

Ελληνικά Αρχεία

AIDS

Hellenic Archives



ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ AIDS
EDITION OF THE HELLENIC ASSOCIATION FOR THE STUDY AND CONTROL OF AIDS

<http://www.aids.org.gr>
e-mail: eemaa@aids.org.gr
ISSN 1105-8900

ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΑΡΧΕΙΑ AIDS

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ AIDS



Ιδιοκτήτης: Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS
Ερυθρού Σταυρού 6, 11527 Αθήνα • Τηλ. και Fax: 210-6983945
e-mail: eemaa@aids.org.gr • Website: www.aids.org.gr

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος: Π. Γαργαλιάνος-Κακολύρης
Αντιπρόεδρος: Β. Καψιμάλη
Γενικός Γραμματέας: Γ. Χρύσος
Ειδικός Γραμματέας: Ι. Στεφάνου
Ταμίας: Κ. Θωμάτου
Μέλη: Χ. Γώγος, Π. Κολλάρας, Μ.Κ. Λαζανάς, Α. Σκουτέλης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΚΔΟΣΗΣ

Πρόεδρος: Π. Γαργαλιάνος-Κακολύρης
Διευθυντής Σύνταξης: Μ. Λελέκης
Αναπλ. Διευθυντής Σύνταξης: Χ. Λούπα
Μέλη: Δ. Αγραφιώτης, Ε. Βογιατζάκης, Γ. Πάνος, Β. Παπασταμόπουλος,
Δ. Παρασκευής, Α. Ρουμελιώτου, Ν. Τσόγκας, Μ. Χατζηβασιλείου,
Μ. Χίνη, Γ. Χρύσος, Ε. Χωρέμη-Παπαδοπούλου

ISSN 1105-8900

Εκδότης: Π. Γαργαλιάνος-Κακολύρης

Επιστημονική Αλληλογραφία: "ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΑΡΧΕΙΑ AIDS"
Μ. Λελέκης
Τ.Θ. 14085 – 11521 Αθήνα

e-mail Περιοδικού: hel.arch.aids@internet.gr

Εγγραφές Συνδρομητών P.O BOX 14085
– **Συνδρομές:** GR-11521 Athens

Ετήσιες Συνδρομές: Πατροί	15.00 €
Μέλη Ε.Ε.Μ.Α.Α.	6.00 €
Εταιρείες – Οργανισμοί – Βιβλιοθήκες	50.00 €
Εξωτερικό	110.00 €

Εκτύπωση: Focus on Health – Τηλ.: 210-7223046 • Fax: 210-7223220

Τα "ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΑΡΧΕΙΑ AIDS" περιλαμβάνονται στα Ελληνικά επιστημονικά περιοδικά με Εθνική αναγνώριση σύμφωνα με την Υπουργική απόφαση Α 1^ο/543/99, ΦΕΚ τεύχος 2^ο αριθ. φύλλου 122 18/02/1999

HELLENIC ARCHIVES of AIDS

QUARTERLY SCIENTIFIC EDITION OF THE HELLENIC ASSOCIATION
FOR THE STUDY AND CONTROL OF AIDS



Edited by the: Hellenic Association For the Study and Control of AIDS
6, Erythrou Stavrou Str., 115 27 Athens • Tel. & Fax: (+30) 210-6983945
e-mail: eemaa@aids.org.gr • Website: www.aids.org.gr

ADVISORY BOARD

President: P. Gargalianos-Kakolyris

Vice-President: V. Kapsimali

Secretary: G. Chrysos, I. Stephanou

Special Secretary: I. Stephanou

Treasurer: K. Thomatou

Members: C. Gogos, P. Kollaras, M.K. Lazanas, A. Skoutelis

EDITORIAL BOARD

Chairman: P. Gargalianos-Kakolyris

Editor in Chief: M. Lelekis

Asst. Editor in Chief: Ch. Loupa

Members: D. Agrafiotis, M. Chatzivasiliou, M. Chini, E. Choremi-Papadopoulou,
G. Chrysos, G. Panos, V. Papastamopoulos, D. Paraskevis,
A. Roumeliotou, N. Tsongas, E. Vogiatzakis

ISSN 1105-8900

Scientific Correspondence: "HELLENIC ARCHIVES of AIDS"
M. Lelekis, P.O Box 14085
11521 Athens Greece

e-mail Magazine: hel.arch.aids@internet.gr

Subscriptions: P.O. BOX 14085
GR – 11521 Athens

<i>Annual Subscriptions:</i> Doctors	15,00 €
Members of H.A.S.C.A	6,00 €
Societies – Organizations – Libraries	50,00 €
Abroad	110,00 €

Published By: Focus on Health – Tel.: (+30) 210-7223046 • Fax: 210-7223220

ΠΡΟΣ
ΕΛΛΗΝΙΚΑ Αρχεία AIDS
ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΘΥΡΙΔΑ 14085
11521 ΑΘΗΝΑ

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΥΝΔΡΟΜΗΤΗ*
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΛΛΑΓΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΩΣ

ΕΤΗΣΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΗ:

Φυσικά πρόσωπα	15.00 €
Μέλη Ε.Ε.Μ.Α.ΑIDS	6.00 €
Νομικά πρόσωπα, Οργανισμοί	50.00 €
Εξωτερικό	110.00 €

Παρακαλώ να με εγγράψετε συνδρομητή / ή να γίνει διόρθωση της διεύθυνσέως μου:

ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΓΙΑ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑ
ΠΟΛΗ Τ.Κ ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....FAX
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Οι συνδρομές αποστέλλονται με ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΕΠΙΤΑΓΗ στη Διεύθυνση:
Ε.Ε.Μ.Α.ΑIDS, Ταχυδρομική θυρίδα 14085, 11521 ΑΘΗΝΑ

Οδηγίες για τους συγγραφείς

Τα «Ελληνικά Αρχεία AIDS» έχουν ως βασικό σκοπό τη συνεχή εκπαίδευση και πληροφόρηση των γιατρών και κάθε επιστήμονα που ασχολείται με το νεοφανές και πολύπλευρο βιολογικό, ιατρικό, οικονομικό, κοινωνικό, νομικό και ηθικοδεοντολογικό πρόβλημα του AIDS. Κύρια επίδιωξη είναι η δημοσίευση μελετών που αναφέρονται άμεσα ή έμμεσα στους παραπάνω τομείς. Ιδιαίτερα προτιμούνται άρθρα ανασκοπήσεως γενικότερου ενδιαφέροντος, επίσης άρθρα που αναφέρονται σε επίκαιρα θέματα, σε διαγνωστικά προβλήματα και νέα τεχνολογία. Γίνονται επίσης δεκτές για δημοσίευση ερευνητικές εργασίες, ειδικά άρθρα που αφορούν τον υγειονομικό τομέα, την κοινωνική πολιτική κ.λπ. Για το Ενημερωτικό Δελτίο γίνονται δεκτές επιστολές, ανασκοπήσεις βιβλίων, περιοδικών, συνεδρίων, ενδιαφέρουσες επισημάνσεις και προτάσεις, στατιστικά στοιχεία κ.λπ. Τέλος, γίνονται δεκτές και εργασίες που αναφέρονται όχι μόνο στο AIDS αλλά σε θέματα λοιμώξεων γενικά, δεδομένου ότι σε κάθε τεύχος υπάρχει η δυνατότητα δημοσίευσης ενός αριθμού τέτοιων άρθρων.

Οι μελέτες που υποβάλλονται για δημοσίευση πρέπει να είναι γραμμένες σε ομοιόμορφη γλώσσα, κατά προτίμηση τη νεοελληνική δημοτική, να είναι καλά τεκμηριωμένες πειραματικά και βιβλιογραφικά, να μην έχουν δημοσιευθεί ή να μην έχουν υποβληθεί για έγκριση σε άλλο περιοδικό.

Η αποστολή της μελέτης θα πρέπει να συνοδεύεται από επιστολή στην οποία θα δηλώνεται το πιο κατάλληλο τμήμα του περιοδικού (π.χ. ερευνητική εργασία, ανασκόπηση, διαγνωστικά προβλήματα, επίκαιρα θέματα), η διεύθυνση και το τηλέφωνο του συγγραφέα που είναι υπεύθυνος για την αλληλογραφία σχετικά με την υποβαλλόμενη εργασία. Επίσης, στην επιστολή αυτή θα δηλώνεται ότι το κείμενο έχει εγκριθεί από όλους τους συγγραφείς της μελέτης.

Τα προς δημοσίευση άρθρα θα πρέπει να είναι δακτυλογραφημένα στη μια όψη του φύλλου με διπλό διάστημα και κατάλληλο περιθώριο και να στέλνονται σε τρία πλήρη αντίγραφα (περιλαμβανομένων των πινάκων, σχημάτων και φωτογραφιών) στην ακόλουθη διεύθυνση:

**E.E.M.A. AIDS
M. ΛΕΛΕΚΗΣ
Τ.Θ. 14085
11521 – ΑΘΗΝΑ**

Ειδικότερα, για την πραγμάτωση των σκοπών του περιοδικού δημοσιεύονται:

- 1. Άρθρα σύνταξης:** Σύντομα ανασκοπικά άρθρα σε επίκαιρα και αμφιλεγόμενα θέματα, που γράφονται με προτροπή της συντακτικής επιτροπής. Όταν εκφράζουν συλλογικά τη Σύνταξη του περιοδικού, είναι ανυπόγραφα. Στις άλλες περιπτώσεις είναι ενυπόγραφα.
- 2. Γενικά θέματα,** που σχετίζονται με τις επιπτώσεις της υγείας και δεν εμπίπτουν στις άλλες κατηγορίες άρθρων του περιοδικού.
- 3. Ανασκοπήσεις:** Ολοκληρωμένες αναλύσεις ιατρικών θεμάτων, στις οποίες υπογραμμίζονται ιδιαίτερα οι σύγχρονες απόψεις.
- 4. Ερευνητικές εργασίες:** Κλινικές δοκιμές ή μη πειραματικές έρευνες προοπτικού ή αναδρομικού χαρακτήρα, που πραγματοποιήθηκαν με βάση ένα ερευνητικό πρωτόκολλο, το οποίο θα περιγράφεται αναλυτικά στη μεθοδολογία. Περιέχουν πρωτοδημοσιευόμενα αποτελέσματα.
- 5. Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις:** Γίνονται δεκτά άρθρα, εφόσον αφορούν νέα ή πολύ σπάνια νοσήματα, εφαρμόστηκαν νέα διαγνωστικά κριτήρια κι έχει ακολουθηθεί νέα θεραπευτική μεθόδευση με ελεγχμένο το αποτέλεσμα.

6. **Επίκαιρα θέματα:** Σύντομη περιγραφή των τελευταίων απόψεων σε συγκεκριμένο θέμα.
7. **Σεμινάρια, στρογγυλά τραπέζια, κλινικοπαθολογοανατομικές συζητήσεις.**
8. **Γράμματα προς τη Σύntαξη:** Περιέχουν κρίσεις για δημοσιευμένα άρθρα, πρόδρομα αποτελέσματα εργασιών, παρατηρήσεις για ανεπιθύμητες ενέργειες, κρίσεις για το περιοδικό κ.λπ. Δημοσιεύονται ενυπόγραφα.
9. **Άρθρα εκπαιδευτικού περιεχομένου.**
10. **Ειδικά άρθρα.**

Η διάταξη της ύλης περιλαμβάνει: Τίτλο, ελληνική περίληψη, περίληψη στην αγγλική, λέξεις ευρετηριασμού, εισαγωγή, μεθοδολογία, αποτελέσματα, συζήτηση, ευχαριστίες, βιβλιογραφικές παραπομπές, πίνακες, εικόνες, λεζάντες εικόνων. Όλες οι σελίδες αριθμούνται αρχίζοντας από τη σελίδα με τον τίτλο.

Τίτλος: Στη σελίδα που αναγράφεται ο τίτλος γράφονται και τα ονόματα των συγγραφέων με την εξής σειρά: Μικρό όνομα, αρχικό πατέρα ή συζύγου (προκειμένου για γυναίκες συγγραφείς), επίθετο. Στο κάτω μέρος της σελίδας γράφεται η διεύθυνση και ο συγγραφέας που πρέπει να επικοινωνεί με το περιοδικό για κάθε ενημέρωση σχετικά με τη μελέτη που υποβάλλεται.

Η περίληψη στην ελληνική δεν πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 150 λέξεις. Να περιέχει το σκοπό, τα βασικά ευρήματα και τα κύρια συμπεράσματα κατά τρόπο κατανοητό χωρίς να είναι ανάγκη να γίνεται αναδρομή στο κείμενο.

Μετά την περίληψη παρατίθενται 3-10 λέξεις (όροι ή μικρές φράσεις) ευρετηριασμού, απαραίτητες για τη σύνταξη των ευρετηρίων του περιοδικού. Οι λέξεις αυτές πρέπει να αντιστοιχούν στους διεθνείς όρους λεξικογράφησης (Index Medicus).

Στον πρόλογο πρέπει να παρατίθενται όλες οι γνώσεις που είναι απαραίτητες για να κατανοηθούν τα αποτελέσματα, χωρίς όμως να γίνεται «εκτεταμένη θεώρηση του θέματος».

Στο κεφάλαιο «Υλικό και Μέθοδοι» πρέπει να αναγράφονται όλες οι πληροφορίες ώστε να μπορούν να επαναληφθούν τα πειράματα. Όταν οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι καθιερωμένες, πρέπει να αναφέρονται με συντομία και να αναγράφεται η βιβλιογραφική παραπομπή. Στην περίπτωση ερευνών που αφορούν ανθρώπους, πρέπει ιδιαίτερα να τονιστεί ότι η έρευνα πραγματοποιήθηκε με βάση τη Διακήρυξη του Ελσίνκι

(1975). Η φαρμακευτικές ουσίες που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη, πρέπει να αναφέρονται με την κοινόχρηστη ονομασία τους.

Στα αποτελέσματα πρέπει να γράφονται τα αποτελέσματα με τρόπο σαφή. Η χρησιμοποίηση πινάκων και εικόνων, πρέπει να περιορίζεται στον απόλυτα απαραίτητο αριθμό για την κατανόηση της μελέτης.

Δεν πρέπει να αναγράφονται στο κείμενο όλα τα δεδομένα πινάκων και εικόνων αλλά μόνο να αναλύονται σ' αυτό οι κύριες παρατηρήσεις.

Οι φωτογραφίες, τα σχήματα και τα διαγράμματα κ.λπ. ονομάζονται ως εικόνες και αριθμούνται με αραβικούς αριθμούς, όπως και οι πίνακες (π.χ. Εικόνα 1, Εικόνα 2, Πίνακας 1 κ.ο.κ).

Στη συζήτηση επιχειρείται ερμηνεία των αποτελεσμάτων και σύγκριση με τα αποτελέσματα άλλων δημοσιεύσεων. Δεν πρέπει να γίνεται λεπτομερειακή αναφορά στα αποτελέσματα.

Η βιβλιογραφία αναγράφεται διαδοχικά με τη σειρά που αναφέρεται στο κείμενο, πίνακες και επεξηγήσεις σχημάτων και φωτογραφιών. Η σημείωση των βιβλιογραφικών παραπομπών στα σημεία αυτά γίνεται με αραβικούς αριθμούς σε παρένθεση (Σύστημα Vancouver, 4^η έκδοση, 1991).

Σε ορισμένες περιπτώσεις που θεωρείται σκόπιμο από τους συγγραφείς να αναφερθούν στο όνομα του συγγραφέα ή των συγγραφέων (όταν είναι 2) ή του πρώτου συγγραφέα και συνέχεια η σύντηξη «και συν.», όταν οι συγγραφείς είναι περισσότεροι από 2, τότε σημειώνεται σε παρένθεση με αραβικό αριθμό η παραπομπή χωρίς να γράφεται η χρονολογία δημοσίευσης. Δεν επιτρέπεται η αναφορά και η αναγραφή στο τμήμα της βιβλιογραφίας μελετών που δεν έχουν δημοσιευθεί, όπως π.χ. δημοσίευτα αποτελέσματα, εργασία υποβληθείσα, εργασία υπό εκτύπωση. Ο τίτλος των περιοδικών αναγράφεται με σύντηξη.

Για κάθε σχετική πληροφορία παρακαλούνται οι ενδιαφερόμενοι να ανατρέχουν στον κατάλογο των περιοδικών που καταχωρούνται στο «Index Medicus» και αναγράφονται στην έκδοση Ιανουαρίου κάθε χρόνο.

Το όνομα γράφεται πάντα μετά το επώνυμο. Ακολουθεί ο τίτλος της εργασίας, ο τίτλος του περιοδικού, η χρονολογία, ο τόμος, η πρώτη σελίδα και η τελευταία σελίδα της δημοσίευσης.

Όταν οι συγγραφείς είναι 6 ή λιγότεροι, αναγράφονται όλοι. Όταν είναι περισσότεροι από 6 τότε αναγράφονται οι 6 πρώτοι και ακολουθεί η ένδειξη «και συν» ή «et al».

Π.χ. Watkins J.A., Carman P.S., Melling W.S.: In vitro inhibition of CL. difficile. Amer. J. Clin. Path. 1985, 3: 125-131.

Σε περίπτωση που δεν αναφέρεται όνομα συγγραφέως σημειώνεται η λέξη Ανώνυμος (για ελληνική δημοσίευση) ή Anonymous.

Π.χ. Anonymous. Carcinoid tumors and syndrome (Editorial). JAMA 1986, 83-85.

Παραπομπές που αναφέρονται σε εργασίες, που δημοσιεύονται σε συμπληρώματα (supplements) εκδόσεων, πρέπει να συνοδεύονται με τον αριθμό του συμπληρώματος, που σημειώνεται σε παρένθεση μετά τον τόμο. Π.χ. AIDS, 28 (suppl. 2): 35.

Στη βιβλιογραφία των επίκαιρων θεμάτων παραλείπονται οι τίτλοι των εργασιών. Για την καταχώρηση συγγραμάτων ή μονογραφιών στο βιβλιογραφικό κατάλογο, αναφέρονται στη σειρά τα επώνυμα και τα αρχικά των συγγραφέων, ο τίτλος, ο αριθμός έκδοσης, ο εκδότης, η πόλη της έκδοσης, το έτος και οι σελίδες της αναφοράς. Η αναφορά σε ένα κεφάλαιο βιβλίου πρέπει να γίνεται με τον ακόλουθο τρόπο:

Μαρίνης Ε., Βογιατζάκης Ε.: Μυκοβακτηρίδια. Στο: Μαθήματα Μικροβιολογίας. 1^η Έκδοση. Ascent, Αθήνα 1992, 132-137.

Αν η βιβλιογραφική παραπομπή αποτελεί κεφάλαιο ενός συγγράματος που έχει γραφεί από ιδιαίτερο συγγραφέα, η αναφορά γίνεται ως εξής: Carman J.A. : Bacillus anthracis. In (Στο), Collins C.H. ed (ή Συντ.) Medical Microbiology. London, Academic Press 1985, 71-78.

Αγγλική περίληψη: Περιλαμβάνει τα ονόματα των συγγραφέων, τον τίτλο της εργασίας στα αγγλικά και την προέλευση της εργασίας. Στις πρωτότυπες εργασίες και στις ανασκοπήσεις πρέπει να έχει έκταση 350-500 λέξεις, ενώ στα υπόλοιπα

άρθρα 200-300 λέξεις. Πρέπει να αναφέρει το σκοπό της εργασίας, τη μέθοδο και το υλικό, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα. Στις ανασκοπήσεις πρέπει να αναφέρονται όλα τα κεφάλαια που θίγονται από τα βασικά συμπεράσματα.

Οι πίνακες πρέπει να γράφονται σε ξεχωριστή σελίδα. Τα δεδομένα πρέπει να γράφονται κατά τέτοιο τρόπο ώστε οι στήλες που έχουν παρόμοιο περιεχόμενο να διαβάζονται κάθετα και όχι οριζόντια. Το περιεχόμενο των πινάκων πρέπει να είναι αρκετά σαφές ώστε τα δεδομένα να είναι κατανοητά χωρίς να είναι απαραίτητη η αναδρομή στο κείμενο.

Οι εικόνες (φωτογραφίες, σχήματα κ.λπ.) πρέπει να υποβάλλονται σε ένα πρωτότυπο και δύο αντίγραφα. Στο πίσω μέρος των φωτογραφιών να υπάρχει ο αντίστοιχος αριθμός με μολύβι, ένα τόξο που να δείχνει το πάνω μέρος και τα ονόματα των συγγραφέων.

Οι σημειώσεις για τις φωτογραφίες (λεζάντες) να είναι σε ξεχωριστή σελίδα (προορίζονται για το τυπογραφείο).

Εφόσον χρησιμοποιούνται φωτογραφίες ασθενών, το πρόσωπό τους δεν πρέπει να ξεχωρίζει. Στην αντίθετη περίπτωση επιβάλλεται έγγραφη συγκατάθεση του ασθενούς για τη δημοσίευση της φωτογραφίας. Όλες οι εικόνες αναφέρονται στο κείμενο και αριθμούνται με αραβικούς αριθμούς.

Ανάτυπα: Η δαπάνη της παραγγελίας ανατύπων βαρύνει τους συγγραφείς και η συμφωνία γίνεται κατευθείαν με την εκδοτική εταιρεία χωρίς ανάμειξη της Σύνταξης του περιοδικού.

Διορθώσεις: ο υπεύθυνος για την αλληλογραφία συγγραφέας θα κάνει την τελευταία τυπογραφική διόρθωση, κατά την οποία αποκλείεται η τροποποίηση του αρχικού κειμένου.

xi Οδηγίες για τους συγγραφείς

1 HIV νόσος και κατάθλιψη

Π. Βέρρα, Α. Γρίλλιας, Β. Παπαρίζος

7 Ομάδες αυτοβοήθειας: Η δυναμική τους για τα HIV οροθετικά άτομα

Μ.Χ. Κωνσταντινίδης

18 Η διαχείριση του HIV στο χώρο εργασίας: Διλήμματα και προκλήσεις στην εποχή της συνδυαστικής αγωγής

Χ. Παπαθανασίου

32 Αντιβιοτικά για τα νοσοκομειακά ανθεκτικά Gram(+) παθογόνα

Α. Κατσώνη, Χ. Λούπα, Μ. Λελέκης

40 Αποτυχία της τρέχουσας πολιτικής αντιβιοτικών να περιορίσει την κατανάλωση δύο αντιβιοτικών μετά την υπαγωγή τους σε περιορισμό: Εμπειρία ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου της Αθήνας

Χ. Λούπα, Ι. Τζάννου, Β. Τσολάκη, Ε. Διβάρη-Κατσιίκη, Γ. Πέτρου, Κ.Ι. Καρνέζη, Π. Αναπλιώτης, Μ. Τσακωνιάτης, Μ. Λελέκης

CONTENTS

- xi** **Instructions to authors**
- 1** **HIV infection and depression**
P. Verra, A. Grillias, V. Papanizos
- 7** **Self-help groups: Their dynamics for HIV people**
M.X. Konstadinidis
- 18** **Coping with HIV infection in the workplace: A survey in Greece and France**
Ch. Papathanasiou
- 32** **Antibiotics for resistant nosocomial Gram(+) pathogens**
A. Katsoni, C. Loupa, M. Lelekis
- 40** **Failure of the current antibiotic policy to contain the consumption of two antibiotics recently added to the restriction list: Experience of a tertiary care hospital of Athens**
Ch. Loupa, I. Tzannou, V. Tsolaki, E. Divari-Katsiki, G. Petrou, K.I. Karnezi, P. Anapliotis, M. Tsakoniatis, M. Lelekis

HIV νόσος και κατάθλιψη

Π. Βέρρα, Α. Γρίλλιας, Β. Παπαρίζος

Περίληψη

Ο μέσος όρος ζωής των ατόμων με HIV λοίμωξη έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια. Παράλληλα, έχει αυξηθεί και η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης, ιδιαίτερα μεταξύ ομοφυλόφιλων ασθενών. Η ίδια η νόσος προκαλεί καταθλιπτικά συμπτώματα, και αντίστροφα, άτομα με επιβαρυσμένη ψυχική κατάσταση εκδηλώνουν επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά. Επιπλέον, η αντιρετροϊκή θεραπεία μπορεί να προκαλέσει διαταραχές της ψυχικής σφαίρας, ενώ είναι γνωστό ότι αλληλεπιδρά με τα ψυχιατρικά φάρμακα. Η αναγνώριση, επομένως, των πρώιμων συμπτωμάτων κατάθλιψης, η άμεση αναζήτηση ανάλογης ιατρικής βοήθειας, η προσεκτική επιλογή κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής με τις ελάχιστες δυνατές ανεπιθύμητες ενέργειες και αλληλεπιδράσεις με την αντιρετροϊκή αγωγή είναι μείζονος σημασίας.

