χαρακτηρίζουν το AIDS, το τελικό στάδιο της νόσου HIV (Miller & Bor 1991).

Άτομα με HIV λοίμωξη και με απόλυτο αριθμό CD<sub>4</sub> μικρότερο των 200/ml ή σε ποσοστό μικρότερο του 14% του συνόλου των λεμφοκυττάρων θεωρούνται ως κρούσμα AIDS, ανεξαρτήτως συμπτωμάτων.

Ο απόλυτος αριθμός ή το ποσοστό των CD<sub>4</sub> και τα επίπεδα του HIV-RNA στο αίμα χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της λοίμωξης και αποτελούν κριτήριο για τον καθορισμό του είδους της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Παρακάτω αναλύονται οι φάσεις της ασθένειας με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε φάσης ξεχωριστά.

### Ταξινόμηση της Λοίμωξης από τον ιό HIV

<b>ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ HIV ΛΟΙΜΩΞΗΣ</b>			
<b>Αριθμός Λεμφοκυττάρων Ασθενούς CD<sub>4</sub>+T(mm<sup>3</sup>)</b>	<b>A ΠΡΩΤΟΛΟΙΜΩΞΗ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ</b>	<b>B ΗΠΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ</b>	<b>Γ ΝΟΣΟΣ AIDS</b>
<b>&gt;500</b>	<b>A1</b>	<b>B1</b>	<b>Γ1</b>
<b>200 – 500</b>	<b>A2</b>	<b>B2</b>	<b>Γ2</b>
<b>&lt;200</b>	<b>A3</b>	<b>B3</b>	<b>Γ3</b>

*Πίνακας 1: Κλινική Κατηγορία της HIV Λοίμωξης*



### **1.5.1 Η Πρώτη Φάση - Πρωτολοίμωξη**

Η πρώτη επαφή του ιού με τον άνθρωπο, ύστερα από ένα χρόνο επώασης (2 έως 3 εβδομάδες), προκαλεί μια κλινική συνδρομή που μοιάζει συνήθως με γρίπη και εν συνεχεία το άτομο γίνεται ασυμπτωματικός φορέας, αισθάνεται εντελώς υγιές και η μόνη ένδειξη ύπαρξης του ιού για πολλά χρόνια είναι η θετική εξέταση στο αίμα για αντισώματα έναντι του ιού.

Η πρώτη φάση διαρκεί συνήθως από 5 έως 12 έτη και τη συναντάμε στη βιβλιογραφία και ως ασυμπτωματική περίοδο σπάνια ο άνθρωπος παραμένει στην πρώτη φάση (φορέας) και για μέχρι 20 και πλέον έτη.

### **1.5.2 Η Δεύτερη Κλινική Φάση**

Είναι η περίοδος που ο ιός έχει εξασθενήσει τον οργανισμό του ανθρώπου με αποτέλεσμα να εμφανίζεται φιλάσθενος και να εκδηλώνει προβλήματα λοιμώξεων και αδυναμίας. τότε εμφανίζονται τα πρώτα κλινικά συμπτώματα της δεύτερης περιόδου της νόσου.

Παρουσιάζονται τα προβλήματα λοιμώξεων ή άλλων νοσηρών καταστάσεων του αρρώστου που άρχισε να εμφανίζει κλινικά προβλήματα από τον ιό και δεν είναι πλέον απλός φορέας: 'στοματικές άφθες, ουλίτιδα από τον ιό HIV, τριχωτή λευκοπλακία στόματος, μυκητίαση στόματος, έρπης ζωστήρας δέρματος, βακτηριακή αγγειομάτωση δέρματος, σημαντική απώλεια βάρους (περισσότερο από 10 κιλά), υποτροπιάζουσες βρογχίτιδες και ιγμορίτιδες.' Η δεύτερη φάση διαρκεί δύο έως τρία έτη.

### **1.5.3 Η Τρίτη Φάση ή Σύνδρομο AIDS**

Η μείωση του αριθμού των Τ κυττάρων του ανθρώπου προκαλεί την εμφάνιση λοιμώξεων από μικρόβια που συνήθως παρασιτούν ή αποικίζουν τον άνθρωπο χωρίς να του προκαλούν λοίμωξη. Τα μικρόβια αυτά ονομάζονται ευκαιριακά και οι λοιμώξεις που προκαλούν ονομάζονται ευκαιριακές ή οππορτουνιστικές.

Επομένως η τρίτη φάση της νόσου AIDS χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση νεοπλασιών, όπως τα λεμφώματα και ενός καρκίνου του δέρματος που ονομάζεται σάρκωμα Kaposi και ευκαιριακών λοιμώξεων ιδιαίτερα πνευμονίας από το μικρόβιο πνευμονοκύστη καρίνι και εγκεφαλίτιδος από το παράσιτο τοξόπλασμα σημαίνει ότι ο





άρρωστος με AIDS έχει μπει στην τρίτη και τελευταία περίοδο της νόσου, που ονομάζεται και πλήρες AIDS. (Κουρέα–Κρεμαστινού, Σαρόγλου & Μεράκου 1998)

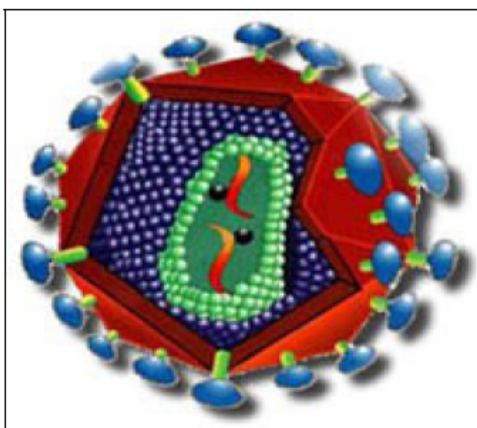
Προχωρημένη νόσος AIDS τρίτου σταδίου είναι κλινικά προχωρημένη, χαρακτηρίζεται από τρομακτική απίσχναση και αδυναμία του ασθενούς και περιλαμβάνει την εκδήλωση σοβαρών επιπλοκών από την δράση του ιού στον άνθρωπο, δηλαδή μακροχρόνιους υψηλούς πυρετούς, μεγάλη απώλεια βάρους, διανοητική βλάβη, απώλεια της οράσεως, διάρροιες, εμφανίζει δύσπνοια, άνοια, κώμα λόγω προσβολής του εγκεφάλου από τον ιό του AIDS και επέρχεται ο θάνατος.

Στη συνέχεια ο ασθενής είναι υποχρεωμένος λόγω της αδυναμίας του να είναι συνεχώς κατακεκλιμένος στο κρεβάτι. Η διάρκεια της νόσου στην προχωρημένη φάση διαρκεί δύο έως τρία έτη.

Διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν τη φυσική ιστορία της HIV λοίμωξης, όπως η ηλικιακή ομάδα, παιδιά και ηλικιωμένοι φορείς του ιού εξελίσσονται ταχύτερα σε AIDS, άτομα με ορισμένα γενετικά χαρακτηριστικά, τα οποία υποδηλώνονται με την παρουσία του HLA-B-35. Η παρουσία άλλων λοιμώξεων επιταχύνει την μετάπτωση του φορέα σε κρούσμα AIDS. Άτομα με υψηλά επίπεδα HIV-RNA, 1-2 έτη μετά από τη μόλυνση έχουν ταχύτερη εξέλιξη (Στρατηγός 2004).

### **1.6 Ιολογία – Ανοσολογία – Παθογένεια**

Ο ρετροϊός HIV που προκαλεί την επίκτητη ανοσολογική ανεπάρκεια AIDS. Ο HIV που προκαλεί το σύνδρομο AIDS, όπως όλοι οι ιοί δεν μπορεί να πολλαπλασιαστεί μόνος του διότι στερείται του απαραίτητου γενετικού μηχανισμού. Γι' αυτό είναι αναγκασμένος να χρησιμοποιεί τον γενετικό μηχανισμό διαφόρων κυττάρων του ανθρώπινου οργανισμού, π.χ. των T4 λεμφοκυττάρων του ανθρώπου στα οποία δύναται να εισέλθει για να πολλαπλασιαστεί.



Δομή του ιού HIV

*Εικόνα 1: Δομή του ιού HIV (τροποποιημένο από το Internet)*

Ο καθηγητής David Ho από την Νέα Υόρκη, το 1995 με τις πρωτοποριακές εργασίες του έδειξε ότι ο ιός HIV πολλαπλασιάζεται με τρομακτικούς ρυθμούς συνεχώς εντός των ανθρώπινων λεμφοκυττάρων από την στιγμή της μόλυνση χωρίς διακοπή. Ο σημαντικότερος τρόπος αντιμετώπισης του ιού είναι η διακοπή του πολλαπλασιασμού του με την χρήση αντιρετροϊκών φαρμάκων.

Το μυστικό της παθογένειας της λοίμωξης από τον ιό HIV στον άνθρωπο είναι ο συνεχής έντονος πολλαπλασιασμός του ιού στο ανθρώπινο σώμα με ταυτόχρονη συνεχή καταστροφή των T4 λεμφοκυττάρων μέσα στα οποία ο ιός πολλαπλασιάζεται.

Ο HIV μολύνει, δηλαδή ενσωματώνεται δια βίου στο γενετικό υλικό, των κυττάρων με CD<sub>4</sub> υποδοχείς, δηλαδή τα T4 λεμφοκύτταρα, τα μονοκύτταρα-μακροφάγα, τα κύτταρα του Langerhans και ομάδα νευρογλοιακών κυττάρων του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και του νωτιαίου μυελού (Καλοταιράκης 1989).

Ο ιός HIV προσκολλάται σε ειδικούς υποδοχείς της εξωτερικής μεμβράνης του T4 λεμφοκυττάρων του ανθρώπου ώστε να μπορέσει να την διαπεράσει και να εισέλθει εντός του κυττάρου. Κατά τη διάρκεια της τυπικής εξέλιξης της λοίμωξης τα T-βοηθητικά κύτταρα (T-helper cells), τα οποία έχουν υποδοχείς κύτταρα CD<sub>4</sub> (Cluster Destination 4), αδρανοποιούνται και καταστρέφονται. Τα κύτταρα αυτά είναι ζωτικής σημασίας για την ανοσολογική αντίδραση του οργανισμού καθώς δίνουν σήμα σε άλλα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος να διαδραματίσουν τις ιδιαίτερες λειτουργίες τους.

Κατά τη διείσδυση του ιού εντός του πυρήνα του λεμφοκυττάρου ο ιός χρησιμοποιεί το DNA και τα ένζυμα του λεμφοκυττάρου για τον δικό του πολλαπλασιασμό. Ακολουθεί η φάση της ωρίμανσης και εξόδου του ιού από το





λεμφοκύτταρο στο περιφερικό αίμα. Τα νέα σωματίδια του ιού που δημιουργήθηκαν θα εισέλθουν σε νέα T4 λεμφοκύτταρα για να επαναληφθεί ο κύκλος του πολλαπλασιασμού.

Η χρησιμοποίηση του λεμφοκυττάρου από τον ρετροϊό εξασθενεί το T4 λεμφοκύτταρο σε τέτοιο βαθμό που επέρχεται ο κυτταρικός του θάνατος. Το φαινόμενο αυτό καλείται απόπτωση (Κουρέα–Κρεμαστινού, Σαρόγλου & Μεράκου 1998).

## 1.7 Η Εξέλιξη του Συνδρόμου του AIDS

Οι επιστήμονες υπονιάζονταν ότι ο ιός HIV είχε κάποια σχέση με τα θηλαστικά της Αφρικής πολύ πριν αποδειχθεί η σχέση του με τους χιμπατζήδες. Η Beatrice Hahn του University of Alabama at Birmingham, η οποία εστιάζει τις έρευνές της στον HIV-1, ανακοίνωσε κατά τη διάρκεια του 6<sup>ου</sup> Συνεδρίου για τους Ρετροϊούς και τις Ευκαιριακές Λοιμώξεις στο Σικάγο, την προέλευση του ιού από τους χιμπατζήδες. Ο Marx, του Tulane University Medical Center in N. Orleans, βοήθησε στον εντοπισμό της προέλευσης του HIV-2 σε ένα άλλο θηλαστικό, τον πίθηκο<sup>1</sup> sooty mangabey (Beil 1999).

Η λοίμωξη HIV άρχισε να παίρνει τη μορφή επιδημίας στην Κεντρική Αφρική στις αρχές της δεκαετίας του '70. Το AIDS εξαπλώθηκε ραγδαία στο Ζαΐρ, την Ουγκάντα και άλλα κράτη της Κεντρικής Αφρικής. Από την Αφρική, η ασθένεια φαίνεται ότι εξαπλώθηκε αργά στην Ευρώπη, στην Αϊτή και στις Η.Π.Α (Taylor 1995).

Ακόμη δεν έχει δοθεί πλήρης εξήγηση στο φαινόμενο της έντονης εξάπλωσης της επιδημίας στην εποχή μας. Οι εκδοχές που υπάρχουν (Ινστιτούτο Παστέρ 1998) είναι κυρίως τρεις:

**α.** Η εκδοχή της μετάλλαξης που είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της παθογόνου δράσης του ιού, είναι μάλλον απίθανη.

**β.** Η εκδοχή της παρασκευής του ιού από τον άνθρωπο αποκλείεται, καθώς η τεχνολογία που θα απαιτούσε ένα τέτοιο εγχείρημα δεν είχε ακόμη ανακαλυφθεί και

---

<sup>1</sup> Ο πράσινος πίθηκος της Αφρικανικής ζούγκλας θεωρείται το ζώο που ήταν και παραμένει ο ξενιστής του ιού HIV πριν μολυνθεί ο άνθρωπος. Ξενιστής ονομάζεται το ζώο που φιλοξενεί στο σώμα του ένα παθογόνο μικροοργανισμό χωρίς να νοσεί από αυτόν. Δηλαδή, ο πράσινος πίθηκος δεν νοσούσε από τον ιό, τον έφερε όμως στο αίμα του και στα βιολογικά του υγρά. Κάποια στιγμή ο άνθρωπος ήρθε σε επαφή με τον πράσινο πίθηκο ή τις εκκρίσεις του και μολύνθηκε.



γ. Η πιθανότερη εκδοχή είναι ότι οι HIV υπήρχαν στη φύση από πολύ παλιά και μόνο η ευρεία διασπορά τους είναι καινούρια.

Η αμερικανική κυβέρνηση με σύντομη δημόσια ανακοίνωση στις 5 Ιουνίου 1981, ανέφερε μια παράξενη ασθένεια η οποία παρατηρήθηκε σε ομοφυλόφιλους άνδρες στο Λος Άντζελες, εκείνη την εποχή λίγοι άνθρωποι αντελήφθησαν το γεγονός (Balasegaram, 2001). Τα πρώτα θύματα της νόσου (από τη στιγμή που έγινε αντιληπτή η νόσος στην Αμερική και στην Ευρώπη) ήταν νεαροί ομοφυλόφιλοι. Έτσι οι επιστήμονες ονόμασαν αρχικά την ασθένεια Gay Syndrome ή νόσο των ομοφυλοφίλων. Σε κάποιες περιπτώσεις απάντησε και ως Gay Cancer (Καρκίνος των Ομοφυλοφίλων) και ως Gay Plague (Πανώλη των Ομοφυλοφίλων).

Λίγο αργότερα, άρχισε να επικρατεί η ονομασία GRID δηλαδή, **Gay Related Immune Deficiency** /Ανοσολογική Ανεπάρκεια των Ομοφυλοφίλων (Δαρδαβέσης 1999). Οι επιδημιολογικές μελέτες που ακολούθησαν και τα συμπεράσματα στα οποία οδήγησαν τους επιστήμονες κατέστησαν τους παραπάνω όρους άχρηστους. Έτσι χρησιμοποιήθηκε, ως πιο ικανοποιητικός, ο όρος AIDS.

Η εξάπλωση της νόσου σε παγκόσμια κλίμακα οπωσδήποτε ευνοήθηκε από τις ομοφυλοφιλικές ερωτικές πρακτικές και από τις πρακτικές των χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών.

Ωστόσο, είναι αναμφισβήτητο ότι οι παραπάνω πρακτικές δεν είναι οι κύριοι παράγοντες εξάπλωσης της νόσου. Το θέμα είναι ευρύτερο και σχετίζεται και με άλλους παράγοντες όπως είναι:

**α.** Η αστικοποίηση, που σημειώθηκε στη Αφρική και στις αναπτυσσόμενες χώρες, και η αυξανόμενη ανέχεια, είναι φαινόμενα που ευνόησαν τη διάσπαση του παραδοσιακού κοινωνικού κυττάρου και οδήγησαν ορισμένες ομάδες σε εντονότερο σεξουαλικό συγχρωτισμό (Ινστιτούτο Παστέρ 1998).

**β.** Η εναλλαγή πολλών ερωτικών συντρόφων σε συνδυασμό με την απουσία χρήσης προφυλακτικού, την υψηλή συχνότητα της γονόρροιας καθώς και τη γενικότερη άγνοια του πληθυσμού σε θέματα υγείας (Taylor 1995).

**γ.** Η ανάπτυξη που σημειώθηκε στον τομέα των μέσων μεταφοράς και του τουρισμού. Η θεαματική αύξηση των ταξιδιών "διεθνοποίησε" τα μικρόβια (Ινστιτούτο Παστέρ 1998).

**δ.** Ο μαζικός εμβολιασμός στην Αφρική, που γινόταν όχι μόνο χωρίς να τηρούνται οι κανόνες υγιεινής αλλά και με χρήση της ίδιας σύριγγας σε πλήθος ανθρώπων, ήταν πρακτική που ευνόησε την ανταλλαγή υγρών και κατά συνέπεια και τη μετάδοση του ιού (Taylor 1995).



ε. Η σεξουαλική απελευθέρωση και γενικότερα η δημιουργία και η μεταβολή των κοινωνικών δεσμών.

στ. Οι μορφές κοινωνικής αλληλεγγύης και κοινωνικού αποκλεισμού.

ζ. Η κοινωνική διαφοροποίηση.

η. Η γενίκευση των μεταγίσεων αίματος και η διανομή παραγώγων αυτού ανά τον κόσμο. Η χρήση κοινών βελόνων και συριγγών από χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών (Taylor 1995).

θ. Οι κορυφαίοι παράγοντες, οι οποίοι αποτελούν το αίτιο της ύπαρξης των περισσότερων παραγόντων που συνδέονται με την εξάπλωση της επιδημίας είναι η ένδεια και η κοινωνική ανισότητα.

ι. Δε θα πρέπει να αποκλειστεί η πιθανότητα να ενίσχυσε την παθογόνο δράση του HIV και κάποιος άλλος μολυσματικός παράγοντας που συνδέεται με αυτόν (Ινστιτούτο Παστέρ 1998).

Φαίνεται πως η επιστημονική πρόοδος δεν είναι αρκετή για την αναχαίτιση της επιδημίας. Η μορφή και η κλίμακα της επιδημίας εξαρτώνται από την κοινωνική ανισότητα και καθοδηγούνται από τις πολιτικές υποθέσεις και πρακτικές. Η ένδεια, η μεγάλη κλίμακας μετανάστευση, ο πόλεμος, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες που δεν λαμβάνουν θεραπεία ευνοούν την επιδημία. (Balasegaram 2001).

## 1.8 Η Εξάπλωση του AIDS Παγκοσμίως

Ας δούμε όμως ποια είναι η εικόνα που παρουσιάζει η εξάπλωση του AIDS παγκοσμίως, σύμφωνα με έκθεση για την παγκόσμια επιδημία του AIDS (Unaid 2004).

### Αφρική

Στην Αφρική, η φτωχότερη ήπειρος στον κόσμο, ο αντίκτυπος του ιού, είναι σοβαρότερος. Συνολικά, υπάρχουν 16 χώρες στην Αφρική στην οποία περισσότεροι από το 1/10 του ενήλικου πληθυσμού, ηλικίας 15-49, είναι μολυσμένοι με τον HIV ιό. Σε επτά χώρες, όλες στο νότιο ημισφαίριο της Ηπείρου, τουλάχιστον ένας ενήλικος στους πέντε ζει με τον ιό. Στη Μποτσουάνα, ένα συγκλονιστικό ποσοστό 37,3% των ενηλίκων είναι τώρα μολυσμένοι με τον ιό HIV, ενώ η Νότια Αφρική, είναι μολυσμένη σε ποσοστό 21,5%.



Συγκεκριμένα η Αφρική, που συγκεντρώνει σχεδόν τα 2/3 των οροθετικών και ασθενών του AIDS στον κόσμο και τα 3/4 (76%) των γυναικών που ζουν με τον ιό, συνεχίζει να πληρώνει το πιο βαρύ τίμημα στη νόσο, επισημαίνει έκθεση της υπηρεσίας του Ο.Η.Ε για το AIDS.

Το 2004, 3,1 εκατομμύρια Αφρικανοί προσβλήθηκαν από τον ιό και 2,3 εκατομμύρια πέθαναν από τη νόσο του AIDS. Εξαιτίας της νόσου, έχει μειωθεί το προσδόκιμο ζωής στα 40 χρόνια σε εννέα αφρικανικές χώρες Μποτσουάνα, Λεσότο, Μοζαμβίκη, Μαλάουι, Κεντροαφρικανική Δημοκρατία, Ρουάντα, Σουαζιλάνδη, Ζάμπια και Ζιμπάμπουε.

Η περιοχή της Νότιας Σαχάρας έχει, σε σχέση με τον πληθυσμό της, την σοβαρότερη επιδημία του HIV/AIDS από οποδήποτε αλλού στον κόσμο, και έχει γίνει το σημείο εστίασης διάφορων πρωτοβουλιών για να αποτραπεί η προς τα έξω μετάδοση του ιού HIV και να παρασχεθούν αντιρετροϊκά φάρμακα στους μολυσμένους ανθρώπους.

Ενώ η δυτική Αφρική επηρεάζεται σχετικά λιγότερο από τη μόλυνση HIV, επιδεικνύει μια ποικιλομορφία που δεν παρουσιάζεται σε άλλα μέρη της Αφρικής. Τα εθνικά ποσοστά επικράτησης μπορούν να παραμείνουν χαμηλά, ενώ τα ποσοστά μόλυνσης σε ορισμένους πληθυσμούς μπορεί να είναι πράγματι πολύ υψηλά.

Τα ποσοστά μόλυνσης στην Ανατολική Αφρική, είναι τα υψηλότερα στην ήπειρο. Το ποσοστό επικράτησης μεταξύ των ενηλίκων στην Αιθιοπία και την Κένυα έχει φθάσει σε διψήφιους αριθμούς και συνεχίζει να αυξάνεται.

Το AIDS δε σταματάει γιατί δε σταματάει η φτώχεια, αφού ο μόνος τρόπος να επιβιώσουν σε μία ήπειρο που δεν έχει αναπτυγμένη οικονομία ούτε καν τεχνολογία και μέσα να καλλιεργήσουν τις εκτάσεις τους είναι η πορνεία.

Οι γιατροί χωρίς σύνορα καταβάλλουν κάθε φιλότιμη προσπάθεια να βοηθήσουν τους άρρωστους ανθρώπους, οι οποίοι ακόμα απευθύνονται στους τοπικούς θεραπευτές τους για την ίαση ακόμα και του AIDS, παρέχοντας τους δωρεάν θεραπεία για το AIDS και τη φυματίωση από τον Απρίλιο του 2005. Η ιατρός Σεραφεία Καλαμίτση ('γιατρός χωρίς σύνορα') λέει χαρακτηριστικά ότι HIV για έναν Αφρικανό ασθενή σημαίνει: "*Hope is Vital*", έτσι θέλουν να αντιμετωπίζουν την ασθένεια με ελπίδα και αισιοδοξία<sup>1</sup> (Τσόκλη 2009).

### Ασία και Ειρηνικός

Η ποικιλομορφία της επιδημίας του AIDS είναι ακόμα μεγαλύτερη στην Ασία απ' ότι στην Αφρική. Η επιδημία εδώ, εμφανίζεται να είναι πιο πρόσφατης



προέλευσης και πολλές ασιατικές χώρες στερούνται τα ακριβή συστήματα για την μη εξάπλωση του ιού HIV. Περίπου 1,2 εκατομμύρια άνθρωποι στην Ασία και τον Ειρηνικό απέκτησαν τον ιό HIV. Το 2004, ανεβάζοντας τον αριθμό των ανθρώπων που ζουν με τον ιό HIV, κατ' εκτίμηση, σε 8,2 εκατομμύρια.

Μερικές ασιατικές χώρες, όπως η Ταϊλάνδη, έχει ανταποκριθεί γρήγορα στην επιδημία με εκτενείς εκστρατείες εκπαίδευσης του κοινού και αποτροπής εξάπλωσης του ιού HIV και φαίνεται να παρουσιάζει κάποια επιτυχία. Άλλες πολύ πυκνοκατοικημένες χώρες, όπως η Κίνα, μόνο πρόσφατα έχει αναγνωρίσει ότι η εξάπλωση του HIV απειλεί τους πληθυσμούς της, κατά συνέπεια, το επικαλυπτόμενο περίβλημα της διαδικασίας πρόληψής του, βρίσκεται πίσω από τη διάδοση του ιού.

Εντούτοις, η επιδημία στην Ασία έχει απέραντο χώρο για αύξηση. Η πορνεία και η χρήση ναρκωτικών φαρμάκων είναι εκτενής, το ίδιο συμβαίνει και με τη μετανάστευση και την κινητικότητα μέσα και κατά μήκος των συνόρων. Η έλλειψη οικονομικής σταθερότητας στην Ασία έχουν οδηγήσει στην απευθείας μετακίνηση μέσα στις χώρες και μεταξύ των χωρών, γεγονός που αντανακλάται στην αυξανόμενη επικράτηση του ιού HIV. Η Ινδία, η Κίνα, η Ταϊλάνδη και η Καμπότζη, είναι μερικοί από τους λαούς που έχουν ιδιαίτερα κινητούς πληθυσμούς μέσα στα σύνορά τους, με ανθρώπους να κινούνται από κράτος σε κράτος και από αγροτικές σε αστικές περιοχές.

#### Ανατολική Ευρώπη & Κεντρική Ασία

Το 2004, με τον συνολικό αριθμό των ανθρώπων που ζουν με τον ιό να φτάνει σε περίπου 1,4 εκατομμύρια. Η Ανατολική Ευρώπη βρίσκεται στο γρηγορότερο βραχίονα ανάπτυξης της παγκόσμιας επιδημίας του ιού HIV.

Στη Ρωσική Ομοσπονδία, ένα ξέσπασμα του ιού του HIV/AIDS μεταξύ των ενδοφλέβιων χρηστών ναρκωτικών φαρμάκων, στην περιοχή της Μόσχας το 1999, εμφάνισε περισσότερες νέες υποθέσεις το έτος αυτό, απ' ότι σε όλα τα προηγούμενα έτη.

Χειρότερα επηρεάζονται η Ρωσική Ομοσπονδία, η Ουκρανία, και τα Κράτη της Βαλτικής (Εσθονία, Λετονία και Λιθουανία), αλλά ο HIV συνεχίζει να διαδίδεται στη Λευκορωσία, τη Μολδαβία και το Καζακστάν, ενώ πιο πρόσφατες επιδημίες είναι τώρα εμφανείς στο Κιρζιστάν και το Ουζμπεκιστάν.

Η επιδημία στην Ανατολική Ευρώπη προκαλείται με την ενδοφλέβια χρήση φαρμάκων και η ποινικοποίηση αυτής της πρακτικής καθιστά δύσκολη την ύπαρξη μιας ακριβούς εικόνας του ποσοστού των χρηστών φαρμάκων που είναι θετικοί στον





ιό HIV.

### Καραϊβική

Ο ιός HIV ερημώνει τους πληθυσμούς σε αρκετά Καραϊβικά Κράτη νησιών, η διάδοση της μόλυνσης του ιού HIV προκαλείται από το μη προστατευμένο sex μεταξύ ανδρών και γυναικών, αν και οι μολύνσεις που συνδέονται με την ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών φαρμάκων είναι κοινή σε μερικές Χώρες, όπως το Πουέρτο Ρίκο.

Η μετάδοση του HIV στην Αϊτή, προκαλείται σε συντριπτικά μεγαλύτερο ποσοστό μεταξύ των ετεροφυλόφιλων, η μόλυνση και ο θάνατος συγκεντρώνονται στους νέους ενήλικους. Υπολογίζεται ότι σχεδόν 200.000 παιδιά από την Αϊτή είχαν χάσει τον έναν ή και τους δύο γονείς τους από το AIDS μέχρι το τέλος του 2004.

Οι επιδημίες μεταξύ των ετεροφυλόφιλων που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV στις Καραϊβικές Θάλασσες, προκαλούνται από το θανάσιμο συνδυασμό μεταξύ της πρόωρης σεξουαλικής δραστηριότητας και της συχνής ανταλλαγής συντρόφων κυρίως από τους νέους.

Στο Saint Vincent και τις Grenadines, όπου η επικράτηση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών είναι υψηλή, ένα τέταρτο των ανδρών και των γυναικών σε μια πρόσφατη εθνική έρευνα είπε ότι είχαν αρχίσει σεξουαλική επαφή πριν από την ηλικία των 14 ετών και οι μισοί από τους άνδρες και τις γυναίκες ήταν σεξουαλικά ενεργοί στην ηλικία, των 16 ετών.

### Λατινική Αμερική

Η επιδημία του AIDS μέσα στη Λατινική Αμερική είναι ιδιαίτερα διαφορετική.

Η μεγαλύτερη μετάδοση στις Χώρες της Κεντρικής Αμερικής και τις χώρες στην Καραϊβική Ακτή εμφανίζεται μέσω του sex μεταξύ ανδρών και γυναικών. Η Βραζιλία, επίσης, δοκιμάζει μια σημαντική επιδημία ετεροφυλόφιλων, αλλά υπάρχουν επίσης πολύ υψηλά ποσοστά μόλυνσης μεταξύ των ατόμων που έρχονται σε σεξουαλική επαφή με τα άτομα που κάνουν ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών φαρμάκων.

Πάνω από 7% των εγκύων γυναικών στην Αστική Γουιάνα, όταν εξετάστηκαν το 1996, βρέθηκαν θετικές στον ιό HIV.

Στην Ονδούρα, τη Γουατεμάλα και την Μπελίζ υπάρχει επίσης μια ταχέως αναπτυσσόμενη επιδημία, με τα ποσοστά επικράτησης του ιού HIV, μεταξύ των



ενηλίκων στο γενικό πληθυσμό να βρίσκονται μεταξύ 1 και 2%.

Στο Μεξικό, επίσης, ο ιός HIV έχει επηρεάσει κυρίως τους άνδρες που έρχονται σε σεξουαλική επαφή με άνδρες και περισσότεροι από 14% είναι αυτή την περίοδο μολυσμένο.

Η Αργεντινή έχει χαρακτηριστικά υψηλά ποσοστά μόλυνσης HIV μεταξύ των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών φαρμάκων και των ανδρών που έρχονται σε σεξουαλική επαφή με άλλους άνδρες, αλλά μια σχετικά χαμηλή επικράτηση 0,4% μεταξύ των έγκυων γυναικών.

Ένα από τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα καθορισμού της λατινοαμερικανικής επιδημίας είναι ότι διάφορες πυκνοκατοικημένες χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Αργεντινής, της Βραζιλίας, της Κούβας και του Μεξικού, κάνουν προσπάθεια να παρασχεθεί η αντιρετροϊκή θεραπεία σε όλους τους ανθρώπους που μολύνονται από τον HIV ιό.

Οι κυβερνήσεις αυτών των χωρών έχουν επενδύσει και έχουν ενθαρρύνει τοπικούς φαρμακευτικούς κατασκευαστές να παράγουν αντίγραφα των ακριβών φαρμάκων που είναι κατοχυρωμένα με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας. Αυτό τους επιτρέπει να διανείμουν τα φάρμακα σε ένα πολύ μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού τους, διότι διαφορετικά δεν θα ήταν σε θέση να βοηθήσουν.

### Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

Στις ΗΠΑ, υπάρχουν άνθρωποι που είναι ανίκανοι να αντέξουν οικονομικά και να αγοράσουν τα φάρμακα που χρειάζονται.

Συγκεκριμένα στην Ουάσιγκτον το 3% των κατοίκων της ζούν με τον ιό HIV ή έχουν προσβληθεί από AIDS, σύμφωνα με στοιχεία κυβερνητικής έκθεση, γεγονός που δίνει πλέον στην ασθένεια διαστάσεις επιδημίας.

Σύμφωνα με έκθεση του προγράμματος UNAIDS, που αποτελεί συνεργασία των αμερικανικών Κέντρων για τον Έλεγχο και την Αποτροπή Ασθενειών και των Ηνωμένων Εθνών, η αμερικανική πρωτεύουσα είναι η πόλη με το μεγαλύτερο αριθμό ασθενών του AIDS στις ΗΠΑ και εφόσον το ποσοστό ξεπερνά το 1% σε μία συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή, θεωρείται ότι έχει λάβει διαστάσεις επιδημίας. «Τα ποσοστά μας είναι υψηλότερα από τη Δυτική Αφρική» δήλωσε χαρακτηριστικά η Δρ. Σάνον Χέιντερ, διευθύντρια της υπηρεσίας για τον έλεγχο του AIDS στην αμερικανική πρωτεύουσα και πρόσθεσε ότι: «Πρόκειται για ποσοστά ανάλογα με την Ουγκάντα και ορισμένες περιοχές στην Κένυα». «Ο ιός HIV που προκαλεί AIDS μεταδίδεται στην αμερικανική πρωτεύουσα με κάθε δυνατό τρόπο: με ομοφυλοφιλικές



*και ετεροφυλικές σεξουαλικές σχέσεις, με τη χρήση συρίγγων από ναρκομανείς και από μητέρες – φορείς στα παιδιά τους». Συνεχίζει η Δρ. Σάνον Χέιντερ ότι: «επειδή η επιδημία στην Ουάσιγκτον είναι μεγάλη και σύνθετη και μεταδίδεται με πολλούς τρόπους, συχνά λέμε ότι δεν έχουμε περιθώρια να κάνουμε ένα συγκεκριμένο πράγμα, πρέπει να κάνουμε τα πάντα».*

Περίπου 3.000 άνα 100.000 κατοίκους, ηλικίας άνω των 12 ετών ή 15.210 άτομα, είναι θετικά στον ιό HIV στη Ουάσιγκτον. Μάλιστα από το 2006 έως το τέλος του 2008 τα κρούσματα του AIDS αυξήθηκαν κατά 22% <sup>2</sup>(ΑΠΕ 2009).

### Ευρωπαϊκή Ένωση

Οι μολύνσεις HIV έχουν συγκεντρωθεί κυρίως μεταξύ των ενδοφλέβιων χρηστών και των ομοφυλοφιλικών ατόμων. Εντούτοις, σε διάφορες δυτικές ευρωπαϊκές χώρες ένα σημαντικό ποσοστό της νέας διάγνωσης HIV εμφανίζονται μέσω της επαφής των ετεροφυλόφιλων.

Πολύ νωρίς από την εμφάνιση της επιδημίας, δόθηκαν πληροφορίες και οι υπηρεσίες πρόληψης τέθηκαν στη διάθεση του μεγαλύτερου μέρους του πληθυσμού, το επίπεδο του μη προστατευμένου sex μειώθηκε σε πολλές Χώρες και η απαίτηση αυξήθηκε για τις υγειονομικές υπηρεσίες, την παροχή συμβουλών για το AIDS και άλλες προληπτικές υπηρεσίες.

Μεταξύ των ομοφυλοφιλικών ατόμων, ο ιός είχε διαδοθεί ευρέως μέχρι την πρόωρη δεκαετία του '80. Με τις ογκώδεις πρόωρες εκστρατείες πρόληψης που στόχευσαν στις ομοφυλοφιλικές κοινότητες, η συμπεριφορά κινδύνου μειώθηκε ουσιαστικά και το ποσοστό των νέων μολύνσεων έπεσε σημαντικά κατά τη διάρκεια της πρόσφατης δεκαετίας του 2000. Εντούτοις, πρόσφατες πληροφορίες προβλέπουν, ότι η επικίνδυνη συμπεριφορά μπορεί να αυξηθεί και πάλι σε μερικές κοινότητες. Οι άνθρωποι σκέφτονται ότι ο κίνδυνος τελείωσε λόγω της ελλιπής κάλυψης των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.) σε ζητήματα γύρω από το τον ιό HIV και το AIDS ενώ νέες μολύνσεις συνεχίζουν να εμφανίζονται.

Η εκστρατεία πρόληψης στις υψηλού εισοδήματος χώρες έχει μειωθεί, καθώς και η εκπαίδευση σεξουαλικής υγείας στα σχολεία, παρά το γεγονός ότι οι κίνδυνοι του AIDS είναι γνωστοί στις κυβερνήσεις.

Εντούτοις κάποιες χώρες, έχουν αρχίσει επιθετικές προσπάθειες πρόληψης του ιού HIV, ιδιαίτερα μεταξύ των ομάδων υψηλού κινδύνου, όπως των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών, προσπαθώντας να πετύχουν ποσοστό επικράτησης του AIDS κάτω από το 5%.





Κατά συνέπεια, υπάρχουν συνεχιζόμενα υψηλά ποσοστά επικράτησης μεταξύ των ενδοφλέβιων χρηστών σε πολλές χώρες υψηλού εισοδήματος. Παραδείγματος χάριν, στην Ισπανία, μια πρόσφατη μελέτη στη Βαρκελώνη βρήκε ένα ποσοστό επικράτησης 51% μεταξύ των ενδοφλέβιων χρηστών ναρκωτικών φαρμάκων.

Έχουν την πεποίθηση ότι ο ιός HIV είναι κάτι που επηρεάζει άλλους ανθρώπους, όχι τους πληθυσμούς τους. Σε εθνικό επίπεδο, αυτή η πεποίθηση αποτρέπει τους σχεδιαστές πολιτικής και τους ρυθμιστές των προϋπολογισμών να δουν τη θέα της επιδημίας στην πόρτα τους, κοιτάζοντας αντ' αυτού την κατάσταση σε περιοχές όπως η Αφρική όπου και χρηματοδοτούν την παροχή φαρμάκων σε Χώρες χαμηλού εισοδήματος, ενώ ταυτόχρονα αποτυχαίνουν να παρέχουν τα φάρμακα για τους πολίτες τους που έχουν AIDS.

Η Πορτογαλία είναι η μόνη δυτικοευρωπαϊκή χώρα που η μετάδοση του ιού του AIDS αυξήθηκε κατά την τελευταία δεκαετία. Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας της εν λόγω Χώρας, στα μέσα Νοεμβρίου 2004, ο αριθμός των οροθετικών ανερχόταν σε 26.000. Οι υγειονομικές αρχές της Πορτογαλίας δαπανούν σχεδόν 100 εκατομμύρια ετησίως για την περίθαλψη φορέων και νοσούντων του AIDS.

Τα ευρωπαϊκά δεδομένα που παρουσιάζονται προέρχονται από το ευρωπαϊκό πρόγραμμα επιδημιολογικής επιτήρησης του HIV/AIDS (EURO HIV). Πρόσφατα, την επιτήρηση σε Ευρωπαϊκό επίπεδο ανέλαβε το νεοσύστατο European Centre for Diseases Control (ECDC), σε συνεργασία με το Ευρωπαϊκό γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, μέσω του ηλεκτρονικού συστήματος TESSY. Η πρώτη επιδημιολογική έκδοση αναμένεται. Κάθε χώρα έχει το δικό της σύστημα επιτήρησης.

Συνεπώς, τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται επηρεάζονται από τον τρόπο συλλογής των δεδομένων, την πληρότητά τους, τη νομοθεσία κάθε χώρας και άλλους παράγοντες. Σε ορισμένες χώρες, λόγω της πρόσφατης εφαρμογής του συστήματος επιτήρησης, καταγράφονται και περιπτώσεις που έχουν μολυνθεί στο παρελθόν και επομένως η ερμηνεία των δεδομένων για τα πρώτα χρόνια είναι ενδεικτική. Τα στοιχεία παρουσιάζονται μέχρι το 2006 και προέρχονται από τα 27 κράτη-μέλη που απαρτίζουν την Ευρωπαϊκή Ένωση από την 1η Ιανουαρίου του 2007.

