

Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS) και Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα Ασθενών

Ιωάννα Χατζηελευθερίου,¹ Μαρία Κανή²

AIDS and Psychosocial Problems

Abstract at the end of the article

¹Νοσηλεύτρια, MSc, ΚΕΕΛΠΝΟ - Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), Νοσοκομείο «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο ΕΕΣ», Εκπαιδευρία Φοιτητών Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, Αθήνα
²Νοσηλεύτρια, MSc(c) ΚΕΕΛΠΝΟ – Προαναχωρησιακό Κέντρο Μεταναστών Αμυγδαλέζας, Αθήνα

ΜΕΘ, Νοσοκομείο «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο ΕΕΣ», Αθήνα

Κατά την πορεία των πασχόντων με σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ ή AIDS) παρατηρούνται ποικίλες ψυχικές αντιδράσεις που υποδεικνύουν καταστάσεις κλονισμένου ψυχισμού, σχετίζονται με ποικίλα ψυχοκοινωνικά προβλήματα και διακρίνονται σε τέσσερις φάσεις: (α) Αρχική κρίση, (β) μεταβατική κατάσταση, (γ) κατάσταση ανεπάρκειας ή αποδοχής και (δ) προετοιμασία για θάνατο. Πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας αποτελεί η συνεργασία και η ψυχολογική υποστήριξη ασθενών με AIDS, καθώς και της οικογένειάς τους, με επικέντρωση στη διδασκαλία για την αυτοπροστασία τους, την αυτοφροντίδα τους και την προφύλαξη του κοινωνικού τους περιβάλλοντος. Για την αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της νόσου, εκτός από τα παραπάνω, σημασία έχουν η τήρηση του προγράμματος θεραπείας, η εφαρμογή των αναγκαίων προφυλάξεων και η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής. Όλες αυτές οι παράμετροι μπορούν να συμβάλλουν στον έλεγχο και στην υπερνίκηση των αισθημάτων φόβου και αβεβαιότητας και, τελικά, στην καλύτερη διαχείριση των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της νόσου.

Λέξεις ευρετηρίου: AIDS, λοίμωξη HIV, νοσηλευτική φροντίδα, σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, ψυχικές διαταραχές, ψυχοκοινωνικά προβλήματα

Εισαγωγή

Το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ ή AIDS), ακόμη και σήμερα, 32 έτη μετά από την επίσημη αναγνώριση της ύπαρξής του στις ΗΠΑ, εξακολουθεί να αποτελεί πολυδιάστατο πρόβλημα υγείας, με πολλές επιπτώσεις στη ζωή των ασθενών, περιλαμβανομένων και των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που το συνοδεύουν.¹ Ένα άτομο με ΣΕΑΑ χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη, ενθάρρυνση και καθοδήγηση να αναλάβει και να ακολουθεί έναν υγιεινό τρόπο ζωής, να εφαρμόζει τις αναγκαίες προφυλάξεις και να τηρεί το πρόγραμμα θεραπείας του. Η νοσηλευτική αξιολόγηση των ψυχολογικών αντιδράσεων του ασθενούς με AIDS και η εφαρμογή των κατάλληλων παρεμβάσεων είναι σημαντικά όπλα για να μπορέσει ο πάσχων να υπερνικήσει τα αισθήματα φόβου και αβεβαιότητας και να αποκτήσει κατά το δυνατό περισσότερο αισιόδοξες προοπτικές για τη ζωή και την υγεία του.^{2,3}

Υποβλήθηκε: 31.12.2014
Επανυποβλήθηκε: 27.3.2015
Εγκρίθηκε: 20.4.2015

Υπεύθυνη αλληλογραφίας:
Ιωάννα Χατζηελευθερίου
Ηλέκτρας Αποστόλου 8,
181 21 Κορυδαλλός
Τηλ.: 6949 305 645, Fax: 210 5442329
e-mail: ioannachat@hotmail.gr

Σκοπός του άρθρου είναι η ανάδειξη των ψυχικών αντιδράσεων των ασθενών με AIDS, που παρατηρούνται κατά την πορεία της νόσου τους, προκειμένου οι επαγγελματίες υγείας να μπορέσουν να τις αναγνωρίσουν και να τις διαχειριστούν κατάλληλα.