Λέξεις - κλειδιά: HIV λοίμωξη, HAART, κατάθλιψη, αντικαταθλιπτικά.

HIV infection and depression

P. Verra, A. Grillias, V. Paparizos

Abstract

The average expected lifetime in HIV patients has increased over the last years. At the same time, the incidence of depression, among mainly homosexual patients, has increased. It is the disease itself that provokes depressive symptoms and, on the other hand, patients with such a psychiatric background perform dangerous sexual behavior. It is well known that antiviral agents cause behavioral changes as side-effects and interact with psychiatric medication. Therefore, early diagnosis of depression, immediate medical support, careful choice of the most effective therapeutic agent, with the least possible side-effects and interactions with current medication, are of great importance in managing such patients.

Key words: HIV infection, HAART, depression, antidepressants.

Εισαγωγή

Περισσότερα από 33.000.000 άτομα σε όλον τον κόσμο ζουν σήμερα πάσχοντας από HIV λοίμωξη (www.who.int/hiv/data/2008_global_summary_AIDS_ep.rng). Στις ανεπτυγμένες χώρες οι ασθενείς ανέρχονται σε εκατοντάδες χιλιάδες, ενώ στη χώρα μας έχουν έως τώρα δηλωθεί στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) περισσότεροι από 9.500 ασθενείς (http://www.keel.org.gr/keelpno/2008/hiv/epidemiologiko_deltio_2008.pdf). Οι πρόοδοι στη φαρμακευτική αντιμετώπιση της λοίμωξης έχουν επιτρέψει τη μακρά επιβίωση των ασθενών, τα ζητήματα όμως της ποιότητας ζωής εξαρτώνται και από άλλες παραμέτρους, εκτός της αντιρετροϊκής θεραπείας. Ψυχολογικές και κοινωνικές συνιστώσες του νοσήματος αναδεικνύονται

εντονότερα στο πλαίσιο αποτελεσματικής θεραπευτικής αγωγής.

Η κατάθλιψη αποτελεί διαταραχή που συχνά συνοδεύει την HIV λοίμωξη. Η συχνότητά της ανέρχεται σε 25-45% των HIV-θετικών ασθενών¹ και είναι 2-3 φορές υψηλότερη σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.² Η διαταραχή συχνά προϋπάρχει της HIV λοίμωξης και αποτελεί υπόστρωμα επικίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς. Άλλοτε επιδεινώνεται εξαιτίας της λοίμωξης ή εμφανίζεται ως συνέπιά της. Παρά τον υψηλό επιπολασμό της κατάθλιψης, πολλές φορές αυτή παραμένει αδιάγνωστη. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι λιγότερο του 45% των πασχόντων ασθενών θα λάβουν αντικαταθλιπτική αγωγή.³ Η πλειοψηφία των ασθενών όμως που λαμβάνουν θεραπεία (έως και 80%), παρουσιάζουν βελτίωση της ψυχιατρικής τους εικόνας.⁴

Αιτιολογία

Η κατάθλιψη απαντά σε μεγαλύτερη αναλογία μεταξύ ομοφυλόφιλων HIV-θετικών ασθενών.^{5,6} Εντούτοις, αυξημένη επίπτωσή της έχει ανευρεθεί και μεταξύ ομοφυλόφιλων του γενικού πληθυσμού.⁷ Είναι γνωστό ότι άνδρες με ομοφυλοφιλική σεξουαλική προτίμηση, αλλά και άτομα με πολλούς ερωτικούς συντρόφους ή άτομα που κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών εκφράζουν συχνά συμπτωματολογία κατάθλιψης, ως αποτέλεσμα μειωμένης αυτοεκτίμησης, στιγματισμού και κοινωνικής περιθωριοποίησης.⁸⁻¹⁰ Παρόμοιες νευροψυχιατρικές διαταραχές οδηγούν σε σεξουαλική συμπεριφορά υψηλού κινδύνου ή την επιδεινώνουν, έτσι ώστε το άτομο να διατρέχει αυξημένο κίνδυνο για μόλυνση από HIV ή άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα παθογόνα.¹¹⁻¹³ Επί HIV-θετικών ασθενών, οι αιτίες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη ή την επιδείνωση της καταθλιπτικής διαταραχής, περιλαμβάνουν:

- Τη γνώση της μόλυνσης από έναν ιό δυνητικά θανατηφόρο.
- Τη γνώση ότι, παρά τις διαθέσιμες αποτελεσματικές θεραπείες, η βλάβη είναι μη αντιστρεπτή.
- Την ανάγκη για λήψη φαρμακευτικής αγωγής.
- Τον στιγματισμό που συνοδεύει το νόσημα.
- Τη σύνδεση του νοσήματος με πρακτικές (σεξουαλικές συνήθειες, χρήση ενδοφλεβίων ουσιών), που στην αντίληψη μεγάλου μέρους του πληθυσμού επιφέρουν ανάλογο στιγματισμό.
- Τον κοινωνικό εξοστρακισμό και την περιθωριοποίηση.
- Τον φόβο για απώλεια της εργασίας, του εισοδήματος, της κατοικίας, της οικογενειακής στήριξης και της κοινωνικής θέσης.

Παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν επίσης στην επιδείνωση της κατάθλιψης είναι ο αρνητισμός ή η παθητική μοιρολατρία, η χρήση οινόπνευματος ή άλλων ουσιών, οι ευκαιριακές σεξουαλικές επαφές ως «δικλείδα διαφυγής», οι συγκρούσεις με το προσωπικό και κοινωνικό δίκτυο. Οι ανωτέρω παράγοντες είναι συχνά αποτελέσματα της κατάθλιψης, δρουν συνεργικά μεταξύ τους και με αυτήν, διαμορφώνοντας αλληπάλληλα αδιέξοδα.

Αντιθέτως, η ενεργητική και αποφασιστική στάση, το θετικό οικογενειακό περιβάλλον, η σύνδεση με κοινωνικές υποστηρικτικές δομές, η κατάλληλη φροντίδα στο σύστημα υγείας, οι ισχυροί δεσμοί εμπιστοσύνης και συνεργασίας με τον θεράποντα ιατρό και η ανάπτυξη εναλλακτικών παραγωγικών δραστηριοτήτων, συμβάλλουν στην

αποκατάσταση της αυτοεκτίμησης και στη διατήρηση της ελπίδας για το μέλλον, μειώνοντας τα καταθλιπτικά αισθήματα.¹⁴

Σε πολλές περιπτώσεις, εκδηλώσεις από την ψυχική σφαίρα και συμπτώματα κατάθλιψης εμφανίζονται ως ανεπιθύμητες ενέργειες αντιρετροϊκών φαρμάκων. Το φάρμακο που συχνότερα ενοχοποιείται για παρόμοιες επιδράσεις είναι το efavirenz. Εντούτοις, οι ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου συνήθως παρέρχονται μετά από 4 εβδομάδες.¹⁵⁻¹⁸

Κλινική εικόνα – Επιπλοκές

Η κατάθλιψη εκδηλώνεται συνήθως με διαταραχές του συναισθήματος, όπως:

- Έλλειψη διάθεσης.
- Μείωση του ενδιαφέροντος και της ενεργητικότητας.
- Αίσθημα αδιαθεσίας και καταβολής.
- Μείωση συγκέντρωσης.
- Μείωση φυσικών και διανοητικών λειτουργιών.

Συχνά η διαταραχή εκδηλώνεται με σωματικά συμπτώματα, που περιλαμβάνουν κεφαλαλγία, αϋπνία ή υπνηλία, σύγχυση, καυσαλγίες, μείωση όρεξης, απώλεια βάρους.

Σε προχωρημένες καταστάσεις εγκαθίσταται αίσθημα ανικανότητας και αδυναμίας, ενοχές, απελπισία και αυτοκτονικός ιδεασμός.¹⁴

Στους HIV-θετικούς ασθενείς η διαταραχή είναι εντονότερη κατά την περίοδο αμέσως μετά τη διάγνωση, όπου συχνά εισβάλλει ως «αντίδραση κρίσης»¹⁴ εκδηλούμενη με απόρριψη και άρνηση, οργή, αισθήματα ενοχής, απόσυρση και σκέψεις αυτοκτονίας. Αργότερα, η ισορροπία επανέρχεται και η αυτοεκτίμηση αποκαθίσταται, στο βαθμό που αναπτύσσονται οι δεσμοί υποστήριξης και οι παραγωγικές δραστηριότητες. Η συμπτωματολογία αναζωπυρώνεται με την έναρξη συμπτωμάτων της HIV νόσου ή ενίοτε, με την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής.

Η διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης πρέπει να γίνει από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (διπολική ψύχωση, σχιζοφρένεια, αλκοολισμός), καιροσκοπικές λοιμώξεις του ΚΝΣ (φυματίωση, τοξοπλάσμωση, πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια), από σχετιζόμενη με τον HIV άνοια (HIV-related dementia), από νευροσύφιλη, από όγκους του ΚΝΣ (λεμφώματα), από μεταβολικές και ενδοκρινολογικές διαταραχές (υποθυρεοειδισμός, αναιμία, υπογοναδισμός).

Η διαταραχή επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η επίδρασή της στην πορεία

της HIV λοίμωξης παραμένει αμφιλεγόμενη. Σε μελέτες που διεξήχθησαν κυρίως σε κοινότητες ομοφυλόφιλων ανδρών, διαπιστώθηκε ταχύτερη εξέλιξη της ανοσοανεπάρκειας επί καταθλιπτικών ασθενών.¹⁹ Αν και δεν έχει τεκμηριωθεί άμεση αιτιολογική συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και HIV-ανοσοανεπάρκειας, έχει ανευρεθεί μείωση του αριθμού των natural killer cells και των CD8+ T-cells σε καταθλιπτικούς HIV ασθενείς.^{20,21} Εντούτοις, η έμμεση επίδραση της κατάθλιψης στην πορεία της νόσου είναι σαφέστερη. Συμπτώματα όπως απογοήτευση, απελπισία, απροσεξία, υπνηλία, αδιαφορία, απάθεια και αυτοεγκατάλειψη οδηγούν σε ελλιπή συμμόρφωση στην αντιρετροϊκή θεραπεία και σε επιδείνωση της κλινικής και εργαστηριακής εικόνας. Αποτέλεσμα αυτών είναι η περαιτέρω επιβάρυνση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Ανάλογες συμπεριφορές οδηγούν επίσης σε συμπεριφορές υψηλού κινδύνου και αυξάνουν τον κίνδυνο διασποράς της λοίμωξης.

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η ανάγκη αντιμετώπισης της κατάθλιψης σε HIV-θετικούς ασθενείς είναι ουσιώδους σημασίας, με σκοπό:

- Να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους
- Να ακολουθήσουν πιο πιστά το πρόγραμμα θεραπείας τους και
- Να μειωθεί ο κίνδυνος μετάδοσης της νόσου.²²

Παρά τη γνώση ότι η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε HIV λοίμωξη και η τελευταία σε επιδείνωση της κατάθλιψης, η ψυχιατρική αυτή διαταραχή παραμένει συχνά αδιάγνωστη και χωρίς θεραπεία στην καθημερινή κλινική πράξη.

Άλλοτε, η ελλιπής αντιμετώπιση των πασχόντων οφείλεται στο γεγονός ότι τα συμπτώματα είναι συχνά ανθεκτικά στη θεραπεία, ενώ δεν διενεργείται πάντοτε έγκαιρη εξέταση από ειδικούς (ψυχολόγους, ψυχιάτρους).²²

Αν και ως πρώτο βήμα προσέγγισης και αντιμετώπισης των HIV θετικών ασθενών με ψυχιατρικά συμπτώματα θεωρείται η ψυχοθεραπεία, στις περισσότερες περιπτώσεις συνιστάται η συνταγογράφηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Μέχρι σήμερα κανένα φάρμακο δεν θεωρείται ότι υπερέχει σαφώς από κάποιο άλλο σε ασθενείς με ή χωρίς HIV λοίμωξη. Η αποτελεσματικότητα εξατομικεύεται και εξαρτάται από την υποκείμενη μεταβολική διαταραχή του εγκεφάλου του ατόμου που πάσχει από μείζονα καταθλιπτική συνδρομή. Αν και ο μηχανισμός δράσης των φαρμάκων είναι

γνωστός, η νευροχημική διαταραχή που προκαλεί τα ψυχιατρικά συμπτώματα σε κάθε άτομο δεν είναι γνωστή, γι' αυτό σε πιθανή αποτυχία της αγωγής θα πρέπει να δοκιμάζονται διαφορετικές κατηγορίες φαρμάκων.²² Δυστυχώς, μεγάλο ποσοστό ασθενών εγκαταλείπουν τη θεραπεία με τα αντικαταθλιπτικά, λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών που προκαλούνται, γι' αυτό κάθε περίπτωση εξατομικεύεται και θα πρέπει να επιλέγονται τα αντικαταθλιπτικά με τις λιγότερες δυνατές ανεπιθύμητες ενέργειες για τον κάθε ασθενή.

Επιπλέον, η δοσολογία τους θα πρέπει να αυξάνεται σταδιακά ώστε να φτάσει στα θεραπευτικά όρια και να παρακολουθείται τακτικά η κλινική εικόνα, να προσδιορίζονται τα επίπεδα των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στο αίμα, όταν αυτό είναι εφικτό και να αξιολογούνται οι ανεπιθύμητες ενέργειες, ώστε να γίνονται οι απαραίτητες τροποποιήσεις δοσολογίας ή θεραπευτικού σχήματος.²²

Παρά τη συχνότητα της κατάθλιψης μεταξύ των ατόμων με HIV λοίμωξη, λίγες μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των διαφόρων κατηγοριών αντικαταθλιπτικών. Τα πιο συχνά χορηγούμενα αντικαταθλιπτικά ανήκουν στις παρακάτω κατηγορίες:²²

- Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (Selective Serotonine Reuptake Inhibitors, SSRIs).
- Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά.
- Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης κατεχολαμινών (με ιδιαίτερη μνεία στη βουπροπρόνη).
- Νοραδρενεργικά και ειδικά σεροτονινεργικά αντικαταθλιπτικά.

Πρώτης γραμμής θεραπεία στους HIV θετικούς ασθενείς θεωρούνται οι SSRIs, λόγω της αποτελεσματικότητας, ασφάλειας και καλής ανοχής τους.³ Η αποτελεσματικότητα και οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι παρόμοιες μεταξύ των διαφόρων SSRIs. Οι παράγοντες αυτοί δεν επηρεάζουν τον αριθμό των CD4 κυττάρων ή το ιικό φορτίο.³

Στις περισσότερες από τις κλινικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, έχει συγκριθεί η αποτελεσματικότητα των SSRIs με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, με κύριο εκπρόσωπο της κατηγορίας των SSRIs τη φλουοξετίνη. Η μέση αποτελεσματικότητα των SSRIs, σε ασθενείς με HIV που ολοκλήρωσαν τη συμμετοχή τους στις μελέτες, υπολογίζεται σε 75% (55-100%), ενώ είναι μεγαλύτερη όταν συγκρίνονται οι SSRIs με θεραπεία placebo. Η κατηγορία των SSRIs φαίνεται ότι έχει ακόμα μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε άτομα με σοβαρή κατάθλιψη,

όταν συνδυάζεται με ψυχοθεραπεία, ενώ, αντίθετα, άτομα με πιο ήπια συμπτώματα μπορούν να επωφεληθούν καλύτερα μόνο με ψυχοθεραπεία.³

Πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες των SSRIs θεωρούνται η αδυναμία, καταστολή, αϋπνία, ναυτία, διάρροια, σεξουαλική δυσλειτουργία και είναι οι ίδιες ανεξαρτήτως σταδίου της HIV νόσου.^{3,22} Οι ανεπιθύμητες ενέργειες αυτές σε σχετικώς λίγες περιπτώσεις επηρεάζουν τη συνέπεια των ασθενών στη λήψη των φαρμάκων αυτών και την ποιότητα της ζωής τους. Σε διάφορες μελέτες, το ποσοστό των ατόμων που εγκαταλείπουν τη θεραπεία με SSRIs είναι 30% μεταξύ των HIV θετικών και 21% μεταξύ των HIV αρνητικών ασθενών, χωρίς όμως να έχουν γίνει συγκριτικές μελέτες μεταξύ των δύο ομάδων.³

Δυσνηκτικά παρατηρούνται αλληλεπιδράσεις στη δράση των SSRIs με τα αντιρετροϊκά φάρμακα (λόγω επαγωγής ή αναστολής των ισοενζύμων κυρίως 3A4 και CYP2D6 του κυτοχρώματος P450). Τα ισοένζυμα του κυτοχρώματος P450 βρίσκονται στο κυτταρόπλασμα των ηπατικών κυττάρων και των κυττάρων του εντερικού βλεννογόνου. Επίσης, σε μικρές συγκεντρώσεις υπάρχουν σε πνεύμονες, νεφρούς και εγκέφαλο. Η φλουοξετίνη, η φλουβοξαμίνη και η παροξετίνη μεταβολίζονται από το ισοένζυμο 2D6 και η σερτραλίνη από το 3A4. Συγχρόνηση αναστολέων πρωτεάσης μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της συγκέντρωσής τους λόγω επιβράδυνσης του μεταβολισμού τους.⁴ Εντούτοις, στην κλινική πράξη λίγες μόνο από αυτές τις αλληλεπιδράσεις έχουν αναφερθεί:

- Η φλουοξετίνη μπορεί να αυξήσει τη συγκέντρωση στο πλάσμα της ριτοναβίρης κατά 19%, κυρίως μέσω αναστολής του CYP2D6. Στην κλινική πράξη δεν απαιτείται προσαρμογή της δόσης της ριτοναβίρης.^{3,23}
- Η χορήγηση ριτοναβίρης μπορεί να μειώσει τα επίπεδα της παροξετίνης έως και 55%, οπότε και χρειάζεται αναπροσαρμογή της δόσης της τελευταίας.²⁴
- Σύνδρομο σεροτονίνης έχει παρατηρηθεί μετά συγχρόνηση φλουοξετίνης και αντιρετροϊκών. Στα συμπτώματα περιλαμβάνονταν σύγχυση, ταραχή, πυρετός, διάρροια, ναυτία, εφίδρωση, εξωπυραμидικές εκδηλώσεις, συμπτώματα που υποχωρούν με τη μείωση της δόσης της φλουοξετίνης σε 20 mg/ημέρα.³

Όπως προαναφέρθηκε, με βάση τις αναφορές για τα αντιρετροϊκά και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι δυνατό να παρατηρηθούν ανεπιθύμητες ενέργειες από τη συγχρόνηση των SSRIs με τα

αντιρετροϊκά. Οι αναφορές, όμως, αυτές σχετίζονται με σχετικά μεγάλες δοσολογίες και αναμένονται νεότερες μελέτες που να υποστηρίζουν και να καθορίζουν τα όρια ασφαλείας. Η σερτραλίνη, η σιταλοπράμη και η εσιταλοπράμη θεωρούνται ότι σχετίζονται με τις λιγότερες αλληλεπιδράσεις.^{2,4,6}

Ιδιαίτερη αναφορά έχει γίνει και στη χρήση της σιταλοπράμης. Από την ανακάλυψή της μέχρι σήμερα, η χρήση της είναι ευρεία και θεωρείται ασφαλής. Ανήκει στην κατηγορία των SSRIs και μεταβολίζεται μερικώς από το κυτόχρωμα P450 2C19 (που ουσιαστικά δεν επηρεάζεται από τα αντιρετροϊκά) και μερικώς από το κυτόχρωμα P450 3A4. Ο μεταβολισμός του φαρμάκου από δύο διαφορετικά ισοένζυμα, το καλό φαρμακοκινητικό profile, η υψηλή βιοδιαθεσιμότητα, η γραμμική φαρμακοκινητική, η μειωμένη σύνδεση με τις πρωτεΐνες του ορού, κάνουν την αλληλεπίδραση με άλλα φάρμακα λιγότερο πιθανή, ενώ το κατατάσσουν στα ασφαλή φάρμακα για ασθενείς με συνυπάρχουσες παθήσεις και συγχορηγούμενες θεραπείες.⁴ Ως ανεπιθύμητες ενέργειες θεωρούνται ναυτία και έμετος (20%), εφίδρωση (18%), κεφαλαλγία (18%), ξηροστομία (17%), τρόμος (16%), καταστολή (15%) και αϋπνία (15%).⁴ Αν και οι HIV-θετικοί ασθενείς θεωρούνται πιο ευαίσθητοι στις ανεπιθύμητες ενέργειες των ψυχοτρόπων φαρμάκων, μετά τη χρήση του συγκεκριμένου φαρμάκου δεν παρατηρείται κάποια διαφορά στη συχνότητα ή τον τύπο των επιπλοκών. Οι επιδράσεις αυτές υποχωρούν σταδιακά με τον χρόνο, εκτός από τη δυσπεψία και την εφίδρωση. Νεφρικές, ηπατικές, αιματολογικές επιπλοκές, σπασμοί και εξωπυραμидικά συμπτώματα σπάνια παρατηρούνται.²⁵ Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η αναφορά ασθενούς με συλλοίμωξη από HIV και HCV, ο οποίος ανέπτυξε διπλωπία μετά τη χορήγηση σιταλοπράμης. Είναι γνωστό ότι HIV ασθενείς μπορεί να εκδηλώσουν διπλωπία στα πλαίσια της νόσου τους, λόγω καιροσκοπικών λοιμώξεων ή νεοπλασιών και επίσης ότι άτομα που λαμβάνουν ιντερφερόνη μπορεί να αναπτύξουν διπλωπία. Ο συγκεκριμένος ασθενής ελάμβανε ιντερφερόνη για ένα χρόνο, η πλήρης όμως υποχώρηση των συμπτωμάτων μετά τη διακοπή της σιταλοπράμης συνηγορεί υπέρ της συσχέτισης του φαρμάκου αυτού με την ανάπτυξη διπλωπίας.²⁵

Αν και η αποτελεσματικότητα της δράσης των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών και των SSRIs είναι παρόμοια, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά δεν προτιμώνται λόγω των ανεπιθύμητων (κυρίως αντιχολινεργικών) ενεργειών τους (ξηροστομία,

αίσθημα παλμών, καταστολή, δυσκοιλιότητα, κατακράτηση ούρων, ορθοστατική υπόταση, αύξηση σωματικού βάρους, διαταραχές όρασης).²² Οι ανεπιθύμητες ενέργειες αυτές οδηγούν συχνά σε διακοπή της θεραπείας.³ Επίσης, τα SSRIs έχουν μεγαλύτερο χρόνο ημίσειας ζωής από τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, γεγονός που κάνει λιγότερο προβληματική τη θεραπεία σε άτομα επιβαρυσμένα, που πιθανώς δεν είναι συνεπή με τη δοσολογία.²⁶

Έχει διαπιστωθεί ότι η HIV λοίμωξη επηρεάζει τα επίπεδα ντοπαμίνης στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Σε HIV-θετικά άτομα, ακόμη και χωρίς νευρολογική συνδρομή, τα επίπεδα ντοπαμίνης και των μεταβολιτών της είναι σημαντικά μειωμένα, συγκριτικά με εκείνα σε άτομα HIV-αρνητικά. Παράλληλα, υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των μειωμένων επιπέδων ντοπαμίνης στο ENY και του μειωμένου αριθμού CD4 κυττάρων. Εδώ, η βουπροπιόνη πλεονεκτεί λόγω της δράσης της στη ρύθμιση της μεταβίβασης της ντοπαμίνης. Επιπλέον, το αντικαταθλιπτικό αυτό θεωρείται ότι έχει τις λιγότερες αλληλεπιδράσεις σε συγχρόνηση με αναστολείς πρωτεάσης. Αυτό συμβαίνει γιατί η βουπροπιόνη χρησιμοποιεί κατά κύριο λόγο το ισοένζυμο 2B6 του κυτοχρώματος P450 ως μεταβολική οδό.²⁷ Ως κύριες ανεπιθύμητες ενέργειες αναφέρονται η αύπνια, ναυτία, κεφαλαλγία, ευερεθιστότητα και αγχωτικές εκδηλώσεις.²² Δεν παρατηρήθηκε τοξικότητα όταν συγχρηγήθηκε με αναστολέα πρωτεάσης, ο οποίος ανέστειλε τη δράση του 3A4 ισοενζύμου. Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, η ανταπόκριση των ασθενών στη χρήση της σταδιακής αποδέσμευσης βουπροπιόνης (75% μετά αγωγή 6 εβδομάδων) ήταν αντίστοιχη με εκείνη των SSRIs. Ο μέσος όρος αποτελεσματικής δόσης που χορηγήθηκε ήταν 265 mg/ημέρα. Διακοπή της ανωτέρω αγωγής λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών αναφέρθηκε σε ποσοστό 25%, συγκρίσιμο με εκείνο των ασθενών υπό αγωγή με SSRIs, που εγκατέλειψαν τη θεραπεία τους για τον ίδιο λόγο (27%).²⁷ Συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν η ναυτία, αύπνια και ανησυχία.²²

Αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες των τελευταίων δύο κατηγοριών αντικαταθλιπτικών περιλαμβάνουν:

- Λοιποί εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης νορεπινεφρίνης: αγχώδεις εκδηλώσεις, ναυτία, υπέρταση, καταστολή.²²
- Νοραδρενεργικά και ειδικά σεροτονινεργικά αντικαταθλιπτικά: καταστολή, αύξηση σωματικού βάρους.²²

Συμπερασματικά, η αντιμετώπιση ασθενούς με HIV λοίμωξη είναι σύνθετη και απαιτεί συνεργασία περισσότερων του ενός επιστημόνων υγείας.