Αξιολογώντας τα τελευταία ευρωπαϊκά δεδομένα για την πορεία της HIV λοίμωξης, παρατηρούμε ότι οι χώρες με το μεγαλύτερο αριθμό νέων HIV διαγνώσεων για το έτος 2006 ήταν η Εσθονία, η Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Δεν υπάρχουν δεδομένα το 2006 για την Ισπανία και την Ιταλία, των οποίων η επίπτωση εκτιμάται να είναι υψηλότερη από τη μέση επίπτωση για την



Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι χώρες με τη μεγαλύτερη επίπτωση για το έτος 2006 ήταν η Πορτογαλία, η Ισπανία, η Λετονία και η Εσθονία.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



Περιπτώσεις AIDS ανά χώρα-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης και έτος διάγνωσης							
Έτος							
ΧΩΡΑ	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
ΑΥΣΤΡΙΑ	10,5	11,2	11,6	6,1	8,8	7,3	7,2
ΒΕΛΓΙΟ	14,1	13,6	12,8	12,1	11,9	14,5	9,5
ΔΑΝΙΑ	10,9	13,2	8,2	7,2	11,0	8,3	9,1
ΦΙΛΑΝΔΙΑ	3,3	3,7	3,8	4,8	3,6	5,0	8,2
ΓΑΛΛΙΑ	28,5	27,4	26,6	23,7	22,2	21,1	16,3
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	9,5	8,7	7,9	7,8	8,1	7,6	4,4
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	3,4	6,7	8,9	9,7	10,9	11,8	5,8
ΙΤΑΛΙΑ	33,8	31,4	30,3	29,6	27,8	25,8	19,4
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	23,0	9,1	2,2	17,7	26,1	17,2	19,4
ΜΑΛΤΑ	7,7	0,0	10,1	5,0	2,5	7,5	9,9
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	15,7	16,1	18,4	17,4	17,3	19,3	11,5
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	98,9	97,1	97,2	86,1	75,4	72,7	65,8
ΙΣΠΑΝΙΑ	70,0	59,9	54,5	52,8	47,6	40,7	35,0
ΣΟΥΗΔΙΑ	6,9	5,6	6,8	5,9	7,3	5,3	6,4
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	14,2	12,5	15,0	15,6	14,8	13,9	14,3
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	2,0	1,8	1,6	1,9	2,6	2,5	2,2
ΚΥΠΡΟΣ	14,0	5,0	5,0	6,1	2,4	3,6	3,6
ΤΣΕΧΙΑ	1,4	0,7	0,8	0,8	1,3	1,1	1,3
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	2,6	2,0	2,6	2,6	2,3	3,3	2,2
ΠΟΛΩΝΙΑ	3,2	3,4	3,2	3,7	4,6	3,9	3,0
ΡΟΥΜΑΝΙΑ	29,9	20,07	15,6	16,6	14,1	14,1	9,8
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	0,9	0,9	0,4	0,4	0,4	0,6	0,7
ΣΛΟΒΕΝΙΑ	3,6	2,5	1,5	3,0	5,1	5,1	2,5
ΕΣΘΟΝΙΑ	2,2	1,5	4,5	7,5	21,7	21,8	24,2
ΛΕΤΟΝΙΑ	9,7	17,0	23,9	32,2	32,8	32,7	26,5
ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	2,0	2,9	2,6	2,6	2,9	2,9	8,0
ΕΛΛΑΔΑ	11,9	8,4	9,0	8,5	9,1	9,1	8,2

Πίνακας 2: Περιπτώσεις AIDS ανά χώρα-μέλος της Ε.Ε. ανά έτος  
(ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)



## ΤΟ ΕΙΤΖ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΗΜΕΡΑ

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζεται η κατάσταση έως και 31 Οκτωβρίου 2008, βάσει των στοιχείων που καταγράφει κάθε χρόνο το Κέντρο Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων<sup>3</sup> (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ) στη χώρα μας.

### 2.1 Νεοδηλωθέντα HIV - Οροθετικά Άτομα.

Το 2008 (μέχρι την 31η Οκτωβρίου) δηλώθηκαν 547 νέα περιστατικά, εκ των οποίων 458 (83,7%) ήταν άνδρες και 89 (16,3%) γυναίκες. Από τις περιπτώσεις που δηλώθηκαν για πρώτη φορά ως HIV+ το 2008, 55 άτομα (δηλαδή 10,1%) είχαν ήδη εμφανίσει ή ανέπτυξαν κλινικά AIDS εντός του 2008.

Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα*, κατά φύλο στην Ελλάδα από 1/1/2008 έως 31/10/2008					
HIV infections* reported in Greece by gender from 1/1/2008 to 31/10/2008					
Φύλο	HIV	AIDS	Σύνολο - Total		Gender
	N	N	N	%	
Άνδρες	410	48	458	(83,7)	Males
Γυναίκες	82	7	89	(16,3)	Females
<b>Σύνολο</b>	<b>492</b>	<b>55</b>	<b>547</b>	<b>100,0</b>	<b>Total</b>

\* συμπεριλαμβανομένων των περιστατικών που όταν πρωτοδηλώθηκαν είχαν ήδη αναπτύξει AIDS

\*including cases presenting AIDS when first reported as HIV positive

Πίνακας 3: Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά φύλο ( ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)

Το 36% των περιστατικών έχουν δηλωθεί ως «ακαθόριστα» σε σχέση με τον τρόπο μετάδοσης, το 43% ήταν άνδρες που είχαν σεξουαλικές επαφές με άλλους άνδρες (ή 67,1% εάν δεν συμπεριληφθούν οι περιπτώσεις με «ακαθόριστα» τρόπο μετάδοσης) και το 18,8% ήταν ετεροφυλόφιλοι άνδρες και γυναίκες (ή 29,4%, εάν δεν συμπεριληφθούν οι περιπτώσεις με «ακαθόριστο» τρόπο μετάδοσης).

Σε μία περίπτωση δηλώθηκε η μετάγγιση μολυσμένου αίματος (στην αλλοδαπή) ως τρόπος μετάδοσης. Περιστατικό HIV λοίμωξης σε άτομο ελληνικής εθνικότητας, το οποίο αρχικώς αποδόθηκε σε μετάγγιση μολυσμένου αίματος, διαπιστώθηκε σε ακόλουθο λεπτομερή έλεγχο ότι δεν μολύνθηκε με τον εν λόγω τρόπο.



Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα\*, κατά κατηγορία μετάδοσης και κατά φύλο στην Ελλάδα, από 1/1/2008 έως 31/10/2008  
HIV infections\* by transmission group and gender reported in Greece from 1/1/2008 to 31/10/2008

Κατηγορία μετάδοσης	Άνδρες Males		Γυναίκες Females		Σύνολο Total		Transmission group
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ομο/αμφιφυλόφιλοι άνδρες	235	(51,3)	0	-	235	(43,0)	Men who have sex with men (MSM)
Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών	7	(1,5)	1	(1,1)	8	(1,5)	Injecting Drug Users (IDUs)
Πολυμεταγγιζόμενοι-ες με παράγωγα αίματος	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	Haemophiliacs/Coagulation disorder
Μεταγγισθέντες-είσες	0	(0,0)	1	(1,1)	1	(0,2)	Transfusion recipients
Ετεροφυλόφιλοι-ες	61	(13,3)	42	(47,2)	103	(18,8)	Heterosexuals
Κάθετη μετάδοση	1	(0,2)	2	(2,2)	3	(0,5)	Mother to child
Ακαθόριστοι-ες	154	(33,6)	43	(48,3)	197	(36,0)	Undetermined
<b>Σύνολο</b>	<b>458</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>547</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>

\*συμπεριλαμβανομένων των περιστατικών που όταν πρωτοδηλώθηκαν είχαν ήδη αναπτύξει AIDS  
\*including cases presenting AIDS when first reported as HIV positive

Πίνακας 4 : Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά κατηγορία μετάδοσης & κατά φύλο (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)

Η πλειονότητα των περιστατικών αφορά σε άτομα ηλικίας 25-44 ετών. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών ήταν ηλικίας 30-34 ετών κατά τη δήλωση (19,9%), ενώ στις γυναίκες η προεξάρχουσα ηλικιακή ομάδα ήταν αυτή των 25-29 ετών (22,5%).

Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα\*, κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη δήλωση και κατά φύλο στην Ελλάδα από 1/1/2008 έως 31/10/2008  
HIV infections\* by age group and gender reported in Greece from 1/1/2008 to 31/10/2008

Ηλικιακή ομάδα Age group	Άνδρες Males		Γυναίκες Females		Σύνολο Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0 – 12 ετών - years old	1	(0,2)	2	(2,2)	3	(0,5)
13 – 24 ετών - years old	38	(8,3)	9	(10,1)	47	(8,6)
25 – 29 ετών - years old	82	(17,9)	20	(22,5)	102	(18,6)
30 – 34 ετών - years old	91	(19,9)	18	(20,2)	109	(19,9)
35 – 39 ετών - years old	59	(12,9)	9	(10,1)	68	(12,4)
40 – 44 ετών - years old	59	(12,9)	9	(10,1)	68	(12,4)
45 – 49 ετών - years old	46	(10,0)	3	(3,4)	49	(9,0)
50 – 54 ετών - years old	18	(3,9)	2	(2,2)	20	(3,7)
55 + ετών - years old	52	(11,4)	11	(12,4)	63	(11,5)
Άγνωστη - Unknown	12	(2,6)	6	(6,7)	18	(3,3)
<b>Σύνολο - Total</b>	<b>458</b>	<b>(100,0)</b>	<b>89</b>	<b>(100,0)</b>	<b>547</b>	<b>(100,0)</b>

\*συμπεριλαμβανομένων των περιστατικών που όταν πρωτοδηλώθηκαν είχαν ήδη αναπτύξει AIDS  
\*including cases presenting AIDS when first reported as HIV positive

Πίνακας 5: Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά ηλικιακή ομάδα & κατά φύλο (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)



## 2.2 Σύνολο HIV Οροθετικών Ατόμων

Ο συνολικός αριθμός των HIV οροθετικών ατόμων (συμπεριλαμβανομένων των περιπτώσεων AIDS) που δηλώθηκαν στην Ελλάδα μέχρι την 31η Οκτωβρίου 2008 ανέρχεται σε 9.229. Από αυτά, τα 7.409 (80,3%) ήταν άνδρες, τα 1.772 (19,2%) γυναίκες, ενώ για ένα μικρό ποσοστό το φύλο δεν δηλώθηκε. Η κατανομή των περιστατικών HIV γίνεται διεθνώς με βάση το έτος δήλωσης.

Το έτος δήλωσης καθορίζεται ιεραρχικά χρησιμοποιώντας είτε την ημερομηνία δήλωσης HIV, είτε την ημερομηνία έναρξης θεραπείας, είτε την ημερομηνία δήλωσης AIDS, είτε την ημερομηνία δήλωσης θανάτου, ανάλογα με τα διαθέσιμα στοιχεία κατά περίπτωση.<sup>2</sup>

Σύνολο HIV οροθετικών ατόμων κατά έτος δήλωσης και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι 31/10/2008 Total number of HIV infections by year of report and gender reported in Greece by 31/10/2008						
Έτος δήλωσης Year of report	Άνδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο * Total *	Συχνότητα ** Rate **
	N	%	N	%		
1984	7	(100,0)	0	(0,0)	7	(0,7)
1985	9	(90,0)	1	(10,0)	10	(1,0)
1986	39	(97,5)	1	(2,5)	40	(4,0)
1987	56	(87,5)	8	(12,5)	64	(6,4)
1988	103	(91,2)	6	(5,3)	113	(11,3)
1989	126	(86,3)	17	(11,6)	146	(14,5)
1990	192	(86,9)	27	(12,2)	221	(21,8)
1991	218	(83,8)	42	(16,2)	260	(25,5)
1992	265	(86,9)	40	(13,1)	305	(29,6)
1993	252	(84,3)	47	(15,7)	299	(28,7)
1994	197	(80,4)	48	(19,6)	245	(23,3)
1995	284	(85,5)	48	(14,5)	332	(31,3)
1996	347	(77,6)	100	(22,4)	447	(41,9)
1997	432	(83,4)	86	(16,6)	518	(48,2)
1998	521	(78,5)	122	(18,4)	664	(61,4)
1999	929	(78,7)	245	(20,8)	1180	(108,6)
2000	379	(77,0)	111	(22,6)	492	(45,1)
2001	306	(75,2)	99	(24,3)	407	(37,2)
2002	297	(75,0)	99	(25,0)	396	(36,1)
2003	328	(75,2)	106	(24,3)	436	(39,6)
2004	357	(80,0)	86	(19,3)	446	(40,4)
2005	422	(74,7)	141	(25,0)	565	(51,0)
2006	462	(80,8)	110	(19,2)	572	(51,4)
2007	423	(81,8)	93	(18,0)	517	(46,3)
10/2008	458	(83,7)	89	(16,3)	547	(48,8)
<b>Σύνολο - Total</b>	<b>7409</b>	<b>(80,3)</b>	<b>1772</b>	<b>(19,2)</b>	<b>9229</b>	

\* Περιλαμβάνει και τα περιστατικά των οποίων το φύλο είναι άγνωστο  
\*\* Ανά εκατομμύριο πληθυσμού

\* Including cases of unknown gender  
\*\* Per million population

Πίνακας 6 : Σύνολο HIV οροθετικών ατόμων κατά έτος δήλωσης & κατά φύλο

<sup>2</sup> Η δήλωση των HIV οροθετικών ατόμων ξεκίνησε στην Ελλάδα το 1998. Είναι ανώνυμη, απόρρητη και υποχρεωτική, σύμφωνα με την Υπουργική απόφαση Β1/5295/7-8-1998. Το συγκεκριμένο μέτρο για την επιδημιολογική επιτήρηση της HIV λοίμωξης ξεκίνησε σε Ευρωπαϊκό επίπεδο τον Ιανουάριο του 1999. Η δήλωση των οροθετικών ατόμων γίνεται με τη χρήση προσωπικών αναγνωριστικών όπως και στις περιπτώσεις AIDS. Παρόλα αυτά, η εγγενής αδυναμία της σωστής και ακριβούς καταγραφής αυτών των αναγνωριστικών οδηγεί στην ύπαρξη διπλοεγγραφών που δεν μπορούν να ανιχνευθούν.



### 2.3 Κατηγορία Μετάδοσης

Η σεξουαλική επαφή αποτελεί τον κυριότερο τρόπο μετάδοσης του HIV. Συγκεκριμένα, το 46,1% των περιπτώσεων HIV λοίμωξης ήταν άνδρες που δήλωσαν ότι μολύνθηκαν μέσω της σεξουαλικής επαφής με άλλους άνδρες, ενώ το 22,9% ήταν άνδρες και γυναίκες που ανέφεραν ότι μολύνθηκαν μέσω της ετεροφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής. Η κατηγορία μετάδοσης παραμένει αδιευκρίνιστη σε ποσοστό 23,3%.

Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά κατηγορία μετάδοσης και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι 31/10/2008							
HIV infections by transmission group and gender reported in Greece by 31/10/2008							
Κατηγορία μετάδοσης	Άνδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο* - Total*		Transmission group
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ομο/αμφιφιλόφιλοι	4252	(57,4)	-	-	4252	(46,1)	Men who have sex with men (MSM)
Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών	248	(3,3)	69	(3,9)	317	(3,4)	Injecting Drug Users (IDUs)
Πολυμεταγγιζόμενοι-ες με παράγωγα αίματος	219	(3,0)	15	(0,8)	234	(2,5)	Haemophiliacs/Coagulation disorder
Μεταγγισθέντες-είσες	57	(0,8)	40	(2,3)	97	(1,1)	Transfusion recipients
Ετεροφιλόφιλοι-ες	931	(12,6)	1180	(66,6)	2118	(22,9)	Heterosexuals
Κάθετη μετάδοση	30	(0,4)	26	(1,5)	57	(0,6)	Mother to child
Ακαθόριστοι-ες	1672	(22,6)	442	(24,9)	2154	(23,3)	Undetermined
<b>Σύνολο</b>	<b>7409</b>	<b>(100,0)</b>	<b>1772</b>	<b>(100,0)</b>	<b>9229</b>	<b>(100,0)</b>	<b>Total</b>

Περιλαμβάνει και τα περιστατικά των οποίων το φύλο είναι άγνωστο

\* Including cases of unknown gender

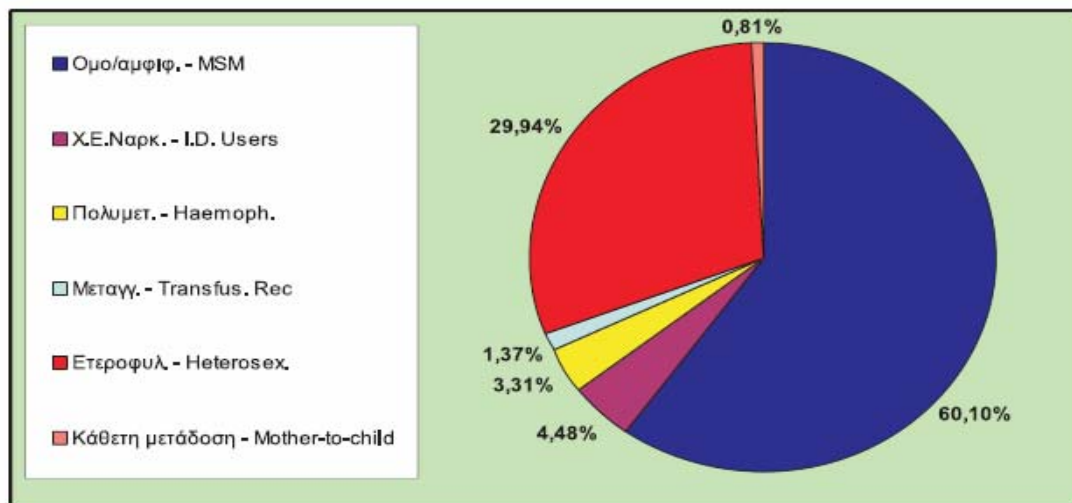
Πίνακας 7 : Σύνολο HIV οροθετικών ατόμων κατά κατηγορία μετάδοσης & κατά φύλο (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)

Στη συγκεκριμένη κατηγορία περιλαμβάνονται άτομα για τα οποία δεν έχει δηλωθεί η κατηγορία μετάδοσης.





**Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά κατηγορία μετάδοσης (δεν περιλαμβάνονται άτομα στα οποία δεν έχει προσδιοριστεί ο τρόπος μετάδοσης) στην Ελλάδα μέχρι 31/10/2008**  
**HIV infections by transmission group (excluding cases not classified in a transmission group) reported in Greece by 31/10/2008**



(Γράφημα 1: Σύνολο HIV οροθετικών ατόμων κατά κατηγορία μετάδοσης (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)

Σε σύνολο 2.118 ατόμων που έχουν μολυνθεί μέσω της ετεροφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής, το 35,2% ήταν άτομα που έζησαν ή προέρχονται από χώρες στις οποίες η ετεροφυλοφιλική μετάδοση είναι συχνή, το 18,7% είχαν σεξουαλική επαφή με HIV οροθετικά άτομα των οποίων η πηγή μόλυνσης είναι ακαθόριστη και το 30,9% ήταν περιστατικά για τα οποία υπήρχε ισχυρή ένδειξη ετεροφυλοφιλικής μετάδοσης, χωρίς, ωστόσο, να έχει προσδιοριστεί η υποκατηγορία της.

**Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά υποκατηγορία ετεροφυλοφιλικής μετάδοσης και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι 31/10/2008**  
**HIV infections by transmission sub-category of heterosexual exposure and gender reported in Greece by 31/10/2008**

Υποκατηγορία ετεροφ/κής μετάδοσης	Άνδρες Males		Γυναίκες Females		Σύνολο ** Total**		Heter. exposure sub-category
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Καταγωγή από χώρα με συχνή ετεροφυλ. μετάδοση	446	(47,9)	293	(24,8)	745	(35,2)	Origin. country heter. transmission frequent
Σ.Ε.* με άτομο που κατάγεται από χώρα με συχνή ετεροφυλ. μετάδοση	38	(4,1)	28	(2,4)	66	(3,1)	Sex with a person origin. from country heter. transmission frequent
Σ.Ε.* με χρήστη ενδοφλέβιων ναρκωτικών	25	(2,7)	57	(4,8)	82	(3,9)	Sex with an injecting drug user
Σ.Ε.* με αμφιφυλόφιλο άνδρα (μόνο για γυναίκες)	-	-	139	(11,8)	140	(6,6)	Sex with a bisexual male (only for women)
Σ.Ε.* με άτομο πολυμεταγγιζόμενο με παράγωγα αίματος	3	(0,3)	24	(2,0)	27	(1,3)	Sex with a haemophilic person
Σ.Ε.* με άτομο που μολύνθηκε μετά από μετάγγιση	4	(0,4)	3	(0,3)	7	(0,3)	Sex with transfusion recipient
Σ.Ε.* με HIV+ άτομο ακαθόριστης πηγής μόλυνσης	77	(8,3)	319	(27,0)	396	(18,7)	Sex with HIV+ person, mode of infection not known
Ισχυρή ένδειξη ετεροφυλοφιλικής μετάδοσης, μη προσδιορίσιμη	338	(36,3)	317	(26,9)	655	(30,9)	Strong evidence for transmission through heterosexual contact
<b>Σύνολο</b>	<b>931</b>	<b>(100,0)</b>	<b>1180</b>	<b>(100,0)</b>	<b>2118</b>	<b>(100,0)</b>	<b>Total</b>

\* Σεξουαλική Επαφή

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

\*\* Including cases of unknown gender

Πίνακας 8: Σύνολο HIV οροθετικών ατόμων ετεροφυλοφιλικής μετάδοσης (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)





Η πλειοψηφία από τα δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα ήταν ηλικίας 25 έως 44 ετών κατά τη στιγμή της δήλωσης, ενώ η ηλικιακή ομάδα με τη μεγαλύτερη συχνότητα στους άνδρες ήταν αυτή μεταξύ 30 και 34 ετών και στις γυναίκες η ομάδα των 25-29 ετών.

**Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη δήλωση και φύλο στην Ελλάδα μέχρι 31/10/2008**  
**HIV infections by age group at report and gender reported in Greece by 31/10/2008**

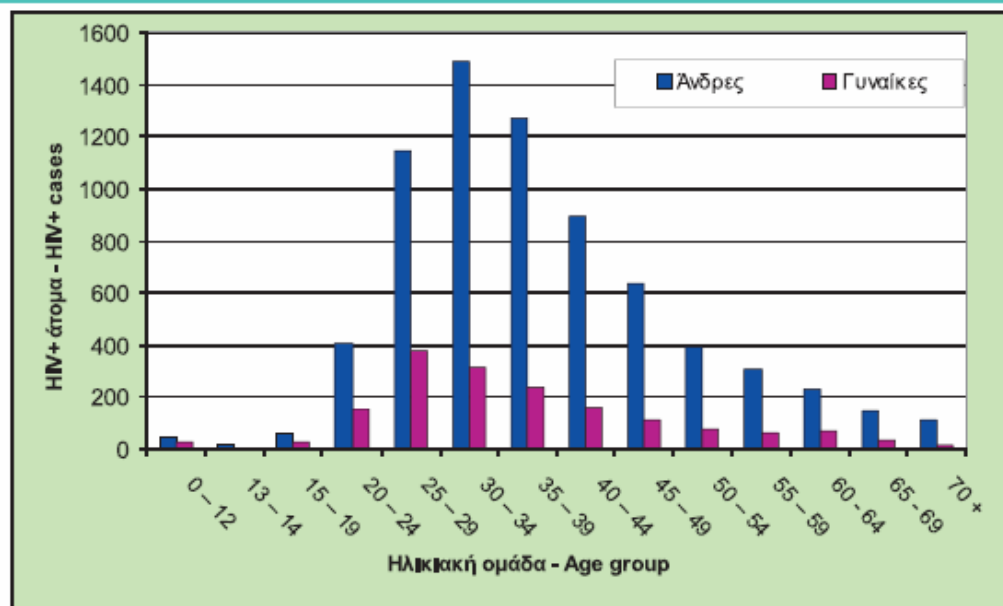
Ομάδες ηλικιών Age group	Άνδρες Males		Γυναίκες Females		Σύνολο * Total *	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0 - 12 ετών - years old	49	(0,7)	30	(1,7)	80	(0,9)
13 - 14 » » »	15	(0,2)	3	(0,2)	18	(0,2)
15 - 19 » » »	63	(0,9)	27	(1,5)	90	(1,0)
20 - 24 » » »	407	(5,5)	153	(8,6)	563	(6,1)
25 - 29 » » »	1146	(15,5)	379	(21,4)	1525	(16,5)
30 - 34 » » »	1485	(20,0)	317	(17,9)	1803	(19,5)
35 - 39 » » »	1272	(17,2)	241	(13,6)	1514	(16,4)
40 - 44 » » »	892	(12,0)	158	(8,9)	1053	(11,4)
45 - 49 » » »	634	(8,6)	109	(6,2)	746	(8,1)
50 - 54 » » »	388	(5,2)	75	(4,2)	464	(5,0)
55 - 59 » » »	309	(4,2)	65	(3,7)	374	(4,1)
60 - 64 » » »	233	(3,1)	67	(3,8)	300	(3,3)
65 - 69 » » »	148	(2,0)	33	(1,9)	183	(2,0)
70 + » » »	112	(1,5)	17	(1,0)	129	(1,4)
Άγνωστη - Unknown	256	(3,5)	98	(5,5)	387	(4,2)
<b>Σύνολο - Total</b>	<b>7409</b>	<b>(100,0)</b>	<b>1772</b>	<b>(100,0)</b>	<b>9229</b>	<b>(100,0)</b>

Περιλαμβάνει και τα περιστατικά των οποίων το φύλο είναι άγνωστο

\* Including cases of unknown gender

Πίνακας 9: Σύνολο HIV οροθετικών ατόμων κατά ηλικιακή ομάδα & κατά φύλο (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)

**Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη δήλωση και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι 31/10/2008**  
**HIV infections by age group at report and gender reported in Greece by 31/10/2008**



Γράφημα 2: Σύνολο HIV οροθετικών ατόμων κατά ηλικιακή ομάδα & κατά φύλο (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)



## 2.4 Οροθετικά Παιδιά

Τρεις περιπτώσεις κάθετης μετάδοσης του HIV (δύο σε παιδιά προερχόμενα από την αλλοδαπή και μία σε παιδί ελληνικής εθνικότητας) δηλώθηκαν το 2008 (μέχρι την 31η Οκτωβρίου). Ο αριθμός των HIV οροθετικών παιδιών (ηλικίας < 13 ετών κατά τη δήλωση) παραμένει χαμηλός στη χώρα μας και ανέρχεται σε 80 περιπτώσεις, εκ των οποίων, τα 49 (61,3%) είναι αγόρια και τα 30 είναι κορίτσια (37,5%).

Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά παιδιά κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη δήλωση και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι 31/10/2008  
Cumulative paediatric cases of HIV infection by age group at report and gender reported in Greece by 31/10/2008

Ομάδες ηλικιών Age group	Αγόρια Males		Κορίτσια Females		Σύνολο * Total *	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0 - 11 μηνών - mths	8	(16,3)	6	(20,0)	15	(18,8)
1 - 4 ετών - years old	16	(32,7)	16	(53,3)	32	(40,0)
5 - 9 » »	8	(16,3)	7	(23,3)	15	(18,8)
10 - 12 » »	17	(34,7)	1	(3,3)	18	(22,5)
<b>Σύνολο - Total</b>	<b>49</b>	<b>(100,0)</b>	<b>30</b>	<b>(100,0)</b>	<b>80</b>	<b>(100,0)</b>

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

\* Including cases of unknown gender

Πίνακας 10: Συνολικά δηλωθέντα οροθετικά παιδιά κατά ηλικιακή ομάδα & φύλο  
(ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)

Το 71,3% έχουν μολυνθεί από τη μητέρα τους, ενώ το 15% ήταν πολυμεταγχιζόμενα παιδιά.

Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά παιδιά κατά κατηγορία μετάδοσης και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι 31/10/2008  
Cumulative paediatric cases of HIV infection by transmission group and gender reported in Greece by 31/10/2008

Κατηγορία μετάδοσης	Αγόρια Males		Κορίτσια Females		Σύνολο * Total *		Transmission group
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Πολυμεταγχιζόμενα παιδιά	12	(24,5)	0	(0,0)	12	(15,0)	Haemophiliacs/Coagulation disorder
Μεταγχισθέντα παιδιά	3	(6,1)	3	(10,0)	6	(7,5)	Transfusion recipients
Ακαθόριστα	4	(8,2)	1	(3,3)	5	(6,3)	Undetermined
Από μητέρα σε παιδί	30	(61,2)	26	(86,7)	57	(71,3)	Mother - to - child
<b>Σύνολο</b>	<b>49</b>	<b>(100,0)</b>	<b>30</b>	<b>(100,0)</b>	<b>80</b>	<b>(100,0)</b>	<b>Total</b>

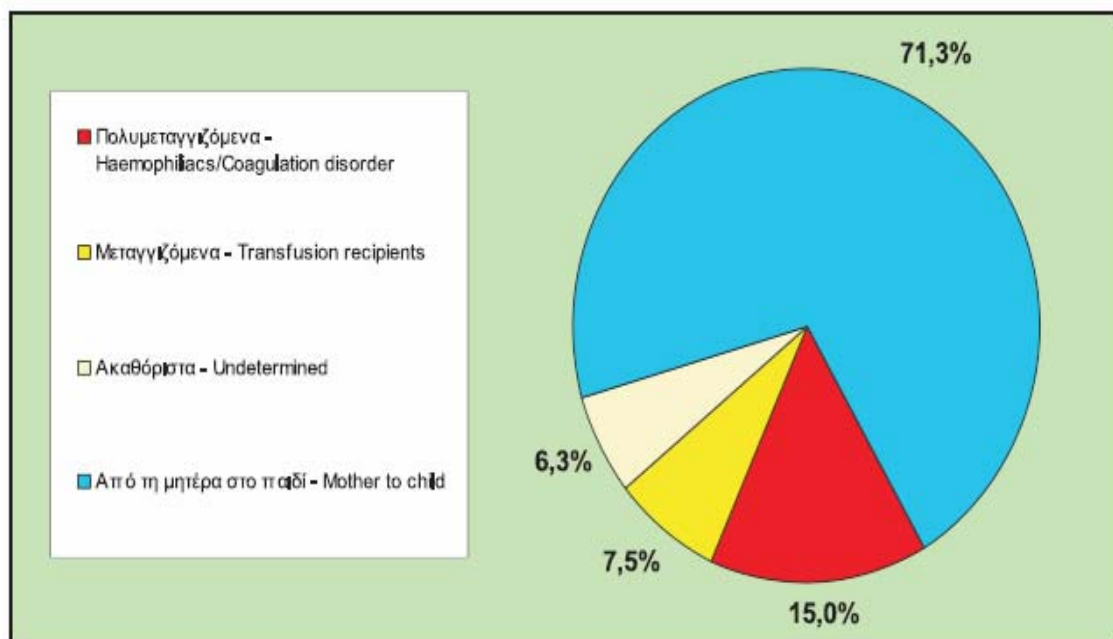
Περιλαμβάνει και περιστατικά των οποίων το φύλο είναι άγνωστο

\* Including cases of unknown gender

Πίνακας 11: Συνολικά δηλωθέντα οροθετικά παιδιά κατά κατηγορία μετάδοσης & φύλο  
(ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)



Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά παιδιά κατά κατηγορία μετάδοσης στην Ελλάδα μέχρι 31/10/2008  
 Cumulative paediatric cases of HIV infection by transmission group reported in Greece by 31/10/2008



Γράφημα 3: Συνολικά δηλωθέντα οροθετικά παιδιά κατά κατηγορία μετάδοσης (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)

## 2.5 Νέες Περιπτώσεις AIDS

Το 2008 (μέχρι την 31η Οκτωβρίου) διαγνώστηκαν 73 νέες περιπτώσεις AIDS, εκ των οποίων, 64 (87,7%) ήταν άνδρες και 9 (12,3%) γυναίκες.

Νέες περιπτώσεις AIDS\* κατά φύλο στην Ελλάδα (1/1/2008 έως 31/10/2008)

Newly diagnosed AIDS cases\* by gender in Greece from 1/1/2008 to 31/10/2008

Φύλο	N	%	Gender
Άνδρες	64	(87,7)	Males
Γυναίκες	9	(12,3)	Females
<b>Σύνολο</b>	<b>73</b>	<b>100.0%</b>	<b>Total</b>

\*Από τις 73 περιπτώσεις, οι 55 δηλώθηκαν ως HIV+ έχοντας ήδη εμφανίσει AIDS

\*55 cases had already developed AIDS when first reported as HIV positive

Πίνακας 12: Νέες περιπτώσεις AIDS κατά φύλο (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)

Από τις περιπτώσεις αυτές, οι 55 δηλώθηκαν, επίσης, ως HIV+ μέσα στο 2008. Το 41,1% των νέων περιπτώσεων AIDS ήταν άνδρες που είχαν σεξουαλικές επαφές με



άλλους άνδρες, ενώ στο 42,5% των περιπτώσεων η μετάδοση είχε γίνει πιθανότατα μέσω της ετεροφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής.

Νέες περιπτώσεις AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης και κατά φύλο στην Ελλάδα από 1/1/2008 έως 31/10/2008							
Newly diagnosed AIDS cases by transmission group and gender reported in Greece from 1/1/2008 to 31/10/2008							
Κατηγορία μετάδοσης	Άνδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο - Total		Transmission group
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ομο/αμφιφυλόφιλοι άνδρες	30	(46,9)	-	-	30	(41,1)	Men who have sex with men (MSM)
Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών	3	(4,7)	0	(0,0)	3	(4,1)	Injecting Drug Users (IDUs)
Πολυμεταγγιζόμενοι-ες με παράγωγα αίματος	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	Haemophiliacs/Coagulation disorder
Μεταγγισθέντες-είσες	0	(0,0)	1	(11,1)	1	(1,4)	Transfusion recipients
Ετεροφυλόφιλοι-ες	24	(37,5)	7	(77,8)	31	(42,5)	Heterosexuals
Κάθετη μετάδοση	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	Mother to child
Ακαθόριστοι-ες	7	(10,9)	1	(11,1)	8	(11,0)	Undetermined
<b>Σύνολο</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>73</b>	<b>100%</b>	<b>Total</b>

Πίνακας 13: Νέες περιπτώσεις AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης & κατά φύλο (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)

Η πλειονότητα των νέων περιπτώσεων αφορά ηλικίες μεγαλύτερες των 40 ετών κατά τη διάγνωση.

Νέες περιπτώσεις AIDS κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη διάγνωση και κατά φύλο στην Ελλάδα από 1/1/2008 έως 31/10/2008						
Newly diagnosed AIDS cases by age group at diagnosis and gender reported in Greece from 1/1/2008 to 31/10/2008						
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	1	(1,6)	0	(0,0)	1	(1,4)
25 – 29 ετών - years old	9	(14,1)	1	(11,1)	10	(13,7)
30 – 34 ετών - years old	6	(9,4)	2	(22,2)	8	(11,0)
35 – 39 ετών - years old	9	(14,1)	2	(22,2)	11	(15,1)
40 – 44 ετών - years old	12	(18,8)	1	(11,1)	13	(17,8)
45 – 49 ετών - years old	7	(10,9)	0	(0,0)	7	(9,6)
50 – 54 ετών - years old	6	(9,4)	0	(0,0)	6	(8,2)
55 + ετών - years old	14	(21,9)	3	(33,3)	17	(23,3)
Άγνωστη - Unknown	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
<b>Σύνολο - Total</b>	<b>64</b>	<b>(100,0)</b>	<b>9</b>	<b>(100,0)</b>	<b>73</b>	<b>(100,0)</b>

Πίνακας 14: Νέες περιπτώσεις AIDS κατά ηλικιακή ομάδα & φύλο (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)



## 2.6 Συνολικός Αριθμός Περιπτώσεων AIDS

Ο συνολικός αριθμός των περιπτώσεων AIDS που δηλώθηκαν στην Ελλάδα μέχρι την 31η Οκτωβρίου 2008, ανέρχεται σε 2928, εκ των οποίων, 2477 (84,6%) ήταν άνδρες και 451 (15,4%) ήταν γυναίκες. Η ερμηνεία των διαχρονικών τάσεων του AIDS πρέπει να γίνει υπό το πρίσμα δύο πολύ σημαντικών αλλαγών στην ιστορία της νόσου, δηλαδή την επέκταση των διαγνωστικών κριτηρίων το 1993 και την εισαγωγή των νέων συνδυασμένων θεραπειών (HAART) το 1996.

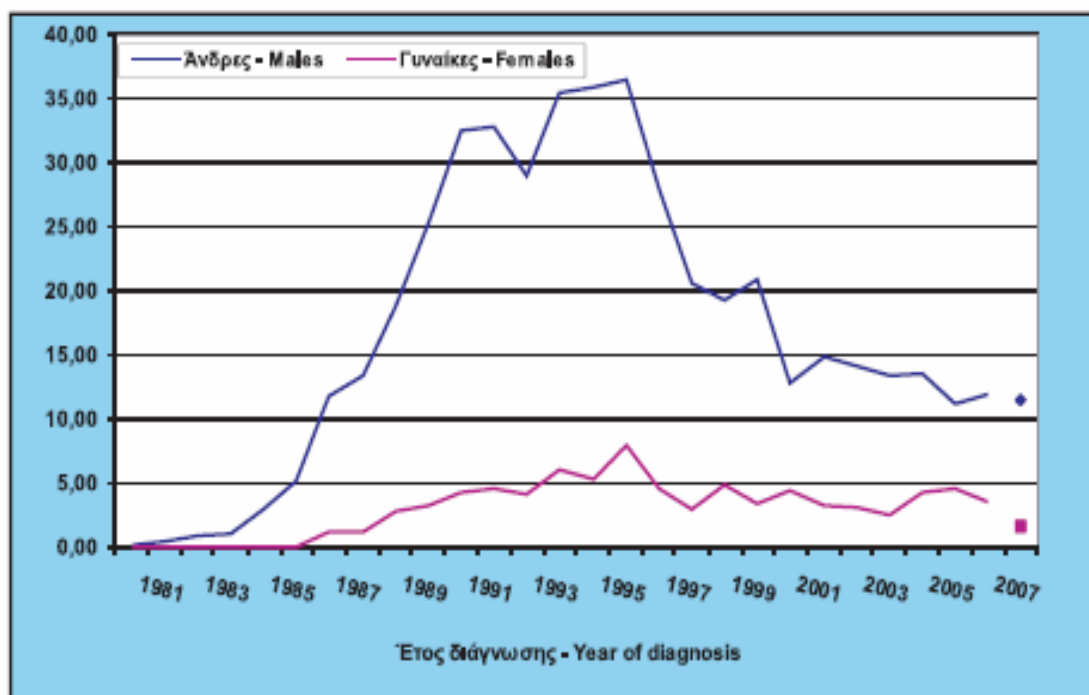
Πίνακας 15: Περιπτώσεις AIDS κατά φύλο (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)

Περιπτώσεις AIDS κατά έτος διάγνωσης και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι 31/10/2008 Cumulative AIDS cases by year of diagnosis and gender reported in Greece by 31/10/2008						
Έτος διάγνωσης Year of diagnosis	Άνδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο - Total	Συχνότητα * Rate*
	N	(%)	N	(%)		
1981	1	(100,0)	0	(0,0)	1	0,10
1982	2	(100,0)	0	(0,0)	2	0,20
1983	4	(100,0)	0	(0,0)	4	0,41
1984	5	(100,0)	0	(0,0)	5	0,51
1985	14	(100,0)	0	(0,0)	14	1,41
1986	25	(100,0)	0	(0,0)	25	2,51
1987	58	(90,6)	6	(9,4)	64	6,41
1988	66	(91,7)	6	(8,3)	72	7,19
1989	93	(86,9)	14	(13,1)	107	10,64
1990	126	(88,1)	17	(11,9)	143	14,13
1991	163	(88,1)	22	(11,9)	185	18,15
1992	167	(87,4)	24	(12,6)	191	18,51
1993	149	(87,1)	22	(12,9)	171	16,41
1994	184	(85,2)	32	(14,8)	216	20,55
1995	188	(87,0)	28	(13,0)	216	20,39
1996	193	(81,8)	43	(18,2)	236	22,11
1997	149	(85,6)	25	(14,4)	174	16,19
1998	110	(87,3)	16	(12,7)	126	11,66
1999	104	(79,4)	27	(20,6)	131	12,06
2000	113	(85,6)	19	(14,4)	132	12,11
2001	69	(74,2)	24	(25,8)	93	8,51
2002	81	(81,8)	18	(18,2)	99	9,03
2003	77	(81,9)	17	(18,1)	94	8,54
2004	73	(83,9)	14	(16,1)	87	7,88
2005	74	(75,5)	24	(24,5)	98	8,84
2006	61	(70,9)	25	(29,1)	86	7,73
2007	64	(77,1)	19	(22,9)	83	7,43
31/10/2008	64	(87,7)	9	(12,3)	73	6,51
<b>Σύνολο - Total</b>	<b>2477</b>	<b>(84,6)</b>	<b>451</b>	<b>(15,4)</b>	<b>2928</b>	



Η απότομη αύξηση που παρατηρείται τα έτη 1993-96 οφείλεται κατά ένα μεγάλο μέρος στον αυξημένο αριθμό κρουσμάτων λόγω της επέκτασης των κριτηρίων για τη διάγνωση της νόσου. Αντίθετα, η μεγάλη μείωση στην επίπτωση του AIDS που παρατηρείται από το 1997 μέχρι το 2001 μπορεί να αποδοθεί στις νέες αντιρετροϊκές αγωγές. Ο αριθμός των νέων περιπτώσεων AIDS τα τελευταία έτη παραμένει χαμηλός<sup>3</sup>. Εκτίμηση για το 2008 θα γίνει με την ολοκλήρωση της συλλογής των δεδομένων για το έτος .

Περιπτώσεις AIDS ανά εκατομμύριο πληθυσμού κατά έτος διάγνωσης και κατά φύλο στην Ελλάδα, συνεκτιμώντας τις καθυστερήσεις στη δήλωσή τους  
Cumulative AIDS cases per million population by year of diagnosis and gender reported in Greece, adjusted for reporting delays



Γράφημα 4 : Περιπτώσεις AIDS κατά φύλο  
(ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)

<sup>3</sup> Μετά το 1997, η αξιολόγηση της πορείας των περιπτώσεων AIDS δεν αντανακλά με ακρίβεια και επιστημονική εγκυρότητα την επίπτωση της HIV λοίμωξης. Επιπλέον, τονίζεται, ότι η προσαρμογή των περιπτώσεων AIDS για τις καθυστερήσεις που παρατηρούνται κατά τη δήλωση στηρίζεται σε στατιστικά μοντέλα και, συνεπώς, η ερμηνεία τους χρήζει ιδιαίτερης προσοχής.