Ψυχικές αντιδράσεις που παρατηρούνται σε ασθενείς με AIDS

Οι ψυχικές αντιδράσεις, που παρατηρούνται στην πορεία της νόσου ασθενών με AIDS^{4,5} αναδεικνύουν κατάσταση κλονισμένου ψυχισμού και διατρέχουν χρονικά τέσσερις φάσεις, οι οποίες είναι οι εξής: (α) Η αρχική κρίση, (β) η μεταβατική κατάσταση, (γ) η κατάσταση ανεπάρκειας ή αποδοχής και (δ) η προπαρασκευή για το θάνατο.⁶

Αρχική κρίση

Η κατάσταση κρίσης αρχίζει (initial crisis) με τη διάγνωση της νόσου και έχει ως κύριο χαρακτηριστικό την «ψυχική άρνηση», η οποία εναλλάσσεται με περιόδους έντασης και άγχους.^{7,8} Όταν η άρνηση εκδηλώνεται με ήπια ή μέτρια ένταση, ο ασθενής μπορεί να ακολουθεί τις ιατρικές οδηγίες που του δίνονται και αυτό αποτελεί ελπιδοφόρο μήνυμα για το ξεπέρασμα της κρίσης στην πορεία.⁹⁻¹¹ Όταν η άρνηση είναι έντονη, ο ασθενής υιοθετεί στάση αδιαφορίας και απάθειας, δεν εφαρμόζει τις ιατρικές οδηγίες και κινδυνεύει να οδηγηθεί στα «επικίνδυνα μονοπάτια» της περιθωριοποίησης, του μαρασμού ή ακόμη και της αυτοκτονίας.^{7,12} Το στάδιο της αρχικής κρίσης σκιαγραφείται από πλήθος συγκινησιακών αντιδράσεων, στις οποίες περιλαμβάνονται η άρνηση, ο νευρικός κλονισμός, τα συναισθήματα φόβου, οργής και θλίψης που τελικά καταβάλλουν τον ψυχισμό του ασθενούς.¹³

Στην προσπάθεια εξισορρόπησης των αντίξων ψυχικών καταστάσεων, ο ασθενής μπορεί να αντιτάξει τους μηχανισμούς απώθησης και εκλογίκευσης (δικαιολόγησης), μέσα από τους οποίους ενδέχεται να περάσει στο «συμβιβασμό» με το νέο τρόπο ζωής του και να καταλήξει στην αποδοχή της καινούργιας πραγματικότητας.¹⁴ Αυτό θα τον βοηθήσει να νιώσει και να κατανοήσει τις αντιδράσεις του προς τη νόσο, καθώς και τις νέες γι' αυτόν συνθήκες, μέσα στις οποίες είναι πλέον υποχρεωμένος να διαβιώνει.¹⁵

Μία από τις πλέον σημαντικές αντιδράσεις, που πολλές φορές λαμβάνει εκρηκτικό χαρακτήρα, είναι η ενδοψυχική σύγκρουση, η οποία εγείρεται από την αρνητική στάση του οικογενειακού περιβάλλοντος του πάσχοντα προς αυτόν,^{16,17} όταν τα μέλη της οικογένειας αιφνιδιάζονται από την αποκάλυψη, π.χ. της ομοφυλοφιλίας του, που μέχρι εκείνη τη στιγμή δεν ήταν γνωστή ή από την απο-

κάλυψη χρήσης ναρκωτικών ουσιών.^{7,17} Το «στίγμα» που συνδέεται άρρηκτα με το AIDS, συνοδεύει τους πάσχοντες, είτε είναι άνδρες είτε είναι γυναίκες ή ακόμη και παιδιά. Σημειώνεται ότι οι ασθενείς που βρίσκονται στο στάδιο της κρίσης εκδηλώνουν «εσωστρέφεια», με αποτέλεσμα η λήψη ιστορικού από αυτούς να παρουσιάζει συχνά δυσκολίες.¹⁸