- Θα πρέπει να αξιολογείται και να παρακολουθείται προσεκτικά η ψυχολογική-ψυχιατρική κατάσταση ασθενών με HIV λοίμωξη, κατά την πρώτη τους ενημέρωση, κατά την έναρξη αγωγής, αλλά και ανά τακτά χρονικά διαστήματα.
- Αν κρίνεται απαραίτητο, θα πρέπει να γίνεται παραπομπή σε ειδικούς ψυχιάτρους και συνταγογράφηση αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων.
- Οι δόσεις των αντικαταθλιπτικών θα πρέπει σταδιακά να αυξάνονται μέχρι το θεραπευτικό επίπεδο και οι ανεπιθύμητες ενέργειές τους να παρακολουθούνται στενά.
- Δοκιμή τουλάχιστον 6-8 εβδομάδων θα πρέπει να γίνεται στη μέγιστη ανεκτή δόση, πριν γίνει αλλαγή του θεραπευτικού σχήματος των αντικαταθλιπτικών.
- Αν αποφασιστεί διακοπή των αντικαταθλιπτικών, θα πρέπει να γίνεται σταδιακά ώστε να αποφεύγονται φαινόμενα απόσυρσης.
- Ασθενείς με HIV λοίμωξη θα πρέπει να ενημερώνονται για τη χορήγηση, την ασφάλεια, την αποτελεσματικότητα της αντικαταθλιπτικής αγωγής, τα αναμενόμενα θεραπευτικά οφέλη και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες.

Επομένως, στην επιλεγμένη αυτή ομάδα HIV(+) ασθενών, η επιλογή κατάλληλου αντικαταθλιπτικού παράγοντα στηρίζεται στην ισορροπία μεταξύ μέγιστης δυνατής αποτελεσματικότητας, ανεκτότερου profile ανεπιθύμητων ενεργειών και λιγότερων πιθανών αλληλεπιδράσεων με την ήδη λαμβάνουσα αντιρετροϊκή αγωγή.

Βιβλιογραφία

1. Maj M, Jansen R, Starace F, Zaudig M, Satz P, Sughondhabiom B et al. WHO neuropsychiatric AIDS study, cross-sectional phase I: study design and psychiatric findings. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:39-49.
2. Bing EG, Burnam MA, Longshore D, Fleishman JA, Sherbourne CD, London AS, et al. Psychiatric Disorders and Drug Use among Human Immunodeficiency Virus-Infected adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:721-728.
3. Caballero J, Nahata MC. Use of selective Serotonin-Reuptake Inhibitors in the treatment of Depression in adults with HIV. *Ann Pharmacother* 2005; 39:141-145.

4. Currier MB, Molina G, Kato M. Citalopram Treatment of Major Depressive Disorder in Hispanic HIV and AIDS Patients: A Prospective Study. *Psychosomatics* 2004; 45:210-216.
5. Brown GR, Rundell JR, McManis SE, Kendall SN, Zachary R, Temoshok L. Prevalence of psychiatric disorders in early stages of HIV infection. *Psychosom Med* 1992; 54:588-601.
6. Rosenberger PH, Bornstein RA, Nasrallah HA, Para MF, Whitaker CC, Fas RJ et al. Psychopathology in human immunodeficiency virus infection: lifetime and current assessment. *Compr Psychiatry* 1993; 34:150-158.
7. Sandfort TGM, DeGraaf R, Bijl RV, Schabel P. Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:85-91.
8. Silenzio VM, Pena JB, Duberstein PR, Cerel J, Knox KL. Sexual orientation and risk factors for suicidal ideation and suicide attempts among adolescents and young adults. *Am J Public Health* 2007; 97:2017-2019.
9. Wang J, Häusermann M, Ajdacic-Gross V, Aggleton P, Weiss MG. High prevalence of mental disorders and comorbidity in the Geneva Gay Men's Health Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42:414-420.
10. Kipke MD, Kubicek K, Weiss G, Wong C, Lopez D, Iverson E, et al. The health and health behaviors of young men who have sex with men. *J Adolesc Health* 2007; 40:342-350.
11. Mimiaga MJ, Reisner SL, Vanderwarker R, Gaucher MJ, O'Connor CA, Medeiros MS, et al. Polysubstance use and HIV/STD risk behavior among Massachusetts men who have sex with men accessing Department of Public Health mobile van services: implications for intervention development. *AIDS Patient Care STDS* 2008; 22:745-751.
12. Frost DM, Parsons JT, Nanín JE. Stigma, concealment and symptoms of depression as explanations for sexually transmitted infections among gay men. *J Health Psychol* 2007; 12:636-640.
13. Perdue T, Hagan H, Thiede H, Valleroy L. Depression and HIV risk behavior among Seattle-area injection drug users and young men who have sex with men. *AIDS Educ Prev* 2003; 15:81-92.
14. Ostrow DG. Psychiatric considerations in Human Immunodeficiency Virus Disease. In: AIDS, etiology, diagnosis, treatment and prevention. *DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA eds, 4th edition, Lippincot-Raven* 1997.
15. Rihs TA, Begley K, Smith DE, Sarangapany J, Callaghan A, Kelly M, et al. Efavirenz and chronic neuropsychiatric symptoms: a cross-sectional case control study. *HIV Med* 2006; 7:544-548.
16. Boly L, Cafaro V, Dyner T. Depressive symptoms predict increased incidence of neuropsychiatric side effects in patients treated with efavirenz. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2006; 42:514-515.
17. Journot V, Chene G, De Castro N, Rancinan C, Casuto JP, Allard C, et al - ALIZE Study Group. Use of efavirenz is not associated with a higher risk of depressive disorders: a substudy of the randomized clinical trial ALIZE-ANRS 099. *Clin Infect Dis* 2006; 42:1790-1799.
18. Clifford DB, Evans S, Yang Y, Acosta EP, Goodkin K, Tashima K, et al. Impact of efavirenz on neuropsychological performance and symptoms in HIV-infected individuals. *Ann Intern Med* 2005; 143:714-721.
19. Burack JH, Barrett DC, Stall RD, Chesney MA, Ekstrand ML, Coates TJ. Depressive symptoms and CD4 lymphocyte decline among HIV-infected men. *JAMA* 1993; 270:2568-2573.
20. Penzak SR, Reddy YS, Grimsley SR. Depression in patients with HIV infection. *Am J Health Syst Pharm* 2000; 57:376-386.
21. Leserman J, Petitto JM, Perkins DO, Folds JD, Golden RN, Evans DL. Severe stress, depressive symptoms, and changes in lymphocyte subsets in human immunodeficiency virus-infected men. A 2-year follow-up study. *Arch Gen Psychiatry*. 1997; 54:279-285.
22. Angelino AF, Treisman GJ. Management of psychiatric disorders in patients infected with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis* 2001; 33:847-856.
23. Ouellet D, Hsu A, Qian J, Lamm JE, Cavanaugh JH, Leonard JM, et al. Effect of Fluoxetine on Pharmacokinetics of Ritonavir. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy* 1998; 42:3107-3112.
24. Lee MJ, Blenke AAM, Rongen GA, Wissen CP, Koopmans PP, Pharo C, et al. Interaction study of the combined use of Paroxetine and Fosamprenavir-Ritonavir in healthy subjects. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy* 2007;51:4098-4104.
25. Dorell K, Cohen MA, Huprikar SS, Gorman JM, Jones M. Citalopram-induced Diplopia. *Psychosomatics* 2005;46:91-93.
26. Rabkin JG, Wagner GJ, Rabkin R. Fluoxetine treatment for depression in patients with HIV and AIDS: a randomised, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry*.1999;156:101-107.
27. Currier MB, Molina G, Kato M. A prospective trial of sustained-release Bupropion for depression in HIV-seropositive and AIDS patients. *Psychosomatics* 2003;44:120-125.

Ομάδες αυτοβοήθειας: Η δυναμική τους για τα HIV οροθετικά άτομα

Μ.Χ. Κωνσταντινίδης

Περίληψη

Το άρθρο παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά των ομάδων αυτοβοήθειας, την προβληματική που έχει αναπτυχθεί αναφορικά με τη σχέση επαγγελματιών/οργανώσεων και ομάδων αυτοβοήθειας, την προσφορά τους σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο, αλλά και την αναγκαιότητα της δημιουργίας τους για τα HIV-οροθετικά άτομα. Οι ομάδες αυτές αυτοβοήθειας αυξάνουν διαρκώς, χωρίς όμως να έχουν ουσιαστικό λόγο στη διεκδίκηση των δικαιωμάτων και στην επίλυση δύσκολων και συχνά περίπλοκων και πολύμορφων θεμάτων που ανακύπτουν από την εξάπλωση της επιδημίας. Σήμερα, αν και το HIV/AIDS παρουσιάζεται πλέον ως χρόνια νόσος, η απαραίτητη αλλαγή ή και τροποποίηση για «απο-στιγματισμό» σε κοινωνικό επίπεδο δεν έχει ακόμη σημειωθεί.

Λέξεις - κλειδιά: Ομάδες αυτοβοήθειας, HIV-οροθετικά άτομα, αυτοοργάνωση, αλληλοϋποστήριξη.

Self-help groups: Their dynamics for HIV people

Μ.Χ. Konstadinidis

Abstract

This article presents the characteristics of self-help groups, the problematic relationship that has been developed between professionals/organizations and self-groups, their contribution in individual and social level, and their necessity for HIV people. Self-help groups are continuously increasing, but they do not have any critical role to the demand of rights or the resolution of difficult and usually complicated issues emerging from the spread of the epidemic. Nowadays, although HIV/AIDS is regarded as a chronic disease, the necessary social change for "de-stigmatization" has not yet been established.

Key words: Self-help groups, HIV- positive people, self-organization, mutual help.

Κοιν. Λειτουργός Msw,
Συμβουλευτικός Σταθμός
για το HIV/AIDS-ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.,
Συνεργάτης Τμήματος
Κοινωνικής Εργασίας,
Α.Τ.Ε.Ι. Αθήνας

Social worker,
Msw Consultative Station
for HIV/AIDS, Collaborator
of the Faculty of Social Work,
Athens

Εισαγωγή

Ο Peter Kropotkin,¹ το 1901, δημοσίευσε το άρθρο του «Αμοιβαία βοήθεια: ένας παράγοντας εξέλιξης». Αν και το άρθρο αυτό ανατυπώθηκε πολλές φορές, το θέμα των ομάδων αυτοβοήθειας έτυχε μικρής προσοχής στο πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα. Στη βιβλιογραφία, για τις επόμενες πέντε δεκαετίες δεν εμφανίστηκαν άλλες σχετικές έρευνες. Εξάιρεση αποτέλεσε μια μελέτη για τον θεραπευτικό ρόλο των ομάδων των ανώνυμων αλκοολικών ατόμων. Στη δεκαετία του '60, παρ' όλη τη συστηματική αύξηση των ομάδων αυτοβοήθειας, δημοσιεύθηκαν μόνο ευκαιριακές περιγραφικές εκθέσεις μελέτης περιπτώσεων συγκεκριμένων οργανισμών ή περισσότερο γενικές έρευνες από συγγραφείς από την κοινωνική εργασία, την ψυχολογία και άλλους κλινικούς τομείς. Ο Sagarin,² το

1969, δημοσίευσε το βιβλίο "Odd man In: Societies of deviants in America" που αποτελεί την πρώτη έκθεση των οργανισμών αυτοβοήθειας/αμοιβαίας βοήθειας και αυτών που συστάθηκαν από άτομα με ειδικές ανάγκες ή με άλλες δυσλειτουργίες αλλά και αυτών που δημιουργήθηκαν από περιθωριακές (παρεκκλίνουσες) ομάδες, όπως πρώην κρατούμενους, ψυχικά ασθενείς, ομοφυλόφιλα άτομα, χρήστες τοξικών ουσιών κ.ά. Μελέτες για τα θεραπευτικά αποτελέσματα τέτοιων ομάδων διαφώτισαν κάποιες πλευρές της συμμετοχής σε ομάδες αυτοβοήθειας και συνέβαλαν στην ανάπτυξη της θεωρίας της αυτοβοήθειας.

Οι ομάδες αυτοβοήθειας είναι ομάδες ατόμων που έχουν ένα κοινό πρόβλημα και το μοιράζονται. Ενώνεται εθελοντικά για να καλύψουν ένα συγκεκριμένο στόχο ή για να βελτιώσουν την κατάσταση

τους. Το 1986, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), δια μέσω της Χάρτας της Οττάβας για την προαγωγή της υγείας, θεωρώντας τις ομάδες αυτοβοήθειας ως έναν από τους κυριότερους άξονες στη φροντίδα της υγείας, διατύπωσε γι' αυτές τον ακόλουθο ορισμό: «η συγκέντρωση ατόμων που πάσχουν από μια συγκεκριμένη ασθένεια με σκοπό να ασκήσουν μεγαλύτερο έλεγχο πάνω στην ίδια τους την υγεία, αλλά και τη λήψη κατάλληλων αποφάσεων σε διαφορετικές φάσεις της ζωής». Επιπλέον, η Χάρτα της Οττάβας, έδωσε έμφαση στην ανάπτυξη ομάδων αυτοβοήθειας πολιτών με χρόνιες ασθένειες.³

Πολλοί συγγραφείς προσπάθησαν να διατυπώσουν ορισμούς για το τι είναι ομάδα αυτοβοήθειας. Σύμφωνα με τη Μεταλληνού,⁴ αυτοβοήθεια είναι η ενεργοποίηση ευαισθητοποιημένων πολιτών για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που οι ίδιοι αντιμετωπίζουν, μέσα σε ένα πλαίσιο συλλογικότητας και αλληλεγγύης. Ο Kurtz⁵ αναφέρει ότι μια ομάδα αυτοβοήθειας είναι υποστηρικτική, εκπαιδευτική, συνήθως προσανατολισμένη στην αλλαγή, που επιλαμβάνεται ενός προβλήματος ή κατάστασης που μοιράζονται στη ζωή τους όλα τα μέλη.

Όπως υπογραμμίζει ο McLeon,⁶ το ελκυστικό στοιχείο του κινήματος της αυτοβοήθειας, θεωρείται πως αφορά σε δύο παράγοντες: α) ότι μπορούν να δημιουργηθούν ακόμα κι αν λείπουν επαγγελματικοί πόροι και β) ότι τα άτομα που συμμετέχουν στις ομάδες εκτιμούν θετικά την εμπειρία να μιλήσουν σε άλλους «που ξέρουν πώς νιώθει κανείς» όταν έχει το ίδιο πρόβλημα. Ο Yalom⁷ υπογραμμίζει ότι η ομάδα αυτοβοήθειας χρησιμοποιεί όλους σχεδόν τους θεραπευτικούς παράγοντες, ιδίως τον αλτρουισμό, τη συνεκτικότητα, την καθολικότητα, τη μιμητική συμπεριφορά, την παροχή (ενστάλαξη) ελπίδας και την κάθαρση. Είναι ανοιχτή και εύκολα προσβάσιμη και προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη σε οποιονδήποτε μοιράζεται τα προσδιορισμένα χαρακτηριστικά της ομάδας.

Το γεγονός ότι οι ομάδες αυτοβοήθειας είναι αυτοδιαχειριζόμενες και λειτουργούν από τα μέλη και για τα μέλη, χωρίς την παρουσία ειδικών, βοηθά τους συμμετέχοντες στο να μοιράζονται τις προσωπικές τους εμπειρίες και να προσφέρουν αμοιβαία υποστήριξη μοναδικής ποιότητας. Η έμφαση που δίνεται τα τελευταία χρόνια στη μελέτη και αξιοποίηση των ομάδων αυτοβοήθειας, έχει αναμφίβολα θετικές διαστάσεις. Παρ' όλα αυτά, ένας υπαρκτός κίνδυνος, ο οποίος είναι ιδι-

αίτερα ορατός στις Η.Π.Α. όπου το κίνημα των ομάδων αυτοβοήθειας είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένο, είναι η πλήρης αφομοίωση και ενσωμάτωσή τους από τα κυρίαρχα συστήματα υγείας.⁸ Οι πιο διαδεδομένες ομάδες αυτοβοήθειας αφορούν σε άτομα ψυχικά πάσχοντα, άτομα εξαρτημένα από ουσίες ή οινόπνευμα, άτομα με σωματικές αναπηρίες, αιματολογικά σύνδρομα, άτομα με ειδικές ανάγκες, κ.ά. Ωστόσο, στην Ελλάδα, όταν γίνεται αναφορά σε ομάδες αυτοβοήθειας, εννοούνται οι ανώνυμοι χρήστες ενδοφλεβίων ουσιών ή τα αλκοολικά άτομα.

Χαρακτηριστικά των ομάδων αυτοβοήθειας

Δομή

Η βιβλιογραφία σχετικά με τις οργανωτικές και δομικές πλευρές των ομάδων αυτοβοήθειας είναι περιορισμένη. Οι συγγραφείς έχουν καταλήξει σε μια ευρεία συναίνεση ότι οι δομές καθορίζονται κυρίως από τα κοινά προβλήματα και τις εμπειρίες των μελών, τα οποία λειτουργούν ταυτόχρονα ως πομποί και δέκτες βοήθειας. Ο Katz⁹ προσδιόρισε τα δομικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά που διέκριναν τις ομάδες αυτοβοήθειας από τις συμβατικές μορφές των κοινωνικών ομάδων των οργανισμών. Ανάμεσά τους είναι: η οριζόντια επικοινωνία, η απαιτούμενη προσωπική εμπλοκή, ένας χαρακτηριστικός καταμερισμός εργασίας, η διαδικασία λήψης αποφάσεων της ομάδας και η επικέντρωση στην εκπαίδευση των μελών και στην αλλαγή τους, μέσα από τη διαδικασία ανάληψης συγκεκριμένων καθηκόντων.

Οι Traunstein και Steinman¹⁰ διαπίστωσαν ότι η γραφειοκρατία και ο επαγγελματισμός που επικρατούν στους συνήθεις οργανισμούς ανθρώπινων υπηρεσιών, απουσιάζουν από τις ομάδες αυτοβοήθειας. Η οργανωτική δομή των ομάδων αυτοβοήθειας αντικατέστησε τον επαγγελματικό ελιτισμό, με την αλληλεγγύη και την αυτονομία των μελών της. Ο Todres¹¹ παρατήρησε ότι μολονότι οι περισσότερες ομάδες έχουν τυπική δομή κι ένα καταστατικό, ο κανόνας είναι οι άτυπες δημοκρατικές διαδικασίες και υπάρχει εκτεταμένη συμμετοχή των μελών. Η Hamilton¹² προσθέτει ότι ο τρόπος διοίκησης αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την αποτελεσματικότητά τους. Όταν η μορφή ηγεσίας από μέρους των ιδρυτών της ομάδας είναι αυταρχική, τότε εμποδίζεται η συμμετοχή των μελών της και η ομάδα αυτοβοήθειας εξασθενεί. Τέλος, ο Katz,⁹ με βάση τις τάσεις τους να κινούνται από τον

αυθορμητισμό προς την τυποποίηση και γραφειοκρατικοποίηση, εισήγαγε ένα αναπτυξιακό πρότυπο των ομάδων αυτοβοήθειας.

Ιδεολογία

Οι ομάδες αυτοβοήθειας ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό, πρώτον όσον αφορά στην έκταση την οποία κατέχουν και δεύτερον, στην ιδεολογία και στο σύστημα πεποιθήσεων που διαδίδουν στα μέλη τους. Τέτοια συστήματα πεποιθήσεων ενδέχεται να περιλαμβάνουν ιδέες σχετικά με την πρόληψη, τη φύση και τα μέσα αντιμετώπισης των προβλημάτων των μελών, σχετικά με την αποτελεσματικότητα των καθιερωμένων επαγγελματικών θεραπειών ή σχετικά με τις κοινωνικές αλλαγές που χρειάζονται για την πρόληψη και την καταπολέμηση του προβλήματος. Ο Antze¹³ τονίζει ότι το θέμα της ιδεολογίας στις ομάδες αυτοβοήθειας, αποτελεί μια διαδικασία πειθούς μέσα από την οποία τα μέλη αρχίζουν να πιστεύουν μια σειρά από διδασκαλίες και δόγματα. Αυτά τα δόγματα δεν αντιμετωπίζονται από τα μέλη ως ένα αφηρημένο σύνολο πεποιθήσεων, αλλά μάλλον ως μια ζωντανή πραγματικότητα που επιβεβαιώνεται από την καθημερινή εμπειρία.

Ο Levy¹⁴ συνέταξε ένα κατάλογο επτά «γνωστικά προσανατολισμένων διαδικασιών» που λειτουργούν στις ομάδες αυτοβοήθειας, συμπεριλαμβανομένων και της αποκάλυψης της εμπειρίας των μελών, της ανταλλαγής πληροφοριών, της επέκτασης εναλλακτικών αντιλήψεων, της ομόφωνης επικύρωσης και της υποκατάστασης κουλτούρας, μέσα από την οποία μπορούν να συμβούν αλλαγές ταυτότητας. Με εξαίρεση την ανταλλαγή πληροφοριών, όλες αυτές οι διαδικασίες περιλαμβάνουν ένα ιδεολογικό στοιχείο, αφού όλες είναι μέρος μιας γνωστικής αναδόμησης που οι ομάδες αυτοβοήθειας διεγείρουν στα μέλη τους. Η αλλαγή στάσης απέναντι στην κοινωνία που προτείνει κάθε ομάδα, είναι μια έμμεση επιβολή της ιδεολογίας της. Ως προς την αυστηρότητα, οι ιδεολογίες των ομάδων αυτοβοήθειας, μπορεί να τοποθετηθούν σε μια κλίμακα που ποικίλλει από μια δομημένη, καλά αναπτυγμένη ιδεολογία που εμπεριέχεται συχνά σε μια βίβλο, μέχρι μια «χαλαρή», πιο διάχυτη ιδεολογία, που αφήνει περιθώρια για ανάπτυξη και αλλαγή. Τέλος, η ενεργός συμμετοχή φαίνεται να συνδέεται και με το βαθμό στον οποίο η ιδεολογία, όπως και η δομή της ομάδας, επιτρέπουν ή ενθαρρύνουν την ατομική έκφραση.