## 2.7 Κατηγορίες Μετάδοσης AIDS

Ο κυριότερος τρόπος πιθανής μετάδοσης του HIV σε άτομα που έχουν εμφανίσει AIDS παραμένει η σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών (55,7%) και ακολουθεί η ετεροφυλοφιλική (για άνδρες και γυναίκες) σεξουαλική επαφή (24,5%). Οι περιπτώσεις, οι οποίες μολύνθηκαν, ενδεχομένως, μέσω άλλων τρόπων μετάδοσης, εμφανίζουν μικρά ποσοστά. Οι περιπτώσεις για τις οποίες δεν ήταν δυνατό να προσδιοριστεί ο πιθανός τρόπος μόλυνσης ανέρχονται στο 8,7%.<sup>4</sup>

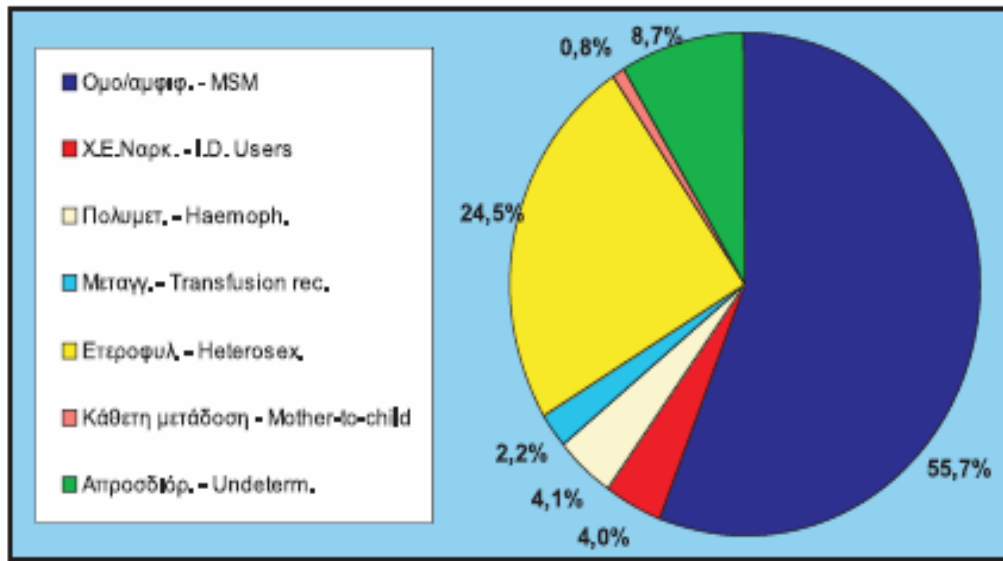
Περιπτώσεις AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι 31/10/2008							
Cumulative AIDS cases by transmission group and gender reported in Greece by 31/10/2008							
Κατηγορία μετάδοσης	Άνδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο - Total		Transmission group
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ομο/αμφιφυλόφιλοι άνδρες	1631	(65,8)	-	-	1631	(55,7)	Men who have sex with men (MSM)
Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών	93	(3,8)	24	(5,3)	117	(4,0)	Injecting Drug Users (IDUs)
Πολιμεταγγιζόμενοι-ες με παράγωγα αίματος	116	(4,7)	5	(1,1)	121	(4,1)	Haemophiliacs/Coagulation disorder
Μεταγγισθέντες-είσες	35	(1,4)	29	(6,4)	64	(2,2)	Transfusion recipients
Ετεροφυλόφιλοι-ες	363	(14,7)	354	(78,5)	717	(24,5)	Heterosexuals
Κάθετη μετάδοση	12	(0,5)	11	(2,4)	23	(0,8)	Mother to child
Ακαθόριστοι-ες	227	(9,2)	28	(6,2)	255	(8,7)	Undetermined
<b>Σύνολο</b>	<b>2477</b>	<b>100%</b>	<b>451</b>	<b>100%</b>	<b>2928</b>	<b>100%</b>	<b>Total</b>

Πίνακας 16: Περιπτώσεις AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης & φύλο (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)

<sup>4</sup> Εάν αναφέρονται περισσότερες από μία πιθανές πηγές μόλυνσης για ένα περιστατικό, καταγράφεται μόνο ο πλέον πιθανός τρόπος μόλυνσης βάσει συγκεκριμένων κανόνων ιεράρχησης. Για την ταξινόμηση των περιπτώσεων που μολύνθηκαν μέσω της ετεροφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής, δεν υπάρχει αυστηρή ιεραρχία. Καταγράφεται ο πιο πιθανός τρόπος μετάδοσης, σύμφωνα με τις πληροφορίες που παρέχουν οι θεράποντες ιατροί..



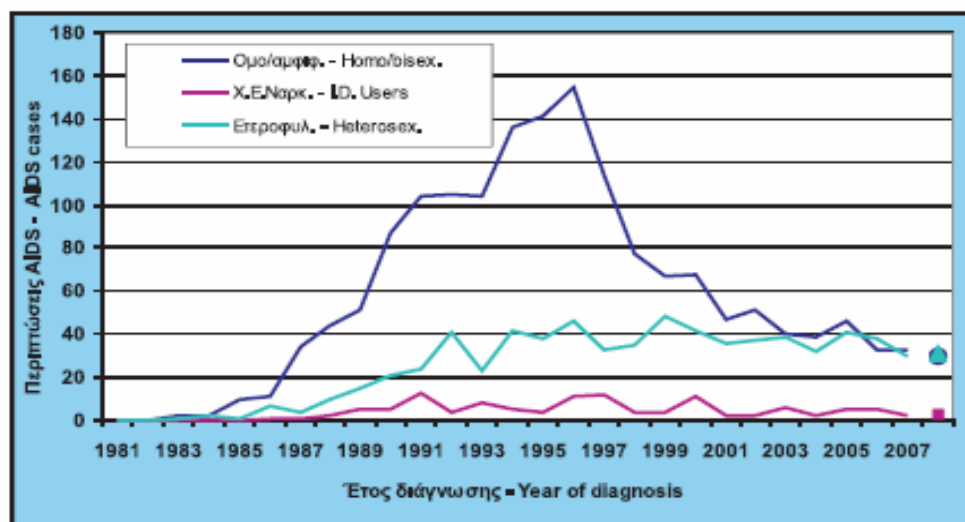
Περιπτώσεις AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης στην Ελλάδα μέχρι 31/10/2008  
 Cumulative AIDS cases by transmission group reported in Greece by 31/10/2008



Γράφημα 5: Περιπτώσεις AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)

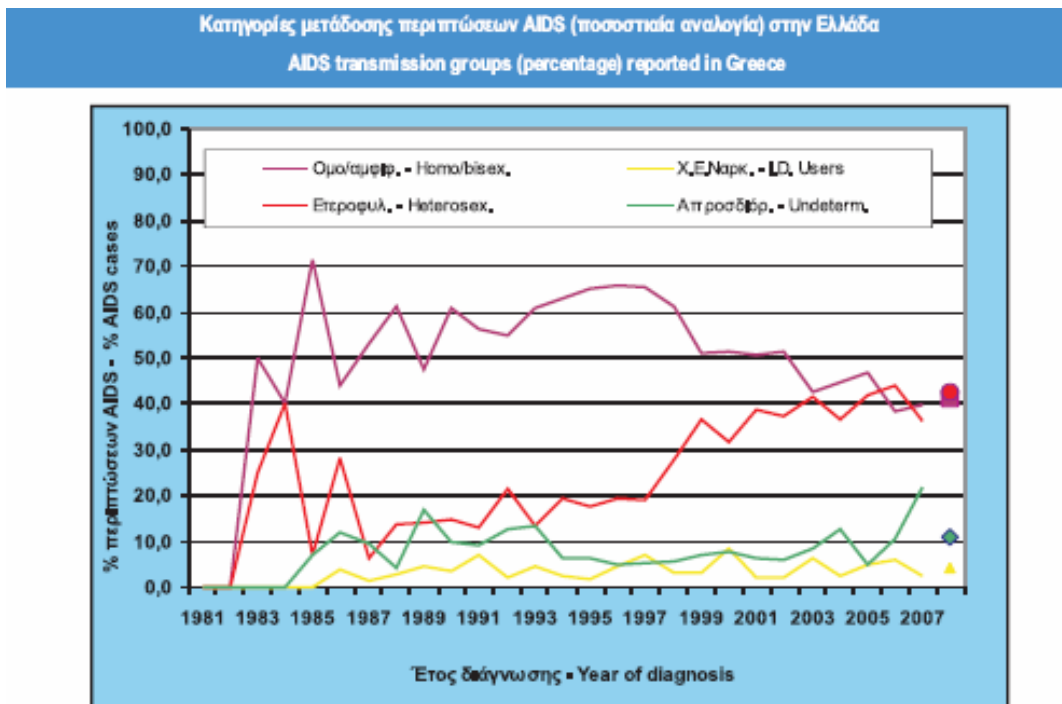
Τα τελευταία έτη, το ποσοστό των HIV+ περιστατικών με AIDS, τα οποία έχουν μολυνθεί μέσω της ομο/αμφιφυλοφιλικής επαφής, εξισώνεται με αυτό των περιστατικών που ανέφεραν τις ετεροφυλοφιλικές επαφές ως τον πλέον πιθανό τρόπο μετάδοσης. Το ποσοστό περιπτώσεων AIDS, όπου η μόλυνση οφείλεται σε χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών, παραμένει διαχρονικά χαμηλό στην Ελλάδα.

Διαχρονική τάση περιπτώσεων AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης στην Ελλάδα  
 Secular trend of AIDS cases by transmission group reported in Greece



Γράφημα 6: Διαχρονική Τάση περιπτώσεων AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)





Γράφημα 7: Κατηγορίες μετάδοσης περιπτώσεων AIDS (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)

Όσον αφορά στην υποκατηγορία μετάδοσης μέσω της ετεροφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής, η πλειοψηφία των περιπτώσεων AIDS ήταν άτομα που κατάγονταν ή ταξίδευαν σε χώρες όπου κυριαρχεί η ετεροφυλοφιλική μετάδοση (42,4%) και ακολουθούν οι περιπτώσεις με ισχυρή ένδειξη ετεροφυλοφιλικής μετάδοσης, χωρίς διαθέσιμες περαιτέρω πληροφορίες.

**Περιπτώσεις AIDS κατά υποκατηγορία ετεροφυλοφιλικής μετάδοσης και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι 31/10/2008**  
**AIDS cases by transmission sub-category of heterosexual exposure and gender, reported in Greece by 31/10/2008**

Υποκατηγορία ετεροφ/κής μετάδοσης	Άνδρες Males		Γυναίκες Females		Σύνολο Total		Heter. Exposure sub-category
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Καταγωγή από χώρα με συχνή ετεροφυλ. μετάδοση	222	(61,2)	82	(23,2)	304	(42,4)	Origin. country heter. Transmission frequent
Σ.Ε.* με άτομο που κατάγεται από χώρα με συχνή ετεροφυλ. μετάδοση	10	(2,8)	7	(2,0)	17	(2,4)	Sex with a person origin. from country heter. transmission frequent
Σ.Ε.* με χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών	15	(4,1)	20	(5,6)	35	(4,9)	Sex with an injecting drug user
Σ.Ε.* με αμφιφυλόφιλο άνδρα (μόνο για γυναίκες)	-	-	37	(10,5)	37	(5,2)	Sex with a bisexual male (only for women)
Σ.Ε.* με άτομο πολυμεταγγιζόμενο με παράγωγα αίματος	2	(0,6)	8	(2,3)	10	(1,4)	Sex with a haemophiliac person
Σ.Ε.* με άτομο που μολύνθηκε μετά από μετάγγιση	2	(0,6)	3	(0,8)	5	(0,7)	Sex with a transfusion recipient
Σ.Ε.* με HIV+ άτομο ακαθάρτιστης πηγής μόλυνσης	23	(6,3)	94	(26,6)	117	(16,3)	Sex with HIV+ person, mode of infection not known
Ισχυρή ένδειξη ετεροφυλοφιλικής μετάδοσης, μη προσδιορισμη	89	(24,5)	103	(29,1)	192	(26,8)	Strong evidence for transmission through heterosexual contact
<b>Σύνολο</b>	<b>363</b>	<b>(100,0)</b>	<b>354</b>	<b>(100,0)</b>	<b>717</b>	<b>(100,0)</b>	<b>Total</b>

\* Σεξουαλική Επαφή

Πίνακας 17: Περιπτώσεις AIDS κατά κατηγορία ετεροφυλοφιλικής μετάδοσης & φύλο (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)

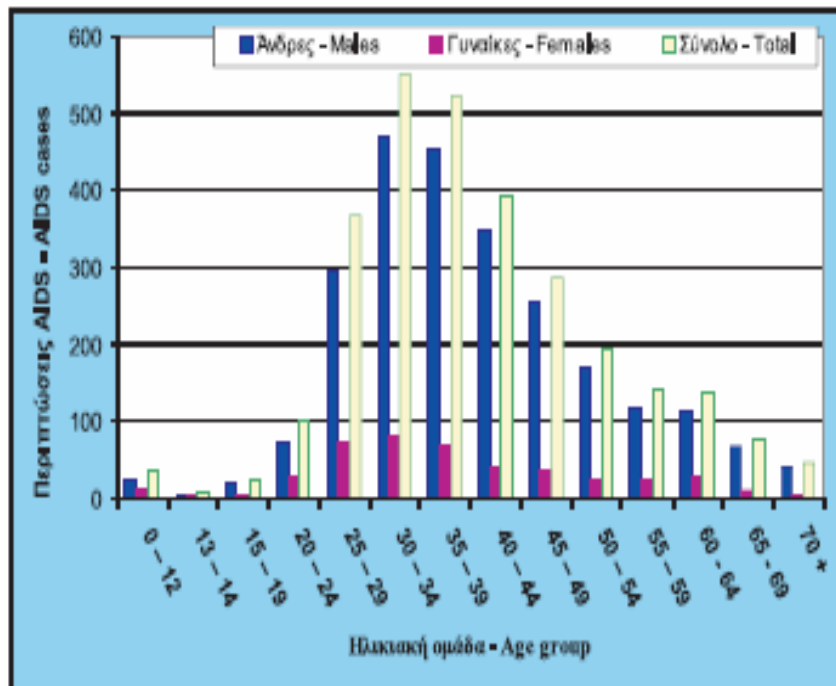


## 2.8 Ηλικιακές Ομάδες AIDS

Ο υψηλότερος αριθμός περιπτώσεων AIDS κατά το χρόνο διάγνωσης παρατηρείται στις ηλικιακές ομάδες μεταξύ 30 και 49 ετών, με επίκεντρο την ηλικιακή ομάδα 30-34 ετών.

Περιπτώσεις AIDS κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη διάγνωση και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι 31/10/2008

Cumulative AIDS cases by age group at diagnosis and gender reported in Greece by 31/10/2008



Γράφημα 8: Περιπτώσεις AIDS κατά ηλικιακή ομάδα & φύλο (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)



## 2.9 Περιπτώσεις Aids σε Παιδιά

Ο συνολικός αριθμός των περιπτώσεων AIDS σε παιδιά παραμένει χαμηλός στην Ελλάδα.

Περιπτώσεις AIDS σε παιδιά κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη διάγνωση και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι 31/10/2008 Cumulative paediatric AIDS cases by age group at diagnosis and gender reported in Greece by 31/10/2008						
Ηλικιακή ομάδα Age group	Αγόρια - Males		Κορίτσια - Females		Σύνολο - Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0 - 11 μηνών - mths	6	(26,1)	3	(23,1)	9	(25,0)
1 - 4 ετών - years old	8	(34,8)	7	(53,8)	15	(41,7)
5 - 9 ετών - years old	1	(4,3)	3	(23,1)	4	(11,1)
10 - 12 ετών - years old	8	(34,8)	0	(0,0)	8	(22,2)
Σύνολο - Total	23	(100,0)	13	(100,0)	36	(100,0)

Πίνακας 18: Περιπτώσεις AIDS σε παιδιά κατά ηλικιακή ομάδα & φύλο (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)

Σε σύνολο 36 παιδιών με AIDS, το 63,9% έχουν μολυνθεί από τη μητέρα τους.

Περιπτώσεις παιδιών με AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι 31/10/2008 Cumulative paediatric AIDS cases by transmission group and gender reported in Greece by 31/10/2008							
Κατηγορία μετάδοσης	Αγόρια Males		Κορίτσια Females		Σύνολο Total		Transmission group
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Πολυμεταγγιζόμενα	11	(47,8)	0	(0,0)	11	(30,6)	Haemophiliacs/Coagulation disorder
Μεταγγισθέντα	0	(0,0)	2	(15,4)	2	(5,6)	Transfusion recipients
Ακαθόριστα	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	Undetermined
Από τη μητέρα στο παιδί	12	(52,2)	11	(84,6)	23	(63,9)	Mother - to - child
Σύνολο	23	100%	13	100%	36	100%	Total

Πίνακας 19: Περιπτώσεις AIDS σε παιδιά κατά κατηγορία μετάδοσης & φύλο (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)

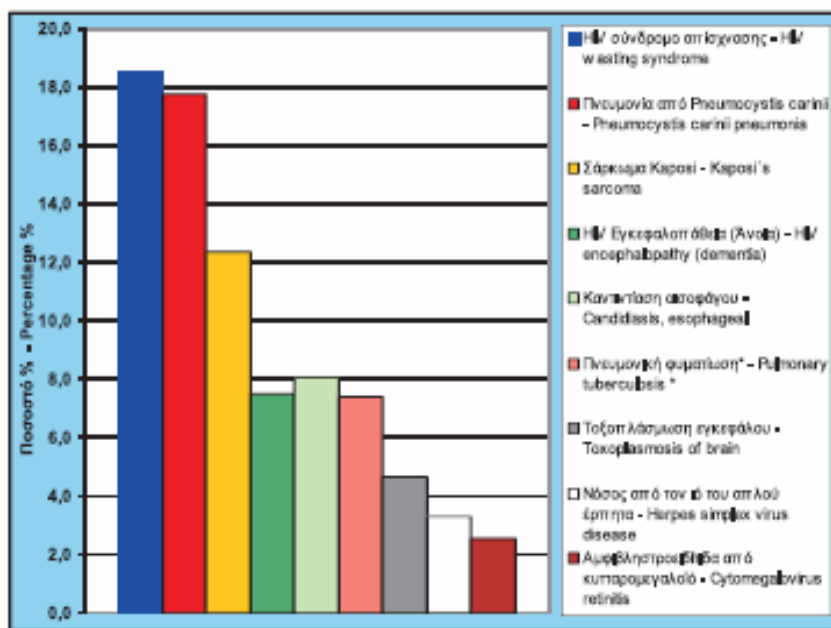


## 2.10 Ενδεικτικές Νόσοι

Το 2008 (μέχρι την 31η Οκτωβρίου), οι τρεις συχνότερα εμφανιζόμενες ενδεικτικές νόσοι κατά τη διάγνωση των ασθενών με AIDS ήταν το σύνδρομο απίσχνανσης (26,03%), η πνευμονία από *Pneumocystis carinii* (24,7%) και η πνευμονική φυματίωση (12,3%). (Η εκτίμηση, όμως, θα είναι περισσότερο αξιόπιστη με τη συγκέντρωση όλων των στοιχείων για το 2008.)

Το σύνδρομο HIV απίσχνανσης παρουσιάζει συνολικά την υψηλότερη συχνότητα στις περιπτώσεις AIDS, αφού ποσοστό 18,5% των περιστατικών (έφηβοι και ενήλικες) το έχουν εμφανίσει. Ακολουθούν σε συχνότητα η πνευμονία από *Pneumocystis carinii* και το σάρκωμα Kaposi. Στα παιδιά, η συχνότερη ενδεικτική νόσος είναι η λοίμωξη από κυτταρομεγαλοϊό, η HIV εγκεφαλοπάθεια και η πνευμονία από *Pneumocystis carinii*. (Τα ποσοστά αυτά αναφέρονται στο σύνολο των περιστατικών από την αρχή της επιδημίας μέχρι σήμερα).

Ενδεικτικές νόσοι AIDS (κατοστία αναλογία) στους εφήβους/ενήλικες στην Ελλάδα μέχρι τις 31/10/2008  
 AIDS indicative diseases (percentage) in adults/adolescents in Greece by 31/10/2008



\* Για εφήβους/ενήλικες

\* In adults/adolescents

Γράφημα 9: Ενδεικτικοί νόσοι AIDS στους εφήβους/ενήλικες (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)



Περιπτώσεις AIDS κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη διάγνωση και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι 31/10/2008									
Cumulative AIDS cases by age group at diagnosis and gender reported in Greece by 31/10/2008									
ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο		Παιδιά		INDICATIVE DISEASE
	N=2454	%	N=438	%	N=2892	%	N=36	%	
HIV σύνδρομο απίστευσης	440	17,9	95	21,7	535	18,5	2	6	HM wasting syndrome
Πνευμονία από <i>Pneumocystis carinii</i>	432	17,6	81	18,5	513	17,7	5	14	<i>Pneumocystis carinii</i> pneumonia
Σάρκωμα Kaposi	339	13,8	18	4,1	357	12,3	0	0	Kaposi's sarcoma
HIV Εγκεφαλοπάθεια (Άνοια)	180	7,3	37	8,4	217	7,5	4	11	HM encephalopathy (dementia)
Καντιντίαση οισοφάγου	189	7,7	44	10,0	233	8,1	1	3	Candidiasis, esophageal
Πνευμονική φυματίωση*	174	7,1	40	9,1	214	7,4			Pulmonary tuberculosis *
Τοξοπλάσμωση εγκεφάλου	102	4,2	33	7,5	135	4,7	0	0	Toxoplasmosis of brain
Νόσος από τον ιό του απλού έρπητα	78	3,2	17	3,9	95	3,3	0	0	Herpes simplex virus disease
Αμφιβληστροειδίτιδα από κυτταρομεγαλοϊό	63	2,6	11	2,5	74	2,6	1	3	Cytomegalovirus retinitis
Εξτραπνευμονική φυματίωση	66	2,7	17	3,9	83	2,9	0	0	Extrapulmonary tuberculosis
Προοδευτική πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια	76	3,1	14	3,2	90	3,1	0	0	Progressive multifocal leukoencephalopathy
Λέμφωμα, μη καθορισμένο	59	2,4	1	0,2	60	2,1	0	0	Lymphoma, not specified
Πνευμονία υποτροπιάζουσα	64	2,6	14	3,2	78	2,7	0	0	Recurrent pneumonia
Νόσος από κυτταρομεγαλοϊό	60	2,4	13	3,0	73	2,5	5	14	Cytomegalovirus disease
Κρυπτοκόκκωση	62	2,5	13	3,0	75	2,6	0	0	Cryptococcosis, extrapulmonary
Ανοσοβλαστικό λέμφωμα	63	2,6	16	3,7	79	2,7	0	0	Immunoblastic lymphoma
Κρυπτοσποριδίαση	30	1,2	5	1,1	35	1,2	0	0	Cryptosporidiosis
Μυκοβακτηρίδια <i>avium</i> complex ή <i>M. kansasii</i>	28	1,1	6	1,4	34	1,2	0	0	<i>Mycobacterium avium</i> complex or <i>M. kansasii</i>
Σηψαιμία από <i>Salmonella</i>	20	0,8	4	0,9	24	0,8	0	0	<i>Salmonella</i> septicemia
Καντιντίαση τραχείας, βρόγχων ή πνευμόνων	20	0,8	5	1,1	25	0,9	0	0	Candidiasis, of bronchi, trachea or lungs
Λέμφωμα Burkitt	23	0,9	7	1,6	30	1,0	3	8	Burkitt's lymphoma
Άλλα ή άτυπα μυκοβακτηρίδια	12	0,5	1	0,2	13	0,4	0	0	<i>Mycobacterium</i> , other or unidentified species
Πρωτοπαθές λέμφωμα εγκεφάλου	14	0,6	3	0,7	17	0,6	0	0	Primary lymphoma of brain
Διηθητικός καρκίνος τραχήλου της μήτρας *			4	0,9	4	0,1			Invasive cervical cancer *
Ισοσπορίαση	2	0,1	0	0,0	2	0,1	0	0	Isosporiasis
Ιστοπλάσμωση	1	0,0	1	0,2	2	0,1	0	0	Histoplasmosis
Κοκκιδιοειδομύκωση	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	Coccidioidomycosis
Μικροβιακές λοιμώξεις, πολλαπλές ή υποτροπιάζουσες**							1	3	Multiple or recurrent bacterial infections**
Διάμεση λεμφοειδής πνευμονία**							1	3	Lymphoid interstitial pneumonia**
Ευκαριακή λοίμωξη, μη καθορισμένη***	482	19,6	61	13,9	543	18,8	19	53	Opportunistic infections, not specified***

\* Για εφήβους/ενήλικες

\* In adults/adolescents

\*\* Για τα παιδιά

\*\* In children

\*\*\* Πριν από το 1993 όλες οι λοιμώξεις κατατάσσονταν σε αυτή την κατηγορία

\*\*\* Cases identified before 1993 were reported as not specified

Πίνακας 20: Ενδεικτικοί νόσοι σε περιπτώσεις AIDS κατά ηλικιακή ομάδα & φύλο (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)





## 2.11 Θάνατοι σε Ασθενείς με AIDS

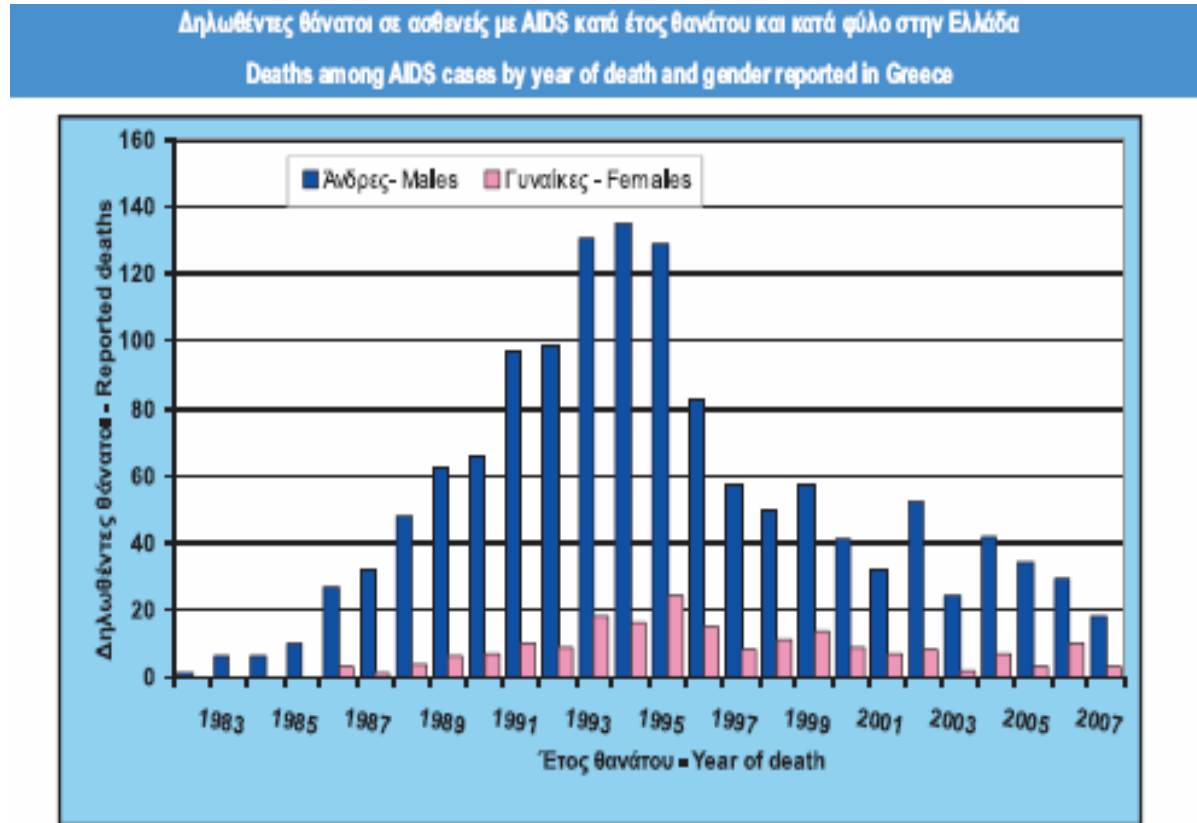
Ο αριθμός των θανάτων σε ασθενείς με AIDS που δηλώθηκαν το 2008 (μέχρι την 31η Οκτωβρίου) ανέρχεται σε 21 άτομα. Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών με AIDS που απεβίωσαν ήταν άνδρες και αντανακλά τη μεγάλη αναλογία των ανδρών επί του συνόλου των ατόμων με HIV/AIDS.

Δηλωθέντες θάνατοι σε ασθενείς με AIDS κατά έτος θανάτου και κατά φύλο στην Ελλάδα μέχρι 31/10/2008					
Deaths among AIDS cases by year of death and gender reported in Greece by 31/10/2008					
Έτος θανάτου Year of death	Άνδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο Total
	N	(%)	N	(%)	N
1983	1	(100,0)	0	(0,0)	1
1984	6	(100,0)	0	(0,0)	6
1985	6	(100,0)	0	(0,0)	6
1986	10	(100,0)	0	(0,0)	10
1987	27	(90,0)	3	(10,0)	30
1988	32	(97,0)	1	(3,0)	33
1989	48	(92,3)	4	(7,7)	52
1990	62	(91,2)	6	(8,8)	68
1991	66	(90,4)	7	(9,6)	73
1992	97	(90,7)	10	(9,3)	107
1993	99	(91,7)	9	(8,3)	108
1994	131	(87,9)	18	(12,1)	149
1995	135	(89,4)	16	(10,6)	151
1996	129	(84,3)	24	(15,7)	153
1997	83	(84,7)	15	(15,3)	98
1998	57	(87,7)	8	(12,3)	65
1999	50	(82,0)	11	(18,0)	61
2000	57	(80,3)	14	(19,7)	71
2001	41	(82,0)	9	(18,0)	50
2002	32	(82,1)	7	(17,9)	39
2003	52	(86,7)	8	(13,3)	60
2004	24	(92,3)	2	(7,7)	26
2005	42	(85,7)	7	(14,3)	49
2006	34	(91,9)	3	(8,1)	37
2007	29	(74,4)	10	(25,6)	39
31/10/2008	18	(85,7)	3	(14,3)	21
Άγνωστο / Unknown	14	(73,7)	5	(26,3)	19
<b>Σύνολο - Total</b>	<b>1382</b>	<b>(87,4)</b>	<b>200</b>	<b>(12,6)</b>	<b>1582</b>

Πίνακας 21: Δηλωθέντες θάνατοι ασθενών με AIDS κατ'έτος & φύλο (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)



Η σημαντική μείωση στον αριθμό των θανάτων, η οποία ξεκίνησε το 1997, οφείλεται στη εισαγωγή των νέων θεραπειών, οι οποίες καθυστερούν σημαντικά την εξέλιξη της νόσου.



Γράφημα 10: Δηλωθέντες θάνατοι ασθενών με AIDS κατ'έτος & φύλο (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2008)

Πανεπιό
















## ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΗΝ HIV ΛΟΙΜΩΞΗ & ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η μετάδοση της HIV Λοίμωξης διακρίνεται για πρακτικούς λόγους αντιμετώπισης των περιστατικών σε δύο κατηγορίες: **α)** τη μη επαγγελματική έκθεση και **β)** την επαγγελματική έκθεση, ανεξαρτήτου του τρόπου μετάδοσης του ιού, η θεραπεία που ακολουθείται εξαρτάται από πολλούς παράγοντες καθώς και την εκτίμηση της γενικότερης κατάστασης της υγείας του φορέα.

### 3.1 Μη Επαγγελματική Έκθεση

Ως μη επαγγελματική έκθεση στον HIV ορίζεται κάθε επαφή με σωματικά υγρά (αίμα, σπέρμα κ.α.) ατόμου με κίνδυνο για λοίμωξη από τον HIV. Η μη επαγγελματική έκθεση στον HIV χαρακτηρίζεται ως «υψηλού» και «χαμηλού» κινδύνου για τη μετάδοση του HIV/AIDS, με κριτήρια που αφορούν το είδος, τη διάρκεια και άλλα χαρακτηριστικά της επαφής

Περιπτώσεις της μη επαγγελματικής έκθεσης στον HIV:

-  η κάθετη μετάδοση του ιού από την μητέρα στο παιδί,
-  τα τρυπήματα με αιχμηρά και τα κοψίματα με κοφτερά αντικείμενα,
-  ο βιασμός και η σεξουαλική κακοποίηση,
-  η στοματική σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό που συνοδεύεται από εκσπερμάτιση,
-  η κολπική σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη ή με ρήξη του προφυλακτικού,
-  η πρωκτική σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη ή με ρήξη του προφυλακτικού,
-  η μετάγγιση μολυσμένου αίματος,
-  η επαφή βλεννογόνων του σώματος με αίμα, σπέρμα, κολπικές εκκρίσεις, πρωκτικές εκκρίσεις,
-  η χρήση ενδοφλέβιων ουσιών με κοινή σύριγγα,
-  η κατανάλωση μητρικού γάλακτος οροθετικής μητέρας,
-  η μεταμόσχευση μολυσμένου οργάνου

Ο ιός HIV μπορεί να προσβάλει τον καθένα που έχει επικίνδυνη συμπεριφορά όπως είναι η χρήση κοινών βελόνων ή συριγγών και η σεξουαλική επαφή χωρίς



προφυλακτικό με κάποιο άτομο το οποίο είτε είναι προσβεβλημένο ήδη, είτε είναι άγνωστο αν είναι προσβεβλημένο ή όχι.

Η προσβολή από κάποια άλλη σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια, όπως η σύφιλη, ο έρπης, η χλαμυδιακή μόλυνση, η γονόρροια, η βακτηριακή κολπίτιδα, φαίνεται ότι καθιστά το άτομο περισσότερο ευάλωτο στη μετάδοση του ιού κατά τη σεξουαλική επαφή (NIAID 1999).

Τα τελευταία χρόνια αυξάνεται με γοργούς ρυθμούς η χρήση της προφυλακτικής αντιρετροϊκής αγωγής σε περιπτώσεις μη επαγγελματικής έκθεσης στον HIV στην Ελλάδα (Μπότση & Ραφτόπουλος 2008).

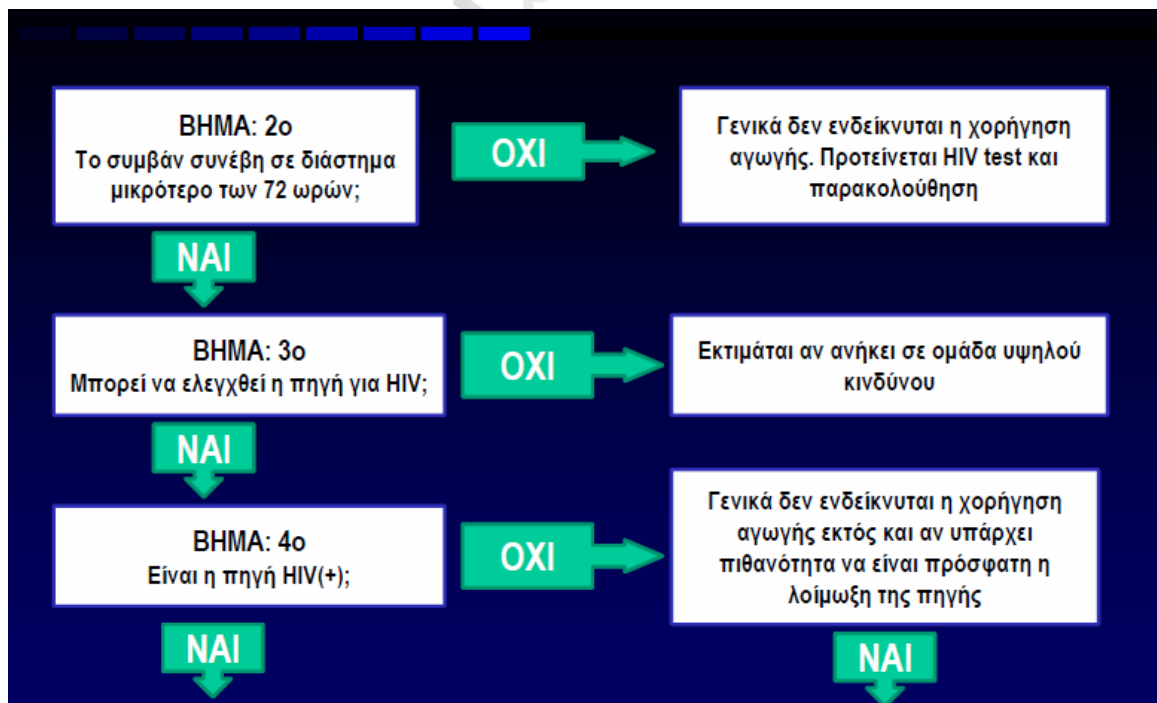
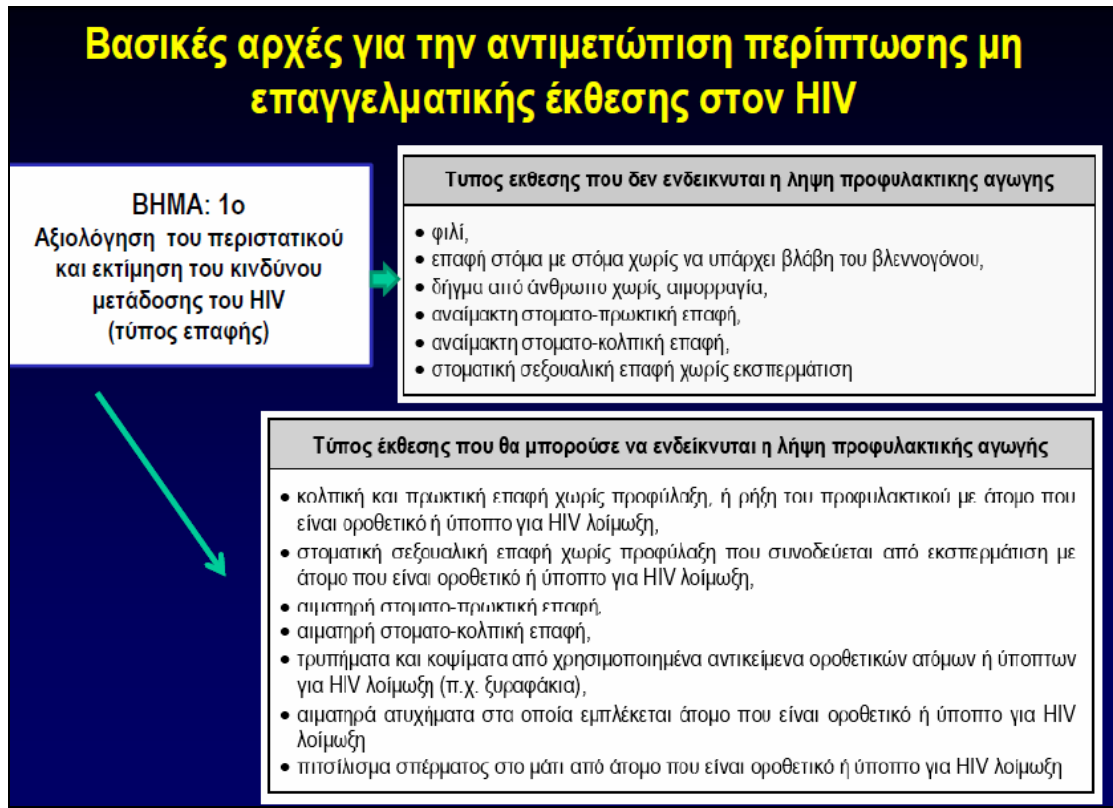
Σύμφωνα με τα διαθέσιμα διεθνή δεδομένα, τα οποία βασίζονται σε έρευνες που έχουν γίνει σε πειραματόζωα και σε περιπτώσεις επαγγελματικής έκθεσης στον HIV, η χορήγηση προφυλακτικής αντιρετροϊκής αγωγής μετά από μη επαγγελματική έκθεση στον HIV, μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο μετάδοσης του HIV.