Μεταβατική κατάσταση

Η μεταβατική κατάσταση (transitional state) είναι το στάδιο κατά το οποίο η αρχική «ψυχική άρνηση» δίνει τη θέση της στην έντονη αυτοκριτική, η οποία μπορεί να εκδηλωθεί με εκρήξεις θυμού αλλά και αυτολύπησης. Το άγχος που κυριαρχεί ενισχύεται από την αδυναμία αποδοχής της θανατηφόρας νόσου.¹⁹ Ο ασθενής βασανίζεται από διαρκή ερωτήματα του τύπου «γιατί να μου συμβεί αυτό;» και «ποιο το έγκλημά μου, για να τυγχάνω τέτοιας τιμωρίας;».²⁰ Άτομα διαγνωσμένα ως οροθετικά, σε στιγμές αυτοοικτιρμού ή θέτοντας εαυτόν σε ανυποληψία είναι δυνατόν να αναπτύξουν φοβικές διαθέσεις, ιδιαίτερα ανθρωποφοβία.²¹ Στην εν λόγω φάση, τα έντονα ψυχολογικά αρνητικά συναισθήματα, η σύγχυση, η έντονη ευερεθιστότητα και οι ενοχές φαίνεται να επικρατούν. Η κοινωνική απόρριψη επενεργεί σημαντικά και ενισχύει την υποβόσκουσα ιδέα μιας πιθανής αυτοκτονίας.

Παράλληλα, μπορεί επίσης να παρατηρηθούν αλλαγές στη συμπεριφορά, αναζήτηση εκ νέου της ταυτότητας, αναθεώρηση αξιών, διάθεση για αποξένωση από τον οικογενειακό και τον κοινωνικό περίγυρο.¹⁸ Το ισχυρά επώδυνο της ψυχικής έντασης, καθώς και η εκτροπή της ισορροπίας που απειλείται, θέτουν σε συναγερμό το ένστικτο της αυτοσυντήρησης το οποίο ενεργοποιεί τους μηχανισμούς άμυνας.^{22,23} Στο σημείο αυτό, ο πάσχων είναι επιρρεπής και διαθέσιμος για κοινωνική παρέμβαση που θα τον βοηθούσε να απαλλαγεί από τη σύγχυση στην οποία έχει περιέλθει. Είναι δυνατόν κάτω από τέτοιες συνθήκες, ορισμένοι ασθενείς να εκτονώνουν το άγχος τους με επικέντρωση του ενδιαφέροντός τους στη σεξουαλική δραστηριότητα ή στην επαύξηση της χρήσης ναρκωτικών ουσιών.^{18,28,31}

Στη φάση αυτή, πολλοί είναι οι ασθενείς, οι οποίοι μόνοι ή συνοδευόμενοι καταφεύγουν σε ιατρούς αισθανόμενοι έντονα την ανάγκη λήψης ιατρικών οδηγιών. Ταυτόχρονα, φαίνεται να υποχωρεί η εκρηκτικότητα των συναισθημάτων και η επιθετικότητα, επειδή ο ασθενής βρίσκεται σε αναζήτηση βοήθειας, με σκοπό την επίλυση των προβλημάτων του.

Επιπλέον, ο ασθενής μπορεί να αναβιώνει την ελπίδα βελτίωσης των διαπροσωπικών του σχέσεων.^{24,25} Ως εκ

τούτου, επιδεικνύει καλοπροαίρετη διάθεση επαναπροσέγγισης της οικογένειας και του κοινωνικού του περιβάλλοντος. Παράλληλα, όμως, μπορεί να εμφανίζεται εξαιρετικά ευαίσθητος στην προσέγγισή του προς τους άλλους και τυχόν αρνητικές αντιδράσεις από τον κοινωνικό περίγυρο τον πληγώνουν βαθιά και τον οδηγούν, όχι πλέον σε επιθετικές από μέρους του ενέργειες, αλλά σε μελαγχολία και κατάθλιψη.^{10,18}

Κατάσταση ανεπάρκειας ή αποδοχής

Ως κατάσταση αποδοχής (deficiency state: Acceptance) χαρακτηρίζεται η φάση εκείνη, κατά την οποία ο ασθενής έχει πλέον πειστεί ότι δεν υπάρχουν άλλα περιθώρια για ενδοψυχικές συγκρούσεις.^{26,28} Γνωρίζει καλά ότι η ευερεθιστότητα, η άρνηση, η αυτολύπηση και η κατάθλιψη, τελικά, δεν τον οδηγούν στην έξοδο από το τέλμα. Μία και μόνη επιλογή γι' αυτόν το σκοπό υπάρχει: η αποδοχή της πάθησης και η ψύχραιμη αντιμετώπισή της.²⁵⁻²⁹