Αυτοβοήθεια και αλλαγή

Στις ομάδες αυτοβοήθειας εντοπίζονται δύο κύριες κεντρικές διαδικασίες. Διακρίνονται σε αυτές που συνεισφέρουν α) στην αλλαγή σε προσωπικό επίπεδο και β) σε αυτές που συμβάλλουν στην κοινωνική αλλαγή.

1. Αυτοβοήθεια και προσωπική αλλαγή

Οι εσωτερικές διαδικασίες των ομάδων αυτοβοήθειας που προσδιορίζουν την προσωπική αλλαγή είναι οι εξής:

- Θεραπευτική αρχή του παρέχοντος βοήθεια.

Κατά τον Weissman,¹⁵ όταν ένα άτομο με προβλήματα βοηθάει κάποιο άλλο με το ίδιο πρόβλημα, το πρώτο ωφελείται στον ίδιο βαθμό ή ακόμα και περισσότερο από το δεύτερο. Πιθανοί λόγοι γι' αυτό το αποτέλεσμα ωφέλειας, είναι η ανάδειξη σε μια ανώτερη θέση που σχετίζεται με τον ρόλο αυτό, δηλαδή αυξημένη εμπιστοσύνη του ατόμου στον εαυτό του, που προέρχεται από την ατομική προσωπική υγεία, η οποία είναι αρκετή για να βοηθήσει το άτομο κάποια άλλα άτομα, αλλά και επιπλέον την πειθώ, ώστε να πειστεί κάποιος ότι μπορεί να αλλάξει συμπεριφορά. Οι Mantell et al.¹⁶ τονίζουν ότι αυτοί που υποφέρουν από κάποιο συγκεκριμένο πρόβλημα είναι ιδιαίτερα ικανοί να συμβουλευούν άλλους με το ίδιο πρόβλημα. Αυτό έχει ονομαστεί βιωματική ενσυναίσθηση. Ένα τρίτο μέρος της αρχής της θεραπείας του παρέχοντος βοήθεια, είναι ότι μέλη της ομάδας που έχουν προσαρμοστεί επιτυχώς, βοηθούν άλλους, λειτουργώντας ως ζωντανό μοντέλο προς ταύτιση.

- Νοητική αναπαράσταση.

Πρόκειται για τη διαδικασία επανεμφάνισης και επαναπλαισίωσης του προβλήματος του μέλους ή της αποκλίνουσας συμπεριφοράς και η τοποθέτησή τους σε ένα πιο αποδεκτό πλαίσιο. Η διαδικασία αυτή συνδέεται επίσης με την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης των μελών.

- Εφαρμογή της βιωματικής μάθησης και διασπορά πληροφοριών/συμβουλών.

Ο Borhman¹⁷ διατυπώνει, εύστοχα, ότι η βιωματική γνώση είναι η αλήθεια που μαθαίνει κανείς από προσωπική εμπειρία μιας κατάστασης, σε αντιδιαστολή με την αλήθεια που επιτυγχάνεται υπό τη συνάρτηση της εκλογικευμένης παρατήρησης, τον αντικατοπτρισμό, ή την πληροφόρηση που προέρχεται από άλλους. Η Killelea¹⁸ υπογραμμίζει ότι οι ομάδες αυτοβοήθειας δίνουν λιγότερη σημασία στους ψυχοδυναμικούς παράγοντες και

στα διοικητικά θέματα και επικεντρώνονται στη δράση και στην έμφαση της «εδώ και τώρα συμπεριφοράς».

- Αποδοχή και υποστήριξη.

Οι ομάδες αυτοβοήθειας συχνά θεωρούνται ως ασφαλές ή προστατευτικό περιβάλλον, όπου προσφέρεται ψυχοκοινωνική υποστήριξη, σχεδόν δίχως όρους και η «παραβατικότητα» είναι αποδεκτή.

- Μάθηση νέων συμπεριφορών και στάσεων.

Ο Levy¹⁴ υποστηρίζει ότι η ανάπτυξη ενός περιβάλλοντος αποδοχής, εναλλακτικής κουλτούρας και κοινωνικής δομής, μπορεί να αναπτύξει στα μέλη νέους ορισμούς των προσωπικών τους ταυτοτήτων και νέους κανόνες για τον ορισμό της αυτοεκτίμησής τους.

- Ευκαιρίες για αυτοαποκάλυψη.

Η αυτοαποκάλυψη είναι η ανοικτή συζήτηση των προβλημάτων ενός μέλους. Πολλές ομάδες δίνουν έμφαση στον τρόπο μιας τελεουργικής εκμυστήρευσης και μειώνουν μ' αυτόν τον τρόπο το αίσθημα απομόνωσης των μελών.

2. Αυτοβοήθεια και κοινωνική αλλαγή

Μια άλλη διάσταση της δραστηριότητας των ομάδων αυτοβοήθειας είναι η ύπαρξη στόχων και δραστηριοτήτων που επιχειρούν να φέρουν αλλαγή στην ευρύτερη κοινωνία. Το θέμα αυτό έχει γίνει αντικείμενο έντονης διαφωνίας στη βιβλιογραφία των ομάδων αυτοβοήθειας. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν εκείνοι οι συγγραφείς που πιστεύουν ότι η δραστηριότητα της αυτοβοήθειας εμπεριέχει εγγενώς μια πολιτική πρόκληση στην υπάρχουσα δομή και εξουσία και εκείνοι που υποστηρίζουν ότι οι ομάδες αυτοβοήθειας επικεντρώνονται σχεδόν αποκλειστικά στην αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου. Οι πρώτοι υποστηρίζουν ότι ο μη επαγγελματικός χαρακτήρας της αυτοβοήθειας απειλεί την πρωτοκαθεδρία των επαγγελματιών και ότι οι ομάδες αυτοβοήθειας καταπνίγουν/αποσοβούν επιθυμίες για ουσιαστική κοινωνική αλλαγή με το να επικεντρώνονται αποκλειστικά στα προβλήματα του ατόμου. Ένας κύριος υποστηρικτής της άποψης ότι οι ομάδες αυτοβοήθειας είναι από τη φύση τους καταλύτες κοινωνικής αλλαγής είναι ο Volcano,¹⁹ ο οποίος υποστηρίζει ότι οι ομάδες αυτοβοήθειας είναι μέρος της «γενικής πολιτιστικής επανάστασης» και είναι «προσανατολισμένες στην επίτευξη νέων ελευθεριών και ισορροπίας για το άτομο».

Ομάδες αυτοβοήθειας στην υγεία και σχέσεις με επαγγελματίες των υπηρεσιών

Στις αρχές της δεκαετίας του '70, ένας σημαντικός αριθμός επαγγελματιών κλινικών επιστημονικών κλάδων (ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι), στράφηκε στις μεθόδους, στις αρχές και στους οργανισμούς αυτοβοήθειας. Οι ίδιοι οι οργανισμοί θεωρούνταν κάποιες φορές ως βοηθητικοί επαγγελματικών υπηρεσιών, άλλοτε ως μία εναλλακτική λύση ή υποκατάστατο βοήθειας και αντίθετα κάποιες φορές, ως πιθανοί ανταγωνιστές των καθιερωμένων επαγγελματιών και των επαγγελματικών τρόπων βοήθειας. Οι ομάδες αυτοβοήθειας (self-help groups) δημιουργήθηκαν για να παρέχουν μη θεσμική στήριξη στους ανθρώπους που πάσχουν από ορισμένες ασθένειες, για να εκπαιδεύσουν γενικότερα πάνω σε μια συγκεκριμένη ασθένεια, να προωθήσουν την έρευνα, να ασκήσουν πίεση για την αλλαγή των συνθηκών και κυρίως για να μοιραστούν γνώσεις και εμπειρίες μεταξύ των ατόμων.²⁰

Οι Herlich και Pierret²¹ υποστηρίζουν ότι οι ομάδες αυτοβοήθειας που εστιάζονται στις ασθένειες, είναι ένα φαινόμενο σχετικά καινούργιο και είναι μέρος μιας μεγαλύτερης κίνησης διαμαρτυρίας που παρουσιάζεται στις δυτικές κοινωνίες. Όπως άλλωστε τονίζει η Nettleton,²⁰ στη σημερινή εποχή οι ασθενείς διαφοροποιούνται από τους ασθενείς του παρελθόντος και δεν είναι απλά παθητικοί δέκτες φροντίδας, αλλά χορηγούν βοήθεια και φροντίδα, γεγονός που έχει αναγνωριστεί από τους κοινωνιολόγους της υγείας και της ασθένειας. Έτσι, τα άτομα και οι κοινωνικές ομάδες συνεισφέρουν γνώσεις που μπορούν να ξεπεράσουν ορισμένες φορές τους λεγόμενους ειδικούς των επαγγελματιών υγείας, επιτυγχάνοντας να δημιουργήσουν μια νέα σχέση με τα υπόλοιπα μέλη του κοινωνικού συνόλου.

Οι Rivera και Gallardo²² αναφέρουν ότι «διαφορετικά πρόσωπα της κοινότητας γνωρίζονται και οργανώνονται σε ομάδες γύρω από το κοινό τους πρόβλημα, είτε πρόκειται για ειδικές περιστάσεις, είτε θέματα υγείας, χωρίς να χρειάζεται πολλές φορές η βοήθεια ή η ώθηση των επαγγελματιών». Γενικά, όταν τα άτομα με προβλήματα υγείας χρειάζονται συμβουλές ή συναισθηματική βοήθεια, αισθάνονται καλύτερα να τη ζητήσουν από φίλους, συναδέλφους ή ομάδες ατόμων με το ίδιο πρόβλημα πριν απευθυνθούν σε ειδικούς. Κυρίως στις πρώτες φάσεις της ασθένειας οι ομάδες αυτές είναι ανεκτίμητης αξίας, αφού βοηθούν να

ξεπεραστεί η κοινωνική απομόνωση και η μοναξιά. Επιπλέον, επειδή πολλά από τα μέλη τους έχουν εξειδικευτεί στη φροντίδα, είναι δυνατόν να συνεισφέρουν και πρακτική βοήθεια, η οποία προσφέρει μια θετική θεώρηση στους ασθενείς. Η πρακτική βοήθεια διευκολύνεται από την αλληλεγγύη που επιτυγχάνεται ανάμεσα σε άτομα με το ίδιο πρόβλημα.²⁰

Όπως σημειώνει η Σιβρή,²³ οι ομάδες αυτοβοήθειας μπορούν να βοηθήσουν να αντιμετωπιστεί το κοινωνικό στίγμα και οι επιπτώσεις του. Μπορούν να κινητοποιήσουν την ανάπτυξη δυναμικών ομάδων και να οδηγήσουν στη δημιουργία κοινωνικών κινήσεων για τη μείωση του στιγματισμού. Όπως αποδεικνύει η έρευνα του Ouellette,²⁴ στην περίπτωση του HIV/AIDS σε επίπεδο ομαδικό, η εδραίωση της αλληλεγγύης ανάμεσα στα μέλη μιας ομάδας αυτοβοήθειας, μπορεί να οδηγήσει στη διεκδίκηση αλλαγών σε πολιτικό επίπεδο. Επιπλέον, ωθεί στην κινητοποίηση των ενδιαφερομένων ως καταναλωτών φροντίδας, στη δημιουργία ατόμων περισσότερο δραστήριων και επίσης, τους ενσωματώνει σε δραστηριότητες που βοηθούν στο να ξεπεραστούν οι προκαταλήψεις και ο κοινωνικός αποκλεισμός.

Συχνά, ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στις ομάδες αυτοβοήθειας είναι συγκεχυμένος. Ουσιαστικά, πρόκειται για μια αντιφατική σύζευξη. Η αυτοβοήθεια μπορεί να οργανωθεί μονάχα από τους άμεσα ενδιαφερόμενους που ζουν με το πρόβλημα. Οι πιθανές, κατάλληλες, ή επιθυμητές σχέσεις με τους επαγγελματίες στους τομείς των υπηρεσιών, είναι ίσως το πιο πολυσυζητημένο, κρίσιμο και επίμαχο θέμα που τίθεται σχετικά με τις ομάδες αυτοβοήθειας. Είναι γεγονός ότι η ασάφεια του θέματος αυτού, προβληματίζει έντονα τους επαγγελματίες που εμπλέκονται στην αυτοβοήθεια. Πολλά είναι τα ζητήματα που ανακύπτουν, όπως π.χ. η φύση της βοήθειας, οι ομοιότητες και οι διαφορές μεταξύ των δύο μορφών βοήθειας και σκέψης, η εκπαίδευση, η πιστότητα, το αντίστοιχο κόστος, κ.ά.

Οι ομάδες αυτοβοήθειας έχουν τον ίδιο φαινομενικό στόχο, να προωθούν την ευημερία των μελών τους, όπως άλλωστε και οι επαγγελματίες υγείας και οι οργανισμοί ανθρωπίνων υπηρεσιών, που έχουν ως σκοπό να εξασφαλίζουν την ευημερία των προσερχόμενων ατόμων. Υπάρχουν, συνεπώς, διάφορες παρατηρήσεις σχετικά με το πώς αυτά τα διαφορετικά συστήματα υπηρεσιών, θα πρέπει να συνδέονται μεταξύ τους. Τονίζοντας

μια ευρέως διαδεδομένη άποψη, ο Levy¹⁴ επισημαίνει ότι εφόσον οι ομάδες αυτοβοήθειας συνιστούν ένα μέρος της παράταξης των ανθρωπίνων υπηρεσιών, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι προετοιμασμένοι να αναγνωρίζουν σε αυτές έναν έγκυρο ρόλο.

Σε μια διαδεδομένη παραλλαγή τους σήμερα, οι ομάδες αυτοβοήθειας συχνά οργανώνονται αρχικά από επαγγελματίες υγείας, για να περάσουν σε δεύτερο στάδιο στην πλήρη διαχείρισή τους από τους ίδιους τους ενδιαφερόμενους. Έτσι, ψυχίατροι, γιατροί λοιπών ειδικοτήτων, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι αλλά και εξειδικευμένοι νοσηλευτές μπορούν να οργανώσουν τη σύστασή τους, αρχικά μέσω μιας ανακοίνωσης, αν υπάρχουν ήδη κάποια αιτήματα εκ μέρους των ενδιαφερομένων για συμμετοχή σε μια τέτοιου είδους δράση. Έτσι, στις πρώτες συναντήσεις συμμετέχει ένας ειδικός συντονίζοντας την ομάδα. Επίσης, μια άλλη παραλλαγή, είναι η συμμετοχή επαγγελματιών που προσκαλούνται στο πρώτο μέρος της συνάντησης μόνο, αφήνοντας στη συνέχεια την ομάδα να αυτενεργήσει.

Οι Gartner και Riessman²⁵ βλέπουν τις ομάδες αυτοβοήθειας ως παράγοντες αλλαγής, πιστεύουν ότι αυτές οι ομάδες μπορούν να βελτιώσουν τις κοινωνικές υπηρεσίες και προτείνουν μια ανάμειξη επαγγελματικών και μη επαγγελματικών λειτουργιών και δραστηριοτήτων. Όμως, οι περισσότεροι υποστηρικτές αυτής της άποψης δεν εστιάζουν στις δυσκολίες που εμποδίζουν το δρόμο προς τη συνεργασία την οποία προτείνουν, ούτε λαμβάνουν υπόψη τους τις διαφορές που υπάρχουν στο είδος και την ποιότητα της βοήθειας που προσφέρεται αντίστοιχα από τους οργανισμούς ειδικών και τους μη ειδικούς. Σε αντίθεση με την παραπάνω άποψη, άλλοι συγγραφείς πιστεύουν ότι κάθε σύστημα έχει διακεκριμένα, αν όχι αντικρουόμενα, πλεονεκτήματα, και ότι αυτά θα πρέπει να αναγνωριστούν και να διατηρηθούν ανεξάρτητα.

Ο Henry²⁶ θεωρεί ότι η μορφή του δεσμού της ομάδας αυτοβοήθειας με την επαγγελματική κοινότητα αποτελεί παράγοντα που διαμορφώνει τη στάση που παίρνει μια ομάδα απέναντι στην κοινωνική αλλαγή. Υποστηρίζει ότι οι στενοί δεσμοί με τον επαγγελματικό κόσμο είναι ένας παράγοντας απαγορευτικός για την ανάπτυξη της συγκέντρωσης στην κοινωνική αλλαγή. Επιπροσθέτως, σημειώνει ότι πολλές ομάδες αυτοβοήθειας έχουν ιδρυθεί από επαγγελματίες και επομένως,

επηρεάζονται, ώστε να υιοθετήσουν τις επικρατούσες κοινωνικές στάσεις αποδοχής της επαγγελματικής κυριαρχίας τους. Σε γενικές γραμμές, στους ογκώδεις σχολιασμούς σχετικά με τις σχέσεις επαγγελματικών και μη ειδικών ομάδων αυτοβοήθειας κυριαρχεί ένα συνεργατικό μοντέλο, παρόλο που έχει διάφορες μορφές.

Όπως έχει αναφερθεί, μελέτες έχουν δείξει ότι τα μέλη, μέσα από την αλληλεπίδραση ανάμεσα σε εκείνα και στην ομάδα με τα ίδια χαρακτηριστικά, αποκτούν δύναμη και ενότητα. Ο Montagnier²⁷ σημειώνει ότι οι ομάδες στήριξης και συναντήσεων των ατόμων με HIV/AIDS, που έχουν οργανωθεί από διάφορους συλλόγους έχουν μεγάλη χρησιμότητα, διότι επιτρέπουν στον καθένα να εκφραστεί και να ανταλλάξει την εμπειρία του με άλλους ανθρώπους που επίσης ζουν με τον ιό. Παρακάτω παρατίθενται ορισμένα χαρακτηριστικά αποσπάσματα αφηγήσεων των συμμετεχόντων σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Rivera και Gallardo²² στην Ισπανία, σχετικά με τις ομάδες αυτοβοήθειας για HIV-οροθετικά άτομα, που αποδεικνύουν τα προαναφερθέντα:

«Η προσφορά, κοινωνική και ψυχολογική, που υπάρχει από τα νοσοκομεία δεν είναι αρκετή, γι' αυτό έρχομαι στην ομάδα».

«Η στήριξη από τους επαγγελματίες διαρκεί 35 και 45 λεπτά... δεν σε καλύπτει. Στην ομάδα αυτοβοήθειας έχουμε όλοι χρόνο».

«Προσπαθούμε μήπως κάτι αλλάξουμε, να μας αντιμετωπίζουν σαν ανθρώπους κι όχι σαν περιστατικά σε μια επιδημία».

Παρόμοιες είναι επίσης οι αφηγήσεις των συμμετεχόντων σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Μεξικό,²⁸ με συμμετοχική παρατήρηση σε συναντήσεις ομάδων αυτοβοήθειας HIV-οροθετικών ατόμων (αλλά και συνεντεύξεις σε βάθος και ομαδικές συνεντεύξεις), η οποία κατέδειξε τη σπουδαιότητα του «ανήκειν» σε μια ομάδα για τα μέλη. Χαρακτηριστικά είναι τα παρακάτω αποσπάσματα από συμμετέχοντες-μέλη ομάδων αυτοβοήθειας:

«Οι συζητήσεις της ομάδας με βοηθάνε πολύ να πάω μπροστά, γιατί ακούς τα σχόλια των υπολοίπων, αυτό εμένα με βοηθάει, μου δίνει δύναμη, λες... άμα εκείνος μπορεί, εγώ γιατί όχι;».

«Είναι σημαντικό, γιατί εμείς μιλάμε την ίδια γλώσσα! Εάν κάποιος έχει μια αμφιβολία ρωτάει τον άλλο και μεταξύ μας μαθαίνουμε. Αλληλοϋποστηρίζομαστε, γιατί να πας σε έναν ψυχολόγο;».

Όπως σημειώνουν οι Rivera και Gallardo,²² οι ομάδες αυτοβοήθειας στις σχετικές με το HIV/

AIDS οργανώσεις και υπηρεσίες διαδραματίζουν έναν ρόλο πολύ καιρικό και σημαντικό. Βοηθούν στην επανενσωμάτωση των ατόμων και διευκολύνουν στην αποδοχή αυτού του νοσήματος. Οι ομάδες προσφέρουν μια ιδεολογία που δίνει νόημα στις ειδικές περιστάσεις της καθημερινής ζωής. Προσφέρουν μια ευκαιρία για αυτοαποκάλυψη και αμοιβαία στήριξη και συγχρόνως φροντίζουν συναισθηματικά τα μέλη. Επίσης, προσφέρουν πρότυπα θετικών συμπεριφορών και στρατηγικές για την αντιμετώπιση πολυποίκιλων θεμάτων, καθώς και βοήθεια και προτάσεις από την εμπειρία των υπολοίπων μελών.

Η αναγκαιότητα δημιουργίας και ανάπτυξης ομάδων αυτοβοήθειας ατόμων που ζουν με τον ιό HIV

Στις δυτικές χώρες (κεντροδυτική Ευρώπη και βόρειο Αμερική), η εξάπλωση της επιδημίας προκάλεσε πολλές θεσμικές μεταβολές και εστίες κοινωνικής δράσης στην κοινωνία των πολιτών. Αυτές εκπροσωπούνται από οροθετικά άτομα, οργανώσεις ομοφυλοφίλων -που είναι και η ομάδα που πλήττεται περισσότερο από τον ιό HIV-, οργανώσεις πολιτών κ.ά. Στην Ελλάδα, ο κυβερνητικός φορέας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης που επιλαμβάνεται μεταξύ άλλων λοιμωδών νοσημάτων και του HIV/AIDS, είναι το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.). Όπως όμως αναφέρει η Μπότση,²⁹ πρέπει να σημειωθεί ότι στο Διοικητικό Συμβούλιο του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. συμμετέχουν κατά πλειοψηφία ιατροί και εκπροσωπείται η εκκλησία, αλλά δεν εκπροσωπούνται οι ειδικές ομάδες που το θέμα τις αφορά (π.χ. οροθετικά άτομα, ομοφυλόφιλοι/ες, εκδιδόμενες γυναίκες) αλλά ούτε και συμμετέχουν κοινωνικοί επιστήμονες.

Πρώτη προσπάθεια δημιουργίας σχετικής Μη Κυβερνητικής Οργάνωσης (ΜΗ.ΚΥ.Ο.) στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε το 1989 από τον Σύλλογο "Ελπίδα" και ακολούθησαν ως σήμερα άλλες τέσσερις: το Κέντρο Ζωής, η ACT UP, η ομάδα «Σύνθεση» και το «ΕΣΥ» στη Θεσσαλονίκη. Από αυτές τις οργανώσεις, μόνο το Κέντρο Ζωής³⁰ λειτουργεί ένα κέντρο ημέρας (δύο ημέρες την εβδομάδα), το οποίο προσφέρει ψυχολογική βοήθεια μέσω των ομάδων αυτοστήριξης και εκπαιδευμένων εθελοντών, ώστε τα άτομα που ζουν με το HIV/AIDS να αντιμετωπίσουν αυτή την πρόκληση πιο αποτελεσματικά και δημιουργικά στη ζωή τους. Επίσης, η ΜΗ.ΚΥ.Ο. «Σύνθεση» έχει δημιουργήσει

στο παρελθόν ομάδες υποστήριξης οροθετικών ατόμων με θετικά αποτελέσματα. Οι ομάδες όμως αυτές στάθηκε αδύνατο να επαναδημιουργηθούν, λόγω απροθυμίας των οροθετικών να ζητήσουν μια τέτοια υπηρεσία, γεγονός το οποίο αποδίδεται όχι μόνο στο ίδιο το κοινωνικό στίγμα της HIV-οροθετικότητας, αλλά και στην ελληνική νοοτροπία, σύμφωνα με την οποία «οι ομάδες στήριξης είναι κάτι εντελώς ανοίκειο». Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δεν προκύπτει καμία καταγραφή άλλων, ανάλογων δράσεων στην Ελλάδα, σχετικά με αυτοοργάνωση ή αυτοβοήθεια.