Τύπος Έκθεσης (η πηγή είναι γνωστό HIV+ άτομο)	Κίνδυνος Μετάδοσης του HIV μετά από έκθεση
Τυχαίο τρύπημα βελόνας	0,2%-0,4%
Επαφή βλεννογόνων του σώματος με αίμα, σπέρμα, κολπικές εκκρίσεις, πρωκτικές εκκρίσεις	0,1%
Στοματική σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό που συνοδεύεται από εκσπερμάτιση	0-6,6%
Ενεργητική κολπική σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη ή με ρήξη του προφυλακτικού	≤0,1%
Ενεργητική πρωκτική σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη ή με ρήξη του προφυλακτικού	≤0,1%
Παθητική κολπική σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη ή με ρήξη του προφυλακτικού	0,01%-0,15%
Παθητική πρωκτική σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη ή με ρήξη του προφυλακτικού	≤0,3%
Κοινή χρήση βελονών/συριγγών από χρήστες ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών	0,7%

Πίνακας 22 : «Πιθανότητες Μετάδοσης σε Σχέση με τον Τύπο Έκθεσης»



### 3.2 Η Διαδικασία που Ακολουθείται για την Αντιμετώπιση της μη Επαγγελματικής Έκθεσης στον HIV



Σχήματα 1 & 2: Βασικές Αρχές για την Αντιμετώπιση Περίπτωσης Μη Επαγγελματικής Έκθεσης

(Μπότση & Ραφτόπουλος 2008)



### 3.3 Επαγγελματική Έκθεση

Παράγοντες κινδύνου μετάδοσης θεωρούνται η παρουσία ορατού αίματος στη βελόνη ή το νυστέρι και τρυπήματα κατ' ευθείαν σε αγγείο και βαθύ τραυματισμό. Οι κοίλες βελόνες, λόγω του περιεχομένου στον αυλό τους αίματος, συνιστούν μεγαλύτερο κίνδυνο από εκείνες ραφής. Ο κίνδυνος μόλυνσεως με HIV είναι πολύ μικρότερος εκείνου των ηπατιτίδων Β και C και εκτιμάται γύρω στο 0,3%.

Η κατάσταση του πάσχοντος (ποσότητα HIV-RNA) έχει επίσης σημασία, όμως μηδενικό ικό φορτίο στον ασθενή δεν είναι βέβαιο ότι κάνει αυτόν μη μεταδοτικό. Η πλειονότητα των μολυσμένων καθίσταται οροθετική εντός 6 μηνών από την έκθεση.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τους επαγγελματίες υγείας να ακολουθούν τις καθολικές προφυλάξεις για την αποφυγή έκθεσης στον ιό, για κάθε άτομο, ασχέτως αν είναι μολυσμένο ή όχι και συνιστάται βασικά η με οποιοδήποτε τρόπο αποφυγή επαφής με αίμα, άλλα βιολογικά υγρά και ιστούς του πάσχοντος.

Οι καθολικές προφυλάξεις που πρέπει να τηρούνται (ειδικότερα για τις χειρουργικές επεμβάσεις) εν συντομία: **α)** Διοικητικά Μέτρα: εκπαίδευση του προσωπικού σε μέτρα ελέγχου μετάδοσης λοιμώξεων, **β)** Προστατευτική Ενδυμασία που να περιλαμβάνει ενδυμασία, μάσκα και ποδονάρια αδιάβροχα, διπλά γάντια και προστασία οφθαλμών, **γ)** Τροποποίηση της Εγχειρητικής Τεχνικής: απόλυτη εφαρμογή της τεχνικής 'μη επαφή', χρήση εργαλείων και όχι τα δάκτυλα για το χειρισμό οξέων οργάνων και περιοδική αλλαγή λερωμένων γαντιών και ιματισμού κατά τη διάρκεια της επέμβασης, **δ)** Βοήθεια από τη Νέα Τεχνολογία: ασφαλέστερα νυστέρια, βελόνες και ανθεκτικότερα γάντια. Τέλος, **ε)** Στενή Συνεργασία χειρουργού και επιδημιολόγου.

Παρότι αναγνωρίζεται γενικά ότι οι προφυλάξεις αυτές στην πράξη είναι πολύ δύσκολο να αποτελούν ρουτίνα, θεωρούνται ότι αποτελούν την αποτελεσματικότερη μέθοδο προστασίας του προσωπικού. Έλεγχος των ασθενών και εφαρμογή των μέτρων για θετικούς δεν είναι πάντα δυνατός, ούτε μπορεί να γίνει χωρίς τη συγκατάθεση των ασθενών, αλλά και ούτε ένα αρνητικό αποτέλεσμα, αποκλείει με βεβαιότητα ότι ο ασθενής δεν είναι μεταδοτικός (περίοδος παραθύρου). Ειδικά στα ΤΕΠ (Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών) τέτοιος έλεγχος είναι ουσιαστικά αδύνατος. Τα κέντρα που υιοθετούν την πολιτική ελέγχου ρουτίνας των ασθενών δημιουργούν στο προσωπικό ψευδές αίσθημα ασφάλειας.

Προσωπικό μολυσμένο θεωρείται ότι εφόσον δεν εκτελεί επεμβατικές πράξεις, δε συνιστά κίνδυνο για τους ασθενείς και συνεπώς δεν απαιτούνται περιορισμοί στην εργασία του. Για προσωπικό που εκτελεί επεμβατικές πράξεις δεν υπάρχει ομοφωνία για



την έκταση των περιορισμών, δηλαδή αν και κατά πόσο μπορεί να εκτελεί τουλάχιστον ορισμένες πράξεις που θεωρητικά ενέχουν μικρό κίνδυνο μετάδοσης (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ 2008).

Πάντως σύμφωνα με άρθρο της Χαλκιαδάκη (2001) κίνδυνος μετάδοσης του HIV από γιατρό που πάσχει από AIDS κατά την άσκηση του επαγγέλματός του είναι μηδενικός μέχρι σήμερα. Έχει γίνει έλεγχος σε πολλές εκατοντάδες αρρώστων που νοσηλεύτηκαν – χειρουργήθηκαν, από γιατρούς που έπασχαν και πέθαναν από AIDS και δεν υπάρχει περίπτωση μετάδοσης του HIV σε άρρωστο από τον πάσχοντα με AIDS γιατρό του.

Υπάρχει ελάχιστος κίνδυνος αμφίδρομης μετάδοσης του HIV στο οδοντιατρείο μετά από αιματηρές οδοντιατρικές πράξεις. Έχουν ανακοινωθεί τρεις περιπτώσεις μετάδοσης του HIV σε αρρώστους μετά από οδοντιατρικές πράξεις από έναν οδοντίατρο που πέθανε από AIDS ενώ μετά από βέβαιη παρεντερική επαγγελματική έκθεση σε αίμα αρρώστου, νόσησαν από HIV λοίμωξη, 80 γιατροί, νοσηλευτές και παρασκευαστές συνολικά.

Κίνδυνος μετάδοσης του HIV με σύριγγες - βελόνες, δεν υπάρχει στην Ελλάδα, γιατί στα ελληνικά νοσοκομεία, ιατρεία και εργαστήρια, χρησιμοποιούνται βελόνες μιας χρήσης. Μετάδοση του HIV με βελόνες – σύριγγες μολυσμένες με αίμα HIV (+), υπήρξε σε χώρες της τροπικής Αφρικής και της ανατολικής Ευρώπης.

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η επαφή αρρώστου με ασυμπτωματική ή προχωρημένη HIV λοίμωξη / AIDS είναι συχνή στα νοσοκομεία που νοσηλεύουν ασθενείς με AIDS. Η επαγγελματική παρεντερική έκθεση (ή διαδερμική) στον HIV με αίμα και αιματηρά υγρά μολυσμένα από τον ιό αποτελεί τον κύριο κίνδυνο επαγγελματικής μετάδοσής του και ο κίνδυνος αυτός υπαρκτός και μετρητός φτάνει το 4%. Οι άλλοι τρόποι επαγγελματικής έκθεσης στον ιό έχουν ελάχιστο κίνδυνο μετάδοσής του (ΚΕΕΛ 1996 & Χαλκιαδάκη 2001).

Ο ιός έχει απομονωθεί, εκτός από το αίμα, το σπέρμα, τα κολλικά υγρά, το εγκεφαλονωτιαίο υγρό και το μητρικό γάλα, και από το σάλιο, τον ιδρώτα, τα δάκρυα, τα ούρα, τα κόπρανα και τα βρογχικά εκκρίματα χωρίς ωστόσο να έχουν αναφερθεί περιπτώσεις μόλυνσης από τα συγκεκριμένα βιολογικά υγρά.

Το γεγονός αυτό οφείλεται αφενός μεν στη μικρή ποσότητα του ιού που περιέχεται στα υγρά αυτά, αφετέρου δε στη μεγάλη ευπάθεια του ιού στο εξωτερικό περιβάλλον. Σχετικώς με το σάλιο, εργαστηριακές μελέτες αποκάλυψαν ότι το σάλιο περιέχει φυσικά συστατικά που αναχαιτίζουν τη μολυσματική δράση του ιού. Εντούτοις, κανείς δεν γνωρίζει εάν υπάρχει πιθανότητα μόλυνσης από την ανταλλαγή μεγάλης



ποσότητας σάλιου κατά τη διάρκεια αυτού που λέμε "βαθύ φιλί" ή κατά τη διάρκεια της στοματικής σεξουαλικής επαφής (NIAID 1999).

Μελέτες σε οικογένειες με μολυσμένα μέλη, έχουν δείξει καθαρά ότι ο HIV δε μεταδίδεται με τις συνηθισμένες καθημερινές επαφές, όπως είναι η κοινή χρήση μαγειρικών σκευών ή μαχαιροπίρουνων, πετσετών, σεντονιών, τηλεφώνων, καθισμάτων τουαλέτας ή από κολύμπι στην ίδια πισίνα ούτε από τη χρήση κοινών αντικειμένων. Επίσης, δε μεταδίδεται από το τσίμπημα εντόμων όπως είναι τα κουνούπια ή οι ψύλλοι. Είναι σαφές ότι η μετάδοση στο πλαίσιο των οικογενειακών, κοινωνικών, εργασιακών, σχολικών, σχέσεων είναι αδύνατη (NIAID 1999).

Πανεπιστήμιο Πειραιώς





### 3.4 Εφαρμογή της Αντιρετροϊκής Θεραπείας στην Ελλάδα

Η αντιρετροϊκή θεραπεία στη χώρα μας διατίθεται δωρεάν βάσει ιατρικής ένδειξης, χωρίς καμία άλλη διάκριση ή περιορισμό. Μέχρι το 1998 διατίθετο από τον κρατικό προϋπολογισμό απευθείας. Από το 1998 και μετά ορίστηκε ότι τη δαπάνη καλύπτει το εκάστοτε ασφαλιστικό ταμείο του Οροθετικού. Από τον κρατικό προϋπολογισμό πλέον διατίθενται μόνο τα ποσά που αφορούν ανασφάλιστους, ευπαθείς κοινωνικά ομάδες και οικονομικούς μετανάστες.

Το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων γινόταν δέκτης παραπόνων από άτομα που ζούσαν ή ζουν με τον ιό ότι, κυρίως στα ασφαλιστικά ταμεία με λίγους ασφαλισμένους, το ιατρικό απόρρητο δεν ήταν δυνατό να διασφαλιστεί σε ικανοποιητικό βαθμό, γιατί έπρεπε να περάσουν από διάφορους υπαλλήλους, που δεν επιδείκνυαν ευαισθησία για διαφύλαξη του ιατρικού απορρήτου.

Για τους παραπάνω λόγους δημιουργήθηκε ένα αρχείο που να χωρίζεται σε τρία μέρη. Το πρώτο μέρος έχει τα ελάχιστα αναγκαία προσωπικά δεδομένα του ασθενούς για την ταυτοπροσωπία, το δεύτερο μέρος αναφέρεται στη χορήγηση φαρμάκων, ανώνυμα και το τρίτο μέρος επίσης ανώνυμο έχει επιδημιολογικό και μόνο χαρακτήρα. Τα τρία αυτά μέρη δεν συνδέονται παρά μόνο με κωδικούς ώστε είναι αδύνατη η μεταξύ τους επικοινωνία ή διασύνδεση, παρά μόνο για ειδικό σκοπό. Τα Ασφαλιστικά Ταμεία καλούνται να πληρώσουν βάσει ενός Κωδικού, χωρίς να γνωρίζουν ποιος είναι ο ασφαλισμένος τους που είναι οροθετικός.

Το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ απλώς πιστοποιεί<sup>5</sup> ότι ο οροθετικός έχει ασφαλιστική ενημερότητα, τα δε ασφαλιστικά ταμεία δέχονται αυτή την πιστοποίηση του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, με τον τρόπο αυτό το ίδιο το άτομο δεν χρειάζεται να πάει στο ασφαλιστικό του ταμείο και να εκτεθεί στα αδιάκριτα βλέμματα των υπαλλήλων του (Πολίτης 2002).

---

<sup>5</sup> Το έργο αυτό αποτελεί πρότυπο σε παγκόσμια κλίμακα και έγινε με την συμβολή της επιτροπής μη κυβερνητικών οργανώσεων και της επιτροπής φαρμάκων του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ με την Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.





### 3.5 Διαδικασία Συνταγογράφησης Αντιρετροϊκών Φαρμάκων

Με την αρ. 7/οικ. 1088/16-6-1999 (Φ.Ε.Κ.1290/τ.Β'/23-6-1999) Κοινή Υπουργική Απόφαση (Κ.Υ.Α.) αποφασίστηκε η χορήγηση αντιρετροϊκών φαρμάκων σε εξωτερικούς HIV ασθενείς ασφαλισμένους του Δημοσίου και των Ασφαλιστικών Οργανισμών, αρμοδιότητας Γενικής Γραμματείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Γ.Γ.Κ.Α.), χωρίς συμμετοχή των ασφαλισμένων, από τα φαρμακεία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και των νοσοκομείων του Ι.Κ.Α., για την αντιμετώπισή της πάθησής τους.

Σύμφωνα με την ανωτέρω απόφαση, η συνταγογράφηση των παραπάνω φαρμάκων γίνεται μόνο από γιατρούς Μονάδων Ειδικών Λοιμώξεων που λειτουργούν σε νοσηλευτικά ιδρύματα.

Ο θεράπων ιατρός μετά την διάγνωση αποστέλλει στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ το ειδικό επιδημιολογικό δελτίο, στο οποίο αναγράφεται, το ονοματεπώνυμο του ασθενούς, ο ασφαλιστικός φορέας, τα αποτελέσματα των εξετάσεων και το προτεινόμενο θεραπευτικό σχήμα.

Τα στοιχεία του δελτίου για την επιδημιολογική παρακολούθηση της νόσου, καταχωρούνται σε ηλεκτρονικό αρχείο του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. Εκδίδεται ο κωδικός αριθμός του ασθενούς και εγκρίνεται το προτεινόμενο θεραπευτικό σχήμα.

Ο κωδικός αριθμός του ασθενούς με το εγκεκριμένο θεραπευτικό σχήμα γνωστοποιείται στον θεράποντα ιατρό ο οποίος εκδίδει τη νοσοκομειακή συνταγή, το πρωτότυπο της οποίας αποστέλλεται στο νοσοκομειακό φαρμακείο.

Κατά την έκδοση της συνταγής ελέγχεται η ασφαλιστική ικανότητα του ασφαλισμένου η οποία και αναγράφεται επί της συνταγής.

Η ποσότητα του θεραπευτικού σχήματος που συνταγογραφείται δεν μπορεί να καλύπτει θεραπεία πάνω από 40 ημέρες.

Τα νοσοκομειακά φαρμακεία υποβάλλουν αντίγραφα των συνταγών στο Ι.Φ.Ε.Τ. (Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας), το οποίο διανέμει τις παραγγελίες στις φαρμακευτικές εταιρείες οι οποίες παραδίδουν τα φάρμακα σε νοσοκομειακή τιμή απ ευθείας στα νοσοκομειακά φαρμακεία.

Το Ι.Φ.Ε.Τ. διατηρεί ενημερωμένο αρχείο για την κατανάλωση φαρμάκων συνολικά, ανά νοσοκομείο και ασθενή.

Τα νοσηλευτικά ιδρύματα υποβάλλουν στους ασφαλιστικούς οργανισμούς και το Δημόσιο παραστατικά εξόφλησης της δαπάνης δηλαδή την πρωτότυπη συνταγή με επικολημένες τις ταινίες γνησιότητας, με την υπογραφή του υπεύθυνου του φαρμακείου



και του παραλαβόντος τα φάρμακα. Ο φορέας καλύπτει τη δαπάνη με την απευθείας αποστολή του ανάλογου χρηματικού ποσού στο κρατικό νοσοκομείο.

Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης στα αρχεία του Κ.Ε.Ε.Λ και του Ι.Φ.Ε.Τ. προκειμένου να πραγματοποιούν ελέγχους με εξουσιοδοτημένα όργανά τους.


Η δαπάνη των φαρμάκων των οικονομικά αδυνάτων και ανασφάλιστων βαρύνει το Δημόσιο.


Η αντιρετροϊκή θεραπεία, στην πορεία της εφαρμογής της έχει υποστεί πολλές μεταβολές που αντανακλούν τη γνώση που έχει αποκτηθεί για την HIV λοίμωξη με τα διαθέσιμα φάρμακα που υπήρχαν σε κάθε δεδομένη χρονική στιγμή από το 1982. (Πολίτης 2002).


Ο εμπλουτισμός της γνώσης για το AIDS, οδήγησε σε μεταβολές όσον αφορά την ακολουθούμενη φαρμακευτική αγωγή για τους ασθενείς του AIDS.


### 3.6 Σταθμοί στην Εξέλιξη της Αντιρετροϊκής Θεραπείας

Ειδικότερα, μπορούμε να διακρίνουμε τέσσερις σταθμούς στην εξέλιξη της αντιρετροϊκής θεραπείας:

 Το 1987 άρχισε η αντιρετροϊκή θεραπεία, όταν είχαν ήδη εμφανισθεί κλινικά συμπτώματα και τα αποτελέσματα ήταν πενιχρά. Ήταν η εποχή που πολλοί θεωρούσαν ότι η χημειοπροφύλαξη προσέφερε περισσότερα από την αντιρετροϊκή θεραπεία αυτή καθαυτή. Το Παγκόσμιο Συνέδριο για το AIDS στο Βανκούβερ του Καναδά το 1996 σημαδεύεται από την εισαγωγή των αντιπρωτεασών στην αντιρετροϊκή θεραπεία και μία σειρά από διαπιστώσεις.

 Το μέγεθος του ιϊκού φορτίου καθορίζει την ταχύτητα της εξέλιξης της HIV λοίμωξης και καθιερώνεται σαν σημαντική παράμετρος για την έναρξη της αντιρετροϊκής θεραπείας και, επιπλέον, με την ιϊκή καταστολή μπορεί να επιτευχθεί ανοσολογική αποκατάσταση και μειωμένη μεταδοτικότητα.

 Στα χρόνια που ακολούθησαν, διαπιστώθηκε ότι η ιολογική αποτυχία στην πράξη είναι μεγαλύτερη από αυτή που παρατηρείται στις κλινικές μελέτες και κυμαίνεται από 50-70% και ότι καθοριστικός παράγοντας για την επιτυχία ή την αποτυχία της θεραπείας, είναι η ορθή λήψη της θεραπείας.

 Επιπλέον διαπιστώθηκε ότι η εκρίζωση του ιού είναι αδύνατη, η λήψη φαρμάκων συχνά συνεπάγεται κακή ποιότητα ζωής για τους ασθενείς, η



ανυπαρξία ανοχής στα αντιρετροϊκά ήταν ένα φαινόμενο που παρατηρούνταν όλο και συχνότερα και βρέθηκαν έντονα στο προσκήνιο οι μακροπρόθεσμες ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων (Παπασταμόπουλος 2003).

### 3.7 Η Αποτελεσματικότητα της Αντιρετροϊκής Θεραπείας

Η βάση της αντιρετροϊκής θεραπείας συνίσταται, λοιπόν, στην αντιμετώπιση της HIV λοίμωξης ως μακροχρόνιας νόσου, σκοπεύοντας στη μείωση της θνητότητας και νοσηρότητας, προλαμβάνοντας ή αποκαθιστώντας την ανοσιακή ανεπάρκεια και λαμβάνοντας υπόψη ότι και τα αντιρετροϊκά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν στον ασθενή νοσηρότητα.

Για λόγους αξιοπιστίας η μέθοδος μέτρησης ιϊκού φορτίου και του αριθμού των CD<sub>4</sub> T- λεμφοκυττάρων σε δεδομένο άρρωστο πρέπει να είναι σταθερά η ίδια και να μη γίνονται μετρήσεις πριν την παρέλευση ενός μήνα από εμβολιασμό ή λοίμωξη. Οποιαδήποτε θεραπευτική απόφαση, πρέπει να στηρίζεται σε δύο διαδοχικές μετρήσεις.

Η αντιρετροϊκή αγωγή:

- ❖ Πρέπει να περιλαμβάνει συνδυασμό αντιρετροϊκών φαρμάκων που εξασφαλίζει τη μέγιστη δυνατή καταστολή του ιϊκού φορτίου στο αίμα.

- ❖ Κατά κανόνα δε διακόπτεται, παρά μόνο τροποποιείται, όπως σε εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών ή σε ειδικές περιπτώσεις.

- ❖ Με την αλλαγή των κατευθυντηρίων οδηγιών για έναρξη θεραπείας, πρόβλημα δημιουργείται πιθανόν με τους ασθενείς που είχαν αρχίσει θεραπεία με αριθμό CD<sub>4</sub> κυττάρων > 350/mm<sup>3</sup>, και οι οποίοι επιθυμούν να διακόψουν τη θεραπεία. Δεν υπάρχουν δεδομένα που να υποδεικνύουν αν αυτό πρέπει ή μπορεί να γίνει. Σε κάθε περίπτωση αυτό πρέπει να συζητηθεί ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή και αν διακοπεί, ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται στενά.

- ❖ Πρόβλημα, επίσης, είναι δυνατόν να δημιουργηθεί με ασθενείς που λαμβάνουν ήδη θεραπευτικά σχήματα που τώρα προτείνονται ως εναλλακτικά.

Πριν από την έναρξη της αντιρετροϊκής θεραπείας ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή για το στόχο της θεραπείας και τις αναμενόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες, έχοντας κατά νου ότι κατά κανόνα το πρώτο θεραπευτικό σχήμα έχει τις περισσότερες πιθανότητες για καταστολή του ιϊκού πολλαπλασιασμού. Η πλήρης αποδοχή και συμμόρφωση του ασθενούς στη χορηγούμενη αντιρετροϊκή θεραπεία είναι απαραίτητη για τη μεγιστοποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος.



Πρέπει να γίνει απόλυτα κατανοητό από τον ασθενή ότι η παράλειψη δόσεων των φαρμάκων οδηγεί σε ανάπτυξη αντοχής του ιού στα χορηγούμενα φάρμακα και αποτυχία της θεραπείας.

Η χορήγηση αντιρετροϊκής θεραπείας δεν αποτελεί σχεδόν ποτέ επείγουσα διαδικασία και θα πρέπει να δίνεται χρόνος στον ασθενή να προσαρμοσθεί σε όλα όσα η θεραπεία συνεπάγεται για τη ζωή του (Κ.Ε.Ε.Λ 2002).

<b>Θεραπευτικά Σχήματα</b>
<b>Σχήματα 1<sup>ης</sup> Επιλογής:</b>
2NRTI + PI ή 2NRTI + NNRTI ή 2NRTI + 2PI NNRTI :EFV NVP (δεν έχει τεκμηριωθεί η αποτελεσματικότητά του για τους ασθενείς με HVI και RNA>100000 αντίγραφα / mL. PI:IDV NFV 2PI: RTV+LPV, RTV+IDV, RTV+SQV Εναλλακτικά: NFV+SQV (SGC) Ανεπαρκή Δεδομένα: RTV+APV, RTV+ NFV 2NRTI : d4T+3TC, d4T+ddl, ZDV+3TC, ZDV+ddl, ddl+3TC Εναλλακτικά: ZDV+ddC
<b>Σχήμα 2<sup>ης</sup> Επιλογής:</b>
ZDV+3TC+ABV (Για ασθενείς με ιικό φορτίο <100000 αντίγραφα / mL).  *IDV = Indinavir=CRIXIVAN NFV= NELFINAVIR=VIRACEPT RTV=RITONAVIR=NORVIR SQV=SAQUINAVIR=FORTOVASE PI=Αναστολέας Πρωτεάσης

Πίνακας 23: Θεραπευτικά Σχήματα (Κ.Ε.Ε.Λ 2002).



Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα κριτήρια έναρξης θεραπείας σε πρωτοθεραπευόμενους ασθενείς.

Κριτήρια Έναρξης Αγωγής σε Πρωτοθεραπευόμενους Ασθενείς		
ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ CD <sub>4</sub> ΚΥΤΤΑΡΩΝ	ΣΥΣΤΑΣΗ
Συμπτωματικός Ασθενής (AIDS, ανεξήγητος πυρετός >2 εβδομάδες, μυκητίαση στόματος, απώλεια βάρους)	Ανεξάρτητα από τον αριθμό των CD <sub>4</sub> κυττάρων	ΘΕΡΑΠΕΙΑ
Ασυμπτωματικός	200/mm <sup>3</sup>	ΘΕΡΑΠΕΙΑ
Ασυμπτωματικός	200 – 350/mm <sup>3</sup>	ΘΕΡΑΠΕΙΑ. Η απόφαση εξατομικεύεται ανάλογα με τον ρυθμό πτώσης των CD <sub>4</sub> κυττάρων, την τιμή του ιικού φορτίου, τη γνώμη τους ασθενούς και την πιθανότητα συμμόρφωσης.
Ασυμπτωματικός	>350/mm <sup>3</sup>	Παρακολούθηση κλινική & εργαστηριακή. Εάν HVI>55000, συχνότερες μετρήσεις αριθμού CD <sub>4</sub> κυττάρων.

Πίνακας 24: Κριτήρια Έναρξης Αγωγής σε πρωτοθεραπευόμενους Ασθενείς (Κ.Ε.Ε.Α 2002).

Συμπερασματικά, λοιπόν, αντιρετροϊκή θεραπεία ξεκινάει σε HIV φορείς και σε άτομα που είτε νοσούν είτε έχουν λιγότερα από 350 CD<sub>4</sub> κύτταρα/mm<sup>3</sup>.

Η επαγρύπνηση για την επιτυχία της θεραπείας και την έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών από τη θεραπεία αποτελούν βασικά στοιχεία για την επιτυχή μακροχρόνια αντιμετώπιση της HIV λοίμωξης. (Παπασταμόπουλος 2001)



### 3.8 Εξελίξεις και Προοπτικές στην Θεραπεία του AIDS

Σε αυτή την ενότητα μετά από ενδελεχή έρευνα στον έντυπο τύπο, τα περιοδικά και το internet επιθυμούμε να φωτίσουμε περισσότερο, κάποιες πτυχές των επιστημονικών εξελίξεων για την ανακάλυψη του εμβολίου που θα σώσει εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως, παραθέτοντας απόσπασμα της συνέντευξης του Δρ. Robert Gallo<sup>6</sup>, Διευθυντή του Ινστιτούτου Ανθρώπινης Ιολογίας του Πανεπιστημίου του Μέριλαντ των ΗΠΑ και πρωτοπόρο των ερευνών για την καταπολέμηση του AIDS, της Δάλλα (2007), θεωρώντας την ως σταθμό στην ενημέρωσή μας για την πρόοδο των ερευνών πάνω σε αυτή την ασθένεια.

Στην ερώτηση σε ποιο στάδιο βρίσκεται το εμβόλιο για το AIDS, ο Δρ Gallo απάντησε: *«Η γενική σύλληψη έχει αναπτυχθεί, τα εργαστηριακά πειράματα έχουν ολοκληρωθεί και έχουν γίνει κάποια προκαταρκτικά πειράματα σε ζώα. Έχουμε κάνει συνεντεύξεις με τη φαρμακευτική εταιρεία “Wyeth” και πιστεύω ότι οι αρχές του επόμενου χρόνου θα είναι η στιγμή των μεγάλων αποφάσεων. Αν, δηλαδή, επιβεβαιωθούν τα όσα πιστεύουμε, τότε θεωρώ ότι η εταιρεία θα κάνει μια σοβαρή επένδυση, ώστε να αναπτύξει το εμβόλιο όσο πιο γρήγορα γίνεται».*

Στην ερώτηση για το πότε είναι πιθανό να έχουμε ένα τέτοιο εμβόλιο. Ο Δρ Gallo απάντησε: *«Δεν το ξέρω. Σε κάθε περίπτωση, είναι λάθος να υποσχόμαστε ημερομηνίες. Αυτό που μπορούμε να πούμε είναι ότι αν «δουλέψει» στη “Wyeth” με τον ίδιο τρόπο που φάνηκε από τα δικά μας στοιχεία, θα μπορούσε να φτιαχτεί ένα εμβόλιο που θα μπει σε κλινικές δοκιμές μέσα στα επόμενα ένα με δύο χρόνια. Αλλά για να φτάσουμε στα πιο σημαντικά στάδια της έρευνας σχετικά με το εμβόλιο, χρειάζονται μερικά χρόνια ακόμα, τουλάχιστον έξι θα έλεγα. Ποτέ δεν ξέρω πώς να εκτιμήσω αυτά τα πράγματα, παίρνουν πάντα πολύ περισσότερο χρόνο από ότι νομίζουμε»* και συνέχισε λέγοντας: *«Είναι πολύ προκλητικό το να το χρησιμοποιήσουμε για τη θεραπεία. Θα πρέπει, όμως, να αναπτυχθεί από μία πολύ μεγάλη εταιρεία, η οποία θα έχει αυτή την πρόθεση. Θέλω να πώ, δεν είναι αυτονόητο ότι οι πιθανά ενδιαφέρουσες θεραπείες προωθούνται σε δοκιμές από τις μεγάλες εταιρείες, συχνά υπάρχουν άλλες προτεραιότητες. Για να απαντήσω όμως στην*

---

<sup>6</sup> Ο Δρ. Robert Gallo γεννήθηκε το 1937 στο Κονέκτικατ των ΗΠΑ από Ιταλούς γονείς. Σπούδασε βιολογία και ασχολήθηκε με την ιατρική έρευνα. Το 1974 εντόπισε τον πρώτο ανθρώπινο ρετροϊό, τον HTLV. Το 1984 κατάφερε μαζί με τον Γάλλο Luc Montagnier – ερευνητή στο Ινστιτούτο «Παστέρ» του Παρισιού – να ταυτοποιήσει τον ιό HIV και να αποδείξει ότι αυτός είναι που ευθύνεται για το AIDS. Έκτοτε ο Δρ. Robert Gallo – διευθυντής σήμερα του Ινστιτούτου Ανθρώπινης Ιολογίας του Πανεπιστημίου του Μέριλαντ των ΗΠΑ – έχει αφιερώσει την καριέρα του στην προσπάθεια για την καταπολέμηση αυτής της μάλιστα.





ερώτησή σας, ναι, είναι κάτι που αξίζει να το δοκιμάσουμε και θεραπευτικά, αλλά δεν είναι αυτός ο σκοπός για τον οποίο το φτιάχνουμε τώρα».

Στην ερώτηση γιατί να είναι τόσο δύσκολο να φτιάξουμε ένα εμβόλιο που θα μας προστατεύει από αυτό τον ιό. Ο Δρ Gallo απάντησε: «Δυστυχώς, δεν έχουμε ικανοποιητικό εμβόλιο ούτε για άλλες ασθένειες, όπως είναι η φυματίωση ή η ελονοσία. Είναι εύλογο, φυσικά, να περιμένουμε ότι για έναν ιό όπως ο HIV – για την καταπολέμηση του οποίου έχουμε αφιερώσει παγκοσμίως τόσο χρόνο, τόση ενέργεια και τόση προσπάθεια -, θα είχαμε ήδη αναπτύξει κάποιο εμβόλιο. Η πιο προφανής απάντηση για τη δυσκολία μας είναι οι παραλλαγές που παρουσιάζει ο ιός.

Πιστεύουμε, όμως, ότι είμαστε στο δρόμο για να υπερπηδήσουμε αυτά τα εμπόδια. Το μεγαλύτερο πρόβλημα πάντως δεν είναι αυτό, αλλά το ότι πρόκειται για ένα ρετροϊό που εισάγει πολύ γρήγορα τα γονίδια του στα ανθρώπινα κύτταρα. Η μόλυνση εγκαθίσταται αμέσως»...«Γι' αυτό και είναι απαραίτητο να έχουμε ένα εμβόλιο το οποίο να διατηρεί συνέχεια σε υψηλά επίπεδα τα αντισώματα, κι αυτή είναι μία ασυνήθιστη πρόκληση στην ιστορία των εμβολίων...»

Στην ερώτηση της δημοσιογράφου αν είναι αλήθεια ότι οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες στη μόλυνση από τον ιό από ότι οι άνδρες. Ο Δρ Gallo αποκρίθηκε: «Ναι, σε ένα μικρό βαθμό - κυρίως επειδή υπάρχουν μεγαλύτερες συγκεντρώσεις του ιού στο ανδρικό σπέρμα - , αλλά είναι ανόητο να πιστεύουμε ότι οι ετεροφυλόφιλοι άνδρες είναι ασφαλείς και δεν κινδυνεύουν από τον ιό. Οι άνδρες μπορούν να μολυνθούν είτε από άνδρες είτε από γυναίκες, κι αυτό έχει αποδειχτεί πολλές φορές επιστημονικά. Ακόμα κι εγώ πίστευα ότι χρειαζόταν έντονο σεξ για να μολυνθεί κανείς, αλλά δυστυχώς δεν είναι έτσι. Αν πάρουμε τον ιό και τον βάλουμε έτσι «απλά» για παράδειγμα στον κόλπο ή την ουρήθρα, θα υπάρξει μόλυνση. Το ζήτημα είναι ότι χρειάζεται αρκετή ποσότητα ιού ώστε να μολυνθεί κάποιος. Μπορεί, δηλαδή ένας άνδρας να έχει σεξουαλική επαφή με μία ή με είκοσι γυναίκες (που έχουν τον ιό) και να μη μολυνθεί. Αν όμως έχει ερωτική επαφή με μια γυναίκα που βρίσκεται σε αρχική περίοδο της ασθένειας, θα μολυνθεί ακριβώς επειδή ένα με δύο μήνες μετά την μόλυνση ο ιός βρίσκεται σε πολύ υψηλά επίπεδα. Σιγά – σιγά, όμως, αυτές οι συγκεντρώσεις μειώνονται και ίσως σε τέτοιες περιόδους να είναι πιο δύσκολο να μολυνθεί ο ερωτικός σύντροφος. Αργότερα, όμως είναι πιθανό – κυρίως όταν υπάρχει κάποιο πρόβλημα με την θεραπεία – να αυξηθούν και πάλι οι συγκεντρώσεις του ιού και έτσι να υπάρχουν και πάλι μεγάλες πιθανότητες μετάδοσής του».





## ΘΕΣΜΟΘΕΤΗΜΕΝΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ AIDS

Σήμερα, η πολιτική υγείας περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα υγειονομικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων που απαιτούν τη συνεργασία και το συντονισμό μεταξύ όλων των φορέων, οργανώσεων, ιδρυμάτων και ατόμων που απασχολούνται στον αγώνα κατά της μάστιγας του AIDS (Υφαντόπουλος 2002).

### 4.1 ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ

#### 4.1.1 Σκοπός και Λειτουργία του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ<sup>7</sup>

Η αντιμετώπιση και παρακολούθηση, ο συντονισμός και η υποβοήθηση των ενεργειών για την πρόληψη της εξάπλωσης ειδικών μεταδοτικών νοσημάτων και την θεραπευτική αντιμετώπισή τους. Ως ειδικά μεταδοτικά νοσήματα θεωρούνται όλα τα λοιμώδη νοσήματα που αποτελούν προτεραιότητα για την προάσπιση της δημόσιας υγείας.

Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ), ως ο κατεξοχήν φορέας δημόσιας υγείας στην Ελλάδα, προσπάθησε από τα πρώτα χρόνια της επιδημίας να παρακολουθήσει με επιστημονικό και οργανωμένο τρόπο την πορεία της νόσου και να συντονίσει τις δράσεις για την αντιμετώπισή της. Στα πλαίσια υλοποίησης του ανωτέρω σκοπού το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ συνέστησε και λειτουργεί Γραφείο HIV Λοίμωξης.

Μεταγενέστερα, λαμβάνοντας υπόψη το συνδυαστικό κρίκο ανάμεσα στην HIV λοίμωξη και στα υπόλοιπα Σ.Μ.Ν., αλλά και τη σημασία της συνεργασίας σε διεθνές επίπεδο, επέκτεινε τις αρμοδιότητες του γραφείου και το μετονόμασε Γραφείο HIV λοίμωξης, Σ.Μ.Ν και ESTHER.

<sup>7</sup> Αρχική ονομασία Κ.Ε.Ε.Λ. (Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων), ιδρύθηκε με τον Ν. 2071/92 § 26 (Α' 123/92) και μετονομάστηκε σε ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ (Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων) με τον Ν. 3370/2005 § 20 κεφ. Η' (Α' 176/05).



#### **4.2 Οι Δράσεις του Διατομεακού Γραφείου HIV Λοίμωξης - Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και Esther**

Ειδικά για την HIV λοίμωξη, το γραφείο είναι υπεύθυνο για την επιδημιολογική επιτήρησή της στην Ελλάδα μέσω του συστήματος υποχρεωτικής δήλωσης, την εποπτεία χορήγησης αντιρετροϊκών φαρμάκων, την καταγραφή της συχνότητας εμφάνισης ανθεκτικών στελεχών του ιού στη θεραπευτική αγωγή και τη συνεργασία με ένα εκτεταμένο δίκτυο Μονάδων Λοιμώξεων, Κλινικών και Εργαστηρίων στον Ελληνικό χώρο.

Συγχρόνως, το Γραφείο HIV λοίμωξης συμμετέχει σε δράσεις και δίκτυα Ευρωπαϊκών και Παγκόσμιων οργανισμών. Παρέχει στοιχεία για την πορεία της λοίμωξης στην Ελλάδα σε αυτούς τους φορείς, ενώ παράλληλα ανταλλάσσει πληροφορίες, εμπειρία, πρακτικές και τεχνογνωσία για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή δράσεων που πληρούν και ανταποκρίνονται σε προδιαγραφές διεθνούς επιπέδου.

Το σύνολο των δράσεων αποσκοπεί στην παρακολούθηση της πορείας της λοίμωξης και στο σχεδιασμό για την ανάληψη των απαραίτητων δράσεων. Τα δεδομένα που συλλέγονται αξιοποιούνται για την ανάπτυξη επιστημονικών και επιδημιολογικών εργαλείων σχετικά με τη λοίμωξη. Τα εργαλεία αυτά είναι απαραίτητα για το σχεδιασμό των ενδεδειγμένων παρεμβάσεων, αλλά και για τη δημιουργία του αντίστοιχου υποστηρικτικού υλικού.

Επιπλέον, το εν λόγω Γραφείο είναι υπεύθυνο για τη δημιουργία πληροφοριακού υλικού σχετικά με τη λοίμωξη, τη διάγνωσή της, τη φυσική πορεία που αυτή ακολουθεί, τις μεθόδους πρόληψης και ελαχιστοποίησης του κινδύνου έκθεσης. Ανά τακτά χρονικά διαστήματα εκδίδονται κατευθυντήριες οδηγίες για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της νόσου, αλλά και επιστημονικό υλικό.

Το γραφείο συντονίζει εξειδικευμένα επιστημονικά προγράμματα, όπως το ευρωπαϊκό ερευνητικό πρόγραμμα με την ονομασία SIALON<sup>4</sup> για την εκτίμηση του ποσοστού της HIV λοίμωξης σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα (ομο/αμφιφυλόφιλους άνδρες) και την αξιολόγηση της συμπεριφοράς που ενδεχομένως επηρεάζει τον κίνδυνο μόλυνσης.

Επιπρόσθετα, και στο πλαίσιο εφαρμογής διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών, το Γραφείο HIV λοίμωξης συνέβαλε στην εκπόνηση, σε συνεργασία με άλλους κρατικούς φορείς αλλά και με μη κυβερνητικές οργανώσεις, του εθνικού σχεδίου για την αντιμετώπιση της νόσου που βασίζεται στην πρόληψη, στην αγωγή υγείας και



την ενεργό συμμετοχή της κοινωνίας των πολιτών. Στο ίδιο πλαίσιο, το γραφείο συνέταξε την Εθνική αναφορά για το HIV/AIDS, για την υψηλού επιπέδου συνάντηση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) το 2008 για το νόσημα.

Το Ευρωπαϊκό δίκτυο ESTHER<sup>5</sup> (Ensemble pour une solidarite Therapeutique Hospitaliere En Reseau), στο οποίο συμμετέχει και η Ελλάδα με την ευθύνη υλοποίησής του να ανήκει στο Γραφείο HIV λοίμωξης, ΣΜΝ και ESTHER, αποτελεί πρωτοβουλία και δέσμευση των συμμετεχουσών χωρών για μία ενεργή, πρακτική και συντονισμένη Ευρωπαϊκή απάντηση στο πρόβλημα του HIV/AIDS σε αναπτυσσόμενες χώρες. Η πρωτοβουλία προβλέπει αδελφοποιήσεις νοσοκομείων μεταξύ των κρατών-μελών του δικτύου και των χωρών-αποδεκτών της αναπτυξιακής βοήθειας, ώστε, μέσω της εκπαίδευσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, της προσφοράς τεχνογνωσίας και της ανάπτυξης δεξιοτήτων, να βελτιωθεί η παροχή υπηρεσιών υγείας, να προαχθεί η πρόληψη και να μειωθεί ο κίνδυνος μετάδοσης του HIV από τη μητέρα στο παιδί.

Το Γραφείο HIV λοίμωξης, ΣΜΝ και ESTHER σε συνεργασία με το Γραφείο Μελέτης και Αντιμετώπισης του Trafficking, αποτελεί το Εθνικό Σημείο Επαφής (National Focal Point) για τα Ευρωπαϊκά Προγράμματα Δημόσιας Υγείας της Ευρωπαϊκής Επιτροπής<sup>6</sup>.