Κατά τη συγκεκριμένη φάση, ο ασθενής χαρακτηρίζεται από διάθεση για επανεκτίμηση αξιών, που προηγουμένως είχε απορρίψει, επαναπροσδιορισμού της ταυτότητάς του, συναισθημάτων αγάπης και στοργής προς τους ανθρώπους και διάθεση επιβεβαίωσης αυτών.^{24,28} Επίσης, αποκτά ενδιαφέρον για ποιότητα ζωής περισσότερο παρά για ποσότητα, καθώς και ανάγκη απόκτησης γνώσεων για την πάθησή του, ώστε να υπάρξει σωστότερη από μέρους του αντιμετώπιση.^{7,27} Κύριο μέλημα στη νέα πορεία του είναι η αναπτέρωση του ηθικού και η ψύχραιμη τακτική, πιθανόν και του αλτρουισμού ή της φιλοσοφημένης διάθεσης. Αρκετά είναι τα άτομα που «ρίχνονται» με όρεξη σε πεδία πνευματικής ενασχόλησης και βιώνουν καταστάσεις, οι οποίες ήταν άγνωστες πριν σε αυτούς ή θεωρούνταν απρόσιτες για τις ικανότητές τους. Όσοι λειτουργούν με τέτοιους τρόπους αισθάνονται λιγότερο «θύματα της ζωής», γίνονται λιγότερο εγωκεντρικοί και απολαμβάνουν ικανοποίηση από τις κοινωνικές δραστηριότητες.^{7,15}

Παρόλα αυτά, η αποδοχή θεωρείται κατάσταση ανεπάρκειας, επειδή προσκρούει στο γεγονός ότι οι πάσχοντες έχουν υποστεί απώλεια της υγείας τους, ελάττωση των ενεργειακών τους αποθεμάτων, ενδεχόμενη απώλεια της εργασίας ή μείωση των οικονομικών πόρων και κατά συνέπεια έχουν δεχθεί ισχυρό πλήγμα στην ανεξαρτησία τους. Κάτω από τέτοιες περιστάσεις, οι πάσχοντες νιώθουν την αναζωπύρωση των ψυχικών συγκρούσεων και κινδυνεύουν να κάνουν «υποτροπή».^{28,29} Η ένταξη των εν λόγω ασθενών σε περιβάλλον που ανακλά φιλική διάθεση, εμπνέει εμπιστοσύνη και εξασφαλίζει οικονομικούς πόρους, βοηθά στην ανακούφιση των αρνητικών συναισθημάτων, εξουδετερώνει τις αρνητικές ψυχικές

παρορμήσεις και αναδύει νέα διάθεση για ζωή, έστω και με την πάθηση.^{28,29}

Προετοιμασία για θάνατο

Το AIDS είναι μια απειλητική για τη ζωή νόσος και η φάση της «προετοιμασίας για θάνατο» (preparation for death) αρχίζει ουσιαστικά, από τη στιγμή που ανακοινώνεται στον πάσχοντα η διάγνωση ευκαιριακής λοίμωξης, επειδή είναι γνωστό ότι οι ευκαιριακές λοιμώξεις υποδηλώνουν το πλήρες ΣΕΑΑ, ενώ συχνά σημαίνουν την «τελική ευθεία» προς το θάνατο.^{26,27} Ασθενείς, οι οποίοι μέχρι εκείνη τη στιγμή είχαν κατορθώσει να έχουν ψυχοκοινωνική προσαρμογή και ισορροπία, που είχαν αποκαταστήσει ομαλές σχέσεις με την οικογένεια και το φιλικό τους περιβάλλον και οι οποίοι είχαν επιδοθεί σε πλήθος νέων δραστηριοτήτων, ξαφνικά νιώθουν όλα να γκρεμίζονται, χάνουν την ψυχραιμία τους και συνήθως καταλαμβάνονται από πανικό.^{8,9} Πολλοί είναι εκείνοι που αρχίζουν να σκέπτονται σοβαρά την αυτοκτονία.²¹ Στην περίοδο αυτή, οι πάσχοντες από AIDS διακατέχονται από την εικόνα του επερχόμενου θανάτου και κύριο μέλημα πλέον αποτελεί η προετοιμασία για το αναπόφευκτο τέλος. Στη συγκεκριμένη φάση παρατηρείται ποικιλία αντιδράσεων:²⁶ Μελαγχολία και κατάθλιψη, αίσθημα απογοήτευσης, ενώ δε λείπουν οι στιγμές αυξημένης ευερεθιστότητας προς τους γύρω τους.^{30,31}