Η συλλογικότητα που επέδειξαν οι άλλες ευρωπαϊκές χώρες υπολείπεται εμφανώς στην Ελλάδα, όπου η άμεσα ενδιαφερόμενη ομάδα δεν έχει λόγο και συμμετοχή στις αποφάσεις και δράσεις που την αφορούν. Δεν έχει πραγματοποιηθεί καμία προσπάθεια εκ μέρους της πολιτείας για την ένταξη πολιτών που ζουν με τον HIV σε αρμόδια όργανα ή για την υποστήριξη αυτοοργάνωσής τους. Ακολουθώντας το βιοϊατρικό μοντέλο, επικρατεί ο λόγος των ειδικών, ο λεγόμενος επιστημονικός λόγος, ο οποίος αναπαράγεται μονοδιάστατα, αφήνοντας έξω από τις αναλύσεις την υποκειμενικότητα του βιώματος. Ο αποκλεισμός της ομάδας επιβλήθηκε άνωθεν και αναπαράχθηκε, ώστε σήμερα να απουσιάζουν σε όλη την επικράτεια οι συλλογικές δράσεις αυτοεκπροσώπησης για τη διεκδίκηση δικαιωμάτων από τους ίδιους τους ενδιαφερόμενους.

Ένας επιπλέον βασικός λόγος εξήγησης αυτής της απουσίας είναι ο στιγματισμός των οροθετικών ατόμων. Στη συλλογική συνείδηση, το AIDS συνδέθηκε κατά πρώτον με την ομοφυλοφιλία και κατά δεύτερον με τους χρήστες παράνομων ναρκωτικών ουσιών. Σύμφωνα με την Sontag,³¹ οι τρόποι μετάδοσης του HIV (διά μέσου της σεξουαλικής επαφής και του αίματος), του προσέδωσαν έντονο σημασιολογικό και συμβολικό φορτίο, με συνέπεια την εκδήλωση φοβικών και απορριπτικών αντιδράσεων προς τα προσβεβλημένα άτομα. Παραμένει ακόμα και σήμερα για κάποιους μια μυστηριώδης «αρρώστια», άμεσα συνδεδεμένη με τον θάνατο, που νοείται ως τιμωρία για ηθικά επαίσχυντη συμπεριφορά. Πρόκειται λοιπόν για μια διπλή αποκάλυψη, ένα διπλό στιγματισμό που οδηγεί σε διακρίσεις, περιθωριοποίηση και κοινωνικό αποκλεισμό. Ιδιαίτερα τα άτομα με ομοφυλόφιλο σεξουαλικό προσανατολισμό αλλά και άτομα ουσιοεξαρτημένα -που συνήθως διατηρούν επισφαλή κοινωνικά δίκτυα

σχέσεων- βιώνουν κοινωνική αποστέρωση τη στιγμή που έχουν ακόμα περισσότερο την ανάγκη να ανήκουν σε μια ομάδα, δεδομένου ότι ήδη στην πλειοψηφία τους ζουν σε μια κατάσταση αποκλεισμού εξαιτίας της σεξουαλικής διαφορετικότητάς ή της χρήσης ουσιών.

Τα άτομα αυτά αισθάνονται στην πραγματικότητα τραυματισμένα σε σχέση με την αντίληψη που έχουν για τον εαυτό τους. Ειδικότερα στα οροθετικά άτομα, σύμφωνα με διάφορους συγγραφείς (Burry,³² Αγραφιώτη και συν,³³ Κωνσταντινίδη,²⁸ Nettleton²⁰), η «εισβολή» του ιού αποτελεί μια «βιογραφική ρήξη» στο μέτρο που προκαλεί όχι μόνο αλλαγές στην οργάνωση της ζωής αλλά και στην εικόνα που έχουν για τους εαυτούς τους και στην ερμηνεία που δίνουν στη μόλυνση. Ο κοινωνικός αποκλεισμός τους οφείλεται -εκτός των άλλων παραγόντων- και στην αδυναμία τους να αυτοοργανωθούν σε ομάδες. Η μόλυνση από τον ιό βιώνεται συνήθως μοναχικά ως ένα μυστικό, αν και αυτή συμμετέχει ενεργά στην κατασκευή ενός «νέου εαυτού», δημιουργώντας μια βιογραφική ρήξη και ένα ανεξίτηλο χάσμα ανάμεσα στο πριν και στο μετά, αμέσως μετά την ανακοίνωση στο άτομο του θετικού αποτελέσματος.

Στην Ελλάδα κυριαρχεί ο αποκλεισμός και η κοινωνική αποστέρωση εξαιτίας διαφορετικού σεξουαλικού προσανατολισμού. Η ανυπαρξία ελεύθερου και ασφαλούς χώρου για τα HIV-οροθετικά άτομα κάνει περισσότερο επιτακτική την ανάγκη για δημιουργία και ανάπτυξη ομάδων αυτοβοήθειας, η φιλοσοφία των οποίων (αλληλοβοήθεια, αλληλεγγύη) είναι συνυφασμένη με τις πολιτιστικές παραδόσεις της χώρας σε όλη την μακρά ιστορική πορεία της. Όπως υπογραμμίζει ο Λαϊνός,³⁴ «τα παραδοσιακά δίκτυα υποστήριξης στην Ελλάδα χαρακτηρίζονταν πάντα από μια λογική αμοιβαίας βοήθειας». Η αυτοβοήθεια αναδεικνύεται ως αξιόπιστη εναλλακτική λύση, εισάγοντας τον δυτικό άνθρωπο σε αξίες συλλογικότητας και αλληλεγγύης, αναιρώντας την παθητικότητα ή την εκχώρηση αποθεραπείας συχνά σε ανεπαρκείς ειδικούς.

Σύμφωνα με μελέτες,^{5,9,14,18,22,28} τα άτομα που έχουν υψηλό επίπεδο ψυχοκοινωνικής βοήθειας έχουν καλύτερη συναισθηματική και φυσική κατάσταση. Οι Goodkin και συνεργάτες,³⁵ μελετώντας τη σχέση ανάμεσα στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και την κυτταροτοξικότητα του natural killer cell («κυττάρου-φονιά») σε HIV-οροθετικά άτομα, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ενεργός

αντιμετώπιση εκ μέρους των συμμετεχόντων στην έρευνα σχετιζόταν με βελτίωση της λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος. Επιπλέον, η έρευνα των Reed και συνεργατών³⁶ έδειξε ότι η ψυχολογική κατάσταση και η αποδοχή της πραγματικότητας της μόλυνσης ενδέχεται να σχετίζονται με τη μακροζωΐα. Οι ψυχοκοινωνικές μεταβλητές μπορούν να επηρεάσουν την υγεία και την ασθένεια. Ο Τούντας³⁷ εύστοχα τονίζει ότι η υγεία εκτός από βιολογικό είναι και κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο προσδιορίζει την ποιότητα των σχέσεων που διατηρούν οι άνθρωποι με το περιβάλλον τους, καθώς και μεταξύ τους. Έτσι, η διαδικασία ενσωμάτωσης σε ομάδες αυτοβοήθειας μπορεί να κατανοηθεί ως ανάγκη του ατόμου για να αντιμετωπίσει προβλήματα υγείας μαζί με άλλα άτομα με όμοια προβλήματα, αλλά και σαν αντίσπαθση στο έλλειμμα ή τη χαλάρωση κοινωνικών δικτύων που έχει δημιουργηθεί στη μεταμοντέρνα εποχή του 21^{ου} αιώνα.

Αρκετά προσερχόμενα άτομα στις Μ.Ε.Λ. (Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων) φοβούνται την κοινωνική έκθεση, ακόμα και στην αίθουσα αναμονής. Πρόσφατα, ο «Η.», ένας νεαρός οροθετικός, άλλαξε ιατρό και νοσοκομείο διότι δεν άντεχε –όπως ανέφερε σε μια συνεδρία- «την αίθουσα αναμονής με τα ερευνητικά βλέμματα των υπολοίπων αλλά και τους ψιθύρους ανάμεσα στα μέλη της gay κοινότητας της πόλης» όπου ζει, ότι «μάλλον είναι οροθετικός» (σημειώσεις του συγγραφέα κατά τη διάρκεια συνεδριών στον Συμβουλευτικό Σταθμό του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.). Έτσι προτιμά να μετακινείται στην Αθήνα μία φορά το τρίμηνο για την προγραμματισμένη επίσκεψη στον ιατρό. Είναι γεγονός, ότι υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός ατόμων που φοβούνται ακόμα να προσέλθουν στις σχετικές με το HIV/AIDS υπηρεσίες. Στον Συμβουλευτικό Σταθμό του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. στο Νοσοκομείο «Α. Συγγρός», κάποιοι δίνουν ψευδώνυμα και μικρά ονόματα, ψευδείς περιοχές διαμονής και κυρίως μόνο κινητά τηλέφωνα. Μετά, βεβαίως, από ένα χρονικό διάστημα και με την εγκατάσταση επαγγελματικής σχέσης με τον Σύμβουλο (Κοινωνικό Λειτουργό, Ψυχολόγο), τα άτομα νιώθουν περισσότερο ασφαλή και είναι περισσότερο έτοιμα να κάνουν αποκαλύψεις και να ξεκινήσουν μια εποικοδομητική σχέση συνεργασίας.

Είναι, όμως, επίσης σημαντικός ο αριθμός προσερχόμενων στον Συμβουλευτικό Σταθμό που θα επιθυμούσε τη συμμετοχή σε μια ομάδα, αν και στην πορεία δεν το πραγματοποιεί από φόβο ότι

δεν θα τηρηθεί το απόρρητο εκ μέρους των μελών της ομάδας. Τα κίνητρα που έχουν τα άτομα ώστε να θέλουν να συμμετέχουν σε μια ομάδα, είναι πολλά και ποικίλα, μεταξύ των οποίων η επιθυμία για αλληλοεμπύχωση, το ενδιαφέρον να μάθουν από τα υπόλοιπα άτομα πως βίωσαν ή και ξεπέρασαν ορισμένα δύσκολα θέματα, η πληροφόρηση, οι νέες θεραπείες, η συνεύρεση με άτομα που μπορούν να τους καταλάβουν καλύτερα. Ο «Κ.», 28 ετών, όταν ρωτήθηκε γιατί θέλει να ενταχθεί σε μια ομάδα, μου απάντησε: «Θέλω να γνωρίσω κι άλλα άτομα, να ακούσω τις εμπειρίες τους να με βοηθήσουν, εκεί θα με καταλάβουν καλύτερα, έχουν περάσει τα ίδια». Ένας άλλος, ο «Α.», 32 ετών, ανέφερε: «Νομίζω ότι θα με βοηθούσε να δω πώς τα καταφέρνουν οι άλλοι, τι κάνουν, πώς ανταπεξέρχονται» (σημειώσεις του συγγραφέα κατά τη διάρκεια συνεδριών στον Συμβουλευτικό Σταθμό). Όμως, η επιθυμία αυτή αφορά κυρίως σε κλειστές ομάδες εμπύχωσης θεραπευτικού χαρακτήρα και όχι σε ομάδες αυτοβοήθειας, στις οποίες η ενδεχόμενη κοινωνική έκθεση είναι ακόμα μεγαλύτερη, δεδομένου ότι σε αυτές συχνά σχεδιάζονται και οργανώνονται δράσεις στην κοινότητα.

Οι ομάδες αυτοβοήθειας βοηθούν το άτομο να αποφύγει το στίγμα μιας καθορισμένης κατάστασης αποκλεισμού. Δημιουργούν ένα κοινωνικό, φιλικό δίκτυο, ένα προσωπικό κώδικα και συμβολικό χώρο. Βοηθούν να αλλάξουν μύθοι και προκαταλήψεις που υπάρχουν. Βοηθούν ακόμη το άτομο να ξαναβρεί τον εαυτό του ανάμεσα σε άτομα που ζουν με το ίδιο πρόβλημα, με «μια αλήθεια που δε λέγεται». Επίσης προσφέρουν έναν κοινωνικό χώρο για άτομα που δεν μπορούν να εκφραστούν σε άλλους χώρους. Για τον Carlan³⁸ οι ομάδες στήριξης συγκρίνονται με το μοντέλο μιας ιδανικής οικογένειας και προωθούν ψυχολογικά την αίσθηση της κοινότητας. Ο Fritz³⁹ εύστοχα συμπληρώνει, ότι η συγκέντρωση ατόμων με τα ίδια προβλήματα μειώνει το αίσθημα αυτολύπησης και χαμηλής αυτοεκτίμησης και τροποποιεί την αντίληψη ότι τα άτομα αυτά είναι «abnormal», «περιεργοί» ή «θύματα». Οι ομάδες αυτοβοήθειας έχουν μετατραπεί σε χώρους δύναμης, σε μέσο διαλόγου και συμμετοχής. Από τις αφηγήσεις της έρευνας με μέλη ομάδων αυτοβοήθειας²⁸ διαφαίνεται η σπουδαιότητα της επιλογής τους για συμμετοχή στην ομάδα. Χαρακτηριστικά είναι τα παρακάτω αποσπάσματα:

«Αισθανόμουν μονάχος, είναι η ανάγκη να σπάσεις τη σιωπή που ένας οροθετικός ζει και σκέφτεται

πως είναι ο μοναδικός. Από εδώ δεν βγαίνει τίποτα έξω, στην ομάδα μπορούμε να πούμε ότι θέλουμε, και εδώ θα μείνει, εδώ παρηγορούμαστε, κλαίμε, γκρινιάζουμε, και εδώ μένει το πράμα και έξω δεν βγαίνει».

«Για μένα δεν υπάρχει άλλος χώρος!... δυστυχώς δεν υπάρχει».

Οι ομάδες αυτοβοήθειας προσφέρουν ανταλλαγή γνώσεων και προσπαθούν να επηρεάσουν την κοινωνική πολιτική αλλά και να βελτιώσουν την παρεχόμενη βοήθεια και το έργο των αρμοδίων οργανισμών. Ορισμένοι από τους στόχους είναι να πετύχουν μεγαλύτερη κάλυψη φαρμάκων αλλά και την προάσπιση άλλων δικαιωμάτων τους:

«Εδώ προσπαθούμε να κάνουμε γνωστά τα θέματά μας στην τοπική κυβέρνηση, να ενωθούμε για να έχουμε πιο δυνατή φωνή. Είναι ασφαλές να έρχεται κάποιος εδώ, αισθάνεται αρμονία, τα συζητάμε όλα, όχι μονάχα τα της υγείας».²⁸

Στην ομάδα εγκαθιδρύεται μια αίσθηση του «ανήκειν», ένας κοινός σκοπός. Επιπλέον, η ομάδα παίρνει την έννοια της οικογένειας με έμμεσο τρόπο και αποτελεί ένα χώρο στήριξης και αλληλεγγύης. Χαρακτηριστική είναι η αφήγηση ενός συμμετέχοντα στην έρευνα:

«Εδώ... βρίσκεσαι μια οικογένεια, μια ομάδα όπου υπάρχουν άτομα που έχουν το ίδιο πρόβλημα και μια οικογένεια με τα συν και τα μείον, όπως όλες, γιατί αν το σκεφτείς είναι ένα παγκόσμιο ζήτημα. Να βρεις μια οικογένεια διαφορετική, στηρικτική!».²⁸

Αποτελέσματα ερευνών^{7,22,28} τονίζουν ότι οι ομάδες αυτοβοήθειας δεν είναι ανταγωνιστικές, αλλά επικουρικές στα υπάρχοντα προγράμματα βοήθειας και οι άμεσα ενδιαφερόμενοι μπορούν να συμμετέχουν και να ωφελούνται και από τα δύο. Οι DeVita και συνεργάτες⁴⁰ επισημαίνουν ότι οι ομάδες στήριξης, οι «εθελοντές φίλοι» και οι επαγγελματίες υγείας, είναι πηγές επίσημης υποστήριξης και μπορούν να γίνουν όλο και περισσότερο σημαντικές, καθώς η αλληλεπίδραση μεταξύ των ιατρικών και ψυχοκοινωνικών ζητημάτων στη διαχείριση της HIV λοίμωξης, αποτελεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για τα οροθετικά άτομα. Χρειάζεται ίσως χρόνος για να συνειδητοποιηθεί ότι η συμμετοχή σε ομάδες αυτοβοήθειας δεν αποτελεί υποκατάσταση της θεραπείας, ωστόσο είναι απαραίτητο οι δημόσιοι οργανισμοί να διατεθούν φιλικά ως προς τις ομάδες αυτές. Το τελευταίο θα έχει ως αποτέλεσμα όχι μόνο το να δίνεται άδεια χρήσης χώρων, αλλά και το να προσκαλούνται οι ομάδες να πραγματοποιούν τις συναντήσεις τους σε χώ-

ρους όπου ιστορικά μπορεί να μην είχαν ποτέ παρουσία, όπως για παράδειγμα σε κλινικές και νοσοκομεία. Έτσι, θα δημιουργηθεί πλαίσιο για την αυτενέργεια των οροθετικών ατόμων.

Επιπλέον, στην εκπαίδευση των ειδικοτήτων ψυχοκοινωνικής στήριξης και παραϊατρικών επαγγελματιών, απαιτείται να δοθεί έμφαση στην ιδέα της πολλαπλής παροχής βοήθειας μέσα από ομάδες αυτοβοήθειας και επιπροσθέτως, στη σπουδαιότητα της σύνδεσης των ενδιαφερομένων και με άλλα δίκτυα φροντίδας. Ο ρόλος των ιατρών είναι καίριος, επειδή μπορούν να συστήσουν ή να παραπέμψουν τον ασθενή τους σε μια ομάδα. Επιπλέον, όσον αφορά στους θεράποντες ιατρούς, η συμμετοχή σε ομάδες αυτοβοήθειας των HIV-οροθετικών ασθενών τους, μπορεί να αποδειχθεί ύψιστης σημασίας και ωφέλειας. Δημιουργείται και αναπτύσσεται ένας άλλος τύπος ασθενή, περισσότερο ενεργητικός, δραστήριος και συνεργάσιμος. Η διάχυση των πληροφοριών μεταξύ των συνθεραπευομένων, η ενότητά τους και η αλληλοϋποστήριξη, ενδυναμώνουν ακόμα περισσότερο την επαγγελματική σχέση μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου.

Άλλωστε, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η επιδημία της HIV λοίμωξης, ανέδειξε κατά τρόπο φυσικό την Ιπποκράτεια αντίληψη για τη σχέση ιατρού-ασθενή και τη δυναμική του Ιπποκράτειου όρκου. Μελετώντας τον όρκο νομίζει κανείς ότι, αν και χιλιάδες χρόνια πριν, θα μπορούσε να είχε γραφεί ειδικά για τη σχέση ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή με HIV/AIDS. Ο ιατρός υποχρεώνεται να μιλήσει με τον ασθενή, να ακούσει πολύ περισσότερες πληροφορίες από τις διάφορες εκφάνσεις της κοινωνικής ζωής του (σεξουαλική, εργασιακή, κ.ά.), δημιουργώντας έτσι μια πιο ουσιαστική σχέση. Ο Montagnier²⁷ επικυρώνει τα παραπάνω γράφοντας: «απαιτείται πολυδιάστατη αντιμετώπιση του ασθενούς, η οποία να λαμβάνει υπόψη της το πλαίσιο της ζωής του» και συνεχίζει στο ίδιο πνεύμα, ότι «η νέα αυτή αντίληψη δεν μπορεί παρά να επεκταθεί μελλοντικά και σε όλες τις υπόλοιπες χρόνιες ασθένειες», τοποθετώντας έτσι την παροχή ιατρικής φροντίδας ως μέρος μιας αναγκαίας εμφανώς ολιστικής ιατρικής πράξης.

Επίλογος

Αναφορικά με τις ομάδες αυτοβοήθειας, πολλά θέματα αναζητούν διευκρινίσεις και απαντήσεις.

Ανάμεσα στα ερωτηματικά συγκαταλέγονται:

- Αν μπορεί να υπάρξει ένας κοινός ορισμός των ομάδων αυτοβοήθειας.
- Ποια είναι η ιδανική σχέση -αν αυτή μπορεί να υπάρξει- μεταξύ ομάδων αυτοβοήθειας και των ειδικών.
- Κατά πόσο μπορεί μια ομάδα αυτοβοήθειας να εξελιχθεί σε έναν εθνικό οργανισμό αυτοβοήθειας, χωρίς να χάσει τον αρχικό σκοπό και στόχο της, τη δομή της και γενικά τη φιλοσοφία ύπαρξής της.
- Ποιος ο ρόλος των ομάδων αυτοβοήθειας στις διαδικασίες κοινωνικής αλλαγής.
Τα θεωρητικά ερωτήματα μπορούν να παραμένουν αναπάντητα. Η ουσία αυτής της συμμετοχής είναι ότι οι ομάδες αυτοβοήθειας κινούνται από τον μονόλογο του ατομικού βιώματος στον διάλογο του συλλογικού.

Βιβλιογραφία

1. Kropotkin P. Mutual Aid: A Factor of Evolution. Heinemann, London, 1901.
2. Sagarin E. Odd man In: Societies of Deviants in America (Unknown Binding), 1969.
3. Salleras L. Educacion sanitaria. Principios, metodos y aplicaciones. Diaz de Santos. Madrid, 1986.
4. Μεταλληνού Μ. Η εμπειρία μιας ομάδας γονέων με τη φιλοσοφία της αυτοβοήθειας. *Τετράδια ψυχιατρικής* 2006;96:159.
5. Kurtz L. Self-help and support groups. A handbook for practioners. Sage publications, London, New Delhi, 1997.
6. McLeon J. Εισαγωγή στη συμβουλευτική (Μτφ. Δ. Καραθάνου & Α. Μαρκαντώνη). Μεταίχμιο, Αθήνα, 2005.
7. Yalom I. Θεωρία και πράξη της ομαδικής ψυχοθεραπείας (Μτφ. Ε. Ανδριτσάνου & Δ. Κακατσάκη). Άγγρα, Αθήνα, 2006.
8. Humphreys K., Welhgart K.R., Horst D., Joshi A.A., Finney J.W. Circles of recovery: Self-help organizations for addictions. Cambridge University Press, United Kingdom, 2004.
9. Katz A. Self-help and mutual aid: An emerging social movement? *Annual review of sociology* 1981;7:129-155.
10. Traunstein D., Steinman R. Voluntary Self-Help Organizations: an Exploratory Study, Nonprofit and Voluntary Sector. *Journal of Voluntary Action Research* 1973;2(4):230.
11. Todres R. Professional attitudes, awareness and use of self-help groups. *Prevention in human services* 1982;1:91-98.
12. Hamilton M. *Drug and Alcohol Research Team*. Department of Public Health and Community Medicine, The University of Melbourne. Victoria, Australia, 1992.
13. Antze P. Shared ideology in Alcoholics Anonymous: A grounded theory approach. *Journal of Health Communication* 1997;2:83-99.
14. Levy L.H. Self-Help Groups: Types and Psychological Processes. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 1976;12(3):310.
15. Weissman E. Mutual Aid in Low-cost Housing *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science* 1960;329:107-114.
16. Mantell J., Hedrick P.W., Gineran M.E., Ewing E.P. Social Work and Self-Help Group. *Psychological aspects of students* 1976;1:86-108.
17. Borman L.D. Borck L.E. Hess R. & Pasquale F.L. Helping people to help themselves: Self-help and prevention. Haworth Press, New York, 1982.
18. Killelea M. Support Systems and Mutual Help. Grune & Stratton, New York, 1976.
19. Volcano H. A self-help guide for compulsive eaters. Berkley, New York, 1972.
20. Nettleton S. Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας. Δάρδανος-Τυπωθήτω, Αθήνα, 2002.
21. Herlich C. Pierret, J. Illness and self in society. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1991.
22. Rivera J. Gallardo C. Grupos de ayuda mutua y asociaciones relacionadas con la salud, claves de un nuevo modelo socio-sanitario. Plaza y Valdés, México, 2005.
23. Σιβρή Χ. Το AIDS ως κοινωνική νόσος: Η περίπτωση της Ελλάδας. *Διδακτορική διατριβή*, Πάντειο Πανεπιστήμιο, τμήμα Κοιν. Πολιτικής και Κοιν. Ανθρωπολογίας, 2001.
24. Ouellette S. AIDS and Volunteer Associations: Perspectives on Social and Individual Change. *Milbank Quarterly* 1990;68:280-294.
25. Gartner A. Riessman F. The self-help revolution. Human Sciences, New York, 1982.
26. Henry S. The Dangers of Self-help Groups. *New Society* 1978;44:654-656.
27. Montagnier L. Ιοί και άνθρωποι-AIDS: γεγονότα, έρευνες και προβληματισμοί, (Μτφ. Χ. Καζλαρής). Κάτοπτρο, Αθήνα, 1995.
28. Konstantinidis M. Experiencias y perspectivas de personas que viven con VIH/SIDA en cuanto el momento dediagnostico y su vida cotidiana. Un estudio cualitativo. *Tesis de maestria*, Facultad de Trabajo Social, Universidad Autonoma de Nuevo Leon, Mexico, 2007.