Ο ρόλος του συνίσταται:

- ❖ Στην ενημέρωση των ενδιαφερόμενων φορέων (κυβερνητικών και μη κυβερνητικών) για τα Ευρωπαϊκά Προγράμματα Δημόσιας Υγείας που προκηρύσσονται ετησίως προς χρηματοδότηση από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή
- ❖ Στη δημιουργία βάσης δεδομένων με σκοπό τη δικτύωση των φορέων που μπορούν να αιτηθούν χρηματοδότησης
- ❖ Στην ανεύρεση συνεργατών από άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την υποβολή προτάσεων χρηματοδότησης προς την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.



#### 4.2.1 Το Δίκτυο του Γραφείου HIV Λοίμωξης

Αποτελείται από:

*I. Δίκτυο Εργαστηρίων:*

- 9 κέντρα αναφοράς AIDS
- Εργαστήρια σε κρατικά νοσηλευτήρια
- Εργαστήρια σε ιδιωτικά θεραπευτήρια &
- Ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα

*II. Δίκτυο Κλινικών:*

- 18 Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων
- Παθολογικές Κλινικές σε Νομαρχιακά, Γενικά, Πανεπιστημιακά και Ιδιωτικά Νοσοκομεία.
- 18 Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων
- 9 Κέντρα Αναφοράς AIDS.



Χάρτης 1: Απεικόνιση των 18 Μονάδων Ειδικών Λοιμώξεων & 9 Κέντρων Αναφοράς

#### **Καταγραφή Περιπτώσεων HIV/AIDS**

- Καταγραφή οροθετικών ατόμων.
- Καταγραφή περιπτώσεων AIDS.
- Καταγραφή θανάτων.



### **Επιτήρηση σε Πληθυσμιακές Ομάδες:**

- I. Επιτήρηση σε νεογέννητα.
- II. Επιτήρηση σε εγκύους.
- III. Επαγγελματική έκθεση.

### **Εκδόσεις:**

- I. Ετήσια Επιδημιολογική Έκδοση.
- II. Κατευθυντήριες Οδηγίες για Αντιρετροϊκή Αγωγή.
- III. Έντυπο Ενημερωτικό Υλικό.
- IV. Ενημερωτικό Υλικό σε Ηλεκτρονική Μορφή.
- V. Προβολή Μηνυμάτων με άλλα Μέσα (Μμε).

### **Επιστημονικές Επιτροπές:**

- I. Επιτροπή επιδημιολογικής επιτήρησης και παρέμβασης.
- II. Επιτροπή αντιρετροϊκών φαρμάκων.
- III. Επιτροπή αξιολόγησης κρουσμάτων AIDS.

**Ο Συμβουλευτικός Σταθμός (Σ.Σ.) και η Τηλεφωνική Γραμμή (Τ.Γ.)** για το AIDS, λειτουργούν από τον Σεπτέμβριο του 1992. Κύριο αντικείμενο των Σ.Σ. και Τ.Γ. είναι η εξειδικευμένη ψυχοκοινωνική παρέμβαση σε θέματα Aids και Σ.Μ.Ν., και ειδικότερα:

- η έγκαιρη και αποτελεσματική πρόληψη
- η κατάλληλη αντιμετώπιση των ποικίλων ψυχολογικών και κοινωνικών αναγκών των οροθετικών ατόμων και των ατόμων του περιβάλλοντός τους
- η ενημέρωση ομάδων του πληθυσμού και των επαγγελματιών.

### **4.3 Αποστολή Τμήματος Εκπαίδευσης**

Το Τμήμα Εκπαίδευσης, σύμφωνα με όσα μας είπε η κα Βαρελή Μαρία, Υπεύθυνη Τμήματος Εκπαίδευσης ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, συντονίζει και υποστηρίζει τις εκπαιδευτικές δραστηριότητες όλων των Τμημάτων του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. Έχει την ευθύνη της ανεύρεσης εκπαιδευτικών προγραμμάτων που επιχορηγούνται από ελληνικές ή αλλοδαπές πηγές.

**Δράσεις:**

Σκοπός του προγράμματος είναι να δημιουργούνται σε επίπεδο νομού πυρήνες επιστημόνων (οι οποίοι αποτελούνται από ιατρούς, επισκέπτες υγείας, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς ή άλλους κοινωνικούς επιστήμονες) που επιφορτίζονται με την ανάληψη δράσεων Αγωγής Υγείας στις πληθυσμιακές ομάδες.

Επιπλέον, απώτερος σκοπός αυτού του έργου είναι η μεθοδολογικά σχεδιασμένη, υπεύθυνη, άμεση και διαρκής ενημέρωση του πληθυσμού αλλά και η ενθάρρυνσή του να επιδεικνύει υγιείς συμπεριφορές και πρακτικές. Επομένως, ο τοπικός επιστημονικός πυρήνας όχι μόνο ενημερώνει τις ομάδες-στόχους αλλά και αποτελεί σημείο αναφοράς στην τοπική κοινωνία σε σχέση με τα λοιμώδη νοσήματα και είναι έτοιμος για ενημερωτικές δράσεις όπου του ζητηθεί. Το Πρόγραμμα Ενημέρωσης στα σχολεία, στο στρατό και στους συλλόγους γονέων για το AIDS και τα ΣΜΝ γίνεται σε συνεργασία με τη Γενική Γραμματεία Εκπαίδευσης Ενηλίκων του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων

Συγκεκριμένα το Γραφείο Ενημέρωσης Λοιμωδών Νόσων δέχεται αιτήματα για ενημέρωση από σχολεία Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Νομού Αττικής καθώς και άλλων νομών της χώρας. Τα σχολεία επισκέπτονται ιατροί, κοινωνιολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και ψυχολόγοι διαφόρων Τμημάτων του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. με στόχο την ευαισθητοποίηση του μαθητικού πληθυσμού σε θέματα πρόληψης του AIDS και των Σ.Μ.Ν. και τη σωστή χρήση του ανδρικού και του γυναικείου προφυλακτικού.

Τέλος, το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., συνεργαζόμενο με τις αρμόδιες Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθώς και με άλλους φορείς που εμπλέκονται στην αντιμετώπιση του AIDS, έχει όχι μόνο συμβουλευτική, αλλά και εκτελεστική εξουσία, έχει δηλαδή αναλάβει τη συνολική αντιμετώπιση και τον εθνικό συντονισμό των ενεργειών των υπηρεσιών του Κράτους, τόσο για την πρόληψη, όσο και για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του AIDS .

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, στα πλαίσια άσκησης Πολιτικής Δημόσιας Υγείας για το AIDS στην Ελλάδα μεταξύ των βασικών στόχων για την πρόληψη και τον έλεγχο του AIDS έχει και τη μείωση των κοινωνικο-ψυχολογικών και οικονομικών συνεπειών. Ως εκ τούτου, η εξέταση, των συνεπειών αυτών είναι πρωταρχικής σημασίας για την αντιμετώπιση της επιδημίας.



#### 4.4 Αντιμετώπιση των Ψυχοκοινωνικών Συνεπειών

Για την κάλυψη των ψυχολογικών αναγκών των προσβεβλημένων από το AIDS ατόμων, λειτουργεί **Ξεώνας Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης**.

Σκοποί της λειτουργίας του είναι:

- Παροχή ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών σε νοσούντες από AIDS.
- Παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε οροθετικά άτομα.
- Συνεργασία με κοινωνικούς φορείς με σκοπό την εξεύρεση εργασίας σε οροθετικά άτομα.
- Συνεργασία - σύνδεση με οικογένειες οροθετικών ατόμων.
- Συνεργασία με φυλακές. Παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε οροθετικούς κρατούμενους.
- Συνεργασία με Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις.
- Αγωγή Κοινότητας (Πρόγραμμα Γειτονιάς). Ενημέρωση- Ευαισθητοποίηση.
- Συνεργασία-Εποπτεία εθελοντών.
- Αξιοποίηση ομαδικών διεργασιών, ανάπτυξη κοινωνικών επαφών μεταξύ οροθετικών ατόμων, μείωση κοινωνικού στίγματος, εξομάλυνση ενδοοικογενειακών σχέσεων.
- Επανάταξη-Αποκατάσταση των φιλοξενούμενων.

#### 4.5 Νοσηλεία Ασθενών

Για τη θεραπεία των ασθενών ιδρύθηκαν και λειτουργούν 18 Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων σε όλη τη Χώρα, οι οποίες παρακολουθούν ασθενείς που λαμβάνουν αντιρετροϊκή αγωγή.

Από το Δεκέμβριο του 1995 εγκαινιάστηκε το πρόγραμμα της 'Κατοίκων Νοσηλείας'. Επίσης, παρέχεται εξειδικευμένη οδοντιατρική περίθαλψη στα οροθετικά HIV άτομα και τους ασθενείς με AIDS (Κ.Ε.Ε.Λ. 2004-2005).

#### 4.6 Οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις

Εκτός όμως, από το Δημόσιο τομέα στην ευρύτερη μορφή του, δηλαδή το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, κ.α. υπάρχουν και οι μη κυβερνητικές οργανώσεις που λειτουργούν είτε ως Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου είτε υπό τη μορφή επιστημονικών εταιριών ή





εθελοντικών οργανώσεων και συμβάλλουν ουσιαστικά στην προσπάθεια για την κοινωνική αποκατάσταση, την ηθική και ψυχολογική υποστήριξη των φορέων και πασχόντων.

Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις, λόγω της ευέλικτης νομικής τους διάρθρωσης, έχουν αναπτύξει διεθνώς αξιοσημείωτες δραστηριότητες που αποσκοπούν:

1. Στην ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας και ενημέρωσης του κοινού για την πρόληψη και υγειονομική φροντίδα.

2. Στην ευρύτερη ευαισθητοποίηση του κοινού για τους πάσχοντες και τη μείωση ή τον περιορισμό των αντικοινωνικών στάσεων και ενεργειών που οδηγούν είτε στην ασυλοποίηση είτε στον κοινωνικό αποκλεισμό των φορέων και πασχόντων.

3. Στην εφαρμογή των ηθικών και δεοντολογικών κανόνων Δικαίου για την προάσπιση των δικαιωμάτων για απασχόληση, κοινωνική συμμετοχή και αποφυγή στιγματισμού και απομόνωσης.

4. Στην ανάπτυξη ενός ευρέως φάσματος εθελοντικών υπηρεσιών για την υποστήριξη και φροντίδα των ασθενών στο σπίτι, στη γειτονιά, στον εργασιακό χώρο.

5. στην κοινωνική οργάνωση, την έρευνα και τη συνεχή παρακολούθηση των τάσεων της ασθένειας και την ανάπτυξη νέων θεραπειών που συμβάλλουν στην καλύτερη ποιότητα ζωής. (Καραντινός, Μαράτου & Φρονίμου 2002).

Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις οι οποίες βρίσκονται στην Ελλάδα είναι οι εξής :

- **Πανελλήνιος Σύλλογος Υποστήριξης Φορέων του Ιού του AIDS «Ελπίδα»<sup>7</sup>** ο οποίος βρίσκεται στην Αθήνα και διατηρεί παράρτημα και στη Θεσσαλονίκη.
- **ACT UP – “Δράση”<sup>8</sup>**: ο οποίος βρίσκεται στην Αθήνα
- **Κέντρο Ζωής και Έμπνευσης**: το οποίο βρίσκεται στην Αθήνα
- **Ε.Σ.Υ. κατά του AIDS**: το οποίο βρίσκεται στην Αθήνα

Ακολουθεί ενδεικτική ανάλυση συγκεκριμένων οργανώσεων των οποίων οι δομές είναι χαρακτηριστικές και παραδειγματικές:



#### **4.6.1 Κέντρο Ζωής**

Ιδρύθηκε το Νοέμβριο 1991 και είναι ένα αναγνωρισμένο, μη κερδοσκοπικό σωματείο. Οι εθελοντές του Κέντρου εκπαιδεύονται σε ειδικά σεμινάρια, τα οποία διοργανώνονται δύο φορές ετησίως. Το Κέντρο συνεργάζεται με το αρμόδιο όργανο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., τη Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς και συμμετέχει στην Επιτροπή μη κυβερνητικών οργανώσεων, την Επιτροπή Ενημέρωσης Πληθυσμού, την Ομοσπονδία Εθελοντικών Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων και στην Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία (CHANGE).

Οι Υπηρεσίες / Δραστηριότητες του Κέντρου Ζωής είναι: Η δωρεάν κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη, το κέντρο ημέρας (ένας ειδικά διαμορφωμένος χώρος συνάντησης, ενημέρωσης και ψυχαγωγίας των ατόμων που ζουν με HIV/AIDS), το πρόγραμμα συντροφικότητας στα νοσοκομεία, στο σπίτι και στις φυλακές, η έκτακτη οικονομική ενίσχυση, έκδοση περιοδικού ενημερωτικού χαρακτήρα σε θέματα που αφορούν το HIV/AIDS, καθώς και θέματα γενικού ενδιαφέροντος, η διοργάνωση εκδηλώσεων με σκοπό την ευρύτερη ευαισθητοποίηση και ενημέρωση του πληθυσμού για το έργο του Κέντρου Ζωής καθώς και για την εξεύρεση οικονομικών πόρων, η συμμετοχή σε Ευρωπαϊκά – διακρατικά δίκτυα και ο ξενώνας ψυχοκοινωνικής υποστήριξης.

#### **4.6.2 Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Πειραιά**

Άρχισε να λειτουργεί το 1993, ως περιφερειακή υπηρεσία του τότε Κ.Ε.Ε.Λ., αποτελώντας ένα μοντέλο πρωτοποριακού προγράμματος για τη χώρα μας. Σκοπός της λειτουργίας του είναι:

- Παροχή ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών σε νοσούντες με AIDS (συνεργασία με την Μονάδα Κατ' οίκον Νοσηλείας).
- Παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε οροθετικά άτομα.
- Συνεργασία με κοινωνικούς φορείς με σκοπό την εξεύρεση εργασίας σε οροθετικά άτομα (Δήμος, Εκκλησία κλπ).
- Συνεργασία - Σύνδεση με οικογένειες οροθετικών ατόμων.
- Συνεργασία με φυλακές. Παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε οροθετικούς κρατούμενους.
- Επίσημη συνεργασία με μη Κυβερνητικές Οργανώσεις.
- Αγωγή Κοινότητας (Πρόγραμμα γειτονιάς). Ενημέρωση - Ευαισθητοποίηση.
- Συνεργασία - Εποπτεία εθελοντών.



- Αξιοποίηση ομαδικών διεργασιών, ανάπτυξη κοινωνικών επαφών μεταξύ οροθετικών ατόμων, μείωση κοινωνικού στίγματος, εξομάλυνση ενδοοικογενειακών σχέσεων.
- Επανένταξη - Αποκατάσταση των φιλοξενουμένων.

#### 4.6.3 Σύλλογος *Ελπίδα*

Ομάδες εθελοντών υποστηρίζουν και συμπαρίστανται ψυχολογικά, οικονομικά, νομικά και νοσηλευτικά τους ενδιαφερόμενους.

Ειδικευμένα μέλη του "ΕΛΠΙΔΑ" (ψυχολόγοι, ψυχίατροι και κοινωνικοί λειτουργοί) παρέχουν στους φορείς, ασθενείς, καθώς και στις οικογένειές τους ψυχολογική υποστήριξη και συμπαράσταση, είτε ατομικά είτε ομαδικά. Ακόμα, ειδικευμένοι εθελοντές βοηθούν ασθενείς ή φορείς στο σπίτι τους ή στο νοσοκομείο σε θέματα νοσηλείας. Μέλη του "ΕΛΠΙΔΑ" λαμβάνουν μέρος σε Παγκόσμια Συνέδρια, συμμετέχοντας με επιστημονικές εργασίες. Στόχος είναι η πληροφόρηση σχετικά με τις νεότερες επιστημονικές εξελίξεις και τις προοπτικές που διαμορφώνονται στον αγώνα κατά του ιού. Επίσης, δικηγόροι - μέλη του "ΕΛΠΙΔΑ" - παρέχουν αφιλοκερδώς τη βοήθειά τους σε νομικά θέματα που δημιουργούνται (τυχόν δυσκολίες στην εργασία, συνηγορία σε δίκες κ.α.).

#### 4.6.4 Σωματείο *Σύνθεση*

Η "Σύνθεση" είναι ένα μη κερδοσκοπικό, μη κυβερνητικό σωματείο, με σκοπούς ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και έρευνας σε θέματα που αφορούν τον HIV και το AIDS στην Ελλάδα. Τα αποτελέσματα που προβάλλονται κατά διαστήματα για την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση του (ειδήσεις, ιατρικά άρθρα, απαντήσεις σε ερωτήσεις σας, το φωτορομάντζο της Αζετίας, κάρτες, φυλλάδια για οροθετικούς στα νοσοκομεία, φυλλάδια για την πρόληψη, το περιοδικό 10% είναι αποτέλεσμα εθελοντικής προσφοράς.<sup>8</sup> Η μόνη επιχορήγηση που έχει πάρει το Σωματείο η "Σύνθεση" έχει διοχετευθεί στην έκδοση του περιοδικού 10% που διανέμεται δωρεάν.

#### 4.6.5 *Act Up – Δράση Hellas*

Aids Coalition to Unleash Power (συμμαχία για την αποδέσμευση της δύναμης κατά του Aids). Ιδρύθηκε στις ΗΠΑ τα πρώτα χρόνια ξεσπάσματος του ιού & στη συνέχεια ιδρύθηκαν επιτροπές σε κάθε χώρα. Κάθε εθνική επιτροπή διατηρεί την αυτονομία της & αναπτύσσει ξεχωριστή δράση. Το ελληνικό τμήμα ιδρύθηκε το 1993 με στόχο να πολεμήσει την ελληνική σεμνοτυφία και την προκατάληψη όπου ο ρατσισμός και οι διακρίσεις δεν έχουν θέση.



## Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ AIDS

Το AIDS θεωρείται ασθένεια μακράς διάρκειας που επισύρει κοινωνικό στιγματισμό. Οι εργασιακοί και κοινωνικοί διωγμοί που υφίστανται οι φορείς του ιού και οι ασθενείς του AIDS αποτελούν απόδειξη γι' αυτό.

Ταυτόχρονα, προκαλεί οδυνηρές ψυχοσωματικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις στα άτομα τα οποία έχουν προσβληθεί από τον ιό. Από το εύρος και την ένταση των επιπτώσεων δεν είναι φυσικά δυνατόν να μην επηρεαστεί τόσο το οικογενειακό, το φιλικό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον των οροθετικών ατόμων. όσο και γενικότερα τα ίδια τα Κράτη (Δαρδαβέσης 1999).

### 5.1 AIDS και Κοινωνικός Αποκλεισμός.

Η κοινωνική κρίση που προκλήθηκε από τη νόσο οφείλεται στον τρόπο μετάδοσης της. Το γεγονός της μετάδοσης της νόσου κυρίως μέσω ερωτικής επαφής επανεισήγαγε ουσιαστικά την έννοια του κινδύνου για τη ζωή από την ερωτική πράξη, κάτι που είχε εξαφανιστεί από την εποχή που τα αφροδίσια νοσήματα έγιναν ιάσιμα και δεν αντιπροσώπευαν πια κίνδυνο για τη ζωή των ανθρώπων.

Είναι ευνόητο ότι μια επιδημία αυτής της έκτασης επηρεάζει σημαντικά τις ανθρώπινες σχέσεις και συμπεριφορές αφού συντελεί στη μεταβολή των κοινωνικών δεσμών και διαφοροποιεί τις μορφές αλληλεγγύης και αποκλεισμού.



Εικόνα 2: Ο φόβος δημιουργεί κοινωνική περιθωριοποίηση (τροποποιημένο από το Internet)

Η εξάπλωση της επιδημίας της λοίμωξης και νόσου HIV επέφερε κοινωνικές αντιδράσεις όμοιες μ' αυτές που εμφανίστηκαν στις μεγάλες επιδημίες του περασμένου αιώνα. Σε πολλές χώρες, παρουσιάστηκε το φαινόμενο της διαμόρφωσης επιθετικής στάσης απέναντι στη λοίμωξη και νόσο HIV σε σχέση με ετεροφυλοφιλικές προτιμήσεις ή ρατσιστικές και ομοφυλοφοβικές προκαταλήψεις.

Έτσι, αντί να αντιμετωπιστεί σαν ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα, χρησιμοποιείται για την ανακάλυψη αποδιοπομπαίων τράγων (Υφαντόπουλος 1996).

Μια άλλη κοινωνική επίπτωση του AIDS είναι η αντίδραση προς τις φιλελεύθερες σχέσεις που υιοθετήθηκαν τα τελευταία χρόνια. Στην περίοδο αυτή, οι



θεσμοί, οι αξίες και οι διαπροσωπικές σχέσεις έγιναν λιγότερο παραδοσιακές και συντηρητικές. Επιπλέον, η ηθική διαφοροποιήθηκε από την θρησκεία και τις θρησκευτικές πεποιθήσεις ενώ καλλιεργήθηκε η ανεκτικότητα για μη παραδοσιακούς τρόπους κοινωνικής, πολιτισμικής και σεξουαλικής συμπεριφοράς. Το AIDS έγινε αφορμή να αμφισβητηθεί αυτός ο προσανατολισμός (Υφαντόπουλος 1996)

Πολύ συχνά η νόσος HIV συνοδεύεται από την αποκάλυψη μιας ταυτότητας που το άτομο πιθανόν δεν επιθυμούσε να γίνει γνωστή τόσο στο οικογενειακό όσο και στο κοινωνικό του περιβάλλον. Για αυτό, δεν είναι σπάνιο φαινόμενο ο ασθενής να προσπαθεί να κρύψει τη διάγνωση από την οικογένειά του (Σηφακάκη, 1995).

Παρατηρείται λοιπόν το φαινόμενο, αντί η οικογένεια να προσπαθεί να κρύψει την αλήθεια από τον ασθενή, να αντιστρέφονται οι ρόλοι και ο πάσχων να προσπαθεί να κρύψει τη διάγνωση από την οικογένεια. Ενώ σε οποιαδήποτε άλλη σοβαρή και απειλητική για τη ζωή αρρώστια οι ασθενείς αντιμετωπίζονται με συμπάθεια, οι φορείς του HIV καθώς και οι ασθενείς με AIDS αντιμετωπίζονται εχθρικά, με φόβο και τελικά περιθωριοποιούνται. Έτσι, δύσκολα ζητούν στήριξη από το περιβάλλον τους (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1999).

Μια άλλη συνέπεια του AIDS ήταν ο διαχωρισμός των θυμάτων σε "αθώα" και "ένοχα". Αθώοι θεωρήθηκαν οι άνθρωποι που μολύνθηκαν κατόπιν μετάγγισης αίματος και παραγών του και τα παιδιά οροθετικών ατόμων, ενώ ένοχοι οι τοξικομανείς και οι ομοφυλόφιλοι. Ο στιγματισμός ανθρώπων με AIDS θα μπορούσε να οδηγήσει στον αποκλεισμό τους από τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής περίθαλψης. (Μόνος 1991).

Η συγκεκριμένη ασθένεια γίνεται αντιληπτή ως τιμωρία για τη μη ηθική σεξουαλική δραστηριότητα ή για άλλες κοινωνικά μη αποδεκτές συμπεριφορές. Το AIDS συνδέεται με την παράδοση του ατόμου σε ορισμένες απολαύσεις (π.χ. παρεκκλίνουσα σεξουαλικότητα) ή στο εθισμό σε ουσίες που είναι παράνομες (π.χ. ναρκωτικά). Η μετάδοση της νόσου με την σεξουαλική επαφή ή με την κοινή χρήση μολυσμένης βελόνας κρίνεται αυστηρά επειδή θεωρείται ως εκούσια πράξη για την οποία το άτομο αξίζει να τιμωρηθεί.

Οι ασθενείς θεωρούνται "ένοχοι" γιατί κατά κάποιο τρόπο οι ίδιοι προκάλεσαν την ασθένεια τους και απειλούν έμμεσα το περιβάλλον τους. Αντίθετα, τα παιδιά και τα άτομα που υποβάλλονται σε μεταγγίσεις θεωρούνται "αθώα" θύματα της απρόσεκτης συμπεριφοράς των άλλων (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1999).

Η εμφάνιση μιας ασθένειας, δεν επηρεάζει μόνο την υγεία ενός ανθρώπου, αλλά και το επίπεδο της εργατικής του απόδοσης. Όταν η ασθένεια είναι πολύ σοβαρή, η εργατική ικανότητα του ατόμου σταδιακά εκμηδενίζεται. Στην περίπτωση της λοίμωξης



HIV, η ικανότητα για εργασία δεν μειώνεται. Οι φορείς του ιού είναι σε θέση και πρέπει να συνεχίζουν την κανονική τους εργασία. Όταν όμως το άτομο εκδηλώσει τη νόσο HIV, οι συνθήκες εργασίας αλλάζουν.

Οι επαγγελματικές συνέπειες της λοίμωξης και νόσου HIV για το άτομο συνοψίζονται στις παρακάτω:

- α) απώλεια παραγωγικότητας,
- β) μείωση επενδυτικής ικανότητας,
- γ) μείωση ευκαιριών προσφοράς εργασίας σε ξένες χώρες,
- δ) υποαπασχόληση, εξαιτίας της φυσικής κατάστασης, η οποία συναρτάται με την πορεία της ασθένειας,
- ε) ανεργία εξαιτίας της αδυναμίας του ατόμου να εργαστεί και του κοινωνικού στίγματος που δεν του επιτρέπει να βρει μια νέα δουλειά και στ) οικονομική επιβάρυνση της φροντίδας του στην οικογένεια του. (Κορνάρου 1995).

## 5.2 Οι Ψυχολογικές Επιπτώσεις του Ασθενή του AIDS.

Το στίγμα που συνδέεται με τη νόσο, ο φόβος του κοινωνικού συνόλου για μεταδοτικότητα, η απόρριψη που υφίστανται πολλοί ασθενείς από το οικογενειακό, το κοινωνικό και το εργασιακό τους περιβάλλον σε συνδυασμό με ένα νεαρό ηλικιακό φάσμα όπου υπό συνήθεις συνθήκες δεν αναμένεται μοιραία νόσος δημιουργούν τις ιδιαίτερες συνθήκες μέσα στις οποίες αναπτύσσονται τα νευροψυχιατρικά προβλήματα. αυτά είναι δύο ειδών:

- 1) τα νευροβιολογικά φαινόμενα που προκαλεί η νόσος (λόγω προσβολής του Κεντρικού και Περιφερικού Νευρικού Συστήματος από τον ιό ή τις επιπλοκές του και
- 2) τα ψυχοβιολογικά φαινόμενα που αφορούν προσπάθειες να αντιμετωπιστούν ψυχολογικά οι μεταβάσεις από το ένα στάδιο της νόσου στο επόμενο.

Τέτοια κομβικά σημεία είναι:

- α) η αποκάλυψη της οροθετικότητας
- β) η προσαρμογή στην ασυμπτωματική περίοδο της νόσου (στάδιο 2ο)
- γ) η αντίδραση στα πρώτα παθολογικά συμπτώματα (λεμφαδενοπάθεια, πυρετοί, διάρροιες, νεφροπάθειες ή εγκεφαλοπάθειες – στάδιο 3ο και 4ο)
- δ) η μετάβαση σε καθαυτό AIDS με την έναρξη των λοιμώξεων και νεοπλασμάτων (στάδιο 4ο)





Συμπτώματα άγχους και μηχανισμοί άμυνας που πυροδοτούνται από το άγχος (άρνηση, οργή, απόσυρση, υποχονδριακή ενασχόληση) συνοδεύουν αυτά τα σημεία μετάβασης.

Κατάθλιψη επίσης εμφανίζεται σε πληθυσμούς οροθετικών ασθενών που έχουν αυξημένο κίνδυνο για ψυχιατρικές διαταραχές. Χαρακτηριστικό επίσης είναι το υψηλό ποσοστό αυτοκτονίας που τροφοδοτούμενο από τις κοινωνικές διατρήσεις και κοινωνικές προκαταλήψεις σε βάρος των ασθενών είναι μεγαλύτερο από οποιαδήποτε άλλη χρόνια νόσο.

Οι αιτίες της κατάθλιψης της νόσου από HIV είναι ποικίλες:

1ον) ο ψυχολογικός αντίκτυπος της διάγνωσης όπως αναφέρθηκε παραπάνω είναι μεγάλος και η δοκιμασία στην οποία υποβάλλει τους ψυχολογικούς προσαρμοστικούς μηχανισμούς, αντίστοιχη. 2ον) ο ιός ο ίδιος είναι νευρότροπος και προσβάλλει υποφλοιώδη κέντρα (βασικά γάγγλια, βάλαμο, στέλεχος) που είναι γνωστό ότι συνδέονται βιολογικά με την εκδήλωση της κατάθλιψης. 3ον) οι ομάδες που προσβάλλει (αμφιφυλόφιλους και ομοφυλόφιλους, χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών) στο δυτικό κόσμο είναι γνωστό ότι έχουν επίσης υψηλό κίνδυνο για καταθλιπτικά συμπτώματα και σύνδρομα ανεξαρτήτως μόλυνσης από τον ιό. 4ον) αλλά με μικρή συνεισφορά στην αιτιολογία, η AZT και πολλά από τα αντι νεοπλασματικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται μπορούν δυνητικά να προκαλέσουν κατάθλιψη.

Η ίδια η διάγνωση της κατάθλιψης είναι δύσκολη γιατί πολλά από τα σωματικά συμπτώματα, όπως οι διαταραχές της όρεξης και του ύπνου, η κόπωση και η απώλεια βάρους μπορεί να οφείλονται στην ίδια τη νόσο, γεγονός που ισχύει και για πολλά νευροψυχολογικά συμπτώματα (ψυχολογικά επιβράδυνση, δυσκολίες στη μνήμη και τη συγκέντρωση) που προκαλεί η ίδια η επίδραση του ιού στον εγκέφαλο. Επίσης, πολλές από τις συναισθηματικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις στα κομβικά σημεία μετάβασης της νόσου, μπορεί να θυμίζουν κατάθλιψη αλλά είναι παροδικές και αυτοπεριοριζόμενες (Στρατηγός 2004).

Η ψυχολογική υποστήριξη και η συμβουλευτική παρέμβαση σκόπιμο είναι να αρχίσουν αμέσως αλλά το άγχος δυσκολεύει τη συγκράτηση των πληροφοριών που παρέχονται και παραμορφώνει τις πληροφορίες αυτές. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) έχει υπογραμμίσει τη σημασία της Συμβουλευτικής σε σχέση με το τεστ ανίχνευσης αντισωμάτων στον HIV.

Ανεξάρτητα από το χώρο όπου πραγματοποιείται το τεστ, η συμβουλευτική μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να προσαρμοστούν στη νέα κατάσταση της υγείας





τους, να προετοιμαστούν για μια διάγνωση με πιθανά άσχημα νέα, καθώς και να εκπαιδευτούν σε θέματα πρόληψης της νόσου. (Miller & Bor 1991)

Συμπερασματικά, είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψιν ότι οι ασθενείς με οροθετικότητα για HIV και AIDS αποτελούν μια ομάδα με αυξημένο κίνδυνο τόσο για κατάθλιψη όσο και για «αυτοκτονικότητα».

### 5.3 Το Οικονομικό Κόστος της Λοίμωξης HIV

Κατ' αρχήν το κόστος μιας ασθένειας διαχωρίζεται σε άμεσο και έμμεσο. Στον υπολογισμό του άμεσου κόστους μιας ασθένειας θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι εξής παράμετροι: **α)** Το κεφάλαιο, που περιλαμβάνει αξία κτιριακών εγκαταστάσεων και εξοπλισμού της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, (το ποσοστό στο οποίο εμπεριέχονται σε ετήσια βάση), **β)** τα έξοδα συντήρησης, ανανέωσης και αναμενόμενης καλής χρήσης των δυνατοτήτων που παρέχουν, **γ)** τη μισθοδοσία όλου του ανθρώπινου δυναμικού που απασχολείται στη μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας, **δ)** την αξία των υλικών που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση και γενικότερη αντιμετώπιση της ασθένειας, αλλά και για την παραμονή του ασθενή στο νοσοκομείο (φαρμακευτικό υγειονομικό υλικό, τρόφιμα κ.λ.π.).

Αντίστοιχα το έμμεσο κόστος μιας ασθένειας περιλαμβάνει τις επιπτώσεις της νόσου στον ασθενή, **α)** μείωση της παραγωγικότητάς του ίδιου και των προσώπων που του συμπαρίστανται, **β)** διαφυγόν εισόδημα και πτώση της αποδοτικότητας, **γ)** πτώση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών τόσο στον εργασιακό χώρο, όσο και στο σπίτι, **δ)** απώλεια επένδυσης σε εκπαίδευση (Σιγάλας 1998).

Ο Υφαντόπουλος (1996), γράφει: "έχει προσδιοριστεί ότι το έμμεσο κόστος που αποτιμά το διαφυγόν εισόδημα και τη διαφυγούσα παραγωγή στην οικονομία είναι 4 - 5 φορές μεγαλύτερο από το άμεσο κόστος".

Σύμφωνα με τον Σιγάλα (1998), η εξίσωση που παραδοσιακά χρησιμοποιείται στη σχετική βιβλιογραφία είναι:

$$\text{Συνολικό κόστος} = \text{Άμεσο κόστος} + \text{Έμμεσο κόστος} + \text{Απροσδιόριστο κόστος*}$$

\* (Είναι προφανές ότι ο πόνος, η ψυχική φόρτιση, και τέλος ο κοινωνικός στιγματισμός και αποκλεισμός, με όλες τις συνέπειές του, παράμετροι που έχουν ποιοτική κυρίως διάσταση, δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστούν και συνεπώς να



προσμετρηθούν αριθμητικά τουλάχιστον στο κόστος μιας ασθένειας).

Το άμεσο κόστος για την αντιμετώπιση της HIV λοίμωξης αποτελούν όλες οι πρόσθετες δαπάνες, με τις οποίες επιβαρύνονται σήμερα οι υπηρεσίες υγείας για:

**α)** την περίθαλψη των πασχόντων, **β)** την πρόληψη της μετάδοσης της νόσου (δαπάνες που πραγματοποιούνται για τον έλεγχο του αίματος πριν από τη μετάγγισή του, δαπάνες για τον προληπτικό διερευνητικό έλεγχο ατόμων που προσέρχονται εθελοντικά και δαπάνες για αγωγή υγείας του πληθυσμού) και **γ)** την έρευνα.

Ιδιαίτερη βαρύτητα έχει το κόστος νοσηλείας των ασθενών του AIDS. Έχει δε επισημανθεί ότι αυτό εξαρτάται από τη διάρκεια νοσηλείας και από τη συχνότητα των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία. (Φιλαλήθης 1993)

Αναφέρεται επίσης στη διεθνή βιβλιογραφία η συσχέτιση της μέσης διάρκειας νοσηλείας και οι δαπάνες θεραπείας με το στάδιο εξέλιξης της ασθένειας (Turner, Kelly & Ball 1989).

#### 5.4 Παράγοντες Διόγκωσης του Οικονομικού Κόστους

Ο μεγάλος αριθμός και η συνεχής αύξηση των κρουσμάτων της λοίμωξης HIV, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών για την υγεία τόσο την ποιοτική όσο και την ποσοτική αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας σε ολόκληρο τον κόσμο. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την αλματώδη ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, έχει ιδιαίτερη οικονομική βαρύτητα τόσο σε μακρο-επίπεδο, όσο και σε μικρο-επίπεδο (Σιγάλας 1998).

Άλλοι παράγοντες διόγκωσης του κόστους της επιδημίας είναι:

**α)** η νοσοκομειοκεντρική αντιμετώπιση των προσβεβλημένων ατόμων (Κορνάρου Υφαντόπουλος & Παπαευαγγέλου 1993), ο νοσοκομειακός τομέας απορροφά το 60% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες (Σιγάλας, 1998),

**β)** το γεγονός ότι τα περισσότερα κρούσματα αφορούν σε άτομα νεαρής ηλικίας για τα οποία η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας και φαρμάκων δεν ήταν αναμενόμενη και τα οποία αποτελούν κατά κύριο λόγο το εργατικό-παραγωγικό δυναμικό όλων των χωρών (Κορνάρου, 1993, Σιγάλας, 1998),

**γ)** η παράταση της διάρκειας ζωής για τα προσβεβλημένα άτομα που κατέστη δυνατή με την ανακάλυψη νέων φαρμάκων,



δ) η φαρμακευτική αγωγή, η οποία γίνεται ολοένα και πιο δαπανηρή καθώς και η πρωϊμότερη σήμερα έναρξη της αντιρετροϊκής θεραπείας, που συνεπάγεται την αύξηση του αριθμού των ασθενών που λαμβάνουν φάρμακα, δρα ευοδωτικά στην άνοδο του συνολικού κόστους,

ε) η ανάγκη περισσοτέρου και πιο εξειδικευμένου ανθρωπίνου δυναμικού,

στ) η ανάγκη παρέμβασης για την πρόληψη της μετάδοσης της λοίμωξης με προγράμματα ενημέρωσης καλύτερης ποιότητας και

ζ) οι δαπάνες της εκστρατείας αγωγής της υγείας και, όπου αυτό γίνεται, στις δαπάνες χορήγησης δωρεάν συρίγγων μιας χρήσεως σε ναρκομανείς. Η πρόληψη του AIDS απαιτεί πόρους.

Η λοίμωξη HIV αποτελεί μια ασθένεια που επιβαρύνει συνεχώς το σύστημα υγείας με χρήστες υπηρεσιών υγείας νεανικής ηλικίας (Σιγάλας 1998). Το 90 % των ενηλίκων που έχουν μολυνθεί από τον HIV βρίσκεται στις ηλικίες μεταξύ 24 και 44 ετών. Τα άτομα αυτών των ηλικιών αποτελούν κατά κύριο λόγο το πλέον παραγωγικό τμήμα του πληθυσμού και το συστατικό στοιχείο του εργατικού δυναμικού κάθε χώρας (Σιγάλας 1998).

Σύμφωνα με του οικονομολόγους, το αγαθό "υγεία" δεν μπορεί να αφηθεί στις δυνάμεις της ελεύθερης αγοράς. Αντίθετα, το κράτος πρέπει να εξασφαλίσει υπηρεσίες που θα καλύπτουν τις βασικές κοινωνικές ανάγκες.

Στην περίπτωση της ασθένειας του AIDS, επειδή το κόστος είναι πολύ υψηλό, εάν δεν παρέμβει το κράτος για την κάλυψη της νοσοκομειακής και φαρμακευτικής περίθαλψης υπάρχει κίνδυνος να δημιουργηθούν επικίνδυνες για την κοινωνία ανισότητες αφού όσοι ασθενείς δεν θα μπορούν να καταβάλουν το αυξημένο κόστος της θεραπείας, θα αποκλείονται από το υγειονομικό σύστημα (Υφαντόπουλος 2002).

Πολύ σωστά λοιπόν παρεμβαίνει το κράτος και προσφέρει ιατροφαρμακευτική περίθαλψη χωρίς την οικονομική επιβάρυνση των φορέων και των ασθενών.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι οι οικονομικές επιπτώσεις της HIV λοίμωξης είναι μεγάλες και αυξάνονται συνεχώς. Η ραγδαία εξάπλωση της νόσου έχει οδηγήσει στη διάθεση όλο και περισσότερων πόρων για την περίθαλψη των πασχόντων από αυτή, επέβαλε δε, τη μετακίνηση σημαντικών πόρων στον τομέα αυτό από άλλους τομείς υγείας, εξίσου ίσως υψηλής προτεραιότητας.



## ΕΜΠΕΙΡΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### 6.1 Μεθοδολογία Έρευνας

Πραγματοποιήθηκε έρευνα για τη διερεύνηση συνολικά της στάσης του πληθυσμού απέναντι στο σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, προκειμένου να εξεταστεί ο βαθμός της ενημέρωσης και της αντίληψης τους απέναντι στον κίνδυνο του, τον βαθμό συνειδητοποίησης απέναντι στον κίνδυνο νόσησης, ο τρόπος που διαχειρίζονται την εικόνα του φορέα του AIDS και ουσιαστικά να εντοπιστεί ο δικός τους βαθμός ευαισθητοποίησης για την πρόληψη του κινδύνου σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο, ώστε να βγούν χρήσιμα συμπεράσματα και να γίνουν ρεαλιστικές και χρήσιμες προτάσεις για επιτυχημένη ενημέρωση – εκπαίδευση, πρόληψη και καταστολή της μετάδοσης της νόσου, έγκυρη και έγκαιρη αντιμετώπιση της από κοινωνικής και οικονομικής πλευράς.

Για τη συλλογή των δεδομένων της έρευνας επιλέχθηκε δείγμα ηλικίας από 18 ετών και άνω, καθώς είναι ένα θέμα που αφορά όλους τους ανθρώπους ανεξαρτήτου ηλικίας, φύλου, μορφωτικού, κοινωνικού / οικονομικού επιπέδου.

Κρίθηκε σκόπιμη η χρήση ερωτηματολογίου, ως τεχνική συλλογής στοιχείων, με κριτήριο τη φύση των πληροφοριών που ήταν σκόπιμο να συλλεχθούν. Εξάλλου, πρόκειται για ένα όργανο έρευνας *«με το οποίο συγκεντρώνονται έμμεσα πολλές και διάφορες πληροφορίες»* (Βάμβουκας 1998).