Αρκετοί είναι αυτοί που «αναζωπυρώνουν» ξαφνικά παλαιές διαφωνίες με τα μέλη της οικογένειας ή άλλα αγαπημένα πρόσωπα. Άτομα ομοφυλόφιλα εμφανίζουν πιο αυξημένες προστριβές με το περιβάλλον τους, όσο πλησιάζει ο θάνατος.^{32,33}

Οι ασθενείς κατατρέχονται από τα βασανιστικά ερωτήματα πώς, πού και πότε θα πεθάνουν, συζητούν αυτά με τους άλλους, ενώ δε λείπουν και οι απαιτήσεις για ικανοποίηση επιθυμιών, οι οποίες πολλές φορές είναι υπερβολικές, ώστε να αδυνατεί το οικείο περιβάλλον να τις εκπληρώσει.^{7,9,32} Ο θάνατος είναι ένα θλιβερό γεγονός, ειδικά όταν συμβαίνει σε νέους ανθρώπους, και όταν αυτούς τους ανθρώπους που χάνονται τους συνοδεύει το «στίγμα». Τότε, η πορεία γίνεται ακόμη πιο δυσβάσταχτη.^{18,26,33}

Ο νοσηλευτικός ρόλος στη διαχείριση των ψυχικών αντιδράσεων ασθενών με AIDS^{4,5,28,32}

Οι ψυχικές διαταραχές που βιώνουν οι ασθενείς είναι αποτελέσματα της ίδιας της πάθησής τους, καθώς και της αντιμετώπισής τους από το κοινωνικό σύνολο.

Πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας είναι η συ-

νεργασία και η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς με AIDS, καθώς και της οικογένειάς του, με επικέντρωση στη διδασκαλία για την αυτοπροστασία του, την αυτοφροντίδα του και την προφύλαξη του κοινωνικού του περιβάλλοντος.^{4,28,32} Η ενθάρρυνση και η καθοδήγηση, ώστε να αναλάβει ο ίδιος ο ασθενής την ευθύνη και τη φροντίδα της υγείας του, είναι καίριας σημασίας, ώστε να έχει θετική-επιθυμητή αλλαγή συμπεριφοράς και ικανότητα να λαμβάνει αποφάσεις για την υγεία του. Για την αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της νόσου, εκτός των παραπάνω, σημασία έχουν η τήρηση του προγράμματος θεραπείας του, η εφαρμογή των αναγκών προφυλάξεων και η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής. Όλες αυτές οι παράμετροι μπορούν να συμβάλλουν στον έλεγχο και στην υπερνίκηση των αισθημάτων φόβου και

αβεβαιότητας, με σκοπό να έχει αισιόδοξες προοπτικές για τη ζωή και κατά το δυνατόν λιγότερες ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις, λόγω της ασθένειάς του.^{28,32}

Δεν πρέπει να λησμονείται, ότι οι ασθενείς με ΣΕΑΑ διαφέρουν από όλους τους άλλους ασθενείς, επειδή συμβαίνει να αντιμετωπίζουν επιπλέον προβλήματα απόρριψης από την κοινωνία, όπως απόλυση από την εργασία τους και απομάκρυνση από φίλους και συναδέλφους. Αληθινή πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας αποτελεί η φροντίδα τους, μέσω της οποίας μπορούν να καταρριφθούν τα διαχωριστικά τείχη και να κτιστούν ανθρώπινες γέφυρες, που θα βοηθήσουν στην καλύτερη διαχείριση των εν λόγω ασθενών, καθώς και των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που απορρέουν από τη νόσο τους.