29. Μπότση Χ. Αντιμετωπίζοντας την επιδημία του AIDS: Το κράτος και οι οργανώσεις των πολιτών. Στο: HIV/AIDS-βασικές γνώσεις. Μ.Ε.Λ. Νοσοκομείου «Α. Συγγρός», Ζαγοραίος, Αθήνα, 2001.
30. Ενημερωτικό φυλλάδιο της Μη Κυβερνητικής Οργάνωσης Κέντρο Ζωής, 2009.
31. Sontag S. Το AIDS και οι μεταφορές του (Μτφ. Λυκιαρδόπουλος Γ. & Ροζάνης Σ.) Ύψιλον, Αθήνα, 1996.
32. Bury M. Social constructionism and the development of medical sociology. *Sociology of health and Illness* 1988;8:137-169.
33. Αγραφιώτης Δ. Μεταλληνού Ο. Πάντζου Π. Τσελέπη Χ. Χειρισμός της καθημερινής ζωής των ατόμων που ζουν με HIV/AIDS. Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, 1996.
34. Λαϊνάς Σ. Προάγοντας την αυτοβοήθεια στην αντιμετώπιση της εξάρτησης στην Ελλάδα. *Κοινωνία & Ψυχική Υγεία* 2007;5:4-6.
35. Goudkin K., Blaney T., Feaster D. et al. Active coping style is associated with natural killer cell cytotoxicity in asymptomatic HIV-I seropositive homosexual men. *Journal of Psychosomatic Research* 1992;36:635-650.
36. Reed G.M., Kemeny M.E., Taylor S.E., Wang H., Visscher B.R. Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychology* 1994;13:299-307.
37. Τούντας Γ. Κοινωνία και υγεία. Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα, 2001.
38. Caplan G. *An Approach to Community Mental Health*. Grune & Stratton, New York, 1961.
39. Fritz H. Empoderamiento y cambios en la posición de las mujeres. Un estudio ilustrativo. *Tesis de maestría*. FLASCO, México D.F., julio 2002.
40. DeVita V. Hellman S. Rosenberg S. *AIDS-Etiology, Diagnosis, Treatment and Prevention*. Lippincott-Raven, Philadelphia-New York, 1997.

Η διαχείριση του HIV στο χώρο εργασίας: Διλήμματα και προκλήσεις στην εποχή της συνδυαστικής αγωγής

Χ. Παπαθανασίου

Περίληψη

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι ο προσδιορισμός των στρατηγικών που αναπτύσσουν τα HIV οροθετικά άτομα προκειμένου να εξασφαλίσουν την ένταξή τους στην αγορά εργασίας σε Ελλάδα και Γαλλία. Όταν κάποιος πληροφορείται τη μόλυνση από τον HIV, έρχεται αντιμέτωπος με το δίλημμα να αποκρύψει ή να αποκαλύψει το γεγονός της οροθετικότητας στο εργασιακό του περιβάλλον. Ελάχιστοι οροθετικοί ρισκάρουν τη θέση τους, αποκαλύπτοντας την ορολογική τους κατάσταση, κυρίως εξαιτίας του κοινωνικού στίγματος. Η πλειοψηφία των οροθετικών ατόμων κρατά την HIV λοίμωξη μυστική, προσέχοντας συνεχώς τον τρόπο που μιλά και ενεργεί. Μεταξύ της αποσιώπησης και της αποκάλυψης υπάρχει μια τρίτη επιλογή, αυτή της μερικής αλήθειας. Αν και οι οροθετικοί αποκαλύπτουν ότι νοσούν, δηλώνουν άλλες ασθένειες με παρόμοια συμπτωματολογία, οι οποίες όμως δεν είναι κοινωνικά στιγματισμένες.

Λέξεις - κλειδιά: HIV οροθετικότητα, χώρος εργασίας, στρατηγικές διαχείρισης, συνδυαστική αγωγή, μυστικό, στίγμα.

Coping with HIV infection in the workplace: A survey in Greece and France

Ch. Papathanasiou

Abstract

The purpose of this research is to identify the strategies HIV-infected persons in France and Greece develop in order to secure their integration in the work market. When people find out they are infected by HIV, they face the dilemma whether to conceal or to reveal it to their workplace. Few people risk their position by revealing their HIV+ status, mainly due to social discrimination. Most of them appear to keep their contamination secret. They always have to be careful about the way they talk or act. Apart from concealment or revelation there is a third possibility: that of "partial truth". Although they reveal they are ill, they claim other diseases with similar symptoms, not socially discriminated.

Key words: Infected by HIV, seropositivity, workplace, HIV management, combination therapies, discrimination.

Εισαγωγή

Η απασχόληση και ο χώρος εργασίας διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στην κοινωνική ένταξη του ατόμου. Η επαγγελματική δραστηριότητα μπορεί να αποτελέσει πηγή ψυχολογικής υποστήριξης για την αντιμετώπιση της ασθένειας, ενώ η απώλεια της εργασίας, όταν δεν αποτελεί επιδίωξη του ατόμου που νοσεί, οδηγεί συχνά σε ένα είδος κοινωνικού θανάτου, ο οποίος προηγείται του βιολογικού που έρχεται ως «φυσική» κατάληξη

του πρώτου. «Το να πολεμάς αυτό, τον πιθανό κοινωνικό θάνατο, είναι σαν να πολεμάς για την επιβίωσή σου», γράφουν οι Bertau et al.¹

Η αλλαγή της ορολογικής κατάστασης επιφέρει μια σειρά από μεταβολές στην καθημερινή ζωή του ατόμου. Κατά τη διάρκεια της ασυμπτωματικής φάσης, καμία ιδιαίτερη σωματική αλλαγή δεν παρουσιάζεται.² Η ανακοίνωση της οροθετικότητας, όμως, μπορεί να προκαλέσει ψυχολογικές διαταραχές όπως έντονο άγχος ή κατάθλιψη, που

ενδέχεται να έχουν επιπτώσεις στην επαγγελματική ζωή του ατόμου με HIV (ελλειμματική προσοχή, απομόνωση κ.τ.λ.).

Η είσοδος στη συμπτωματική φάση οδηγεί σε αναδόμηση της καθημερινότητας. Συχνά ραντεβού για αιματολογικές εξετάσεις και συστηματική παρακολούθηση από το θεράποντα ιατρό, λήψη φαρμακευτικής αγωγής σε σταθερή ώρα, διαχείριση των ανεπιθύμητων ενεργειών -οι οποίες κάποιες φορές είναι πολύ σοβαρές κ.τ.λ.-, είναι μερικά από τα νέα στοιχεία που προστίθενται στην καθημερινότητα των οροθετικών ατόμων. Η προσαρμογή των επαγγελματικών καθηκόντων, η ρύθμιση του ωραρίου, η μερική απασχόληση ή η απασχόληση στο σπίτι, αποτελούν μερικές από τις πιθανές λύσεις στα προαναφερθέντα πρακτικά προβλήματα που σχετίζονται με την οροθετικότητα και την εργασία.

Εντούτοις, η εφαρμογή τους ανατρέπεται από τα οικονομικά συμφέροντα, καθώς οι εργοδότες καταφεύγουν συχνά σε αθέμιτα μέσα προκειμένου να επιτύχουν την οικειοθελή αποχώρηση του οροθετικού εργαζομένου από την επιχείρηση, κάτι που θα τους απαλλάξει από την προβλεπόμενη από το νόμο καταβολή αποζημίωσης σε περίπτωση ανατιολόγητης καταγγελίας της σύμβασης από την πλευρά τους.

Μέσα σε αυτό το δυσμενές πλαίσιο, ποιες είναι οι πιθανές στρατηγικές αυτο-υπεράσπισης των οροθετικών εργαζομένων; Στο παρόν άρθρο επιχειρείται να δοθεί απάντηση στο παραπάνω ερώτημα, βάσει συνεντεύξεων με οροθετικούς ασθενείς που έρχονται αντιμέτωποι με αυτή την κατάσταση στην Ελλάδα και τη Γαλλία, οι οποίοι δέχτηκαν να καταθέσουν την προσωπική τους μαρτυρία σχετικά με την επαγγελματική τους πορεία μετά τη μόλυνση από τον ιό HIV. Απευθυνθήκαμε, επίσης, σε εκπροσώπους Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων (ΜΚΟ), οι οποίοι γίνονται συχνά δέκτες καταγγελιών από οροθετικά άτομα, θύματα μεροληπτικής διάκρισης, που στηρίζεται αποκλειστικά στο γεγονός της HIV οροθετικότητας. Οι ΜΚΟ σε αρκετές περιπτώσεις καλούνται να δραματίσουν μεσολαβητικό ρόλο μεταξύ οροθετικού εργαζομένου και εργοδότη για την επίλυση του προβλήματος, ή ακόμη σε περίπτωση που δεν βρεθεί λύση, να «συνοδεύσουν» τον οροθετικό στη δικαστική διαμάχη, στηρίζοντάς τον ηθικά, ενίοτε και οικονομικά.

Παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των δύο χωρών όσον αφορά την απασχόληση, τόσο σε

θεσμικό (νομοθεσία και πολιτικές απασχόλησης) όσο και σε πρακτικό επίπεδο (συνθήκες εργασίας). Στη Γαλλία το εργασιακό νομικό πλαίσιο εμφανίζεται πιο προστατευτικό για τους ασθενείς εργαζομένους γενικά (και ειδικότερα για τους οροθετικούς) απ' ό,τι στην Ελλάδα, όπου υπάρχει μόνο μία διάταξη (άρθρο 5, παράγραφος 3, 2112/1920) σχετικά με την προστασία του εργαζομένου που νοσεί.³

Η Κοινοτική Οδηγία 78/2000 για την απασχόληση και τις κοινωνικές διακρίσεις, δημιούργησε μια κοινή «πλατφόρμα» στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Μολονότι το νομοθετικό πλαίσιο για την ασθένεια και την απασχόληση στα δύο εξεταζόμενα κράτη-μέλη της Ένωσης παρουσιάζει διαφορές, οι αντιδράσεις των οροθετικών ατόμων στα επαγγελματικά προβλήματα που σχετίζονται με την HIV λοίμωξη, εμφανίζουν ομοιότητες. Η οικονομική ανάγκη για εργασία, η κοινωνική ένταξη, ο φόβος αρνητικής διάκρισης είναι κοινά στοιχεία του προβληματισμού και του άγχους των οροθετικών τόσο στην Ελλάδα όσο και τη Γαλλία.

Υλικό και Μέθοδοι

Η έρευνα εκπονήθηκε στο πλαίσιο μεταπτυχιακής διατριβής με υποτροφία της γαλλικής κυβέρνησης στο Ερευνητικό Κέντρο Ιατρικής, Επιστημών, Υγείας, Κοινωνίας «CERMES» (CNRS/INSERM/EHESS). Η έρευνα διεξήχθη στην Ελλάδα και τη Γαλλία και διήρκεσε από τον Απρίλιο έως τον Μάιο του 2001. Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να τονιστεί η ένδεια σχετικής βιβλιογραφίας στην Ελλάδα, γεγονός που προσέδωσε μεγαλύτερη βαρύτητα στο πεδίο έρευνας και τα αναδυόμενα από αυτό στοιχεία.

Κατά τη διάρκεια εθελοντικής εργασίας σε κέντρα υποστήριξης οροθετικών ατόμων και ασθενών με AIDS, ήρθαμε αντιμέτωποι με μια σειρά από προβλήματα που μας εκμυστηρεύτηκαν, τα οποία σχετίζονταν με την απασχόληση και το χώρο εργασίας. Τα προβλήματα αυτά αποτέλεσαν τη βάση ενός ερευνητικού σχεδίου, φιλοδοξία του οποίου ήταν να επιτρέψει την ανάλυση της εργασιακής πραγματικότητας και της θέσης που κατέχουν στην αγορά εργασίας τα άτομα που ζουν με τον ιό HIV. Οι προκαταλήψεις που συνεχίζουν να υπάρχουν ακόμη και σήμερα, στερούν από τα οροθετικά άτομα την πρόσβαση στον κόσμο της εργασίας και συνεπώς την κοινωνική τους ευημερία, περιθωριοποιώντας τους και

καθιστώντας τους πρόωρα «νεκρούς» στο επίπεδο της συλλογικής ζωής.

Στο Παρίσι συναντήσαμε τρεις νομικούς συμβούλους των μεγαλύτερων ΜΚΟ και στην Αθήνα τέσσερις εκπροσώπους ΜΚΟ (κυρίως μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου, λόγω έλλειψης νομικών συμβούλων).

Παράλληλα, πήραμε συνέντευξη από δύο Γάλλους και τρεις Έλληνες οροθετικούς. Οι Γάλλοι οροθετικοί ήταν ακτιβιστές της ΜΚΟ *Act-Up*, ενώ το δείγμα μας στην Ελλάδα αποτέλεσε μια οροθετική γυναίκα που δεχόταν τις υποστηρικτικές υπηρεσίες μίας ΜΚΟ, ένας οροθετικός άνδρας που φιλοξενούνταν προσωρινά σε κρατικό ξενώνα και ένας νεαρός οροθετικός που εργαζόταν ως υπάλληλος σε κρατικό οργανισμό για την αντιμετώπιση του AIDS. Αδυναμία της παρούσας έρευνας αποτελεί το περιορισμένο δείγμα. Τα κυριότερα προβλήματα για την ανεύρεση του δείγματος στις δύο χώρες ήταν: α) η έλλειψη δικτύωσης του ερευνητή στη Γαλλία και β) η άρνηση των Ελλήνων οροθετικών να συμμετέχουν στην έρευνα. Ωστόσο, σε ποιοτικές έρευνες, όπως η παρούσα, το βάρος δίνεται στα ποιοτικά στοιχεία του λόγου των συνεντευξιαζομένων και όχι σε ποσοτικά δεδομένα. Σε καμία περίπτωση δεν επιχειρείται η γενίκευση των ευρημάτων για τον ευρύτερο πληθυσμό των οροθετικών ατόμων. Τα αναδυόμενα από την παρούσα έρευνα δεδομένα μάς παρέχουν ενδείξεις για την εργασιακή κατάσταση των οροθετικών ατόμων, που οδηγούν σε επιστημονικό προβληματισμό και αποτελούν βάση περαιτέρω διερεύνησης του θέματος με ευρείας κλίμακας έρευνες.

Οι συνεντεύξεις βασίστηκαν σε δύο οδηγούς οι οποίοι συντάχθηκαν από τον ερευνητή για τη συγκεκριμένη έρευνα. Ο πρώτος οδηγός συνέντευξης αφορούσε τα οροθετικά άτομα και ο δεύτερος απευθυνόταν στους εκπροσώπους των ΜΚΟ.

Η συνέντευξη με τα οροθετικά άτομα οργανώθηκε γύρω από την επαγγελματική ζωή τους («*Τι συνέβη στην επαγγελματική σας ζωή από τη στιγμή της μόλυνσής σας από τον HIV;*»), ενώ ο οδηγός συνέντευξης για τους εκπροσώπους των ΜΚΟ αφορούσε τα προβλήματα που εκφράζουν τα οροθετικά άτομα στους συμβούλους, σε σχέση με τον κόσμο της εργασίας («*Για ποια θέματα αναφορικά με την εργασία οι οροθετικοί έρχονται να συμβουλευτούν την οργάνωσή σας;*»). Η συνέντευξη αναπτύχθηκε κυρίως γύρω από δύο άξονες: α) τις στρατηγικές διαχείρισης της οροθετικότητας στο χώρο

εργασίας από την πλευρά των οροθετικών ατόμων και β) την τυπολογία των αντιδράσεων των εργοδοτών και του επαγγελματικού περιγύρου σε περίπτωση που γινόταν γνωστή η κατάσταση της υγείας του εργαζομένου με HIV λοίμωξη.

Τα αποσπάσματα λόγου που παρατίθενται επιλέχτηκαν με βάση την αντιπροσωπευτικότητά τους. Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά του λόγου των δύο ομάδων που συμμετείχαν στην έρευνα, πρέπει να σημειωθεί ότι ο τρόπος έκφρασης των εκπροσώπων των ΜΚΟ και των οροθετικών ατόμων είναι διαφορετικός. Για παράδειγμα, οι εκπρόσωποι των ΜΚΟ χρησιμοποιούν τρίτο πρόσωπο και λένε: «*τα άτομα*», «*εκείνοι*» κ.τ.λ. Αντίθετα, οι οροθετικοί χρησιμοποιούν τις προσωπικές αντωνυμίες «*εγώ*» ή «*εμείς*». Μια άλλη σημαντική διαφορά είναι ότι οι εκπρόσωποι των ΜΚΟ απαριθμούν τα προβλήματα που τα άτομα με HIV αντιμετωπίζουν στην επαγγελματική τους ζωή, ενώ τα οροθετικά άτομα περιγράφουν τις στρατηγικές που ακολουθούν για να ξεπεράσουν αυτές τις δυσκολίες, καταθέτοντας συγκεκριμένα παραδείγματα από την προσωπική τους εμπειρία.

Δεν ρωτήσαμε τους εκπροσώπους των ΜΚΟ για την ορολογική τους κατάσταση, παρά μόνο αν οι ίδιοι την ανέφεραν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Στην περίπτωση που ο εκπρόσωπος της ΜΚΟ ήταν και οροθετικός παρατηρούμε ότι μιλά ως ένα είδος άτυπου εκπροσώπου, εμπλέκοντας το προσωπικό με το συλλογικό.

Παρά τα κοινά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα οροθετικά άτομα στην καθημερινή ζωή τους σε σχέση με την HIV λοίμωξη και στις δύο χώρες, παρατηρείται παράλληλα διαφοροποίηση ως προς τον τρόπο διαχείρισης της ασθένειας από την κοινωνία. Για τους Γάλλους συνεντευξιαζόμενους, το να είναι κανείς οροθετικός αποτελεί «*ταυτότητα*», ενώ οι Έλληνες οροθετικοί που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα ενσωματώνουν το αίσθημα ντροπής στην ασθένεια. Μιλούν χαμηλόφωνα, σε κάποια σημεία ψιθυρίζοντας και χρησιμοποιούν συχνά όρους όπως το «*πράγμα*» ή η «*ζημιά*» για να μιλήσουν για τον HIV και το AIDS, μην αναφέροντας ποτέ το όνομα του ιού ή της ασθένειας. Στην πρώτη περίπτωση μπορούμε, λοιπόν, να μιλάμε για μια «*απενεχοποιημένη*» ασθένεια, ενώ στη δεύτερη για μια «*ενοχοποιημένη*» ασθένεια-όνειδος. Αυτή η εικόνα της ασθένειας μπορεί να δικαιολογηθεί και από το γεγονός ότι οι Γάλλοι οροθετικοί που έδωσαν συνέντευξη αρνήθηκαν να χρησιμοποιήσουν ψευδώνυμο, ενώ

αντίθετα οι Έλληνες απαίτησαν την ανωνυμία ως θεμελιώδη όρο για τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Σε αρκετά σημεία της συνέντευξης με τους Έλληνες οροθετικούς, χρειάστηκε να επαναληφθεί το πλαίσιο της συζήτησης και να τονιστεί η αρχή της «εμπιστευτικότητας», προκειμένου να διευκολυνθεί η ροή του λόγου τους.

Ωστόσο, πρέπει να τονιστεί ότι οι Γάλλοι οροθετικοί συνεντευξιζόμενοι αποτελούν ακτιβιστές που δραστηριοποιούνται στο πλαίσιο της *Act-Up*, μία από τις πιο «σκληροπυρηνικές» οργανώσεις στο πεδίο δράσης για το AIDS στη Γαλλία αλλά και σε άλλες χώρες, με ισχυρό «lobbying» και «προκλητικές» δημόσιες ενέργειες που έλκουν το ενδιαφέρον των ΜΜΕ (ποδοπάτημα της Θείας Κοινωνίας των Καθολικών, ηχηρές πορείες και συγκρούσεις με τις αστυνομικές αρχές). Από την άλλη, οι Έλληνες ερωτώμενοι μπορεί να βρίσκονται σε χώρους ΜΚΟ για το AIDS, έχουν όμως έναν παθητικό ρόλο, εκείνον του δέκτη υπηρεσιών.

Αποτελέσματα

Η θέση της εργασίας στη ζωή

Πριν από την εμφάνιση της λεγόμενης «πολυθεραπείας» (συνδυαστικής αγωγής), οι οροθετικοί αναγκάζονταν να σταματήσουν την εργασία τους για να καταφύγουν στις διάφορες κοινωνικές παροχές. Σύμφωνα με ερευνητικά στοιχεία,⁴ η δυσάρεσκεια των οροθετικών για εργασία ήταν συχνότερη από την επιθυμία τους για συνέχιση της επαγγελματικής τους δραστηριότητας. Μεροληπτικές ενέργειες εις βάρος τους στο εργασιακό περιβάλλον ήταν σύνηθες φαινόμενο, ενώ ενέργειες αλληλεγγύης αποτελούσαν εξαίρεση. Όταν εμφανίζονταν τα πρώτα συμπτώματα, διάφορες στρατηγικές αναπτύσσονταν από την πλευρά των οροθετικών εργαζομένων, προκειμένου να αποκρύψουν τη φύση της ασθένειας.

Από το 1996, η Αντιρετροϊκή Θεραπεία Υψηλής Δραστηριότητας (Highly Active Antiretroviral Therapy) έφερε σταδιακά «επανάσταση» στη ζωή των ανθρώπων με HIV. Οι σύμβουλοι των ΜΚΟ ενθαρρύνουν πλέον τους οροθετικούς να διατηρήσουν τη θέση εργασίας τους, εκμεταλλευόμενοι τα ευνοϊκά αποτελέσματα της αντιρετροϊκής θεραπείας και των πολιτικών που υποστηρίζουν τέτοιες δράσεις, εξαιτίας της αύξησης των οροθετικών ατόμων και της παράλληλης μείωσης κονδυλίων στον κοινωνικό τομέα.⁵

«Εγώ τους προτρέπω να μην εγκαταλείψουν τη δουλειά τους τώρα. Παλαιότερα δεν μπορούσαμε να

πούμε κάτι τέτοιο γιατί δεν ξέραμε. Αν κάποιος ήταν οροθετικός, λέγαμε: Εντάξει, όσο μπορεί να κρατηθεί. Και οι ίδιοι οι γιατροί το λέγανε "Κρατήσου περισσότερο στη ζωή. Μην κουράζεσαι. Μην κρύνεις. Δεν έχουμε να σου δώσουμε τίποτα". Και οι περισσότεροι βγαίνανε στη σύνταξη» (Εκπρόσωπος ΜΚΟ Α, Ελλάδα).