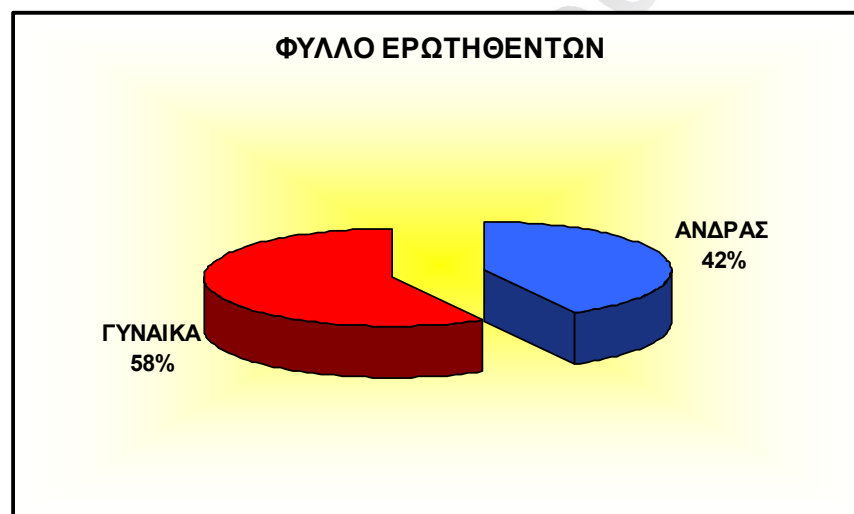
Η αρχική ενέργεια για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας, ήταν η κατηγοριοποίηση των ανοιχτών ερωτήσεων που χρησιμοποιήσαμε στην έρευνά μας. Ακολούθησε η κωδικοποίηση όλων των απαντήσεων στα ερωτήματα των ερωτηματολογίων και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η εισαγωγή τους στον ηλεκτρονικό υπολογιστή προκειμένου να επιτευχθεί η στατιστική τους επεξεργασία και ανάλυση με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος S.P.S.S./ V10 για Windows και του EXCEL / OFFICE 2003.



## 6.2 Δείγμα Αναφοράς

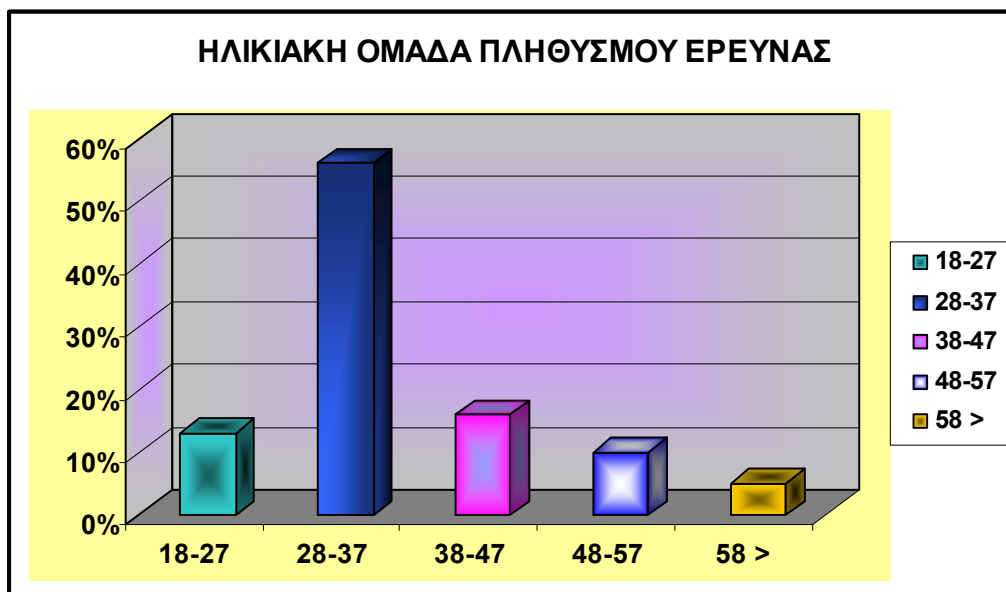
Από το σύνολο των 120 ατόμων που προσεγγίστηκαν (Convenience Sample) και τους διανεμήθηκε το ερωτηματολόγιο, δέχτηκαν να το συμπληρώσουν και να το παραδώσουν έγκαιρα τελικά οι 100, οι οποίοι και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας ενώ παράλληλα το γεγονός ότι η εκλογή των υποκειμένων των δειγμάτων έγινε με τυχαίο τρόπο, σήμαινε ότι «όλα τα άτομα του πληθυσμού έχουν ίσες πιθανότητες να επιλεγούν ως υποκείμενα του δείγματος» (Βάμβουκας 1998).

Όσον αφορά το φύλο του δείγματος οι 58 ερωτώμενοι ήταν γυναίκες και οι 42 άνδρες.



Γράφημα 11 : Φύλλο Ερωτηθέντων.

Ως προς την ηλικιακή ομάδα το 13% ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 18 – 27 χρόνων, το 56% στην ηλικιακή ομάδα 28 -37 χρόνων, το 16% στην ηλικιακή ομάδα 38 – 47 χρόνων, το 10% στην ηλικιακή ομάδα 48 – 57 χρόνων και μόλις το 5% στις ηλικίες 58 και άνω.



Γράφημα 12 : Ηλικιακές Ομάδες Πληθυσμού Έρευνας.

Ως προς την περιοχή διαμονής το 85% του δείγματος κατοικεί στην Αθήνα, το 15% σε άλλη πόλη εκτός Αθηνών, δυστυχώς δείγμα πληθυσμού από αγροτική περιοχή δεν καταφέραμε να προσεγγίσουμε.



Γράφημα 13 : Τόπος Διαμονής του Δείγματος της Έρευνας.

Στο σημείο αυτό θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα των απαντήσεων των υποκειμένων στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου καθώς και τα αποτελέσματα συσχετίσεων στις απαντήσεις συγκεκριμένων μεταβλητών βάσει των δημογραφικών στοιχείων των ερωτηθέντων.





### 6.3 Περιγραφή Ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο το οποίο διανεμήθηκε αποτελείται συνολικά από είκοσι δύο ερωτήσεις συμπεριλαμβανομένης και εκείνης των προτάσεων, παρατηρήσεων σχετικά με το θέμα, που τυχόν επιθυμούσανε να διατυπώσουν οι ερωτώμενοι στο τέλος (βλ. Παράρτημα Α).

Συγκεκριμένα:

Το Α' μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από τρεις ερωτήσεις, με τις οποίες αντλήθηκαν χρήσιμα στοιχεία για τη σύνθεση του δείγματος (φύλο, ηλικία και τόπος διαμονής).

Στο Β' μέρος του ερωτηματολογίου εξειδικεύονται οι ερωτήσεις και ζητείται από τους ερωτώμενους να αναφερθούν στις ήδη υπάρχουσες γνώσεις τους σχετικά με τη λοίμωξη HIV και τη νόσο του AIDS, τον βαθμό και την πηγή πληροφόρησής τους, τους τρόπους μετάδοσης καθώς και τα συμπτώματα της ασθένειας.

Στο Γ' μέρος του ερωτηματολογίου ερευνώνται η στάση τους σχετικά με τη νόσο του AIDS σε ατομικό επίπεδο και παράλληλα μελετώνται οι προκαταλήψεις και τα ταμπού που έχει ο σύγχρονος άνθρωπος σχετικά με το θέμα.

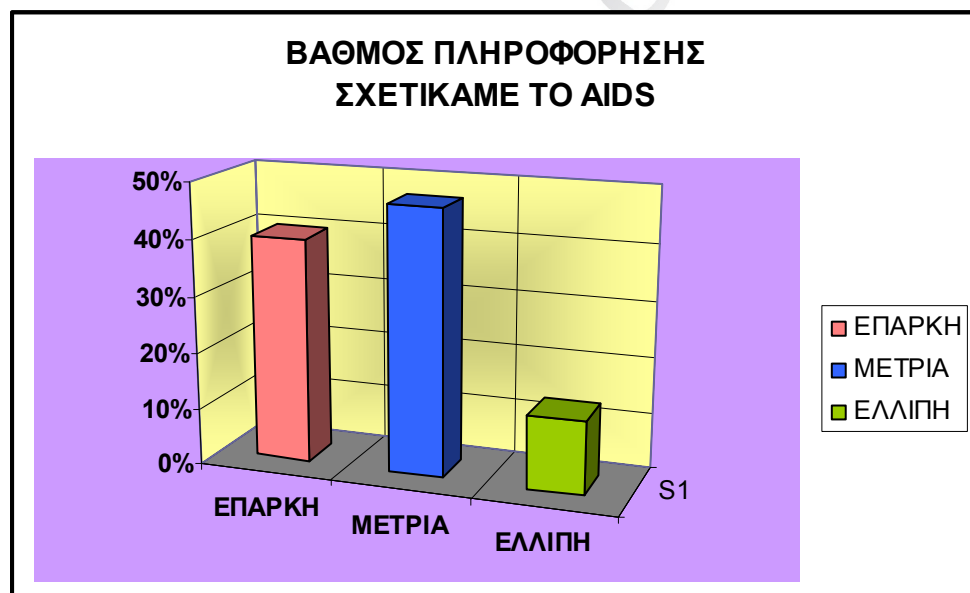
Στο Δ' μέρος του ερωτηματολογίου καταθέτουν τις απόψεις τους αναφορικά με την κοινωνική πολιτική του κράτους. Ενδεικτικά ερευνώνται οι πεποιθήσεις και στάσεις των ερωτώμενων για το αν θα πρέπει ή όχι η πολιτεία να λάβει επιπλέον μέτρα πρόληψης εξάπλωσης της ασθένειας και την παροχή ιατρικών υπηρεσιών, ποιος θεωρείται ο κατάλληλος χώρος για την φροντίδα ασθενών με AIDS καθώς και ποιος φορέας θεωρούν ότι θα πρέπει να είναι ο αρμόδιος για τα έξοδα νοσηλείας των ασθενών.

Το ερωτηματολόγιο αυτό, αποτελείται κυρίως από κλειστού τύπου ερωτήσεις, που στην πλειοψηφία τους ήταν ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών. Θεωρήθηκε όμως απαραίτητο να συμπεριληφθούν και ορισμένες ανοιχτές ερωτήσεις καθώς και η επιπλέον δυνατότητα της ελεύθερης διατύπωσης της 'άλλης' άποψης, έτσι ώστε να είναι «δυνατή η προσέγγιση ακόμα και των πιο λεπτών θεμάτων, η καλύτερη κατανόηση των απόψεων, στάσεων και κινήτρων των υποκειμένων και της σημασίας που αποδίδουν στις διάφορες όψεις του προβλήματος της έρευνας» (Βάμβουκας 1998). Με τον τρόπο αυτό μπορεί να δοθεί και μια ποιοτική διάσταση στα ποσοτικά δεδομένα.



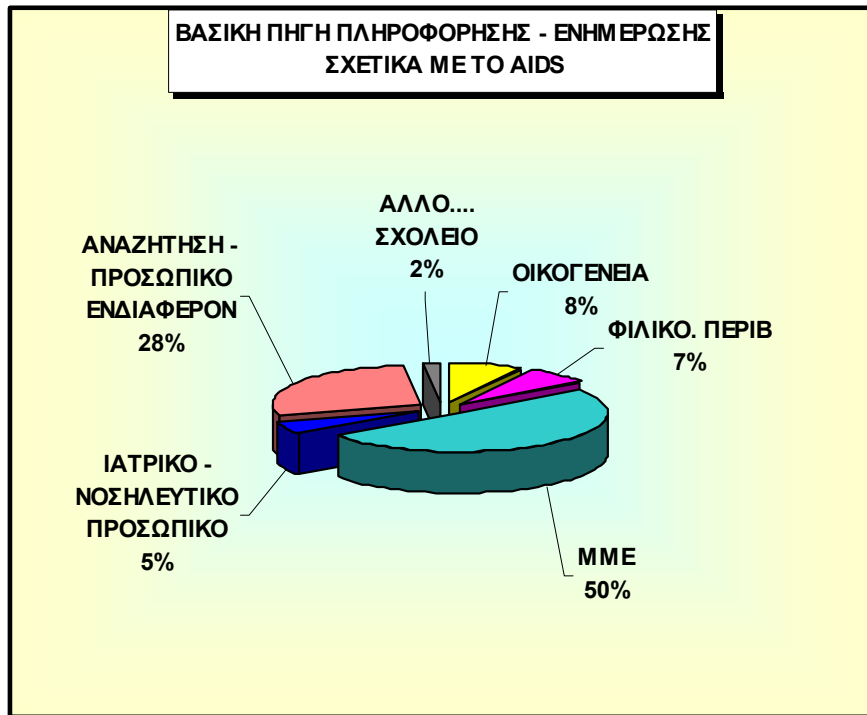
#### 6.4 Ευρήματα & Ανάλυση Αποτελεσμάτων Β' Μέρους - Γενικές Γνώσεις.

Αναφορικά με την αξιολόγηση της πληροφόρησής τους σχετικά με το AIDS, το 40% των ατόμων την κρίνουν **‘επαρκή’** εκ των οποίων 22 άνδρες και 18 γυναίκες, το 47% κρίνουν **‘μέτρια’** την πληροφόρησή τους εκ των οποίων 17 άνδρες και 30 γυναίκες, ενώ το 13% την κρίνουν **‘ελλιπή’**, αυτή την απάντηση επιλέγουν 10 γυναίκες και μόλις 3 άνδρες. Παρατηρώντας τα στοιχεία διαπιστώνουμε ότι η ηλικιακή ομάδα που δηλώνει περισσότερο ότι έχει επάρκεια γνώσεων όσον αφορά το θέμα είναι η 28 – 37 (άνδρες – γυναίκες). Ενώ στην ίδια ηλικιακή ομάδα αναφοράς (18 γυναίκες έναντι 11 ανδρών) δηλώνουν επίσης μέτρια γνώση του θέματος.



Γράφημα 14 :Βαθμός Πληροφόρησης Σχετικά με το AIDS.

Στην ερώτηση αναφορικά με την βασική πηγή πληροφόρησής τους, το 50% δήλωσε τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε), το 28% δήλωσε την αναζήτηση – προσωπικό ενδιαφέρον, το 8% φαίνεται να ενημερώθηκε από την οικογένεια του, το 7% από το φιλικό του περιβάλλον, το 5% από το ιατρικό – νοσηλευτικό προσωπικό και μόλις το 2% από άλλη πηγή πληροφόρησης και συγκεκριμένα αναφέρθηκε το σχολείο.



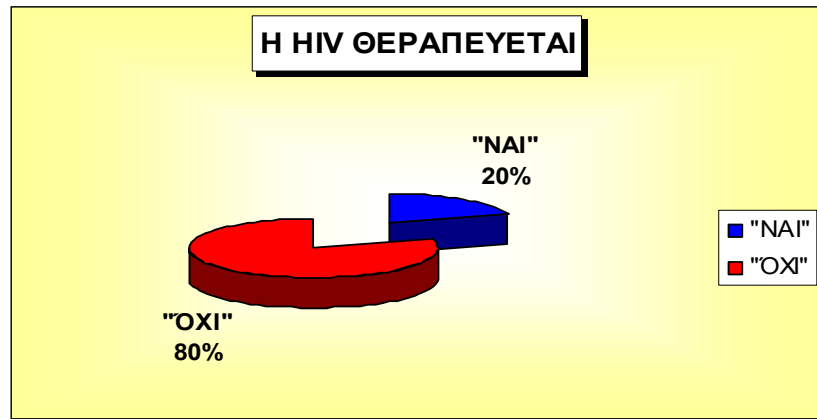
Γράφημα 15: Βασική Πηγή Ενημέρωσης - Πληροφόρησης

Ακολούθως, το 34% γνωρίζουν τι σημαίνουν τα αρχικά AIDS ενώ οι περισσότεροι δηλαδή το 66% δηλώνει άγνοια.



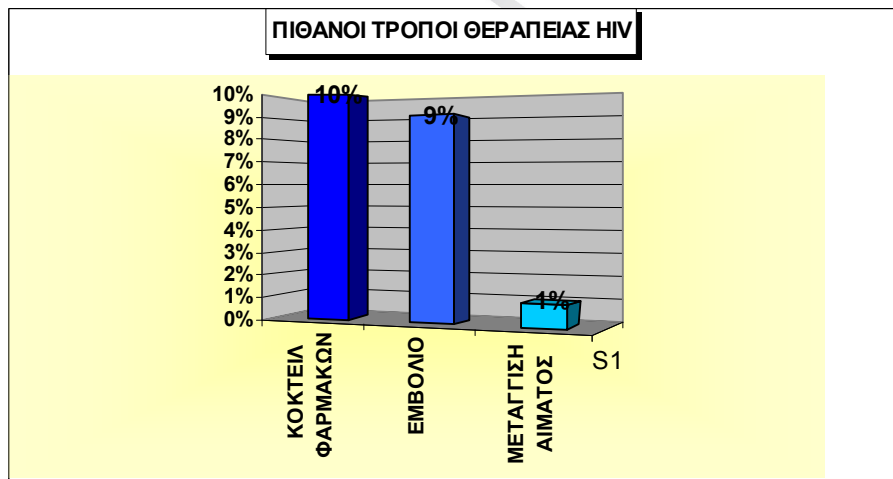
Γράφημα 16 : Ποσοστό Ερωτηθέντων που γνωρίζει τα αρχικά AIDS.

Στην ερώτηση αν πιστεύουν ότι η HIV λοίμωξη θεραπεύεται το 80% απάντησε αρνητικά και



Γράφημα 17 : Ποσοστό που απάντησε εάν το HIV Θεραπεύεται.

μόλις το 20% απάντησε θετικά θεωρώντας ότι αυτό επιτυγχάνεται με τη χορήγηση κοκτέιλ φαρμάκων 10%, με το εμβόλιο 9%, και με τη μετάγγιση αίματος ως τρόπο θεραπείας απάντησε το 1%.



Γράφημα 18 : Πιθανοί Τρόποι Θεραπείας σύμφωνα με το Δείγμα.

Στην ερώτηση για τους τρόπους μετάδοσης του ιού του AIDS το 92% απάντησε τη μη χρήση προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή και αναλυτικότερα το 20% της ηλικιακής ομάδας 18-27, το 18% της ηλικιακής ομάδας 28-37, το 21% της ηλικιακής ομάδας 38-47, το 22% της ηλικιακής ομάδας 48-57 και το 15% της ηλικιακής ομάδας 58 >.

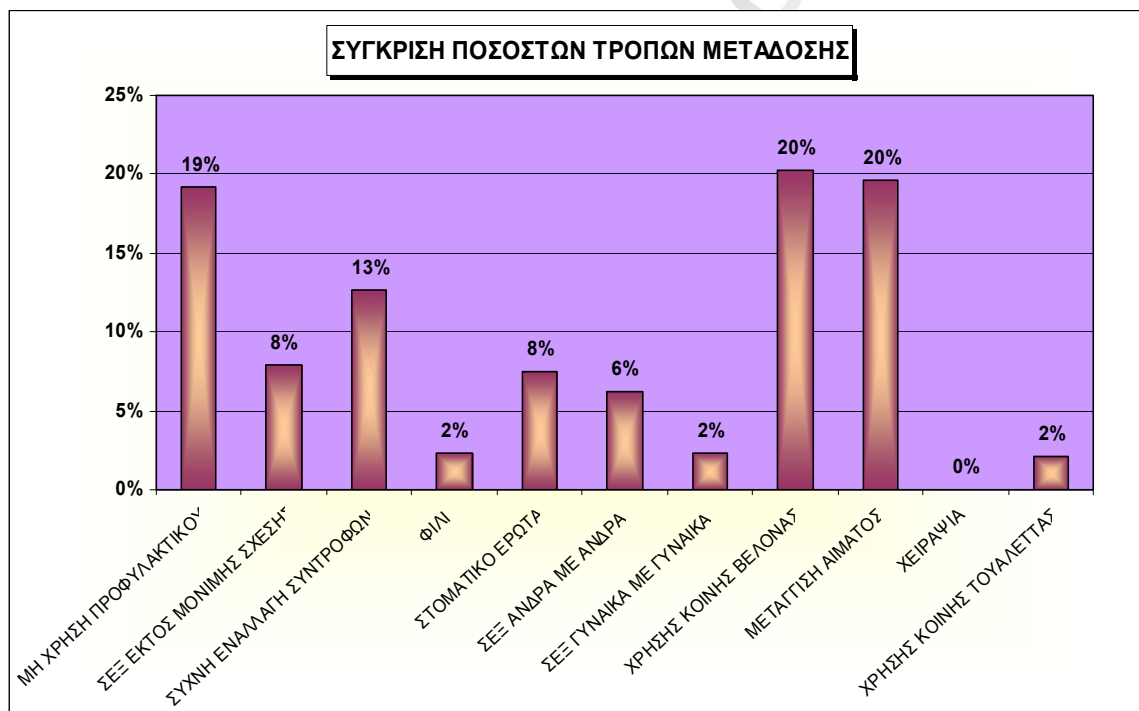
Το 97% των ερωτηθέντων απάντησε τη χρήση κοινής βελόνας, συγκεκριμένα το 20% των ηλικιακών ομάδων αντίστοιχα 18-27, 28-37 και 48-57, το 21% της ηλικιακής ομάδας 38-47 και το 15% της ηλικιακής ομάδας 58 >.



Τη μετάγγιση αίματος επέλεξε το 94% των ερωτηθέντων με 22% η ηλικιακή ομάδα 48-57, 20% η ηλικιακή ομάδα 38-47, 19% οι ηλικιακές ομάδες 28-37 και 58 >, 18% η ηλικιακή ομάδα 18-27.

Το 61% του δείγματος επέλεξε και τη συχνή εναλλαγή συντρόφων, 19% το έχουν επιλέξει οι ηλικίες 58 και άνω, το 15% της ηλικιακής ομάδας 48-57, το 14% της ηλικιακής ομάδας 18-27, το 13% της ηλικιακής ομάδας 38-47 και το 11% της ηλικιακής ομάδας 28-37.

Το 38% το σεξ εκτός μόνιμης σχέσης, το 36% απάντησε το στοματικό έρωτα, το 30% απάντησε το σεξ μεταξύ ομοφυλοφίλων ανδρών και το 11% το σεξ μεταξύ ομοφυλοφίλων γυναικών, και τέλος το 10% πιστεύει ότι η χρήση κοινής τουαλέτας (WC) μεταδίδει τον ιό.



Γράφημα 19: Σύγκριση Ποσοστών Τρόπων Μετάδοσης.

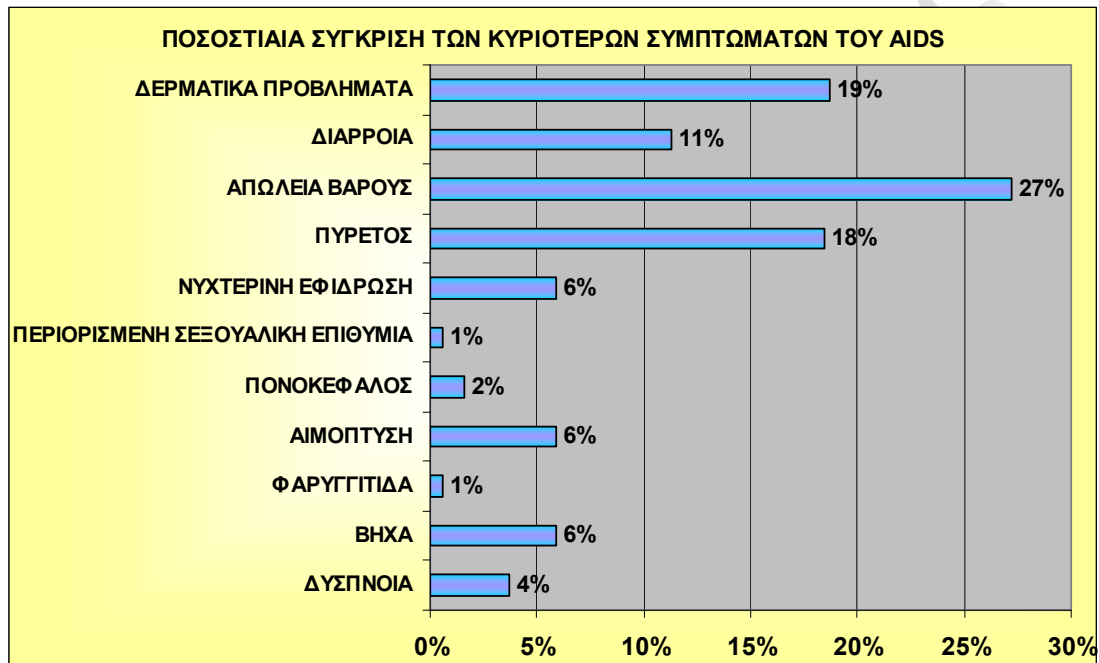
Όσον αφορά τις απαντήσεις που δόθηκαν για το ποια γνωρίζουν ως κύρια συμπτώματα του AIDS (δυνατότητα πολλαπλών επιλογών), δόθηκαν οι εξής απαντήσεις: το 27% απάντησε 'απώλεια βάρους' και συγκεκριμένα τα σύνολα ανά ηλικιακή ομάδα είναι: 12 άτομα της ηλικιακής ομάδας 18-27, 47 άτομα μεταξύ 28-37, 14 άτομα της ηλικιακής ομάδας 38-47, 10 άτομα της ηλικιακής ομάδας 48-57 και τέλος 4 άτομα της ηλικίας 58 και άνω.

Τον πυρετό, ως ένα από τα συμπτώματα απάντησε το 18% και συγκεκριμένα 3 άτομα της ηλικιακής ομάδας 58 και >, 8 άτομα της ηλικιακής ομάδας 48-57, 10 άτομα



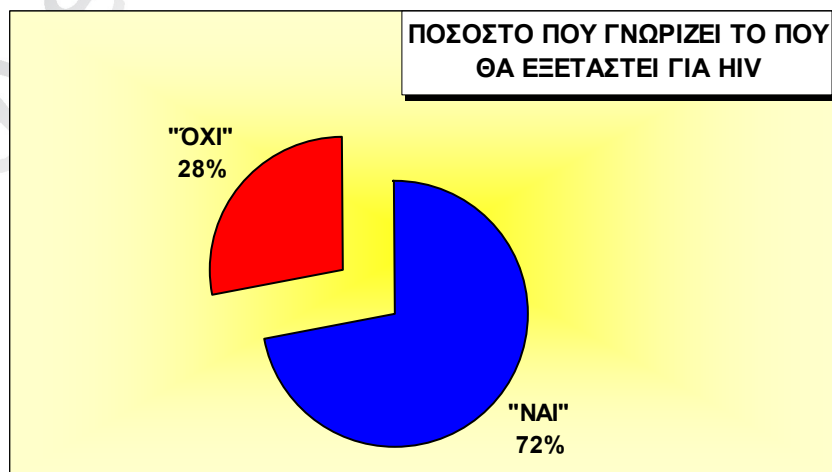
της ηλικιακής ομάδας 38-47, 30 άτομα και 8των ηλικιακών ομάδων 18-27 & 28-37 αντίστοιχα.

Τη διάρροια, απάντησε το 11%, τη νυχτερινή εφίδρωση, την αιμόπτυση και το βήχα απάντησε αντίστοιχα το 6%, το 4% απάντησε τη δύσπνοια, το 2% απάντησε τον πονοκέφαλο και το 1% απάντησε τη φαρυγγίτιδα και την περιορισμένη σεξουαλική επιθυμία (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β', Πίνακες: 10 & 29).



Γράφημα 20: Ποσοστιαία Σύγκριση των Κυριότερων Συμπτωμάτων του AIDS.

Στην ερώτηση αν γνωρίζουν που θα απευθυνθούν για να εξεταστούν για HIV, το 72% απάντησε θετικά από αυτούς οι 29 ήταν άνδρες και οι 43 γυναίκες ενώ το 28% απάντησε αρνητικά αντίστοιχα οι 13 ήταν άνδρες και οι 15 γυναίκες .



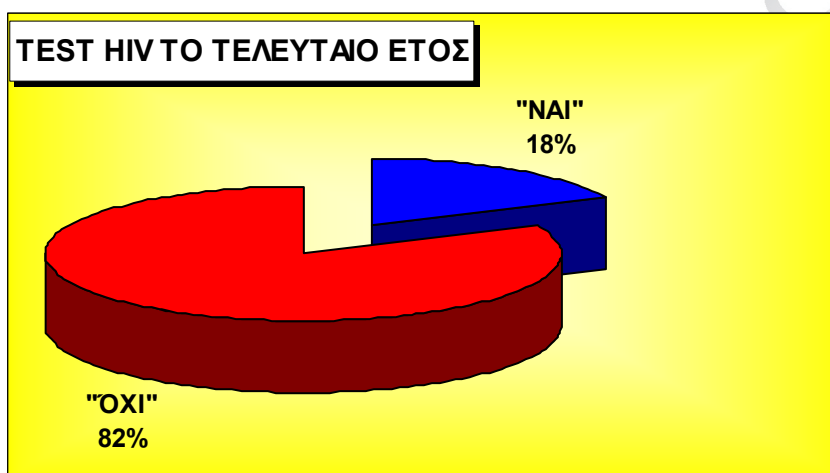
Γράφημα 21 : Ποσοστό Γνωρίζει το που θα Εξεταστεί για HIV.





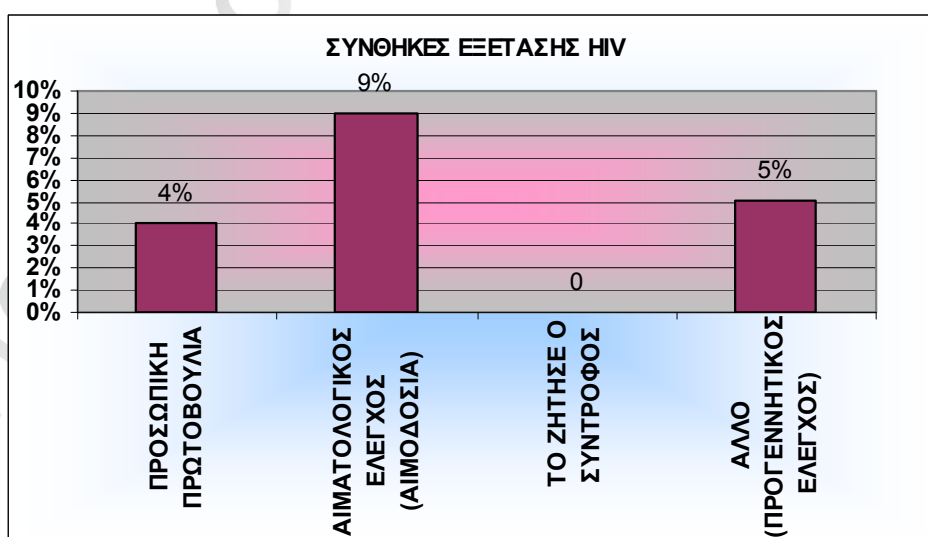
### 6.5 Ευρήματα & Ανάλυση Αποτελεσμάτων Γ' Μέρους – Στάση Απέναντι στο AIDS.

Παρόλο που γνωρίζουν το που να εξεταστούν μόλις το 18% υποβλήθηκε σε εξέταση για HIV τους τελευταίους 12 μήνες ενώ το 82% δεν υποβλήθηκε. Συγκεκριμένα υποβλήθηκαν σε εξέταση για HIV 4 άνδρες και 14 γυναίκες από το δείγμα μας.



Γράφημα 22: Ποσοστό που Υποβλήθηκε σε test HIV το Τελευταίο Έτος.

Εξετάζοντας το λόγο – τις συνθήκες εξέτασης, παρατηρείται ότι το 9% στα πλαίσια αιματολογικού ελέγχου προκειμένου για αιμοδοσία, το 5% στα πλαίσια του προγεννητικού ελέγχου, και μόλις το 4% από προσωπική πρωτοβουλία ενώ δεν επιλέχθηκε καθόλου ως απάντηση ‘σας το ζήτησε ο/η σύντροφος σας’.

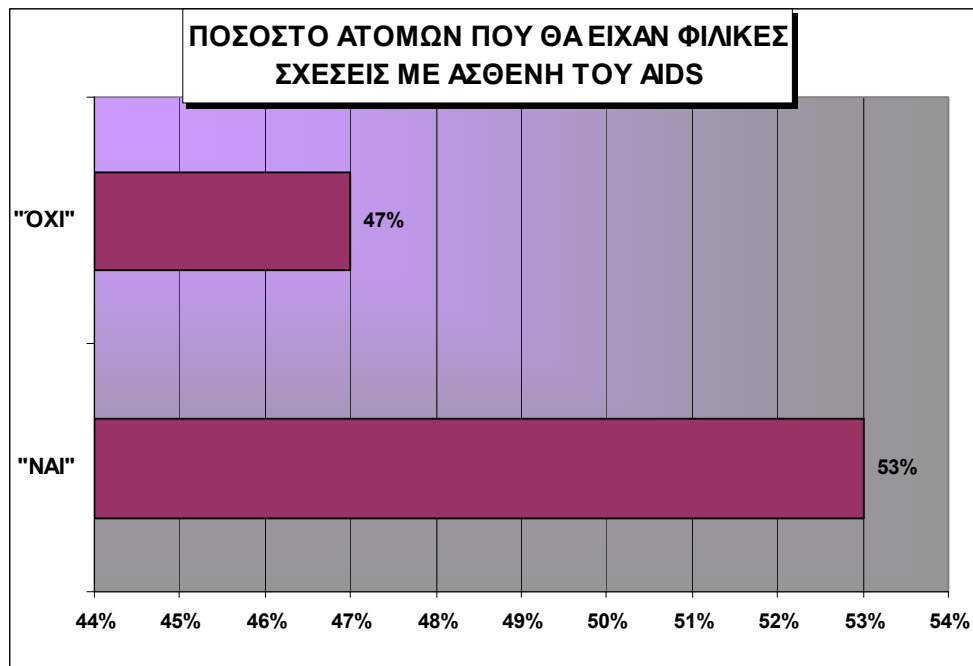


Γράφημα 23 : Συνθήκες υπό τις Εξετάστηκαν για HIV.

Αναφορικά με τις στάσεις των ερωτώμενων απέναντι στην HIV λοίμωξη, μόνο 53% από τους ερωτώμενους απάντησαν ότι είχαν ή θα μπορούσαν να έχουν φιλικές

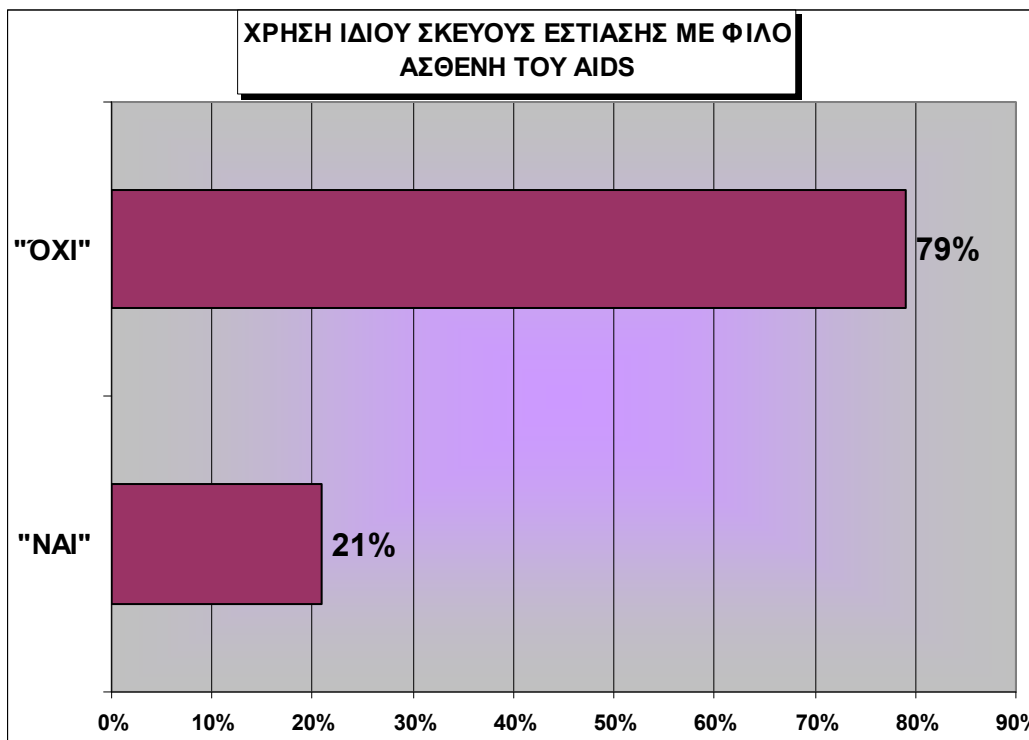


σχέσεις με άτομο προσβεβλημένο από την HIV λοίμωξη και συγκεκριμένα θετικά απάντησαν 25 άνδρες και 28 γυναίκες ενώ το 47% απάντησαν αρνητικά δηλαδή 17 άνδρες και 30 γυναίκες .



Γράφημα 24 : Ποσοστό Ατόμων που θα είχαν Φιλικές Σχέσεις με Ασθενή του AIDS.

Στην ερώτηση αν θα μοιράζονταν κατά τη διάρκεια του φαγητού κάποιο κοινό αντικείμενο εστίασης π.χ. μία σαλατιέρα με κάποιον φίλο τους στην περίπτωση που γνώριζαν ότι είναι οροθετικός, οι 21% απάντησαν θετικά ενώ, το 79% απάντησε αρνητικά και συγκεκριμένα οι γυναίκες φάνηκαν περισσότερο επιφυλακτικές με 47 αρνητικές απαντήσεις έναντι 32 των ανδρών .



Γράφημα 25 : Χρήση του Ίδιου Σκεύους Εστίασης.

Αξιοσημείωτο είναι ότι το 100% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι **δεν** θα συνάπτανε ερωτική σχέση με φορέα / ασθενή του AIDS (εφόσον βέβαια γνώριζαν ότι είναι φορέας ο ερωτικός σύντροφος).

Σε ερώτηση για το αν θα συνέχιζαν να επισκέπτονται γιατρό / οδοντίατρο αν γνώριζαν ότι εξυπηρετεί άτομα προσβεβλημένα από τον ιό HIV ο 30% απάντησε ότι θα το έκανε ενώ το 70% απάντησε αρνητικά εκ των οποίων 42 γυναίκες και 28 άνδρες.

Στην ερώτηση αν θα αναγνώριζαν άτομα προσβεβλημένα από την HIV λοίμωξη το 92% απάντησε αρνητικά ενώ το 8% απάντησε θετικά, με χαρακτηριστικά γνωρίσματα αυτό της εξάντλησης, της ωχρότητας και της εν γένει καταβολής του ατόμου.



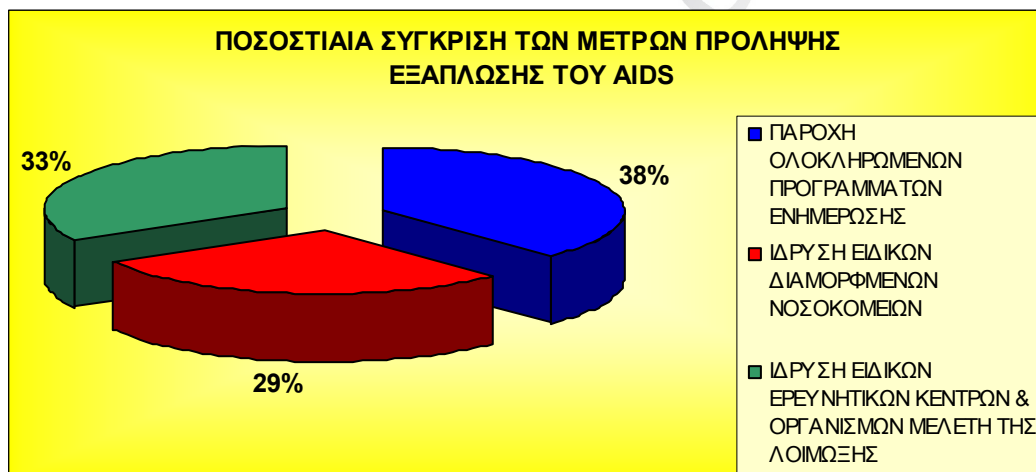
Γράφημα 26 : Αναγνώριση Ασθενών από τα Εξωτερικά τους Χαρακτηριστικά.