ABSTRACT

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) and the Psychosocial Problems of Patients

Ioanna Chatzieftheriou,¹ Maria Kani²

¹RN, MSc, Hellenic Centre for Disease Control and Prevention, Intensive Care Unit, "Korgialenio-Benakio Hellenic Red Cross" Hospital, Athens, ²RN MSc(c), Hellenic Centre for Disease Control and Prevention, Immigrants' Guest Centre "Amygdaleza", Athens, Greece

During the disease course of patients affected by the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), a variety of psychological reactions are observed, many of which are associated with psychosocial problems. These psychological disturbances appear to follow four phases: (a) Initial crisis, (b) transitional state, (c) deficiency state acceptance, and (d) preparation for death. Cooperation with and psychological support of both the patients and their families are major challenges for healthcare providers. Health education of these patients about self-protection, self-care and preventive measures in their social environment is essential. In addition, the guidance of the patients and encouragement in following their plan of treatment and in the implementation of necessary precautions and adoption of a healthy lifestyle are highly important for developing their psychological coping resources. All these procedures can help the patients to take control of their life, to overcome their feelings of fear and uncertainty and to better manage the psychosocial problems associated with their disease.

Key-words: *acquired immunodeficiency syndrome, AIDS, HIV infection, nursing care, psychological disorders, psychosocial problems*

✉ **Corresponding Author:** Ioanna Chatzieftheriou, 196 Papadiamanti street, GR-123 51 Agia Varvara, Greece, tel.: +30 6949 305 645, fax: +30 210 5442329, e-mail: ioannachatatz@hotmail.gr

Βιβλιογραφία

1. Δαρδαβέσης Θ. *Στοιχεία Επιδημιολογίας*. ΣΕΥΠ, ΤΕΙ Θεσσαλονίκης, Τμήμα Νοσηλευτικής, Θεσσαλονίκη, 2003:117-125.
2. Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS. *Η σωστή ενημέρωση είναι ζωή. Μάθε για το AIDS*. 4η επανέκδοση. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Βήτα, 2000:20-102.
3. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.). *Αγαπάμε τη ζωή, χρησιμοποιούμε προφυλακτικό, κρατάμε την υπόσχεση, βάζουμε τέλος στο AIDS*. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα, 2007:3-15.
4. Pasipanodya EC, Heatherington L. Relationship satisfaction of HIV-positive Ugandan individuals with HIV-negative partners. *AIDS Care* 2015, 27:675-678.
5. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.). *Όσα πρέπει να γνωρίζετε για το AIDS*. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα, 2006:3-6.
6. Μερτζάνος Ε, Παραράς Μ. *Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας*. 4η επανέκδοση. Αθήνα, Εθνική Φαρμακοβιομηχανία, 1999:18-118.
7. Kahn JO, Martin JN, Roland ME, Bamberger JD, Chesney M, Chambers D et al. Feasibility of post-exposure prophylaxis (PEP) against human immunodeficiency virus infection after sexual or injection drug use exposure: The San Francisco PEP