Η εργασία αποτελεί δραστηριότητα που έχει ως σκοπό, εκτός της ψυχολογικής στήριξης και της κοινωνικής ένταξης, την ικανοποίηση των οικονομικών αναγκών, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται οι βιολογικές ανάγκες (τροφή, κατοικία κ.τ.λ.). Για τους ανθρώπους που πάσχουν από μια σοβαρή ασθένεια ο οικονομικός παράγοντας είναι ισχυρότερος, επειδή οι ανάγκες τους αυξάνονται.

Παρ' όλο που τα φάρμακα για τους HIV οροθετικούς ασθενείς και τους ασθενείς με AIDS χορηγούνται δωρεάν (τόσο στην Ελλάδα όσο και τη Γαλλία), ο μηνιαίος προϋπολογισμός ενός ατόμου που πάσχει από HIV/AIDS είναι υψηλός. Από βιολογική άποψη το οροθετικό άτομο πρέπει να προστατεύει το ανοσοποιητικό του σύστημα, γεγονός που σημαίνει καλύτερη διατροφή, καλύτεροι όροι διαβίωσης κ.τ.λ.

«Ένας οροθετικός έχει ανάγκη περισσότερα χρήματα από έναν οροαρνητικό, για να τρώει σωστά, για παράδειγμα. Ένας φτωχός οροθετικός γίνεται ευάλωτος, μπορεί να αρρωστήσει ευκολότερα» (Mederic, οροθετικός στη Γαλλία).

Συγχρόνως, ο ψυχολογικός παράγοντας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο. Ο οροθετικός ασθενής δεν πρέπει ούτε να κουράζεται, ούτε να φορτίζεται συναισθηματικά (άγχος, θλίψη, θυμός).

Για έναν οροθετικό που δεν έχει οικονομικό πρόβλημα η διακοπή της εργασίας είναι η απόληξη στο άγχος και την πίεση που συνεπάγεται μια επαγγελματική δραστηριότητα.

«Όταν μου ανακοίνωσαν ότι είμαι θετικός, μου είπαν να προσπαθώ να μην κουράζομαι. Και επειδή δεν είχα ανάγκη από χρήματα, σταμάτησα τη δουλειά μου» (Οροθετικός εκπρόσωπος ΜΚΟ Α, Ελλάδα).

Κάποιοι οροθετικοί ασθενείς, ωστόσο, αναγκάζονται να συνεχίσουν να εργάζονται και μάλιστα, μερικές φορές είναι υποχρεωμένοι να κάνουν και δεύτερη εργασία προκειμένου να εξασφαλίσουν τους αναγκαίους πόρους για την κάλυψη των καθημερινών τους αναγκών.

«Στον κινηματογράφο δούλευα από το 1983 ως το 1991. Και σταδιακά μετά δεν ήξερα άλλη δουλειά να κάνω και επειδή δεν ήθελα να κάθομαι, πήγαινα και καθάριζα πολυκατοικίες. Έπαιρνα σύνταξη. Είχα μπει

σε ένα συνεργείο, έτσι, στα κρυφά που λένε, χωρίς ασφάλεια και αυτά, αλλά δεν μπορούσαν να με κρατήσουν χωρίς ασφάλεια κι έφυγα. Ήθελα να 'παιρνα λεφτά. Ήθελα να βοηθάω το σπίτι μου, όχι για τίποτα άλλο, ούτε για ρούχα ούτε για άλλα, να βοηθήσω το σπίτι μου. Ο άντρας μου έπαιρνε κι αυτός σύνταξη. Ξέρεις, όσο να 'ναι και 30.000 (δραχμές) που έπαιρνα επιπλέον ήταν ένα ποσό για μένα, πλήρωνα το ενοίκιο» (Αννα, οροθετική στην Ελλάδα).

Οι αξίες που εκφράζονται γύρω από την εργασία δεν είναι βεβαίως «αποκομμένες από την κυρίαρχη ιδεολογία μιας κοινωνίας». ⁶ Το πρώτο βήμα σε αυτό που ονομάζει ο E. Goffman ⁷ «ηθική σταδιοδρομία» του ανθρώπου με αναπηρία, είναι η ενσωμάτωση των εικόνων των «κανονικών» (αρτιμελών/υγιών). Η εργασία μπορεί να αποτελέσει μέσο κοινωνικής ένταξης. Το να έχει κανείς μια εργασία, σημαίνει ότι είναι ενταγμένος σε μια κοινωνία και όχι αποκλεισμένος από αυτή. Η εργασία μπορεί να κρατήσει έναν άνθρωπο ενεργό, να του προσφέρει τη χαρά της δημιουργικότητας ή της συμβολής στην κοινωνία. Του επιτρέπει να αισθανθεί, όπως οι συνεντευξιαζόμενοι υπογραμμίζουν, «ζωντανός» και αποτελεί τρόπο ψυχικής ισορροπίας. Το να παλεύεις για μια θέση στην αγορά εργασίας είναι σαν να παλεύεις για μια θέση στην κοινωνία, να παλεύεις για μια θέση στη ζωή.

«Έχουμε ανάγκη να εργαζόμαστε, είναι παράγοντας ισορροπίας» (Mederic, οροθετικός στη Γαλλία).

«Ξέρεις πώς το σκέφτομαι καμιά φορά αυτό τον καιρό να γυρίσω! Δεν ξέρω γιατί. Έχω πάρει τα επάνω μου φαίνεται. Έχω κόψει τα πολλά φάρμακα. Θέλω να βρω μια δουλειά να πάω να δουλέψω, δεν μπορώ. Ασχολούμαι με το μαγαζί που έχει ο φίλος μου με τον αδερφό του και αυτό με βοηθάει ψυχολογικά. Σκουπίζω λίγο, φτιάχνω τη βιτρίνα, τέτοια πράγματα. Δεν κάθομαι μέσα στο σπίτι. Α, πα πα! Δεν μπορώ. Δεν είμαι άνθρωπος να μπορώ να κάτσω μέσα στο σπίτι. Γιατί είμαι από μικρό παιδί που δούλευα» (Αννα, οροθετική στην Ελλάδα).

Ζητήσαμε από τους οροθετικούς ασθενείς να μας μιλήσουν για τα επαγγελματικά τους σχέδια. Μέσα από ένα τέτοιου είδους προβολικό εγχείρημα επιχειρούμε να σκιαγραφήσουμε τη στάση τους για την ασθένεια και τη ζωή.

Ο Οδυσσέας (οροθετικός στην Ελλάδα), για παράδειγμα, θέλει να πραγματοποιήσει το όνειρό του και να γίνει παιδαγωγός. Τα βιογραφικά του στοιχεία εξηγούν αυτή την απόφαση. Παιδί των ιδρυμάτων, θέλει να προσφέρει στα παιδιά αυτά που ο ίδιος στερήθηκε: αγάπη και φροντίδα. Για

να πραγματοποιήσει αυτό το όνειρό του πήρε την απόφαση να αρχίσει εκ νέου τη σχολική φοίτηση που είχε πρόωρα διακόψει. Εμφανίζεται αποφασισμένος να πετύχει το στόχο του, ακόμα κι αν χρειαστεί να περιμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η επαγγελματική στοχοθέτηση του δίνει ώθηση στη ζωή και τον δραστηριοποιεί.

«Πάω σχολείο. Πάω σχολείο, ναι! Σκέφτομαι μόλις τελειώσω το λύκειο, που δεν έχω τελειώσει, σκέφτομαι να πάω σε μια άλλη σχολή. Παιδοκόμος θέλω να γίνω. Μ' αρέσουν τα παιδιά. Το βρίσκω ενδιαφέρον. Μ' αρέσει αυτό. Θα γίνει, αλλά θ' αργήσει λίγο (γέλια). Πάω 1^η λυκείου τώρα, έχω τρία (χρόνια) λύκειο και άλλα τρία χρόνια σχολή... 27 στα 33» (Οδυσσέας, οροθετικός στην Ελλάδα).

Ο διττός φόβος της μόλυνσης

Παρά τις οδηγίες της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ) και των ιατρικών συλλόγων ότι δεν συντρέχει κίνδυνος μετάδοσης του HIV με την κοινωνική συναναστροφή και συνεπώς, με την επαγγελματική συνεργασία, σύμφωνα με διεθνείς έρευνες, κάτι τέτοιο δεν φαίνεται να γίνεται αντιληπτό ή αποδεκτό από πολλούς εργοδότες.

Αν ο υποθετικός κίνδυνος στο χώρο εργασίας από τη σκοπιά των ιατρών φαίνεται αμελητέος, από τη σκοπιά των εργοδοτών και των εργαζομένων παρουσιάζεται ως ένας πιθανός κίνδυνος, ιδιαίτερα, αν ο χώρος εργασίας θεωρείται υψηλής επικινδυνότητας για την εκδήλωση εργατικού ατυχήματος. Υπάρχει ο φόβος από την πλευρά των οροαρνητικών εργαζομένων ότι θα μολυνθούν και του οροθετικού εργαζομένου ότι θα μολύνει.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Τομέα Ψυχολογίας του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Πατρών αναφορικά με τις στάσεις και τις αναπαραστάσεις εργοδοτών για ανθρώπους με HIV/AIDS, ⁸ ως κυριότερη αιτία έκφρασης συμπεριφορών διάκρισης εις βάρος των οροθετικών στο χώρο εργασίας αναδεικνύεται ο φόβος μόλυνσης από τον HIV. Συγκεκριμένα, το 39,1% των ερωτώμενων εργοδοτών δεν θα προσλάμβανε κάποιον οροθετικό, ενώ το 59,1% δηλώνει πως θα απέλυε κάποιον οροθετικό εργαζόμενο εξαιτίας του κινδύνου μόλυνσης. Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων (66,4%) τάσσεται υπέρ της υποχρεωτικής εξέτασης για HIV στους χώρους εργασίας, προβάλλοντας ως επιχείρημα την προστασία των «υγιών» εργαζομένων.

Ο οροθετικός ασθενής έχει μια διπλή ευθύνη: οφείλει να προστατεύει τον εαυτό του και συνάμα

τον άλλον. Η ευθύνη αυτή προκαλεί άγχος στο άτομο με HIV, ιδιαίτερα, μάλιστα, όταν η επαγγελματική του δραστηριότητα εγκυμονεί κινδύνους μετάδοσης του ιού μέσω του αίματος. Για να αποφευχθεί αυτό το ενδεχόμενο, ακόμη κι αν η πιθανότητα είναι αμελητέα, ορισμένοι οροθετικοί εγκαταλείπουν την επαγγελματική θέση τους, αναζητώντας μια εργασία λιγότερο «επικίνδυνη».

«Τον ρώτησα γιατί δεν ψάχνει να βρει αλλού δουλειά και μου απάντησε: “Όχι! Τι μου λες τώρα! Και να κοπώ; Εγώ κόβομαι συνέχεια...”. Φοβόταν κι ο ίδιος να κάνει αυτή τη δουλειά» (Εκπρόσωπος ΜΚΟ Α, Ελλάδα).

Συνθήκες εργασίας

Οι συνθήκες εργασίας αποτελούν σημαντικό παράγοντα για την απόφαση των οροθετικών σχετικά με το να συνεχίσουν ή να σταματήσουν την εργασία. Υπάρχουν είδη χειρωνακτικής εργασίας που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία των εργαζομένων που την εξασκούν. Το να «κρυώσει», για παράδειγμα, κάποιος οροθετικός δεν είναι ποτέ ένα απλό κρυολόγημα. Η έκθεση σε ανθυγιεινές συνθήκες (π.χ. εργασία σε τσιμεντοβιομηχανία) μπορεί να αποβεί βλαβερή για το ήδη επιβαρυνόμενο ανοσοποιητικό σύστημα του οροθετικού εργαζομένου.

«Ήταν βαριά δουλειά γιατί ήμουν μόνη μου. Καθάριζα ολόκληρο κινηματογράφο. Πιστεύω ότι αυτό με έκανε να αρρωστήσω, γιατί ήμουν μέσα στα νερά, στην υγρασία, ξέρεις... να πλένω, να σκουπίζω, να κάνω... Ήμουν από το πρωί μέχρι το απόγευμα, 3, 4 η ώρα, και μετά, επειδή εμένα μου άρεσε να κάθομαι και να δουλεύω και να τους βοηθάω, έκανα και την ταμιά ή την ταξιθέτρια. Και συνέχιζα μέχρι τις 12, 1 η ώρα το βράδυ» (Άννα, οροθετική στην Ελλάδα).

«Λίγο δύσκολη ήταν (η συγκεκριμένη εργασία) γιατί ήμουν έξω όλη μέρα, μες τη βροχή και μες το κρύο. Κρύωνα συχνά. Ήμουν συνέχεια κρυωμένος. Συνέχεια με συνάχι, εκτός από τα βαριά κρυώματα» (Οδυσσεάς, οροθετικός στην Ελλάδα).

Παρακάτω βλέπουμε τη σύνδεση μεταξύ συνθηκών εργασίας και λήψης φαρμακευτικής αγωγής. Υπάρχουν επαγγέλματα, όπως αυτό του ναυτικού, που οι συνθήκες εργασίας αποτελούν τροχοπέδη στη θεραπευτική συμμόρφωση και τη συστηματική ιατρική παρακολούθηση.

«Αν πάω στο καράβι, πού θα τα βρω εγώ τα φάρμακα; Ποιος θα μου τα δώσει; Ξέρω τι μπορεί να με πιάσει εμένα μέσα στο καράβι; Πες ότι μ'έπιανε αυτό το πράγμα (κάποια λοίμωξη) και ήμασταν στο πέλαιος και έκανε 1 μήνα να πάει το καράβι στο λιμάνι. Τι

θα 'κανα εγώ; Θα 'χανα κιλά, ο οργανισμός μου θα εξασθενούσε... θα πέθαινα» (Χαράλαμπος, οροθετικός στην Ελλάδα).

Διακοπή εργασίας για λόγους υγείας

Κάποια στιγμή, οι οροθετικοί ασθενείς, εισερχόμενοι στη συμπτωματική φάση, αντιμετωπίζουν το δίλημμα αν θα σταματήσουν ή θα συνεχίσουν να εργάζονται. Η δεύτερη περίπτωση, ωστόσο, εγκυμονεί κινδύνους για την υγεία αλλά και την ίδια τους τη ζωή, αν και λιγότερο πιθανό σήμερα στην εποχή της HAART.

«Εγώ θέλησα να φύγω από τη δουλειά, γιατί αρρώστησα, έπαθα πνευμονία και επειδή ήταν βαριά και ο άνδρας μου τότε (οροθετικός και ο ίδιος), δεν ήθελα να παραμείνω στη δουλειά, γιατί κάποιος έπρεπε να τον φροντίζει. Αρρώστησα και εγώ και δεν μπορούσα όχι μόνο να φροντίσω τον άνδρα μου, αλλά ούτε κι εμένα. Φυσικά, δεν μπορούσα να συνεχίσω τη δουλειά μου» (Άννα, οροθετική στην Ελλάδα).

Η κατάσταση της υγείας φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη λήψη αποφάσεων και τον καθορισμό επαγγελματικών στόχων από τους οροθετικούς ασθενείς.

Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2000 από το Εργαστήριο Οικονομίας και Κοινωνιολογίας της Εργασίας του Πανεπιστημίου Aix-en-Provence στη Γαλλία,⁹ η διάγνωση της HIV λοίμωξης είχε επιπτώσεις στην επαγγελματική ζωή του 51,83% των ερωτώμενων οροθετικών που δεν εργάζονταν, η πλειοψηφία των οποίων σταμάτησε την εργασία εξαιτίας προβλημάτων υγείας που παρουσιάστηκαν μετά από τη μόλυνση από τον HIV.

Εκτός από αίτιο απώλειας της εργασίας, σε περιπτώσεις ατόμων με σοβαρά κοινωνικά προβλήματα –που συνήθως προϋπάρχουν της μόλυνσης–, η οροθετικότητα μπορεί αντίθετα να αποτελέσει λόγο επαγγελματικής αποκατάστασης.

«Είναι αυτό που λέμε μεταξύ μας οι συνάδελφοι ότι πολλές φορές το AIDS είναι το “κερασάκι στην τούρτα”. Τι εννοούμε; Ότι πίσω από την οροθετικότητα υπάρχουν πάρα πολλά προβλήματα, δηλαδή άτομα που έχουν χαμηλό επίπεδο μόρφωσης και που πριν είχαν προβλήματα εργασιακά. Ίσως δούλευαν περιστασιακά ή έκαναν part-time δουλειές, περιορισμένου ωραρίου...» (Εκπρόσωπος ΜΚΟ Γ, Ελλάδα).

Σύμφωνα με την Claudine Herzlich,¹⁰ υπάρχουν τρία είδη ασθένειας σε σχέση με τον αντίκτυπο στη ζωή των νοσοούντων: η απελευθερωτική ασθένεια, η καταστροφική ασθένεια και η ασθένεια-επάγγελμα. Στα αποσπάσματα που ακολουθούν

εντοπίζουμε την πρώτη περίπτωση ασθένειας κατά την Herzlich, όπου το άτομο με HIV βιώνει την οροθετικότητά του ως λύση, πανάκεια στα επαγγελματικά του προβλήματα, εξαιτίας κυρίως της ανεργίας.

«Εγώ τώρα και να μην είχα το πρόβλημα, καράβι δε θα βρισκα. Μπορεί ν' αυτοκτονούσα, ξέρω γω τι θα 'κανα; Θα 'κανα το ζητιάνο, ξέρω γω; Από τη μια, που έπαθα αυτή τη ζημιά, καλύτερα που το 'παθα. Θα 'χα φτάσει σε απελπισία. Από τη μια, λέω "καλύτερα που 'ρθαν έτσι, τι έγινε; Θα 'ρθει η ώρα μου που θα πεθάνω, όπως θα πεθάνουν όλοι"» (Χαράλαμπος, οροθετικός στην Ελλάδα).

«Δύο δουλειές που έχω πιάσει μετά την οροθετικότητά, τις έχω πιάσει γιατί ήμουν οροθετικός. Γι' αυτό με επέλεξαν. Ήπαιξε πολύ σημαντικό ρόλο αυτό» (Οδυσσέας, οροθετικός στην Ελλάδα).

Στάσεις εργοδοτών ως προς τα άτομα με HIV

Η ΜΚΟ *Sida Info Droit* έχει στην ευθύνη της τη λειτουργία μιας ανώνυμης τηλεφωνικής γραμμής πληροφόρησης ατόμων με HIV/AIDS για θέματα νομικής φύσης. Στις τηλεφωνικές κλήσεις απαντούν ειδικοί του Νομικού και Κοινωνικού Τομέα και η ΜΚΟ περιλαμβάνει τρεις γραμμές επικοινωνίας σε εβδομαδιαία βάση. Η *Sida Info Droit* αποτελεί σκέλος της ΜΚΟ *Sida Info Service*, η οποία παρέχει τηλεφωνικές υπηρεσίες πληροφόρησης για θέματα πρόληψης, αλλά και υποστήριξης των ατόμων με HIV/AIDS και των οικείων τους.

Η *Sida Info Droit* έλαβε 2.207 κλήσεις το 1999, αριθμό μεγαλύτερο από εκείνο των προηγούμενων ετών (2.171 κλήσεις το 1998 και 2.034 το 1997).¹¹ Τα αιτήματα αυτών που επικοινωνήσαν με την ΜΚΟ τα οποία αφορούσαν στο Εργατικό Δίκαιο αποτελούσαν σχεδόν το 16% των κλήσεων. Παρατηρήθηκε αύξηση του αριθμού των ατόμων που ανέφεραν ή κατήγγειλαν ένα πρόβλημα που σχετίζεται με την απασχόληση και το χώρο εργασίας. Από το προαναφερόμενο 16%, το 46,1% των κλήσεων αφορούσε απόλυση ή παραίτηση, το 40,6% διακοπή εργασίας ή επαγγελματική επανένταξη, το 21,4% αναφερόταν στον ιατρό εργασίας και το ιατρικό απόρρητο και το 21,4% στις δημόσιες υπηρεσίες.

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε για λογαριασμό του *National Leadership Coalition On Aids* στις ΗΠΑ το 1993, το επίπεδο μη ανοχής όσον αφορά τους οροθετικούς εργαζομένους ήταν υψηλό. Το 1/4 των ερωτώμενων εκτιμούσε ότι η απόλυση ενός οροθετικού εργαζομένου είναι επιτακτική

μόλις εμφανιστούν τα πρώτα σημάδια της ασθένειας. Στην Αυστραλία οι καταγεγραμμένες περιπτώσεις διάκρισης απέναντι στα άτομα που ζουν με HIV/AIDS είναι πολλές, σύμφωνα με επίσημη έκθεση το 1992, στην οποία απαριθμούνται 430 περιστατικά διάκρισης (Fabre, 1994/ Fabre G. *L'infection à VIH dans les parcours professionnels*, Rapport pour l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida, Decembre 1994).

Στη Γαλλία, αντίθετα, μόνο το 4% των ερωτώμενων σε έρευνα το 1992 δήλωσε ότι δεν θα δεχόταν να εργαστεί με κάποιον οροθετικό. Το 1990 το 80,7% του δείγματος σε έρευνα που διεξήχθη σε εθνικό επίπεδο δήλωσε ότι συμφωνεί να συνεργαστεί επαγγελματικά με κάποιο άτομο θετικό στον ιό HIV. Αυτό το ποσοστό είναι ακόμα υψηλότερο σήμερα, αλλά, όπως χαρακτηριστικά υπογραμμίζει ο Fabre,⁴ «το να "δηλώνει" κάποιος ανοχή και να την "εφαρμόζει" δεν είναι το ίδιο πράγμα. Μια άποψη που εκφράζεται στο πλαίσιο μιας έρευνας δεν σημαίνει απαραίτητα ότι επαληθεύεται στην πράξη».

Στην έρευνα του Πανεπιστημίου Πατρών⁸ οι εργοδότες που απάντησαν αρνητικά στο ενδεχόμενο πρόσληψης ενός οροθετικού ατόμου, αιτιολογούν τη θέση τους σε ποσοστό 20,9%, βάσει της αρνητικής επίδρασης που θα είχε μία τέτοιου είδους πρόσληψη στο εσωτερικό της επιχείρησης και σε ποσοστό 18,6% βάσει της ενδεχόμενης αντίδρασης των πελατών της επιχείρησης. «Γνωρίζουμε ότι πριν από μερικά χρόνια το προσωπικό μιας επιχείρησης απείλησε με απεργία προκειμένου να επιτύχει την απόλυση ενός άρρωστου υπαλλήλου. Η πίεση των συναδέλφων μπορεί να είναι τέτοια που μερικοί φορείς του HIV παραιτούνται από τη δουλειά τους», γράφει ο Fabre.⁴

Παράλληλα, στην ερώτηση σχετικά με τα αίτια απόλυσης ενός οροθετικού εργαζομένου, το 27,3% θεωρεί πως η παρουσία ενός οροθετικού στην εργασία θα είχε οικονομικές συνέπειες για την επιχείρηση ή τον οργανισμό.⁸

Ο εκπρόσωπος ΜΚΟ Α στην Ελλάδα σημειώνει αναφορικά με τις αντιδράσεις που δημιουργούνται από την παρουσία ενός οροθετικού σε έναν χώρο εργασίας: «Ο εργοδότης είπε σε μια κοπέλα: "Εγώ δεν έχω πρόβλημα, αλλά ήδη γνωρίζουν οι άλλες κοπέλες του γραφείου και ήδη υπάρχουν αντιδράσεις". Και συνεχίζει: «Π.χ., όταν κάποιος έχει ένα σουβλατζίδικο και απασχολεί κάποιον οροθετικό θα φοβάται ότι αν το μάθουν οι άλλοι θα χάσει την πελατεία του».