## 6.6 Ευρήματα & Ανάλυση Αποτελεσμάτων Δ' Μέρους – Κοινωνική Πολιτική

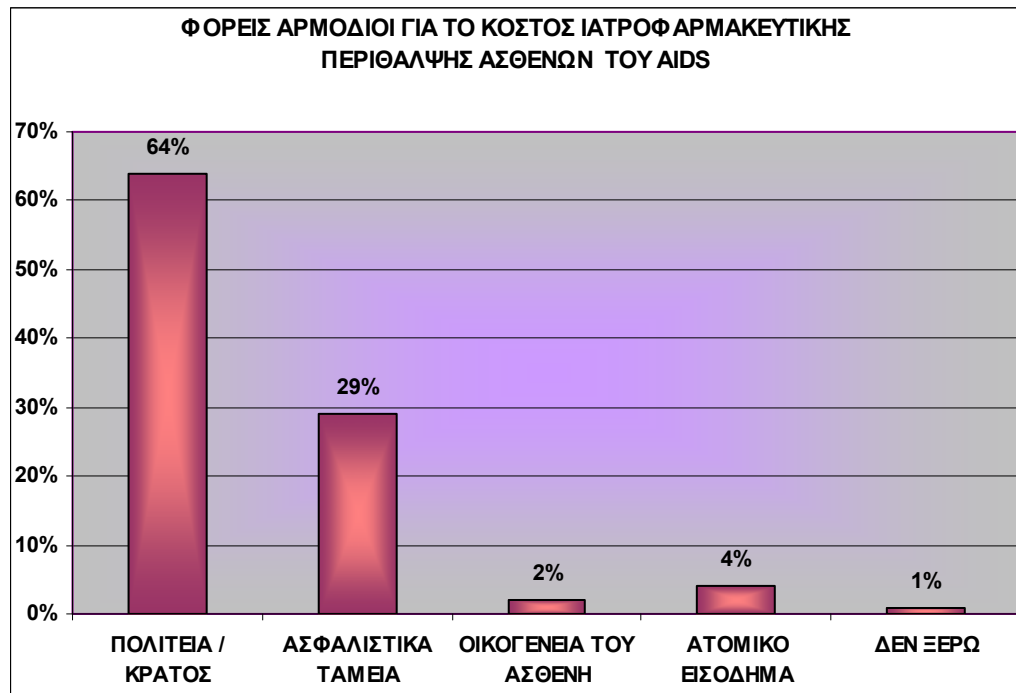
Το 94% πιστεύει πως η πολιτεία είναι αυτή που πρέπει να λάβει επιπλέον μέτρα που αφορούν στην πρόληψη εξάπλωσης του ιού ενώ μόνο το 6% πιστεύει ότι δεν πρέπει να κινητοποιηθεί επιπλέον η πολιτεία.

Παράλληλα, στην ερώτηση τι είδους μέτρα πιστεύουν ότι πρέπει τελικά να λάβει η πολιτεία οι περισσότεροι ερωτώμενοι, το 38% θεωρεί ότι πρέπει να δοθεί έμφαση στην παροχή περισσότερης πληροφόρησης - ενημέρωσης, το 33% θεωρεί ως κατάλληλο μέτρο την ίδρυση ειδικών ερευνητικών κέντρων και οργανισμών μελέτης της λοίμωξης ενώ, το 29% θεωρεί την ίδρυση ειδικών διαμορφωμένων νοσοκομείων.



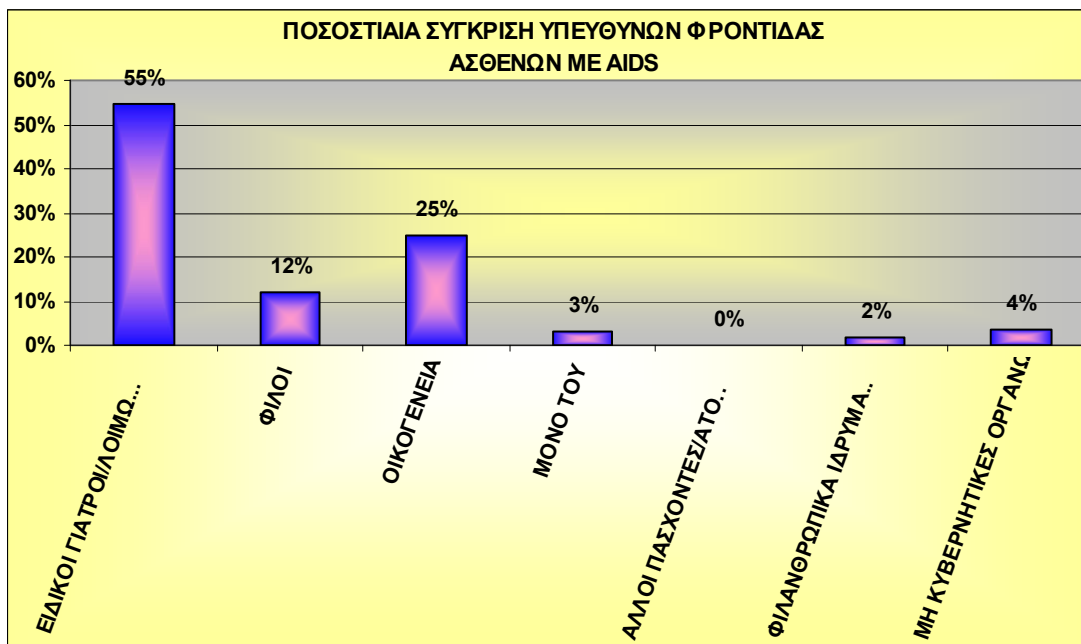
Γράφημα 27 : Ποσοστιαία Σύγκριση των Μέτρων Πρόληψης Εξάπλωσης του AIDS.

Επιπλέον, το 64% από τους ερωτηθέντες θεωρούν ότι τα κόστη για τη φροντίδα, νοσηλεία και φάρμακα του φορέα / ασθενή πρέπει να πληρώνει η πολιτεία και συγκεκριμένα επέλεξαν αυτή την απάντηση 28 άνδρες και 36 γυναίκες, το 29% θεωρούν ότι είναι υπόθεση ασφαλιστικών ταμείων αντίστοιχα 11 άνδρες και 18 γυναίκες, το 4% πιστεύει ότι πρέπει να αναλαμβάνουν τα έξοδα νοσηλείας και φροντίδας τους οι ίδιοι οι φορείς/ασθενείς από το ατομικό τους δηλαδή εισόδημα, απάντησαν από κοινού 2 άνδρες και 2 γυναίκες, όπως επίσης το 2% του δείγματος θεωρεί ότι τα έξοδα πρέπει να βαρύνουν την οικογένειά του ασθενή.



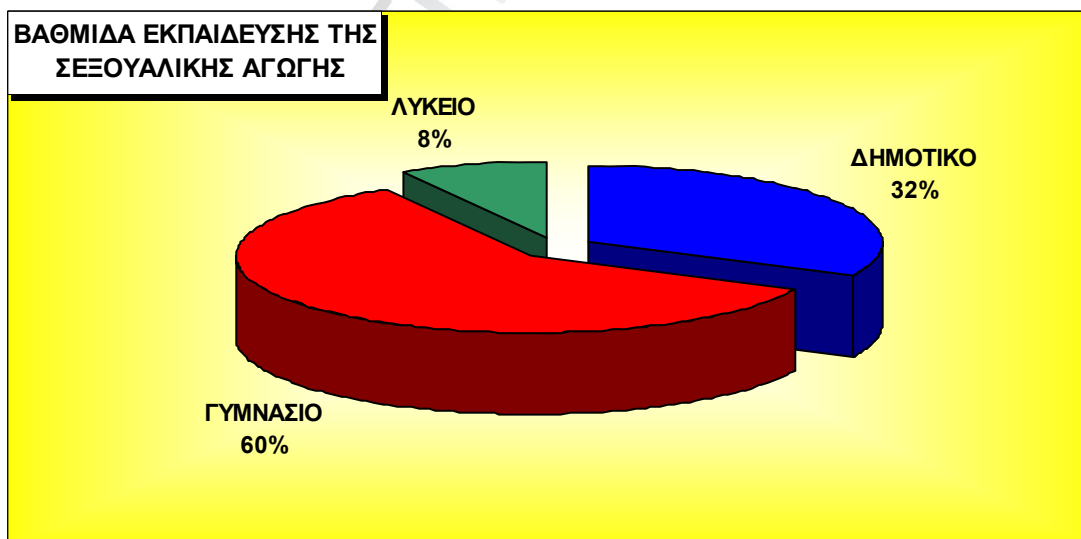
Γράφημα 28 : Φορείς Αρμόδιοι για το Κόστος Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης.

Στην ερώτηση για το για τον ποιον θεωρούν υπεύθυνο για τη φροντίδα φορέα / ασθενής του AIDS, το 55% απάντησε τους: Λοιμωξιολόγους / εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, εκ των οποίων οι 50 ήταν γυναίκες και οι 40 άνδρες, στη συνέχεια το 25% απάντησε την οικογένεια, εκ των οποίων 29 γυναίκες και 12 άνδρες, το 12% επέλεξε ως απάντηση το φιλικό περιβάλλον, το 4% θεωρεί υπεύθυνες τις μη κυβερνητικές οργανώσεις, το 3% θεωρεί ότι μόνοι τους οι ασθενείς πρέπει να αναλαμβάνουν τη φροντίδα τους εκ των οποίων οι 3 γυναίκες και 2 άνδρες, και τέλος 2% πιστεύουν ότι υπεύθυνα για τη φροντίδα τους είναι οι μη εκκλησιαστικές οργανώσεις και τα φιλανθρωπικά ιδρύματα.



Γράφημα 29 : Ποσοστιαία Σύγκριση Υπευθύνων Φροντίδας

Και τέλος στην ερώτηση αν θα πρέπει να διδάσκεται η σεξουαλική αγωγή στα σχολεία το 99% έδωσε θετική απάντηση και μόνο το 1% αρνητική. Και συγκεκριμένα το 32% θεωρεί ότι είναι καλύτερο να ξεκινάει από το δημοτικό, το 59% από το γυμνάσιο και το 8% από το λύκειο.



Γράφημα 30 : Βαθμίδα Εκπαίδευσης για τη Σεξουαλική Αγωγή.





## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

### 7.1 Περιορισμοί της Έρευνας

Κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας υπήρξαν μερικές σημαντικές δυσκολίες, οι οποίες όμως έπρεπε να ξεπεραστούν προκειμένου να διεξαχθεί η έρευνα και να φέρει τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα.

Αρχικά, σημαντικό θα ήταν να αναφερθεί η χρονική περίοδος περάτωσης της έρευνας. Η έρευνα λόγω καθυστέρησης στη διαδικασία οργάνωσης και καταγραφής του θεωρητικού μέρους, έλαβε χώρα κατά τη διάρκεια της καλοκαιρινής περιόδου και των θερινών διακοπών. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στους χώρους εργασίας που είχε εργαστεί και εργάζεται η ερευνήτρια και γενικότερα στο φιλικό και κοινωνικό της περιβάλλον.

Μία επιπλέον δυσκολία ήταν η σύνταξη των ερωτήσεων κατά τέτοιο τρόπο ώστε να μη αγγίζουν και θίγουν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα καθώς και η διασφάλιση του ανωνύμου των ερωτηθέντων. Προσπεράστηκε με το ανώνυμο του ερωτηματολογίου, με τη μη αναφορά δηλαδή του ονοματεπώνυμου των ερωτηθέντων καθώς και με τη χρήση φακέλων στους οποίους οι ερωτώμενοι εσώκλειαν τα ερωτηματολόγια.

Σημαντική δυσκολία υπήρξε το γεγονός ότι αρκετοί ερωτώμενοι δε δέχονταν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Οι λόγοι που επικαλούνταν ήταν λόγοι έλλειψης χρόνου, μη σοβαρής αντιμετώπισης του θέματος, προκατάληψης και ταμπού επί του θέματος. Τούτη η δυσκολία προσπεράστηκε με τη χρήση της πειθούς και της διατύπωσης των σκοπών της έρευνας. Παράλληλα, αναφέρθηκε στους ερωτώμενους ότι θα έχουν στη διάθεσή τους συγκεντρωτικά τα συμπεράσματα της συγκεκριμένης έρευνας με την περάτωσή της. Η τελευταία αναφορά συντέλεσε στη δημιουργία κινήτρου και μεγαλύτερου ενδιαφέροντος από την πλευρά τους με αποτέλεσμα τη συνεπή συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.



## 7.2 Συμπεράσματα – Διαπιστώσεις

Η πρώτη διαπίστωση που έγινε κατά την επεξεργασία των ερωτηματολογίων ήταν ότι στη παρούσα έρευνα δέχτηκαν να συμμετέχουν περισσότερο οι γυναίκες από ότι οι άνδρες, ενώ η προσέγγιση ήταν η ίδια και στα δύο φύλλα. Αυτό ίσως να συνέβη γιατί οι γυναίκες ανέκαθεν δείχνουν πιο ευαισθητοποιημένες πάνω σε θέματα υγείας και πρόληψης από ότι οι άνδρες, δεδομένου της φύσης και των πολυδιάστατων ρόλων που έχει αναλάβει σήμερα στη κοινωνία μας.

Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες δηλώνουν με σύνεση ως ‘μέτρια’ την γνώση τους όσον αφορά το AIDS, ενώ ελάχιστοι είναι εκείνοι που παραδέχονται την ελλιπή πληροφόρηση τους πάνω στο θέμα. Παρόλο που διανύουμε μία εποχή υπερφιαλισμού και πολυγνωστικότητας.

Δεδομένου όμως ότι το 66% των ερωτηθέντων δεν γνώριζε καν τα αρχικά της λέξης AIDS δηλαδή το ακρωνύμιο που είναι: Acquired Immune Deficiency Syndrome, ούτε και στα ελληνικά που είναι γνωστό ως: Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας ή Επίκτητη Ανοσιακή Ανεπάρκεια (αποδεκτή ως απάντηση εφόσον δινόταν είτε στα αγγλικά ή στα ελληνικά), μπορούμε να συμπεράνουμε ότι πολλές φορές η γνώση στερείται βάθους.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων έδειξε ότι είναι καλά ενημερωμένοι όσον αφορά τους τρόπους μετάδοσης του AIDS, αφού το μεγαλύτερο ποσοστό θεωρεί τη μη χρήση προφυλακτικού, τη χρήση κοινής βελόνας, τη μετάγχιση αίματος και τη συχνή εναλλαγή συντρόφων (την χαρακτηριζόμενη ως ‘επικίνδυνη συμπεριφορά’).

Δυσάρεστη έκπληξη προκάλεσε το γεγονός ότι η πλειονότητα δηλαδή το 72% γνωρίζει το που θα απευθυνθεί για την εξέταση HIV, αλλά το 82%, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό, δεν έχει υποβληθεί σε εξέταση ανίχνευσης αντισωμάτων HIV κατά το τελευταίο έτος. Εξάιρεση ή ο γενικός κανόνας; Ο εφησυχασμός του ότι είναι ένας κίνδυνος που δε θα χτυπήσει και τη δική μας πόρτα;

Και το 18% του δείγματος που εξετάστηκε το έκανε στα πλαίσια αιματολογικού ελέγχου (πχ αιμοδοσία), κατά τον προγεννητικό έλεγχο (εφόσον είναι πλέον υποχρεωτική εξέταση για τις μέλλουσες μητέρες) και κανένας (0% στο δείγμα) γιατί του το ζήτησε ο ερωτικός του σύντροφος. Ίσως γιατί κάτι τέτοιο μπορεί να δημιουργούσε απόσταση και ψυχρότητα στη νέα ή και στη μακροχρόνια σχέση αφού τίθεται πλέον θέμα εμπιστοσύνης. Φαίνεται καθαρά ότι ακόμα επικρατεί ταμπού γύρω από το θέμα της εξέτασης για HIV.



Ενώ στο θεωρητικό μέρος της παρούσας εργασίας γίνεται εκτενής αναφορά στα προγράμματα ενημέρωσης για την πρόληψη της λοίμωξης HIV που κατά καιρούς έχουν σχεδιαστεί από συγκεκριμένους και εξειδικευμένους φορείς όπως το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ και τις μη Κυβερνητικές Οργανώσεις.

Εντούτοις, στο ερευνητικό μέρος το παραπάνω δεν επιβεβαιώνεται. Οι ερωτηθέντες υποστηρίζουν ότι την ενημέρωση για την λοίμωξη HIV την έλαβαν κυρίως από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και έπειτα από προσωπικό ενδιαφέρον και αναζήτηση.

Παρ' όλες τις προσπάθειες που γίνονται, την παρούσα χρονική στιγμή δεν έχει βρεθεί τρόπος πλήρους ίασεως της HIV λοίμωξης και τα θεραπευτικά σχήματα αντιρετροϊκών φαρμάκων (HAART) επιτυγχάνουν τη μέγιστη δυνατή καταστολή του ιικού φορτίου στο αίμα συμβάλλοντας στην μείωση μόλυνσης από ευκαιριακές και άλλες σοβαρές λοιμώξεις, καθιστώντας τον οργανισμό πιο ισχυρό.

Μέσα από την έρευνα το προαναφερθέν γεγονός φαίνεται να το γνωρίζουν καλά οι ερωτηθέντες αφού η πλειοψηφία τους δηλαδή, το 80% υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει θεραπεία της HIV λοίμωξης, με μόλις το 10% να πιστεύει ότι η θεραπεία της HIV λοίμωξης επιτυγχάνεται μέσω των κοκτέιλ φαρμάκων.

Μία σημαντική επίσης θλιβερή διαπίστωση που προκύπτει από την έρευνα είναι ότι συνεχίζει να υπάρχει ο φόβος, η προκατάληψη, τα ταμπού και ο κοινωνικός αποκλεισμός αναφορικά με τις κάθε είδους κοινωνικές επαφές με ένα οροθετικό άτομο.

Στο Γ' μέρος του ερωτηματολογίου διαφαίνεται η στάση των ανθρώπων πάνω στο εξετάζον ζήτημα, ενώ το 53% δηλώνει ότι θα είχε ή έχει φιλικές σχέσεις με άτομο προσβεβλημένο από την HIV, το 79% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι δεν θα έτρωγε από το ίδιο πιάτο (πχ σαλατιέρα) με έναν οροθετικό (περισσότερο επιφυλακτικές έως και αρνητικές εμφανίζονται οι γυναίκες στην έρευνα).

Στο αντίστοιχο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους έγινε εκτενής αναφορά στους τρόπους μετάδοσης του ιού και ειδικά όσον αφορά το σάλιο (υποθετικής ύπαρξης μιας πολύ μικρής ποσότητας σε κάποιο αντικείμενο εστίασης), οι εργαστηριακές μελέτες αποκάλυψαν ότι δεν αποτελεί τρόπο μετάδοσης και αυτό οφείλεται αφενός μεν στη μικρή ποσότητα του ιού που περιέχεται και αφετέρου δε ότι το σάλιο περιέχει φυσικά συστατικά που αναχαιτίζουν τη μολυσματική δράση του ιού καθώς βέβαια και στη μεγάλη ευπάθεια που έχει ο ιός στο εξωτερικό περιβάλλον.

Αντίστοιχα στην ερώτηση αν θα συνέχιζαν τις επισκέψεις σε ιατρό / οδοντίατρο που κουράρει ασθενείς του AIDS το 70% των ερωτηθέντων απάντησε αρνητικά. Παρόλο που επιστημονικές μελέτες δείχνουν ότι ο κίνδυνος μετάδοσης του HIV με σύριγγες -



βελόνες, δεν υπάρχει στην Ελλάδα, γιατί στα ελληνικά νοσοκομεία, ιατρεία, εργαστήρια, χρησιμοποιούνται βελόνες μιας χρήσης όπως επίσης υπάρχει ελάχιστος κίνδυνος αμφίδρομης μετάδοσης του HIV στο οδοντιατρείο μετά από αιματηρές οδοντιατρικές πράξεις (NIAID 1999).

Το 100% του δείγματος αναφοράς ισχυρίζεται ότι δεν θα συνάπτανε ερωτική σχέση με φορέα / ασθενή του AIDS. Αυτό αποδεικνύει το φόβο που επικρατεί και τη συνειδητοποίηση του μεγάλου κινδύνου που μία τέτοια σχέση θα επιφύλασσε στο μέλλον (π.χ. σε περίπτωση ατυχής ρήξης του προφυλακτικού κατά την επαφή).

Για ορισμένους η συνειδητή επιλογή της αποφυγής οποιασδήποτε ερωτικής σχέσης με φορέα του AIDS δεν τους καθιστά «κοινωνικά ρατσιστές» απέναντι σε αυτή την ομάδα ανθρώπων αλλά, περισσότερο συνειδητοποιημένους και ώριμους όσον αφορά τη σεξουαλική τους ζωή και υγεία.

Διαπιστώθηκε κατά την επεξεργασία των απαντήσεων η συνειδητοποίηση της ανάγκης λήψη επιπλέον μέτρων από την πλευρά της πολιτείας για την πρόληψη εξάπλωσης του AIDS με μεγαλύτερη έμφαση στην παροχή ολοκληρωμένων προγραμμάτων ενημέρωσης κάτι που όπως αποδείχθηκε από όλη την έρευνα υπάρχει άμεση ανάγκη.

Φαίνεται από το ερευνητικό κομμάτι ότι οι άνθρωποι γνωρίζουν ότι υπεύθυνοι για τη φροντίδα των ασθενών με AIDS είναι οι ειδικοί ιατροί / λοιμωξιολόγοι που έχουν την επιστημονική γνώση και εξειδίκευση που απαιτείται για την αντιμετώπιση των ιδιαίτερα αυξημένων και πολύπλευρων αναγκών των ασθενών με AIDS. Καθώς επίσης, αντιλαμβάνονται ότι ο κατάλληλος χώρος παροχής φροντίδας αποτελούν τα ειδικά νοσοκομεία / κλινικές τα οποία εφοδιασμένα με τον κατάλληλο εξοπλισμό και το εξειδικευμένο προσωπικό θα μπορέσουν πραγματικά να βοηθήσουν τους ασθενείς.

Επικουρικά, επιλέγεται η οικογένεια – απαντήθηκε κυρίως από τις γυναίκες (29%) – , που στην ελληνική πραγματικότητα διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση κάθε είδους ασθένειας, η οποία θα συμπαρασταθεί, θα φροντίσει και θα αποτελέσει το ζωντανό συνδετικό κρίκο του ασθενή με την υπόλοιπη κοινωνία.

Ευαισθητοποιημένοι στο θέμα των οικονομικών παροχών από την πλευρά της πολιτείας φαίνονται οι ερωτηθέντες σχετικά με την ανάληψη του δυσβάσταχτου κόστους της ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής περίθαλψης των ασφαλισμένων. Επίσης, αυτή η τάση επικρατεί και στο θεωρητικό μέρος της εργασίας όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι στην περίπτωση της ασθένειας του AIDS, επειδή το κόστος είναι υψηλό, εάν δεν παρέμβει το κράτος για την κάλυψη της νοσοκομειακής και φαρμακευτικής περίθαλψης υπάρχει κίνδυνος να δημιουργηθούν επικίνδυνες για την



κοινωνία ανισότητες αφού οι ασθενείς δεν θα μπορούν να καταβάλουν το αυξημένο κόστος της θεραπείας, (Υφαντόπουλος 2002).

Πραγματικά, το 64% πιστεύει ότι το κόστος πρέπει να το αναλάβει η πολιτεία / το κράτος, το 29% πιστεύει ότι είναι υπόθεση ασφαλιστικών ταμείων και μόλις 4% και 2% πιστεύει ότι πρέπει να καταβάλλεται από το ατομικό εισόδημα και την οικογένεια του ασθενή αντίστοιχα.

Αποδεικνύεται ότι υπάρχει πολύ καλή ενημέρωση όσον αφορά το οικονομικό κόστος γενικότερα των υπηρεσιών υγείας και του AIDS συγκεκριμένα αφού και σύμφωνα με την βιβλιογραφία (Σιγάλας 1998 ; Υφαντόπουλος 2002), ο νοσοκομειακός τομέας απορροφά το 60% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες, η ολοένα και πιο δαπανηρή φαρμακευτική αγωγή, καθώς η ανάγκη περισσότερο και πιο εξειδικευμένου ανθρωπίνου δυναμικού και η επένδυση στην τεχνολογία συντελούν στην άνοδο του συνολικού κόστους.

Συνειδητοποιημένοι στο βασικό ρόλο που διαδραματίζει η πρόληψη για την αντιμετώπιση μίας τόσο σοβαρής ασθένειας φαίνονται οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα καθώς το 99% απάντησε θετικά στο να διδάσκεται το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία κυρίως από το γυμνάσιο, στο οποίο συμφώνησε το 60% , κυρίως γιατί από την ηλικία των 12 ετών μπαίνει ο νέος στην εφηβεία, μία σοβαρή περίοδος αναζητήσεων, προβληματισμών, συμφιλίωσης με το σώμα του και τις ανάγκες του και είναι πολύ σημαντικό να λάβει σωστή και άρτια πληροφόρηση από εξειδικευμένα άτομα.



### 7.3 Προτάσεις

Στην εποχή της παγκοσμιοποίησης, το AIDS είναι η πρώτη σοβαρή επιδημία που εμφανίστηκε και αποτελεί πρόκληση για συνεργασία όλων των κρατών και των κοινωνιών γιατί η προσβολή από τον συγκεκριμένο ιό αφορά όλους και δεν κάνει ούτε φυλετικές ούτε οικονομικές διακρίσεις.

Επιβάλλεται η συνεχής ενημέρωση του κοινού, (είναι εξάλλου απαίτηση των ανθρώπων όλων των ηλικιών που συμμετείχαν στην έρευνα) καθώς η επιδημία βρίσκεται σε έξαρση, μέσω εκπαιδευτικών και προληπτικών προγραμμάτων, στα σχολεία αλλά και γενικότερα σε ολόκληρη τη χώρα, τόσο από το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ και τις Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, όσο και από την Τοπική Αυτοδιοίκηση, τη ΓΣΕΕ και την ΑΔΕΔΥ.

Παράλληλα, η πολιτεία δε θα πρέπει να προβάλλει εκστρατείες ευαισθητοποίησης μόνο κατά τις 'επετειακές ημερομηνίες' όπως Παγκόσμια Μέρα Καταπολέμησης του AIDS (1<sup>η</sup> Δεκεμβρίου) αλλά να υπάρχει μία προγραμματισμένα διαρκής ενημέρωση και κινητοποίηση.

Αυτό που θα μπορούσε να γίνει ώστε να αρχίσει να επέρχεται η συνειδητοποίηση του κινδύνου προσβολής είναι αρχικά να γίνει αντιληπτό και κατανοητό από όλους ότι τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης δεν είναι η ασφαλέστερη πηγή πληροφόρησης για τέτοια μεγίστης σημασίας θέματα. Η κρατική παρέμβαση θα πρέπει να είναι αυστηρή στα μηνύματα που εκπέμπονται από τα Μέσα Ενημέρωσης μέσω ενός ελεγκτικού συστήματος που θα μπορούσε να δημιουργηθεί έτσι ώστε να περιοριστεί στο ελάχιστο η παραπληροφόρηση και να ελέγχονται οι πληροφορίες που διαχέονται.

Η χάραξη πολιτικής για τα θέματα Υγείας στη Χώρα μας καθώς και για το AIDS χρήζουν ιδιαίτερης σημασίας, πρέπει να ληφθούν σημαντικές πρωτοβουλίες και με μεθοδικότητα από την πλευρά της πολιτείας, να εξασφαλιστούν οι προϋποθέσεις αποδοχής και κατανόησης από τον κοινωνικό τους περίγυρο χωρίς φόβο, ταμπού και κοινωνικό ρατσισμό.

Ειδικότερα, απαιτείται η ενίσχυση του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, τόσο σε ανθρώπινο δυναμικό, όσο και σε υλικοτεχνική υποδομή.

Περίπου 15.000 επιστήμονες, κυβερνητικοί ανώτεροι υπάλληλοι, ανώτεροι υπάλληλοι των φαρμακευτικών βιομηχανιών και ενεργά στελέχη, συμφώνησαν στη Διάσκεψη της Βαρκελώνης ότι η πρόσβαση στην αντιρετροϊκή θεραπεία έχει γίνει το σημαντικότερο ζήτημα πολιτικής στην καταπολέμηση του AIDS.

Το 2001, εξάλλου, η 57<sup>η</sup> Σύνοδος της Επιτροπής των Ηνωμένων Εθνών για





τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, εξέδωσε το 33/2001 ψήφισμα δηλώνοντας ότι η πρόσβαση στα φάρμακα για να θεραπευθεί το AIDS αποτελεί ανθρώπινο δικαίωμα.

Είναι λοιπόν πολύ σημαντικό να συνεχίσει να υφίσταται το δικαίωμα της ίσης προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας και την φαρμακευτική περίθαλψη όλων των ασθενών του AIDS, ανεξαρτήτου της ασφαλιστικής και οικονομικής τους κατάστασης.

Για να επιτευχθεί αυτό, δεδομένου της παγκόσμιας οικονομικής ύφεσης και των σοβαρών διαχειριστικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας μας, πρέπει να δημιουργηθεί μία νέα αξιόπιστη βάση μητρώου που να εμφανίζεται η πραγματική εικόνα ασφαλισμένων, ανασφάλιστων και οικονομικά αδυνάτων φορέων / ασθενών του AIDS, ώστε να αντικατοπτρίζεται ο πραγματικός αριθμός των ασθενών όλων των κατηγοριών ασφάλισης και να μην αποτυπώνονται λαθεμένα οικονομικά στοιχεία υψηλότερου κόστους.

Επίσης, επιβάλλεται για τη συγκράτηση και σταθεροποίηση του ήδη υψηλού κόστους των αντιρετροϊκών φαρμάκων, η έρευνα - παρακολούθηση όλων των ενδεδειγμένων προσπαθειών - ενεργειών που καταβάλλονται από τη Διεθνή Κοινότητα πάνω σε αυτό το θέμα και η προσαρμογή τους στην ελληνική πραγματικότητα.

Ένα από αυτά τα μέτρα που ακολουθούνται διεθνώς είναι η συνδυασμένη χορήγηση αντίγραφων φαρμάκων, που φαίνεται να έχουν την ίδια αποτελεσματικότητα<sup>8</sup> με τα πρωτότυπα και συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση του κόστους.

Η διεθνής κοινότητα δίνει ιδιαίτερη σημασία στην προάσπιση των «κοινωνικών» δικαιωμάτων του ατόμου στο πλαίσιο κάθε αναπτυξιακής δράσης.

Σύμφωνα με αυτή την αντίληψη, η φροντίδα για την υγεία πρέπει να διέπεται από τρεις βασικές θεμελιώδεις αρχές: **α)** την αποτελεσματικότητα, **β)** την αποδοτικότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και **γ)** την ισότητα των πολιτών στη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

Οι πολιτικές για την άρση των ανισοτήτων στην υγεία, πρέπει να αποσκοπούν στην ανακατανομή και ορθολογικότερη χρήση των πόρων με σκοπό

---

<sup>8</sup> Μελέτη της Ομάδας Γιατρών Χωρίς Σύνορα, με τίτλο: 'Συνδυασμοί καθορισμένων-σταθερών δόσεων, από αντίγραφα φαρμάκων του AIDS, έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά', η οποία παρουσιάστηκε στο 15<sup>ο</sup> Διεθνές Συνέδριο του AIDS, στις 14 Ιουλίου του 2004, στη Bangkok και δημοσιεύθηκε στις 15 Ιουλίου του 2004 στην Εφημερίδα « The New York Times», από τον Lawrence K. Altman.



την επίτευξη του βέλτιστου ποιοτικά και ποσοτικά αποτελέσματος.

Σε αυτό το σημείο εύλογα γεννάται το ερώτημα για το ποιο είναι τελικά το ελάχιστο επίπεδο των πόρων που μπορεί η κοινωνία να αφιερώσει στο AIDS;

Η απάντηση σε αυτό το ερώτημα προϋποθέτει και επιτάσσει τη στενή συνεργασία μεταξύ των οικονομολόγων υγείας, των γιατρών που αντιμετωπίζουν ασθενείς με AIDS, των υπολοίπων εμπλεκόμενων με το θέμα επιστημόνων και τέλος των πολιτικών ηγεσιών που πρέπει να πάρουν τις αποφάσεις.

Το AIDS εξακολουθεί να παραμένει μείζον πρόβλημα και στη χώρα μας, ανεξάρτητα του γεγονότος ότι έχει κατευνάσει ο θόρυβος, ιδιαίτερα από τη μη προβολή του ζητήματος από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, καθώς η αντιμετώπισή του απαιτεί οργάνωση, συντονισμό των αρμοδίων φορέων, αλλά και συστηματική ενημέρωση και επαγρύπνηση από ολόκληρη την κοινωνία.

Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Altman, K.L 2004, "Fixed-Dose Mixtures of Generic AIDS Drugs Prove Effective", *The New York Times*, July 15, 2004.

Balasegaram, M 2001, 'AIDS: The worst yet to come', *BBC News Online*, viewed June 4, 2001.

Balter, M 1998, *Virus from 1959 sample marks early years of HIV*, *Science*, Vol. 279, No. 801, 1998, pp. 44-51.

Βάμβουκας Μ 1998, *Εισαγωγή στην ψυχοπαιδαγωγική έρευνα και Μεθοδολογία*, Γρηγόρη, 5<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα.

Beil, L 1999, 'Tracing origins of AIDS raises new questions. Study of HIV's history could offer look at future', *The Dallas Morning News*, viewed February 22, 1999.

Δάλλα, Α 2007, 'AIDS Η αρχή του τέλους', *VITA*, τεύχος Ιουνίου, σελ 66 -70.

Δαρδαβέσης, Θ 1999, 'Επιδημιολογία του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ)', *Ελληνικά Αρχεία AIDS*. τ. 7,2, σελ.84-102, Απρίλιος-Ιούνιος 1999.

Froland, S.S, Jenum, P, Lindboe, C.F, Wefring, K.W, Linnestad, P.J & Bohmer, T 1988, *HIV-1 infection in Norwegian family before 1970*, *Lancet*, issue, 1344-5.

Garret, L 2000, 'AIDS virus traced to 1675', *Newsday*, July 11, 2000.

Garry, R.F, Witte, M.H, Gottlieb, A.A, Elvin-Lewis, M, Gottlieb, M.S, Witte, C.L, Alexander, S.S, Cole, W.R & Drake W.L 1988, 'Documentation of an AIDS virus infection in the United States in 1969', *Jama (The journal of American Medical Assosiation)*, vol. 260, no.14, pp. 2085.

Hutchinson, M 2001, 'AIDS 20 years on', *BBC News Online*, viewed June 4, 2001.



Ινστιτούτο Παστέρ 1998, *AIDS. Τα δεδομένα, οι προσδοκίες*, 21nd edn, Paris.

Καλοταιράκης, Α. 1989, 'AIDS: θεραπευτική αντιμετώπιση, νοσηλευτικά προβλήματα', *HIV-AIDS, Ιός της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS*, Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε., Αθήνα, σελ. 115-127.

Καραντινός Δ, Μαράτου Λ. & Φρονίμου Ε, 2002, *Διαστάσεις του Κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα*, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, τ: β', 3η έκδοση, Αθήνα.

ΚΕΕΛ, 1996, *Φροντίδα ατόμων πασχόντων από λοίμωξη από τον ιό HIV – πληροφορίες & οδηγίες προς τον ιατρονοσηλευτικό προσωπικό*, Hartling, Αθήνα.

Κ.Ε.Ε.Λ 2002, *Κατευθυντήριες Οδηγίες για Αντιρετροϊκή Αγωγή*, Επιστημονική Επιτροπή Αντιρετροϊκών Φαρμάκων Κ.Ε.Ε.Λ. - Υπουργείο Υγείας, Αθήνα,

Κ.Ε.Ε.Λ. 2004 - 2005, *Δράσεις του Κ.Ε.Ε.Λ. για την αντιμετώπιση της HIV Λοίμωξη*, Ενημερωτικό Έντυπο του Κ.Ε.Ε.Λ, Αθήνα.

ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ 2008, *Κατευθυντήριες οδηγίες για τη χορήγηση προφυλακτικής αντιρετροϊκής αγωγής μετά από μη επαγγελματική έκθεση στον HIV*, Επιστημονική Επιτροπή Αντιρετροϊκών Φαρμάκων ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ 2008, *Δελτίο Επιδημιολογικής Επιτήρησης της HIV/AIDS λοίμωξης στην Ελλάδα*, τεύχος 23, Ετήσια Έκδοση, Οκτώβριος 2008.

Κιόρτσης Β. & Παπασπηλιόπουλος Π.Ι, *Ιώσεις*, Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος, Λαρούς, Μπριτάνικα, 31, Πάπυρος, Αθήνα, σελ. 85-92.

Κορνάρου, Ε, Υφαντόπουλος, Γ & Παπαευαγγέλου, Γ 1993, 'Οι οικονομικές επιπτώσεις του AIDS διεθνώς και στην Ελλάδα', *Ελληνικά Αρχεία AIDS*, τ.1, 2, σελ. 96-108, Οκτώβριος-Νοέμβριος 1995.

Κορνάρου, Ε 1995, 'Οι οικονομικές επιπτώσεις του AIDS στους χώρους εργασίας', *Ελληνικά Αρχεία AIDS*, τ. 3, 4, σελ. 392-398, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1995.



Κουρέα – Κρεμαστινού, Τζ, Σαρόγλου, Γ, Μεράκου Κ, 1998 *HIV / AIDS τι πρέπει να ξέρω; Τι πραγματικά ξέρω;* Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Τομέας Δημόσιας & Διοικητικής Υγιεινής, ΚΕΕΛ, Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Αθήνα.

Miller, R & Bor, R 1991, *AIDS. A guide to clinical counseling*. Ed. Dilley J.W. Science Press Ltd, London.

Μόνος, Δ 1991, 'Κοινωνικές επιπτώσεις του AIDS', στο: Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS, *HIV-AIDS, Ιός της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας*, Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε., Αθήνα, σελ. 127-134.

Μπότση Χ & Ραφτόπουλος Β 2008, 'Αντιμετώπιση της μη επαγγελματικής έκθεσης στον HIV', *Γραφείο HIV λοίμωξης, ΚΕΕΛΠΝΟ, Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης*, Αθήνα.

NIAID 1999, National Institute of Allergy and Infectious Diseases, *HIV Infection and Aids, Ενημερωτικό φυλλάδιο της Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας των Η.Π.Α*, U.S Public Health Service, Bethesda.

Παπαδάτου, Δ & Αναγνωστόπουλος, Φ 1999, *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Παπασταμόπουλος, Β 2001, *Θεραπεία της HIV-Λοίμωξης, HIV/AIDS, Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων Νοσοκομείου «Α. Συγγρός»*, Έκδοση - Επιμέλεια Ι Ζαγοραίος, Αθήνα,)

Παπασταμόπουλος, Β 2003, 'Οδηγίες έναρξης αντιρετροϊκής θεραπείας', *Ελληνικά Αρχεία AIDS*, Τόμος 11ος, τεύχος 1<sup>ο</sup>, Ιανουάριος - Μάρτιος 2003.

Πολίτης, Χ 2002, *HIV/AIDS – Δημόσια Υγεία και Ανθρώπινα Δικαιώματα – Νομοθετικά κείμενα και ρυθμίσεις*, 2002, ΚΕΕΛ, Αθήνα.



Σηφακάκη, Γ 1995, 'Αντιμετωπίζοντας την ανίατη ασθένεια και το θάνατο: η σκοπιά της ψυχολογίας'. στο: Γ. Ποταμιάνος, *Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σελ. 131-181.

Σιγάλας, Ι 1998, 'Κοινωνικο-οικονομική θεώρηση της HIV λοίμωξης', *Ελληνικά Αρχεία AIDS*, τ.6, 3, σελ. 238-245, Σεπτέμβριος 1998.

Στρατηγός Ι. 2004, *Αφροδισιολογία*, Παρισιανού Α.Ε., Αθήνα, σελ: 487-491, 659-663.

Sternberg, S 2001, 'Closer to AIDS vaccine? 20 prototypes are in trials; researchers feel they'll beat the virus', *USA Today*, viewed May 9, 2001.

Taylor, S.T, 1995, *Health Psychology*, Mc Graw-Hill, New York.

Turner, B.J, Kelly J.N & Ball, J.K, 1989, *A severity classification system for AIDS hospitalization*, *Med Care*, 423-436.

Υφαντόπουλος, Γ 1996, 'AIDS και Κοινωνικός Αποκλεισμός', στο: Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, *Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα*, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ), τόμος Β, Αθήνα, σελ. 13-54.

Υφαντόπουλος, Γ 2002, 'AIDS και κοινωνικός αποκλεισμός', στο: Καραντίνου Δ, Μαράτου Λ, Φρονίμου Ε, *Διαστάσεις του Κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα*, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, τ: β', 3η έκδοση, Αθήνα, σελ: 16, 46-48, 48-50.

Φιλαλήθης, Τ 1993, *Οικονομικά και Διαχείριση του AIDS στην Ελλάδα*, Κέντρο Κοιν. Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, σελ. 70.

Χαλκιαδάκη Δ, 2001, 'Επιπολασμός των ηπατιτίδων Β & C και της HIV Λοίμωξης', *Ιατρικός τύπος*, Αθήνα.

UNAIDS 2000, *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*, AIDS epidemic update, December 2000, UNAIDS / WHO.

Williams, G, Stretton, T.B & Leonard, J.C 1983, *AIDS in 1959?*, *Lancet*.



WHO (World Health Organisation), 1995, *Counselling for HIV/AIDS: a key to caring for policy-makers, planners and implementers of counselling activities*, Geneva.

Zhu, T, Korber, B & Nahinias, A 1998, 'An African HIV-1 sequence from 1959 and implications for the origin of the epidemic', *Nature*, Vol. 391, No. 6667, pp. 594, viewed May 2 1998. <sup>9</sup>

---

<sup>1</sup> Τσόκλη Μάγια, 2009, εκπομπή: 'Ταξιδεύοντας', *NET*, ONOS Production, Σάββατο, 4/7/2009, 17:00μμ.