- Study. *J Infect Dis* 2001, 183:707–714.
8. Κοντής Α. *Ο κόσμος και το AIDS*. Ελεύθερος Τύπος της Κυριακής, Τυποεκδοτική, Νο 19, Αθήνα, 30 Σεπτεμβρίου 2007:18–19.
 9. Fisher M, Benn P, Evans B, Pozniak A, Jones M, Maclean S et al. UK guideline for the use of post-exposure prophylaxis for HIV following sexual exposure. *Int J STD AIDS* 2006, 17:81–92.
 10. Πάνου Μ, Σαχίνη Α. *Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική*. 3η επανέκδοση. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, 2004:135–146.
 11. Παπαδάκη Α. Εγχειρίδιο αντιμετώπισης αρρώστου με AIDS στο νοσοκομείο. Ζ' επανέκδοση, Θεσσαλονίκη, Εκπαιδευτικό Κέντρο ΑΧΕΠΑ, 1998:1–10.
 12. Ρέντζη Γ, Τερζή Λ. Επίκτητη ανοσοανεπάρκεια (AIDS). 4η επανέκδοση. Θεσσαλονίκη, Εκπαιδευτικό Κέντρο ΑΧΕΠΑ, 1998:88–92.
 13. Kunches LM, Meehan TM, Boutwell RC, McGuire JF. Survey of nonoccupational HIV postexposure prophylaxis in hospital emergency departments. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001 26:263–265.
 14. Correll P, Smith D, Hendry O, Grulich A. Non occupational HIV post exposure prophylaxis (PEP) in Australia [abstract-WePeC4420]. In: The XIII International AIDS Conference. Durban, South Africa. Stockholm, International AIDS Society, 2000.
 15. Schadé A, van Grootheest G, Smit JH. HIV-infected mental health patients: Characteristics and comparison with HIV-infected patients from the general population and non-infected mental health patients. *BMC Psychiatry* 2013, 13:35.
 16. Wiebe ER, Comay SE, McGregor M, Ducceschi S. Offering HIV prophylaxis to people who have been sexually assaulted: 16 months' experience in a sexual assault service. *CMAJ* 2000, 162:641–645.
 17. Havens PL; American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric AIDS. Postexposure prophylaxis in children and adolescents for nonoccupational exposure to human immunodeficiency virus. *Pediatrics* 2003, 111:1475–1489.
 18. Selman L, Simms V, Penfold S, Powell RA, Mwangi-Powell F, Downing J et al. "My dreams are shuttered down and it hurts lots" – a qualitative study of palliative care needs and their management by HIV outpatient services in Kenya and Uganda. *BMC Palliat Care* 2013, 12:35.
 19. Smith DK, Grohskopf LA, Black RJ, Auerbach JD, Veronese F, Struble KA et al. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: Recommendations from the US Department of Health and Human Services. *MMWR Recomm Rep* 2005, 54:1–20.
 20. Almeda J, Casabona J, Simon B, Gerard M, Rey D, Puro V et al. Proposed recommendations for the management of HIV post-exposure prophylaxis after sexual, injecting drug or other exposures in Europe. *Euro Surveill* 2004, 9:35–40.
 21. Ray S, Ghosh T, Mondal PC, Basak S, Allauddin M, Choudhury SM et al. Knowledge and information on psychological, physiological and gynaecological problems among adolescent schoolgirls of Eastern India. *Ethiop J Health Sci* 2011, 21:183–189.
 22. Gray RH, Wawer MJ, Brookmeyer R, Sewankambo NK, Serwadda D, Wabwire-Mangen F et al. Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV-1-discordant couples in Rakai, Uganda. *Lancet* 2001, 357:1149–1153.
 23. Pinkerton SD, Holtgrave DR. Prophylaxis after sexual exposure to HIV. *Ann Intern Med* 1998, 129:671.
 24. Pinkerton SD, Holtgrave DR, Bloom FR. Postexposure treatment of HIV. *N Engl J Med* 1997, 337:500–501.
 25. Hamers FF, Lot F, Larsen C, Laporte A. Cost-effectiveness of prophylaxis following nonoccupational exposure to HIV infection in France. 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, Illinois, 2001 (abstract 230).
 26. Thurman TR, Kidman R, Taylor TM. Does investment in home visitors lead to better psychological health for HIV-affected families? Results from a quasi-experimental evaluation in South Africa. *AIDS Care* 2014, 26(Suppl 1):S2–S10.
 27. Rezaei S, Taramian S, Kafie SM. Psychopathological dimensions in substance abusers with and without HIV/AIDS and healthy matched group. *Addict Health* 2013, 5:115–125.
 28. Heunis JC, Wouters E, Norton WE, Engelbrecht MC, Kigozi NG, Sharma A et al. Patient- and delivery-level factors related to acceptance of HIV counseling and testing services among tuberculosis patients in South Africa: A qualitative study with community health workers and program managers. *Implement Sci* 2011, 6:27.
 29. International AIDS Society Scientific Working Group on HIV Cure; Deeks SG, Aufran B, Berkhout B, Benkirane M, Cairns S et al. Towards an HIV cure: A global scientific strategy. *Nat Rev Immunol* 2012, 12:607–614.
 30. Starr LR, Donenberg GR, Emerson E. Bidirectional linkages between psychological symptoms and sexual activities among African American adolescent girls in psychiatric care. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2012, 41:811–821.
 31. Chen G, Li Y, Zhang B, Yu Z, Li X, Wang L et al. Psychological characteristics in high-risk MSM in China. *BMC Public Health* 2012, 12:58.
 32. Petersen I, Bhana A, Myeza N, Alicea S, John S, Holst H et al. Psychosocial challenges and protective influences for socio-emotional coping of HIV+ adolescents in South Africa. A qualitative investigation. *AIDS Care* 2010, 22:970–978.
 33. Rabaud C, Bevilacqua S, Beguinot I, Dorvaux V, Schuhmacher H, May T et al. Tolerability of postexposure prophylaxis with zidovudine, lamivudine, and nevirapin for human immunodeficiency virus infection. *Clin Infect Dis* 2001, 32:1494–1495.