<sup>2</sup> ΑΠΕ 2009, Αθηναϊκό Πρακτορείο Ειδήσεων, 'Διαστάσεις επιδημίας λαμβάνει το AIDS στις ΗΠΑ', [www.ape.gr](http://www.ape.gr), viewed 17/03/2009/07:35.

<sup>3</sup> ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, <http://www.keelpno.gr>.

<sup>4</sup> SIALON, Ευρωπαϊκό ερευνητικό πρόγραμμα, <http://www.crrps.org>.

<sup>5</sup> Δίκτυο ESTHER: (Ensemble pour une solidarite Therapeutique Hospitaliere En Reseau - <http://www.esther.fr>.

<sup>6</sup> Ευρωπαϊκά Προγράμματα Δημόσιας Υγείας της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_programme/agency/docs/nfp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_programme/agency/docs/nfp_en.pdf)).

<sup>7</sup> «Ελπίδα», Πανελλήνιος Σύλλογος Υποστήριξης Φορέων του Ιού του AIDS, <http://www.elpida.gr>.

<sup>8</sup> 'ACT UP – Δράσε Hellas', [www.actup.gr](http://www.actup.gr)

---

<sup>9</sup> Η Βιβλιογραφία στην παρούσα εργασία συντάχθηκε σύμφωνα με το: 'Harvard Style'.





---

**Επιπλέον βιβλιογραφία που μελετήθηκε για μεγαλύτερη εμβάθυνση στο θέμα**

Βελονάκης Μ, Τσαλίκου, Φ 2005, *Το Σύστημα Διαχείρισης Υγείας και Ασφάλειας κατά την εργασία στο νοσοκομείο*, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα.

Κυριόπουλος, Γ, Κορνάρου, Ε & Παπαρίζος, Β 1993, *Οικονομικά και Διαχείριση του AIDS στην Ελλάδα*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Κυριόπουλος, J, Κορνάρου, Η & Gitona, Μ 1996, *Cost Analysis, Management and Prospective Financing*, Exandas, Athens.

Παπαδάτου, Δ 1995, 'Ο κρυφός θρήνος του συγγενικού και φιλικού περιβάλλοντος του ασθενή με AIDS', *Ελληνικά αρχεία AIDS*, τ. 3, Ιανουάριος-Μάρτιος 1995.

Παπαδάτου, Δ, Αναγνωστόπουλος, Φ, 1999, *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Επισκέφθηκα επίσης τους ακόλουθους Δικτυακούς Τόπους:

- 1) Δικτυακός τόπος Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης  
<http://www.mohaw.gr/>.
- 2) Δικτυακός τόπος National Patient Safety Agency  
<http://www.ncas.npsa.nhs.uk/>.
- 3) Δικτυακός τόπος της UNICEF  
<http://www.unicef.gr/index.htm>
- 4) Δικτυακός τόπος του σωματείου 'Σύνθεση'  
[www.hiv.gr](http://www.hiv.gr) & [www.10percent.gr](http://www.10percent.gr), και
- 5) Δικτυακός τόπος του 'Κέντρου Ζωής'  
<http://www.hiv.gr/poioi-eimaste.html>



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α'

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

#### ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΤΕΙ ΠΕΙΡΑΙΑ

#### Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση στην Υγεία»

Στα πλαίσια της εκπόνησης Διπλωματικής Εργασίας με θέμα: «Το AIDS στην Ελλάδα σήμερα», συντάχθηκε το παρόν ερωτηματολόγιο, με βάση το οποίο θα διερευνήσουμε εις βάθος την στάση των ανθρώπων όλων των ηλικιών, της Ελλάδας, απέναντι στην HIV λοίμωξη.

Οι ειδικότεροι στόχοι της έρευνας είναι: να εξετάσει τις στάσεις και τις απόψεις απέναντι στο σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, να εντοπίσει το κατά πόσο υπάρχει έγκαιρη και έγκυρη ενημέρωση – πληροφόρηση αναφορικά με την πρόληψη και την εξάπλωση της νόσου καθώς και την κοινωνική αντιμετώπιση του φαινομένου.

Τέλος, τα αποτελέσματα της έρευνας θα βοηθήσουν προκειμένου να γίνουν προτάσεις για εφαρμογή μελλοντικών δράσεων όσον αφορά τους τρόπους πρόληψης και καταστολής.

Όλες οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και δεν θα ανακοινωθούν ποτέ μεμονωμένα παρά μόνο σε συγκεντρωτική μορφή. Τηρείται αυστηρά η ανωνυμία των ερωτώμενων. Τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να σας αποσταλούν εφόσον το επιθυμείτε, με τον τρόπο που εσείς επιλέγετε πχ e-mail.

Σημειώστε με ένα  σε κάθε απάντηση της επιλογής σας.

#### Α. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλλο:

Άνδρας  Γυναίκα

2. Σε ποια ηλικιακή ομάδα ανήκετε:

α/α	Ηλικιακή Ομάδα
1	18-27
2	28-37
3	38-47
4	48-57
5	58 και άνω....

3. Ο τόπος διαμονής σας είναι:

Αθήνα  Αστική Περιοχή  Αγροτική Περιοχή  
Αναφέρατε ακριβώς .....



## B. ΓΕΝΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΛΟΙΜΩΞΗ HIV ΚΑΙ ΤΗ ΝΟΣΟ AIDS

4. Θεωρείτε την πληροφόρηση σας σχετικά με το AIDS :

- Επαρκή       Μέτρια       Ελλιπή

5. Ποια από τις παρακάτω αποτέλεσε η βασικότερη πηγή πληροφόρησης-ενημέρωσης για εσάς σχετικά με το AIDS (σημειώστε √ (1) μία απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο)

- Οικογένεια  
 Φιλικό περιβάλλον  
 Μ.Μ.Ε  
 Ιατρικό – νοσηλευτικό προσωπικό  
 Προσωπικό ενδιαφέρον – αναζήτηση  
Άλλη .....

6. Γνωρίζετε τι σημαίνουν τα αρχικά AIDS;

- ΝΑΙ       ΟΧΙ

Εάν ναι, γράψτε αναλυτικά τις λέξεις:

.....  
.....  
.....

7. Πιστεύετε ότι η HIV λοίμωξη θεραπεύεται;

- ΝΑΙ       ΟΧΙ

Αν η απάντησή σας είναι ΝΑΙ, τότε ποια από τις παρακάτω μορφές θεραπείας ενδείκνυται:

- Κοκτέιλ Φαρμάκων       Μετάγγιση Αίματος  
 Εμβόλιο       Ακτινοβολίες  
 Χειρουργική Επέμβαση       Κάτι άλλο....

8. Ποιους θεωρείτε ως τρόπους μετάδοσης του AIDS: (σημειώστε με √ τις απαντήσεις που σας εκφράζουν):

- Μη χρήση προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή  
 Σεξουαλική επαφή με άλλο/ η σύντροφο εκτός μόνιμης σχέσης  
 Συχνή εναλλαγή συντρόφων  
 Το φιλί  
 Στοματικό έρωτα



- Σεξουαλική επαφή άνδρα με άλλο άνδρα
- Σεξουαλική επαφή γυναίκας με άλλη γυναίκα
- Χρήση της ίδιας βελόνας – σύριγγας για λήψη ναρκωτικών ουσιών
- Μετάγγιση αίματος
- Τη χειραψία
- Τη χρήση κοινής τουαλέτας

9. Ποια από τα παρακάτω συμπτώματα γνωρίζετε ως κύρια συμπτώματα του AIDS; (σημειώστε με √ τις απαντήσεις που σας εκφράζουν):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Δύσπνοια                         | <input type="checkbox"/> Νυχτερινή εφίδρωση   |
| <input type="checkbox"/> Βήχα                             | <input type="checkbox"/> Πυρετός              |
| <input type="checkbox"/> Φαρυγγίτιδα                      | <input type="checkbox"/> Απώλεια βάρους       |
| <input type="checkbox"/> Αιμόπτυση                        | <input type="checkbox"/> Διάρροια             |
| <input type="checkbox"/> Πονοκέφαλος                      | <input type="checkbox"/> Δερματικά προβλήματα |
| <input type="checkbox"/> Περιορισμένη σεξουαλική επιθυμία |   |

10. Σε περίπτωση που θελήσετε να εξεταστείτε για HIV, γνωρίζεται που θα απευθυνθείτε;;

- ΝΑΙ       ΟΧΙ

#### Γ. ΣΤΑΣΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ AIDS

11. Έχετε κάνει το test HIV τους τελευταίους 12 μήνες ;  
(δεν θέλουμε να μας πείτε το αποτέλεσμα)

- ΝΑΙ       ΟΧΙ

Αν η απάντησή σας είναι ΝΑΙ τότε κάτω από ποιες συνθήκες:

- Με προσωπική πρωτοβουλία;
- Στα πλαίσια αιματολογικού ελέγχου (αιμοδοσία);
- Σας το ζήτησε ο σύντροφός σας;
- Άλλο.....

12. Θα είχατε ή έχετε φιλικές σχέσεις με άτομο προσβεβλημένο από την HIV λοίμωξη;

- ΝΑΙ       ΟΧΙ

13. Θα τρώγατε από το ίδιο πιάτο (πχ σαλατιέρα) με κάποιον φίλο σας που ξέρετε ότι είναι οροθετικός;

- ΝΑΙ       ΟΧΙ



14. Θα συνάπτατε ερωτική σχέση με φορέα / ασθενή του AIDS;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

15. Θα συνεχίζατε να επισκέπτεστε γιατρό / οδοντίατρο, αν γνωρίζατε ότι εξυπηρετεί άτομα προσβεβλημένα από τον ιό HIV;

Όχι, θα το απέφευγα  Ναι, δε θα είχα πρόβλημα

16. Πιστεύετε ότι μπορείτε να διακρίνετε (να καταλάβετε από την εξωτερική εμφάνιση) στο κοινωνικό και επαγγελματικό σας περίγυρο άτομα προσβεβλημένα από τον ιό HIV;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αν η απάντησή σας είναι ΝΑΙ, ποια είναι τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα που έχει κατά τη γνώμη σας ένας ασθενής του AIDS ;

.....  
.....

#### Δ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΟ AIDS

17. Θεωρείτε πως η πολιτεία πρέπει να λάβει κάποια επιπλέον μέτρα για την πρόληψη εξάπλωσης του AIDS;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αν η απάντησή σας είναι ΝΑΙ, τι είδους μέτρα οφείλει να λάβει;

- Να παρέχει ολοκληρωμένα προγράμματα ενημέρωσης
- Ίδρυση ειδικά διαμορφωμένων νοσοκομείων
- Ίδρυση ειδικών ερευνητικών κέντρων και οργανισμών μελέτης της λοίμωξης
- Άλλο.....

18. Ποιος θεωρείτε ότι είναι ο κατάλληλος χώρος για τη φροντίδα ατόμου με AIDS; (σημειώστε √ (1) μία απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο)

- Ειδικό νοσοκομείο / κλινική
- Γενικό νοσοκομείο
- Η οικία του
- Άλλο.....

19. Ποιος θεωρείτε ότι θα πρέπει να 'πληρώνει' για τη φροντίδα - νοσηλεία και για τα φάρμακα του φορέα / ασθενή του AIDS; (σημειώστε με √ (1) μία απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο)



- Η πολιτεία / κράτος
- Είναι υπόθεση ασφαλιστικών ταμείων
- Η οικογένεια
- Ατομικό Εισόδημα
- Άλλο.....

20. Ποιος θεωρείτε ότι θα πρέπει να φροντίζει ένα άτομο που είναι φορέας / ασθενής του AIDS;

- Ειδικοί γιατροί (Λοιμωξιολόγοι) / νοσηλευτικό προσωπικό
- Φίλοι
- Οικογένεια
- Μόνο του
- Άλλοι πάσχοντες ή άτομα που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου
- Φιλανθρωπικά ιδρύματα / εκκλησιαστικές οργανώσεις
- Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις

21. Πιστεύετε ότι πρέπει να διδάσκεται η σεξουαλική αγωγή στα σχολεία;

- ΝΑΙ     ΟΧΙ

Αν η απάντησή σας είναι ΝΑΙ τότε από ποια βαθμίδα εκπαίδευσης είναι καλύτερα να γίνει αυτό;

- Δημοτικό
- Γυμνάσιο
- Λύκειο

22. Αν έχετε μπορείτε να κάνετε κάποιες προτάσεις – παρατηρήσεις σχετικά με το θέμα του AIDS στην Ελλάδα ή και Διεθνώς.

.....  
.....  
.....  
.....

Σας ευχαριστούμε θερμά για το χρόνο που διαθέσατε και για τη συμβολή σας στην Ακαδημαϊκή Έρευνα του ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΕΙΡΑΙΩΣ - ΤΕΙ ΠΕΙΡΑΙΑ .



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β'

### ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΦΥΛΛΟ		
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΝΔΡΑΣ	42	42%
ΓΥΝΑΙΚΑ	58	58%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	100	<b>100%</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΔΙΑΜΟΝΗ		
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΘΗΝΑ	85	85%
ΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	15	15%
ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	0	0
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	100	<b>100%</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ AIDS		
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΕΠΑΡΚΗ	40	40%
ΜΕΤΡΙΑ	47	47%
ΕΛΛΙΠΗ	13	13%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	100	<b>100%</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ		
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
18-27	13	13%
28-37	56	56%
38-47	16	16%
48-57	10	10%
58 >	5	5%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	100	<b>100%</b>





<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΒΑΣΙΚΗ ΠΗΓΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ</b>		
<b>ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	8	8%
ΦΙΛΙΚΟ. ΠΕΡΙΒ	7	7%
ΜΜΕ	50	50%
ΙΑΤΡΙΚΟ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	5	5%
ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ - ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ	28	28%
ΑΛΛΟ... ΣΧΟΛΕΙΟ	2	2%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ ΠΟΥ ΓΝΩΡΙΖΟΥΝ ΤΑ ΑΡΧΙΚΑ AIDS</b>		
<b>ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
"ΝΑΙ"	34	34%
"ΌΧΙ"	66	66%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 7: ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ ΠΟΥ ΓΝΩΡΙΖΟΥΝ ΕΑΝ Η HIV ΘΕΡΑΠΕΥΕΤΑΙ</b>		
<b>ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
"ΝΑΙ"	20	20%
"ΌΧΙ"	80	80%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 8: ΠΟΣΟΣΤΟ ΘΕΤΙΚΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ &amp; ΠΙΘΑΝΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ HIV ΛΟΙΜΩΣΗΣ</b>		
<b>ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
ΚΟΚΤΕΙΛ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	10	10%
ΕΜΒΟΛΙΟ	9	9%
ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	1	1%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>20</b>	<b>20%</b>



ΠΙΝΑΚΑΣ 9: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΠΟΣΟΣΤΩΝ ΤΡΟΠΩΝ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΗΣ ΗΙΥ ΛΟΙΜΩΞΗΣ			
A/A	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
1	ΜΗ ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΥ	92	19%
2	ΣΕΞ ΕΚΤΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΣΧΕΣΗΣ	38	8%
3	ΣΥΧΝΗ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΣΥΝΤΡΟΦΩΝ	61	13%
4	ΦΙΛΙ	11	2%
5	ΣΤΟΜΑΤΙΚΟ ΕΡΩΤΑ	36	8%
6	ΣΕΞ ΑΝΔΡΑ ΜΕ ΑΝΔΡΑ	30	6%
7	ΣΕΞ ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕ ΓΥΝΑΙΚΑ	11	2%
8	ΧΡΗΣΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΒΕΛΟΝΑΣ	97	20%
9	ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	94	20%
10	ΧΕΙΡΑΨΙΑ	0	0%
11	ΧΡΗΣΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΤΟΥΑΛΕΤΑΣ	10	2%
ΣΥΝΟΛΟ:		480	100%

*\*Πολλαπλές Επιλογές Απάντησης*

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΚΥΡΙΟΤΕΡΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ AIDS			
A/A	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
1	ΔΥΣΠΝΟΙΑ	12	4%
2	ΒΗΧΑ	19	6%
3	ΦΑΡΥΓΓΙΤΙΔΑ	2	1%
4	ΑΙΜΟΠΤΥΣΗ	19	6%
5	ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ	5	2%
6	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΙΘΥΜΙΑ	2	1%
7	ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΕΦΙΔΡΩΣΗ	19	6%
8	ΠΥΡΕΤΟΣ	59	18%
9	ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ	87	27%
10	ΔΙΑΡΡΟΙΑ	36	11%
11	ΔΕΡΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	60	19%
ΣΥΝΟΛΟ:		320	100%

*\*Πολλαπλές Επιλογές απάντησης*

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ ΠΟΥ ΓΝΩΡΙΖΟΥΝ ΤΟΝ ΤΟΠΟ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΗΙΥ		
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
"ΝΑΙ"	72	72%
"ΟΧΙ"	28	28%
ΣΥΝΟΛΟ:	100	100%



<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 12 : ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΚΑΝΕΙ ΤΕΣΤ HIV ΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΕΤΟΣ</b>		
<b>ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
<b>"ΝΑΙ"</b>	18	<b>18%</b>
<b>"ΌΧΙ"</b>	82	<b>82%</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>	100	<b>100%</b>

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 13 : ΤΕΣΤ HIV ΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΕΤΟΣ - ΥΠΟ ΠΟΙΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ</b>			
<b>Α/Α</b>	<b>ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
1	ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ	4	4%
2	ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ (ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ)	9	9%
3	ΤΟ ΖΗΤΗΣΕ Ο ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ	0	0
4	ΆΛΛΟ (ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ)	5	5%
	<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>	18	<b>18%</b>

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 14: ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ / ΘΑ ΕΙΧΑΝ ΦΙΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ ΤΟΥ ΕΙΤΖ</b>		
<b>ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
<b>"ΝΑΙ"</b>	53	<b>53%</b>
<b>"ΌΧΙ"</b>	47	<b>47%</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>	100	<b>100%</b>

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 15: ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ ΠΟΥ ΘΑ ΕΤΡΩΓΑΝ ΑΠΟ ΤΟ ΙΔΙΟ ΠΙΑΤΟ ΜΕ ΟΡΟΘΕΤΙΚΟ ΦΙΛΟ</b>		
<b>ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
<b>"ΝΑΙ"</b>	21	<b>21%</b>
<b>"ΌΧΙ"</b>	79	<b>79%</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>	100	<b>100%</b>

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 16: ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΝΑΨΗ ΕΡΩΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΟΡΟΘΕΤΙΚΟ ΑΤΟΜΟ</b>		
<b>ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
<b>"ΝΑΙ"</b>	0	<b>0</b>
<b>"ΌΧΙ"</b>	100	<b>100%</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>	100	<b>100%</b>



ΠΙΝΑΚΑΣ 17: ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ ΠΟΥ ΘΑ ΣΥΝΕΧΙΖΑΝ ΤΙΣ ΕΠΙΣΚΕΦΕΙΣ ΣΕ ΓΙΑΤΡΟ ΠΟΥ ΚΟΥΡΑΡΕΙ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ AIDS		
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
"ΝΑΙ"	30	30%
"ΟΧΙ"	70	70%
ΣΥΝΟΛΟ:	100	100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 18: ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ ΠΟΥ ΘΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΑΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ AIDS ΑΠΟ ΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΤΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ		
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
"ΝΑΙ"	8	8%
"ΟΧΙ"	92	92%
ΣΥΝΟΛΟ:	100	100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 19: ("ΝΑΙ") ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ AIDS ΑΠΟ ΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΤΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ		
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ωχρότητα – Καχεξία	2	2%
Δερματικά Προβλήματα (Εξανθήματα, Κηλίδες, Στίγματα, Kaposi)	2	2%
Αδυναμία (υπερβολικά λιποβαρές)	4	4%
ΣΥΝΟΛΟ:	8	8%

ΠΙΝΑΚΑΣ 20: ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ ΠΟΥ ΘΕΩΡΟΥΝ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΝΑΓΚΑΙΑ Η ΛΗΨΗ ΜΕΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΞΑΠΛΩΣΗΣ ΤΟΥ AIDS		
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
"ΝΑΙ"	94	94%
"ΟΧΙ"	6	6%
ΣΥΝΟΛΟ:	100	100%



<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 21: ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΞΑΠΛΩΣΗΣ ΤΟΥ AIDS</b>			
<b>A/A</b>	<b>ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
1	ΠΑΡΟΧΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ	65	<b>38%</b>
2	ΙΔΡΥΣΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΔΙΑΜΟΡΦΩΜΕΝΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	50	<b>29%</b>
3	ΙΔΡΥΣΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ & ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ	57	<b>33%</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>		<b>172</b>	<b>100</b>
<i>*Πολλαπλές Επιλογές Απάντησης</i>			

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 22: ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΕΡΟΥ ΧΩΡΟΥ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ AIDS</b>			
<b>A/A</b>	<b>ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
1	ΕΙΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΚΛΙΝΙΚΗ	74	<b>74%</b>
2	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	6	<b>6%</b>
3	ΟΙΚΕΙΑ ΤΟΥ ΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	19	<b>19%</b>
4	ΑΛΛΟ: ΞΕΝΩΝΕΣ	1	<b>1%</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>		<b>100</b>	<b>100%</b>

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 23: ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΛΗΡΩΜΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ- ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ &amp; ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS</b>			
<b>A/A</b>	<b>ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
1	ΠΟΛΙΤΕΙΑ / ΚΡΑΤΟΣ	64	<b>64%</b>
2	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ	29	<b>29%</b>
3	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	2	<b>2%</b>
4	ΑΤΟΜΙΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	4	<b>4%</b>
5	ΔΕΝ ΞΕΡΩ	1	<b>1%</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>		<b>100</b>	<b>100%</b>



ΠΙΝΑΚΑΣ 24: ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΥΠΕΥΘΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS			
A/A	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
1	ΕΙΔΙΚΟΙ ΓΙΑΤΡΟΙ/ΛΟΙΜΩΞΙΟΛΟΓΟΙ/ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	90	55%
2	ΦΙΛΟΙ	20	12%
3	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	41	25%
4	ΜΟΝΟ ΤΟΥ	5	3%
5	ΑΛΛΟΙ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ/ΑΤΟΜΑ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	0	0%
6	ΦΙΛΑΝΘΡΩΠΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ / ΕΚΚΛΗΣΙΑΣΤΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ	3	2%
7	ΜΗ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ	6	4%
ΣΥΝΟΛΟ:		165	100%
<i>*Πολλαπλές Επιλογές Απάντησης</i>			

ΠΙΝΑΚΑΣ 25: ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ ΠΟΥ ΠΙΣΤΕΥΕΙ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΔΑΣΚΕΤΑΙ Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΤΑ ΣΧΟΛΕΙΑ		
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
"ΝΑΙ"	99	99%
"ΟΧΙ"	1	1%
ΣΥΝΟΛΟ:	100	100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 26: ΒΑΘΜΙΔΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ		
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	32	32%
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	59	59%
ΛΥΚΕΙΟ	8	8%
ΣΥΝΟΛΟ:	99	99%



**ΠΙΝΑΚΑΣ 27 : ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΛΟΥ - ΗΛΙΚΙΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ AIDS**

ΦΥΛΛΟ	ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΠΑΡΚΗ	ΣΥΝΟΛΟ ΜΕΤΡΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΛΛΙΠΗ
<b>ΑΝΔΡΑΣ</b>	18-27	ΕΠΑΡΚΗ	1	1	22	17	3
		ΜΕΤΡΙΑ	2	2			
		ΕΛΛΙΠΗ	1	1			
	<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>		<b>4</b>	<b>4%</b>			
	28-37	ΕΠΑΡΚΗ	10	10			
		ΜΕΤΡΙΑ	11	11			
		ΕΛΛΙΠΗ	2	2			
	<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>		<b>23</b>	<b>23%</b>			
	38-47	ΕΠΑΡΚΗ	7	7			
		ΜΕΤΡΙΑ	1	1			
		ΕΛΛΙΠΗ	0	0			
	<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>		<b>8</b>	<b>8%</b>			
	48-57	ΕΠΑΡΚΗ	2	2			
		ΜΕΤΡΙΑ	2	2			
		ΕΛΛΙΠΗ	0	0			
	<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>		<b>4</b>	<b>4%</b>			
58 και άνω	ΕΠΑΡΚΗ	2	2				
	ΜΕΤΡΙΑ	1	1				
	ΕΛΛΙΠΗ	0	0				
<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>		<b>3</b>	<b>3%</b>				
<b>ΓΥΝΑΙΚΑ</b>	18-27	ΕΠΑΡΚΗ	3	3	18	30	10
		ΜΕΤΡΙΑ	5	5			
		ΕΛΛΙΠΗ	1	1			
	<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>		<b>9</b>	<b>9%</b>			
	28-37	ΕΠΑΡΚΗ	10	10			
		ΜΕΤΡΙΑ	18	18			
		ΕΛΛΙΠΗ	5	5			
	<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>		<b>33</b>	<b>33%</b>			
	38-47	ΕΠΑΡΚΗ	3	3			
		ΜΕΤΡΙΑ	3				
		ΕΛΛΙΠΗ	2	2			
	<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>		<b>8</b>	<b>8%</b>			
	48-57	ΕΠΑΡΚΗ	2	2			
		ΜΕΤΡΙΑ	3				
		ΕΛΛΙΠΗ	1	1			
	<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>		<b>6</b>	<b>6%</b>			
58 και άνω	ΕΠΑΡΚΗ	0	0				
	ΜΕΤΡΙΑ	1	1				
	ΕΛΛΙΠΗ	1	1				
<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>		<b>2</b>	<b>2%</b>				
<b>% ΣΥΝΟΛΟ:</b>				<b>100%</b>			





<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 28 : ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΗΛΙΚΙΑΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΚΑΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ AIDS</b>			
<b>ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ</b>	<b>ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
<b>18 - 27</b>	ΜΗ ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΥ	<b>13</b>	<b>20%</b>
	ΣΕΞ ΕΚΤΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΣΧΕΣΗΣ	6	9%
	ΣΥΧΝΗ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΣΥΝΤΡΟΦΩΝ	9	<b>14%</b>
	ΦΙΛΙ	1	2%
	ΣΤΟΜΑΤΙΚΟ ΕΡΩΤΑ	6	9%
	ΣΕΞ ΑΝΔΡΑ ΜΕ ΑΝΔΡΑ	4	6%
	ΣΕΞ ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕ ΓΥΝΑΙΚΑ	2	3%
	ΧΡΗΣΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΒΕΛΟΝΑΣ	<b>13</b>	<b>20%</b>
	ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	<b>12</b>	<b>18%</b>
	ΧΕΙΡΑΨΙΑ	0	0%
	ΧΡΗΣΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΤΟΥΑΛΕΤΑΣ	0	0%
<b>13</b>	<b>:&lt; Σ Υ Ν Ο Λ Ο &gt;:</b>	<b>66</b>	<b>100%</b>
<b>28 - 37</b>	ΜΗ ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΥ	<b>49</b>	<b>18%</b>
	ΣΕΞ ΕΚΤΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΣΧΕΣΗΣ	17	6%
	ΣΥΧΝΗ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΣΥΝΤΡΟΦΩΝ	30	<b>11%</b>
	ΦΙΛΙ	6	2%
	ΣΤΟΜΑΤΙΚΟ ΕΡΩΤΑ	23	8%
	ΣΕΞ ΑΝΔΡΑ ΜΕ ΑΝΔΡΑ	17	6%
	ΣΕΞ ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕ ΓΥΝΑΙΚΑ	17	6%
	ΧΡΗΣΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΒΕΛΟΝΑΣ	<b>55</b>	<b>20%</b>
	ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	<b>52</b>	<b>19%</b>
	ΧΕΙΡΑΨΙΑ	0	0%
	ΧΡΗΣΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΤΟΥΑΛΕΤΑΣ	9	3%
<b>56</b>	<b>:&lt; Σ Υ Ν Ο Λ Ο &gt;:</b>	<b>275</b>	<b>100%</b>
<b>38 - 47</b>	ΜΗ ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΥ	<b>16</b>	<b>21%</b>
	ΣΕΞ ΕΚΤΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΣΧΕΣΗΣ	6	8%
	ΣΥΧΝΗ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΣΥΝΤΡΟΦΩΝ	10	<b>13%</b>
	ΦΙΛΙ	2	3%
	ΣΤΟΜΑΤΙΚΟ ΕΡΩΤΑ	4	5%



	ΣΕΞ ΑΝΔΡΑ ΜΕ ΑΝΔΡΑ	5	7%
	ΣΕΞ ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕ ΓΥΝΑΙΚΑ	2	3%
	ΧΡΗΣΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΒΕΛΟΝΑΣ	<b>16</b>	<b>21%</b>
	ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	<b>15</b>	<b>20%</b>
	ΧΕΙΡΑΨΙΑ	0	0%
	ΧΡΗΣΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΤΟΥΑΛΕΤΑΣ	0	0%
<b>16</b>	<b>:&lt; ΣΥΝΟΛΟ &gt;:</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>
<b>48 - 57</b>	ΜΗ ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΥ	<b>10</b>	<b>22%</b>
	ΣΕΞ ΕΚΤΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΣΧΕΣΗΣ	4	9%
	ΣΥΧΝΗ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΣΥΝΤΡΟΦΩΝ	<b>7</b>	<b>15%</b>
	ΦΙΛΙ	1	2%
	ΣΤΟΜΑΤΙΚΟ ΕΡΩΤΑ	2	4%
	ΣΕΞ ΑΝΔΡΑ ΜΕ ΑΝΔΡΑ	3	7%
	ΣΕΞ ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕ ΓΥΝΑΙΚΑ	0	0%
	ΧΡΗΣΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΒΕΛΟΝΑΣ	<b>9</b>	<b>20%</b>
	ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	<b>10</b>	<b>22%</b>
	ΧΕΙΡΑΨΙΑ	0	0%
	ΧΡΗΣΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΤΟΥΑΛΕΤΑΣ	0	0%
<b>10</b>	<b>:&lt; ΣΥΝΟΛΟ &gt;:</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>
<b>58 &gt; ....</b>	ΜΗ ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΥ	<b>4</b>	<b>15%</b>
	ΣΕΞ ΕΚΤΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΣΧΕΣΗΣ	4	15%
	ΣΥΧΝΗ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΣΥΝΤΡΟΦΩΝ	5	<b>19%</b>
	ΦΙΛΙ	1	4%
	ΣΤΟΜΑΤΙΚΟ ΕΡΩΤΑ	1	4%
	ΣΕΞ ΑΝΔΡΑ ΜΕ ΑΝΔΡΑ	1	4%
	ΣΕΞ ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕ ΓΥΝΑΙΚΑ	0	0%
	ΧΡΗΣΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΒΕΛΟΝΑΣ	<b>4</b>	<b>15%</b>
	ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	<b>5</b>	<b>19%</b>
	ΧΕΙΡΑΨΙΑ	0	0%
	ΧΡΗΣΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΤΟΥΑΛΕΤΑΣ	1	4%
<b>5</b>	<b>:&lt; ΣΥΝΟΛΟ &gt;:</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>



<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 29 : ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΗΛΙΚΙΑΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΚΑΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ AIDS</b>			
<b>ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ</b>	<b>ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
<b>18 - 27</b>	ΔΥΣΠΝΟΙΑ	4	9%
	ΒΗΧΑ	4	9%
	ΦΑΡΥΓΓΙΤΙΔΑ	0	0%
	ΑΙΜΟΠΤΥΣΗ	1	2%
	ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ	1	2%
	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΙΘΥΜΙΑ	1	2%
	ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΕΦΙΔΡΩΣΗ	5	11%
	<b>ΠΥΡΕΤΟΣ</b>	<b>8</b>	<b>17%</b>
	<b>ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ</b>	<b>12</b>	<b>26%</b>
	ΔΙΑΡΡΟΙΑ	5	11%
	ΔΕΡΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	5	11%
	<b>13</b>	<b>:&lt; Σ Υ Ν Ο Λ Ο &gt;:</b>	<b>46</b>
<b>28 - 37</b>	ΔΥΣΠΝΟΙΑ	6	3%
	ΒΗΧΑ	13	7%
	ΦΑΡΥΓΓΙΤΙΔΑ	1	1%
	ΑΙΜΟΠΤΥΣΗ	16	9%
	ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ	1	1%
	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΙΘΥΜΙΑ	0	0%
	ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΕΦΙΔΡΩΣΗ	10	6%
	<b>ΠΥΡΕΤΟΣ</b>	<b>30</b>	<b>17%</b>
	<b>ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ</b>	<b>47</b>	<b>27%</b>
	ΔΙΑΡΡΟΙΑ	14	8%
	ΔΕΡΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	37	21%
	<b>56</b>	<b>:&lt; Σ Υ Ν Ο Λ Ο &gt;:</b>	<b>175</b>
<b>38 - 47</b>	ΔΥΣΠΝΟΙΑ	1	2%
	ΒΗΧΑ	1	2%
	ΦΑΡΥΓΓΙΤΙΔΑ	1	2%
	ΑΙΜΟΠΤΥΣΗ	2	4%
	ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ	3	5%
	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΙΘΥΜΙΑ	1	2%
	ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΕΦΙΔΡΩΣΗ	3	5%
	<b>ΠΥΡΕΤΟΣ</b>	<b>10</b>	<b>18%</b>
	<b>ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ</b>	<b>14</b>	<b>25%</b>
	ΔΙΑΡΡΟΙΑ	9	16%



	ΔΕΡΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	11	20%
<b>16</b>	<b>:&lt;ΣΥΝΟΛΟ&gt;:</b>	<b>56</b>	<b>100%</b>
<b>48 - 57</b>	ΔΥΣΠΝΟΙΑ	1	3%
	ΒΗΧΑ	1	3%
	ΦΑΡΥΓΓΙΤΙΔΑ	0	0%
	ΑΙΜΟΠΤΥΣΗ	0	0%
	ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ	0	0%
	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΙΘΥΜΙΑ	0	0%
	ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΕΦΙΔΡΩΣΗ	1	3%
	<b>ΠΥΡΕΤΟΣ</b>	<b>8</b>	<b>25%</b>
	<b>ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ</b>	<b>10</b>	<b>31%</b>
	ΔΙΑΡΡΟΙΑ	6	19%
	ΔΕΡΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	5	16%
	<b>10</b>	<b>:&lt;ΣΥΝΟΛΟ&gt;:</b>	<b>32</b>
<b>58 &gt; ....</b>	ΔΥΣΠΝΟΙΑ	0	0%
	ΒΗΧΑ	0	0%
	ΦΑΡΥΓΓΙΤΙΔΑ	0	0%
	ΑΙΜΟΠΤΥΣΗ	0	0%
	ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ	0	0%
	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΙΘΥΜΙΑ	0	0%
	ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΕΦΙΔΡΩΣΗ	0	0%
	<b>ΠΥΡΕΤΟΣ</b>	<b>3</b>	<b>27%</b>
	<b>ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ</b>	<b>4</b>	<b>36%</b>
	ΔΙΑΡΡΟΙΑ	2	18%
	ΔΕΡΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	2	18%
	<b>5</b>	<b>:&lt;ΣΥΝΟΛΟ&gt;:</b>	<b>11</b>



<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 30 : ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟ ΧΩΡΟ ΚΑΙ ΦΟΡΕΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ AIDS</b>			
<b>ΦΥΛΛΟ</b>	<b>ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
<b>ΑΝΔΡΑΣ</b>	ΕΙΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ / ΚΛΙΝΙΚΗ	<b>29</b>	69%
	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	<b>5</b>	12%
	Η ΟΙΚΕΙΑ ΤΟΥ	<b>7</b>	17%
	ΑΛΛΟ ... ΞΕΝΩΝΕΣ	<b>1</b>	2%
<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>		<b>42</b>	100%
<b>ΑΝΔΡΑΣ</b>	ΕΙΔΙΚΟΙ ΓΙΑΤΡΟΙ/ΛΟΙΜΩΞΙΟΛΟΓΟΙ / ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	<b>40</b>	63%
	ΦΙΛΟΙ	<b>9</b>	14%
	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	<b>12</b>	19%
	ΜΟΝΟ ΤΟΥ	<b>2</b>	3%
	ΑΛΛΟΙ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ/ΑΤΟΜΑ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	<b>0</b>	0%
	ΦΙΛΑΝΘΡΩΠΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ / ΕΚΚΛΗΣΙΑΣΤΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ	<b>0</b>	0%
	ΜΗ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ	<b>1</b>	2%
<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>		<b>64</b>	100%
<b>ΓΥΝΑΙΚΑ</b>	ΕΙΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ / ΚΛΙΝΙΚΗ	<b>45</b>	78%
	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	<b>1</b>	2%
	Η ΟΙΚΕΙΑ ΤΟΥ	<b>12</b>	21%
	ΑΛΛΟ ... ΞΕΝΩΝΕΣ	<b>0</b>	0%
<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>		<b>58</b>	100%
<b>ΓΥΝΑΙΚΑ</b>	ΕΙΔΙΚΟΙ ΓΙΑΤΡΟΙ/ΛΟΙΜΩΞΙΟΛΟΓΟΙ / ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	<b>50</b>	50%
	ΦΙΛΟΙ	<b>11</b>	11%
	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	<b>29</b>	29%
	ΜΟΝΟ ΤΟΥ	<b>3</b>	3%
	ΑΛΛΟΙ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ/ΑΤΟΜΑ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	<b>0</b>	0%
	ΦΙΛΑΝΘΡΩΠΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ / ΕΚΚΛΗΣΙΑΣΤΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ	<b>2</b>	2%
	ΜΗ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ	<b>5</b>	5%
<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>		<b>100</b>	100%



<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 31 : ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΥΠΕΥΘΥΝΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΛΗΡΩΜΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ - ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ - ΦΑΡΜΑΚΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ AIDS</b>			
<b>ΦΥΛΛΟ</b>	<b>ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
<b>ΑΝΔΡΑΣ</b>	ΠΟΛΙΤΕΙΑ / ΚΡΑΤΟΣ	28	67%
	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ	11	26%
	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	0	0%
	ΑΤΟΜΙΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	2	5%
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	1	2%
<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>		<b>42</b>	100%
<b>ΓΥΝΑΙΚΑ</b>	ΠΟΛΙΤΕΙΑ / ΚΡΑΤΟΣ	36	62%
	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ	18	31%
	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	2	3%
	ΑΤΟΜΙΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	2	3%
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	0	0%
<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>		<b>58</b>	100%

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 32 : ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΛΟΥ - ΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΤΟΠΟΥ ΕΞΕΤΑΣΗΣ - ΚΑΙ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ Ή ΟΧΙ ΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΕΤΟΣ</b>			
<b>ΦΥΛΛΟ</b>	<b>ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
<b>ΤΟΠΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ</b>			
<b>ΑΝΔΡΑΣ</b>	"ΝΑΙ"	29	69%
	"ΟΧΙ"	13	31%
	<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>	<b>42</b>	100%
<b>ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΕΤΟΣ</b>			
<b>ΑΝΔΡΑΣ</b>	"ΝΑΙ"	4	10%
	"ΟΧΙ"	38	90%
	<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>	<b>42</b>	100%
<b>ΤΟΠΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ</b>			
<b>ΓΥΝΑΙΚΑ</b>	"ΝΑΙ"	43	74%
	"ΟΧΙ"	15	26%
	<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>	<b>58</b>	100%
<b>ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΕΤΟΣ</b>			
<b>ΓΥΝΑΙΚΑ</b>	"ΝΑΙ"	14	24%
	"ΟΧΙ"	44	76%
	<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>	<b>58</b>	100%



**ΠΙΝΑΚΑΣ 33: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΛΟΥ - ΦΙΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ ΤΟΥ AIDS**

ΦΥΛΛΟ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΝΔΡΑΣ	"ΝΑΙ"	25	60%
	"ΌΧΙ"	17	40%
	ΣΥΝΟΛΟ:	42	100%
ΓΥΝΑΙΚΑ	"ΝΑΙ"	28	48%
	"ΌΧΙ"	30	52%
	ΣΥΝΟΛΟ:	58	100%

**ΠΙΝΑΚΑΣ 34 : ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΛΟΥ - ΕΣΤΙΑΣΗ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ ΤΟΥ AIDS**

ΦΥΛΛΟ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΝΔΡΑΣ	"ΝΑΙ"	10	24%
	"ΌΧΙ"	32	76%
	ΣΥΝΟΛΟ:	42	100%
ΓΥΝΑΙΚΑ	"ΝΑΙ"	11	19%
	"ΌΧΙ"	47	81%
	ΣΥΝΟΛΟ:	58	100%

**ΠΙΝΑΚΑΣ 35 : ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΛΟΥ - ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΙΑΤΡΟ ΠΟΥ ΚΟΥΡΑΦΕΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ AIDS**

ΦΥΛΛΟ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΝΔΡΑΣ	"ΝΑΙ"	14	33%
	"ΌΧΙ"	28	67%
	ΣΥΝΟΛΟ:	42	100%
ΓΥΝΑΙΚΑ	"ΝΑΙ"	16	28%
	"ΌΧΙ"	42	72%
	ΣΥΝΟΛΟ:	58	100%

**ΠΙΝΑΚΑΣ 36 : ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΛΟΥ - ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS**

ΦΥΛΛΟ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΝΔΡΑΣ	"ΝΑΙ"	4	10%
	"ΌΧΙ"	38	90%
	ΣΥΝΟΛΟ:	42	100%
ΓΥΝΑΙΚΑ	"ΝΑΙ"	4	7%
	"ΌΧΙ"	54	93%
	ΣΥΝΟΛΟ:	58	100%





Πανεπιστήμιο Πειραιώς