Τρόποι διαχείρισης της οροθετικότητας στο χώρο εργασίας

Ένα από τα βασικά διλήμματα που τίθεται σε κάποιο οροθετικό άτομο, είναι αν θα αποκαλύψει την ορολογική του κατάσταση και σε ποιον. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 359 οροθετικών έδειξε ότι μόνο το 1/3 των ερωτώμενων (32,6%) είχε ενημερώσει το επαγγελματικό του περιβάλλον για την κατάσταση της υγείας του, ενώ τα 2/3 επέλεξαν να κρατήσουν μυστική τη μόλυνση από τον HIV.¹² Σύμφωνα με τα στοιχεία μιας άλλης έρευνας που πραγματοποιήθηκε το 1997 από τις ΜΚΟ AIDES Ile-de-France και Arc en Ciel¹³ (Γαλλία), μόνο το 29% των ερωτώμενων είχε ενημερώσει τον ιατρό εργασίας για την ασθένειά του, ενώ έρευνα του 1999 για λογαριασμό της ΜΚΟ AIDES Federation Nationale¹⁴ έδειξε ότι το 58% των ερωτώμενων προτιμούσε να αποκρύψει το στοιχείο της οροθετικότητας από το επαγγελματικό περιβάλλον του.

Παρ' όλο που το AIDS αποτελεί στοιχείο της ιδιωτικής ζωής ενός ατόμου, ο αντίκτυπος της οροθετικότητας στην ψυχολογία του προσώπου που ζει με τον ιό, είναι τόσο ισχυρός που δημιουργεί την ανάγκη δημόσιας έκφρασης για το θέμα αυτό. Ο ιός HIV είναι μόνο ένα παράδειγμα όπου το δημόσιο παρεμβάλλεται στο ιδιωτικό και το προσωπικό εμπλέκεται με το συλλογικό, επιβεβαιώνοντας την περίφημη φράση «το ιδιωτικό είναι πολιτικό».

Έναντι των συναδέλφων, των εργοδοτών και του ιατρού εργασίας, ο οροθετικός πρέπει να επιλέξει μεταξύ της μυστικότητας και της αποκάλυψης. Η απόφαση είναι δύσκολη και συνίσταται είτε στην αποσιώπηση του γεγονότος είτε στη δημοσιοποίησή του.

«Κάποιοι άνθρωποι έχουν ανάγκη (να μιλήσουν). Κάποιοι άλλοι θα πουν: "Είναι η προσωπική μου ζωή". Υπάρχει συχνά αυτό το δίλημμα, το οποίο είναι δύσκολο να διαχειριστεί κανείς» (Εκπρόσωπος ΜΚΟ Γ, Γαλλία).

Οι εκπρόσωποι των ΜΚΟ συνιστούν στους οροθετικούς να είναι προσεκτικοί και να μην αποκαλύπτουν το γεγονός της οροθετικότητας στο χώρο εργασίας, προκειμένου να αποφύγουν συμπεριφορές διάκρισης από τη μεριά του επαγγελματικού τους περιγύρου.

«Είναι φυσικά δύσκολο να γνωρίζεις εκ των προτέρων εάν ο εργοδότης θα αντιδράσει θετικά ή αρνητικά. Επομένως, πρέπει να συστήσεις σε αυτούς τους ανθρώπους (με HIV λοίμωξη) να είναι προσεκτικοί» (Εκπρόσωπος ΜΚΟ Α, Γαλλία).

Δυσκολίες διαχείρισης του μυστικού

Το να διαφυλάττει κανείς την οροθετικότητά του μυστική, σημαίνει ότι κρατά συνάμα κρυφές και ενέργειες που είναι συνδεδεμένες με την ασθένεια. Η λήψη φαρμακευτικής αγωγής σε συγκεκριμένες ώρες καθημερινά –συνήθως μετά από φαγητό– ή οι συστηματικές συναντήσεις με το γιατρό σε πρωινές ώρες, είναι θέματα που καθιστούν τους οροθετικούς ανήσυχους.

«Τους αγχώνει πάρα πολύ, γιατί είναι κάποιες ώρες που πρέπει να πάρουν τα φάρμακα και πρέπει να κρυφτούν ή κάποια μέρα είναι αδιάθετοι και δεν μπορούν να πάνε στη δουλειά πρωί πρωί και πρέπει να πάνε λίγο αργότερα» (Εκπρόσωπος ΜΚΟ Β, Ελλάδα).

Οι οροθετικοί εργαζόμενοι φοβούνται ότι μια αδέξια κίνηση μπορεί να αποκαλύψει το μυστικό τους. Έτσι, οφείλουν να είναι πάντα πολύ προσεκτικοί σε κάθε κίνηση, σε κάθε κουβέντα.

«Οι περισσότεροι που δουλεύουν φοβούνται ότι κάποια στιγμή θα το καταλάβει ο εργοδότης τους από κάποιες τους κινήσεις, από τα φάρμακα, για παράδειγμα, που θα πάρουν ή από κάτι που θα τους συμβεί ή από τις άδειες που θα παίρνουν για να πάνε να κάνουν εξετάσεις» (Εκπρόσωπος ΜΚΟ Α, Ελλάδα).

Η στρατηγική που ακολουθούν για να διαχειριστούν το μυστικό συχνά βασίζεται στο ψέμα. Όταν αποφασίσουν να κοινοποιήσουν ή αναγκαστούν να παραδεχτούν πως είναι άρρωστοι, ανατρέχουν σε ασθένειες που παρουσιάζουν περίπου την ίδια ή παρόμοια συμπτωματολογία, αλλά ωστόσο δεν είναι κοινωνικά στιγματισμένες.^{15,16}

«Εβλεπαν πως ήμουν άρρωστος, αλλά τους είπα πως ήταν ηπατίτιδα» (Mederic, οροθετικός στη Γαλλία).

«... πολλοί λένε: "Θα το συνδέσουν με την απώλεια βάρους που είχα, γιατί φαίνεται, ή με τη λιποδυστροφία που φαίνεται στο πρόσωπό μου, μπήκαν μέσα τα μάγουλά μου, φαίνομαι άρρωστος". Όλα αυτά τους κάνουν να φοβούνται ότι θα το καταλάβουν στο χώρο εργασίας τους και κάνουν σπασμωδικές κινήσεις. Παρουσιάζουν κάτι περίεργες ασθένειες που έχουν σχέση με καρκίνο, με όγκους και άλλες φορές με εγκεφαλοπάθειες. Ρωτάνε, βέβαια, και τους γιατρούς για το τι μπορούν να πουν. Μέχρι και εγκεφαλικό, για παράδειγμα, παρουσιάζουν» (Εκπρόσωπος ΜΚΟ Α, Ελλάδα).

Το να αποκαλύψει κάποιος την οροθετικότητά του δεν σημαίνει ότι κοινοποιεί απλά μια ασθένεια ή μια σωματική δυσλειτουργία. Πρόκειται στην ουσία για τη γνωστοποίηση μιας στιγματισμένης κατάστασης. Το AIDS είναι μια ασθένεια για την οποία δεν μιλάμε, παρά μόνο ψιθυριστά, καθώς στις κοινωνικές αναπαραστάσεις συνδέεται με

την ομοφυλοφιλία ή τη χρήση ναρκωτικών, συμπεριφορές και πράξεις που θεωρούνται κοινωνικά κατακριτέες. Το να ανακοινώσει, λοιπόν, κάποιος την οροθετικότητά του σημαίνει ότι αποκαλύπτει μια διπλά στιγματισμένη κατάσταση.

Ο Mederic (Γάλλος οροθετικός) λέει χαρακτηριστικά: «Έχω την ανάγκη να είμαι αυθεντικός και γι' αυτό μίλησα σε μια συνάδελφο που είχε καρκίνο του μαστού. Η ασθένειά της, παρά τα κοινά σημεία με τη δική μου, δεν είναι ένα κοινωνικό πρόβλημα, δεν υπάρχει λάθος. Στην επαρχία σκέφτονται ότι ένας ομοφυλόφιλος ξαπλώνει με τον οποιονδήποτε, ότι κάνει κατακριτέα πράγματα και ότι εάν αρρωστήσει, αυτό είναι δικό του λάθος» (Δική μας υπογράμμιση).

Όπως παρατηρούμε, το AIDS διαφοροποιείται από τις άλλες ασθένειες εξαιτίας της διάστασης της προσωπικής ευθύνης. Η μόλυνση από τον ιό HIV θεωρείται ότι μπορεί να αποφευχθεί και, επομένως, ο οροθετικός φέρει προσωπική ευθύνη της κατάστασής του. Αυτή η τοποθέτηση οδήγησε στη διπολική κατηγοριοποίηση των ασθενών σε «αθώους» και «ενόχους». Οι ομοφυλόφιλοι, παραδείγματος χάρη, μολύνθηκαν μέσω των «ανώμαλων» πράξεων τους και μετέδωσαν την ασθένεια σε αθώους συνανθρώπους τους, όπως σε αιμορροφιλικά παιδιά. Ο Sim¹⁷ καταθέτει τη μαρτυρία μιας νοσηλεύτριας που εργάζεται στο νοσοκομειακό χώρο του AIDS, η οποία δηλώνει: «Ειλικρινά δεν συμπονώ τους ομοφυλόφιλους που μολύνονται, διότι μολύνονται μέσω αφύσικων πράξεων». Τέτοιου είδους πεποιθήσεις εμφανίζονται σε κάθε χώρο εργασίας, έχοντας αρνητικό αντίκτυπο στην επαγγελματική ζωή των οροθετικών ατόμων.

«Πιστεύω ότι, πράγματι, σε ορισμένες καταστάσεις, και τα δύο (ομοφυλοφιλία και οροθετικότητα) στο μυαλό των εργοδοτών είναι κάτι μικτό και είναι επίσης για τους ανθρώπους (οροθετικούς) μια πρόσθετη δυσκολία πέρα από την ιατρική κατάστασή τους. Οι εργοδότες θα κάνουν μια προσβολή ενδεχομένως στη σεξουαλικότητά τους [...], επομένως, για τους ανθρώπους (οροθετικούς) είναι ένα στοιχείο πιο δύσκολο από το να έπασχαν από μια ασθένεια, όπως έναν καρκίνο, όπου εκεί δεν θα υπήρχε αυτή η ταύτιση» (Εκπρόσωπος ΜΚΟ Α, Γαλλία).

Τρόποι κοινοποίησης

Η ανακοίνωση μιας θετικής HIV διάγνωσης, αποτελεί για το άτομο ένα γεγονός που αναστατώνει τη ζωή του και διαρρηγνύει την ενότητα

της αυτο-εικόνας,^{18,19,20} οδηγώντας συχνά σε κατάθλιψη, απομόνωση και αποχή από τις κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες.¹

«Βρήκα μια εργασία, αλλά είχα κατάθλιψη και αναρωτήθηκα εάν ήμουν σε θέση να εκτελώ τα καθήκοντά μου» (Rodrigue, οροθετικός στη Γαλλία).

Στη φάση που ακολουθεί τη θετική διάγνωση, το άτομο έχει ανάγκη να μοιραστεί με τους οικείους του (συγγενείς και φίλους) τη γνώση αυτού του γεγονότος, προσδοκώντας κυρίως σε ηθική υποστήριξη. Η πληροφορία δίνεται συχνά στην αγαπημένη αδερφή ή τη μητέρα. «Ομοίως στο χώρο εργασίας, οι γυναίκες είναι συχνά οι έμπιστες», γράφουν χαρακτηριστικά οι Bertau et al.¹ Ο πατέρας συνήθως έχει αποκλεισθεί, ιδίως εάν πίσω από την ασθένεια κρύβεται η ομοφυλοφιλία. Για τον πατέρα του Mederic (Γάλλου οροθετικού) το AIDS πέρασε σε δεύτερη μοίρα, καθώς σοβαρότερο πρόβλημα για εκείνον ήταν η ομοφυλοφιλία του γιου του.

«Ο πατέρας μου δεν ήξερε ότι ήμουν ομοφυλόφιλος. Φοβήθηκα πολύ την αντίδραση του πατέρα μου, αλλά μάλλον καλά πήγε. Αντέδρασε πιο άσχημα στην ομοφυλοφιλία μου απ' ό,τι στην ασθένειά μου» (Mederic, οροθετικός στη Γαλλία).

Επιστημονικές μελέτες¹ δείχνουν ότι, παρά τον κίνδυνο της απόρριψης, κάποιοι οροθετικοί ασθενείς μιλούν για την ασθένειά τους στο χώρο εργασίας, αναμένοντας ηθική υποστήριξη από τον εργοδότη και τους συναδέλφους τους.

Μεταξύ των δύο ακραίων επιλογών, της μυστικότητας και της αποκάλυψης, υπάρχει και μία τρίτη οδός, αυτή της μερικής ή περιορισμένης αλήθειας. Όπως ήδη σημειώσαμε, ενώ το άτομο αναγγέλλει ότι είναι άρρωστο, δεν λέει, ωστόσο ότι πρόκειται για AIDS, προκειμένου να αποφύγει το στιγματισμό. Εάν αποφασίσει να μιλήσει, πρέπει να επιλέξει το πρόσωπο στο οποίο θα εκμυστηρευτεί το πρόβλημά του.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο εργοδότης είναι αυτός που πληροφορείται από το οροθετικό άτομο πρώτος για την οροθετικότητά του, καθώς αποτελεί τον εγγυητή για την παραμονή του οροθετικού στην εργασία. Η εμπιστοσύνη που επιδεικνύει ο οροθετικός εργαζόμενος στον εργοδότη του εμπεριέχει την ελπίδα για κατανόηση των αλλαγών στις ικανότητές του και τη στήριξή του σε πιθανές δυσκολίες που σχετίζονται με τα επαγγελματικά του καθήκοντα.¹

Ένα άλλο πρόσωπο που διαδραματίζει σημαντικό ρόλο είναι ο «έμπιστος συνάδελφος», στον

οποίο ο οροθετικός ασθενής έχει αποκαλύψει και άλλα στοιχεία της προσωπικής του ζωής. Από αυτόν το συνεργάτη αποζητά πρακτική βοήθεια (κάλυψη όταν θα απουσιάζει, βοήθεια στη διεκπεραίωση του έργου) και ψυχολογική στήριξη (συζήτηση, συμβουλές).

«Κατά έναν παράξενο τρόπο, σύμφωνα με έρευνα, τα άτομα συχνά το λένε (ότι είναι οροθετικοί). Το λένε τα ίδια τα άτομα είτε σε κάποιον συνάδελφό τους είτε στον εργοδότη τους» (Εκπρόσωπος ΜΚΟ Β, Γαλλία).

Όπως τονίζουν οι ερωτώμενοι εκπρόσωποι ΜΚΟ, ένας σημαντικός λόγος για τον οποίο οι οροθετικοί αποκαλύπτουν την κατάσταση της υγείας τους στο χώρο εργασίας, είναι η «ηθική υποχρέωση» που νιώθουν απέναντι στον εργοδότη.

«Συχνά υπάρχουν άνθρωποι που εκτιμούν ότι έχουν ηθική υποχρέωση απέναντι στον εργοδότη τους να του μιλήσουν. Είναι μια ιδέα που την ασπάζονται πολλοί» (Εκπρόσωπος ΜΚΟ Β, Γαλλία).

«Είναι πολλοί που το λένε. Οι περισσότεροι απ' όσους εγώ γνωρίζω το θεωρούν ανέντιμο να μην το πουν» (Εκπρόσωπος ΜΚΟ Β, Ελλάδα).

Αυτό συμβαίνει συνήθως σε μικρές επιχειρήσεις, όπου οι σχέσεις μεταξύ εργοδότη-εργαζομένου ενδέχεται να είναι περισσότερο ουσιαστικές και λιγότερο τυπικές, όπως ισχύει στις πολυεθνικές εταιρίες όπου οι εργαζόμενοι συνήθως δεν έχουν συναντήσει ποτέ τον εργοδότη τους και η επικοινωνία γίνεται μέσω του διευθυντή του τμήματος ή του διευθυντή ανθρώπινου δυναμικού.

Οι μικρές επιχειρήσεις μπορούν να προσφέρουν περισσότερη υποστήριξη σε ένα άτομο που έχει μολυνθεί και να αναπτύξουν μεγαλύτερη ευελιξία στην αντιμετώπιση του AIDS απ' ό,τι οι μεγάλες επιχειρήσεις.

«Θέλανε να με κρατήσουν γιατί και με αγαπούσανε, τους αγαπούσα, ξέρεις, ήμουν πολλά χρόνια, τους ήξερα, με ήξεραν. Και μετά (αφού έφυγε) πήγαινα και τους έβλεπα. Και με ρωτούσαν τι κάνω, πώς είμαι, πώς περνάω, αν θέλω κάτι. Ήταν καλοί άνθρωποι για μένα. Το ήξεραν (ότι είναι οροθετική). Πρέπει να διαδοθήκε. Κι εγώ για να βγω στη σύνταξη έπρεπε να τους δείξω το χαρτί του γιατρού. Νομίζω ότι το έμαθαν» (Άννα, οροθετική στην Ελλάδα).

Στις μεγάλες επιχειρήσεις οι γραφειοκρατικές προσεγγίσεις ίσως δρουν ως τροχοπέδη στην εκδήλωση προκαταλήψεων, αλλά η ανυπαρξία προσωπικών σχέσεων εργοδότη-εργαζομένου μπορεί να οδηγήσει στη λήψη ακραίων μέτρων, όπως η απαίτηση πιστοποιητικού οροαρνητικότητας, καθώς η ανθρώπινη προσέγγιση του προβλήματος

βρίσκεται κάτω από το βάρος των οικονομικών επιπτώσεων και τίποτα δεν είναι ικανό να εμποδίσει την καταπιεστική συμπεριφορά προσώπων με διευθυντικούς ρόλους. Τέτοιου είδους συμπεριφορές μπορούν να συγκαλυφθούν στους μεγάλους οργανισμούς, διευκολυνόμενες από τη σύνθετη ιεραρχική δομή που παρουσιάζουν.⁵

Ο παράγοντας της προσωπικής σχέσης εργοδότη-εργαζομένου ως καταλύτης στην έκφραση στάσης απέναντι στον οροθετικό εργαζόμενο, αναδεικνύεται και από την έρευνα του Πανεπιστημίου Πατρών,⁸ σύμφωνα με την οποία οι εργοδότες εμφανίζονται να μην απολύουν κάποιον εργαζόμενο που τους αποκαλύπτει την οροθετικότητά του για ανθρωπιστικούς και συναισθηματικούς λόγους (52,9%).

Διάκριση στο χώρο εργασίας

Το πιο πολυσυζητημένο θέμα σχετικά με τις επιπτώσεις του AIDS στην απασχόληση και το χώρο εργασίας είναι αυτό των διακρίσεων που υφίστανται οροθετικοί ασθενείς ως εργαζόμενοι μιας επιχείρησης.^{21,22,23}

Όταν ένας εργοδότης θέλει να απομακρύνει από την εργασία τον οροθετικό εργαζόμενο του, σταδιακά αλλάζει συμπεριφορά απέναντί του. Προκειμένου να αποφύγει τις νομικές επιπτώσεις, ο εργοδότης ακολουθεί μια συγκεκριμένη στρατηγική για να τον εξαναγκάσει να εγκαταλείψει οικειοθελώς την επιχείρηση. Η στρατηγική βασίζεται σε έμμεσες δράσεις απόρριψης (υποβάθμιση θέσης, προσβολή ενώπιον τρίτων, ανάθεση πολλών υποχρεώσεων κ.τ.λ.), που σήμερα οι επιστημονες τις χαρακτηρίζουν με τον όρο «ηθική παρενόχληση».

Η Marie-France Hirigoyen,²⁴ ψυχίατρος, ειδική θυματολόγος με πολύ μεγάλη κλινική πείρα, μελέτησε διεξοδικά το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης και προτείνει τον παρακάτω ορισμό: «Ως ηθική παρενόχληση στο χώρο εργασίας ορίζεται κάθε καταχρηστική συμπεριφορά (χειρονομία, λόγος, συμπεριφορά, στάση...) που προσβάλλει, με την επανάληψη ή τη συστηματοποίησή της, την αξιοπρέπεια, την ψυχική ή σωματική ακεραιότητα ενός ατόμου βάζοντας σε κίνδυνο την εργασία του ή υποβιβάζοντας το εργασιακό κλίμα». Σύμφωνα με την Hirigoyen, η παρενόχληση στο χώρο εργασίας μπορεί να βασίζεται στην ασθένεια ή την αναπηρία ενός εργαζομένου. Η παρενόχληση εις βάρος αυτού του εργαζομένου συνίσταται σε προσβλητικές επιθέσεις σχετικά με την ασθένεια ή την αναπηρία,

αλλά συνηθέστερα γίνεται με πιο δυσδιάκριτους τρόπους, όπως η ανάθεση εργασιών που το άτομο δυσκολεύεται να κάνει εξαιτίας της ασθένειας ή της αναπηρίας του.

«Με έναν τρόπο διακριτικό οι εργοδότες, ιδιαίτερα όταν μιλάμε για ιδιωτικές επιχειρήσεις, αναγκάζουν τους οροθετικούς εργαζομένους να παραιτηθούν. Τους αφαιρούν κάποιες αρμοδιότητες, τους μειώνουν τις ώρες εργασίας, τους κάνουν συνέχεια παρατηρήσεις, επεμβαίνουν στη δουλειά τους, βρίσκουν διάφορους τρόπους ψυχολογικής βίας για να αναγκάσουν τον οροθετικό εργαζόμενο να παραιτηθεί. Μερικοί εργοδότες, σπάνια βέβαια, τους λένε από την αρχή: "Απολύεσαι! Είναι ιδιωτική επιχείρηση, εγώ φοβάμαι να έχω ένα τέτοιο άτομο στο χώρο εργασίας μου και σε απολύω!"» (Εκπρόσωπος ΜΚΟ Γ, Ελλάδα).

Σύμφωνα με το πόρισμα του Συνηγόρου του Πολίτη (Ν.3094/2003 «Συνήγορος του Πολίτη και άλλες διατάξεις», Άρθρο 3 § 5), τον Ιούλιο του 2007 με θέμα «Περιθάλψη ασθενών και φορέων HIV – AIDS», δεκατρείς (13) αναφορές κατατέθηκαν στην Ανεξάρτητη Αρχή, εκ των οποίων η μία αφορούσε απομάκρυνση οροθετικού ατόμου από τη θέση εργασίας του. Συγκεκριμένα, μόνιμος υπάλληλος στο Πολεμικό Ναυτικό απολύθηκε όταν έγινε γνωστή η οροθετικότητά του, ενώ ήταν ασυμπτωματικός και σε άριστη φυσική κατάσταση. Ο Συνήγορος του Πολίτη κρίνει τη συγκεκριμένη απόλυση μη νόμιμη και προτείνει να επανεξετασθεί το νομοθετικό πλαίσιο της κρίσης της σωματικής ικανότητας των στρατιωτικών, αποσαφηνίζοντας κάποια σημεία που επιδέχονται λανθασμένη ερμηνεία.

Από το 1993 έως σήμερα, η νομική υπηρεσία του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. έχει δεχτεί καταγγελίες ως προς την παραβίαση δικαιωμάτων στο χώρο εργασίας. Ιδιωτικοί φορείς (τράπεζες, ΔΕΚΟ, ξενοδοχεία, καζίνο κ.τ.λ.) αλλά και δημόσιοι οργανισμοί απαιτούσαν πιστοποιητικό οροαρνητικότητας προκειμένου να προβούν σε προσλήψεις ή προαγωγές εργαζομένων, επικαλούμενοι την υποχρέωση προστασίας της δημόσιας υγείας.²⁵ Ο Συνήγορος του Πολίτη τονίζει ότι το δικαίωμα στην εργασία όλων των ατόμων, συμπεριλαμβανομένων και των οροθετικών, προστατεύεται από πλήθος νόμων, διεθνών και εθνικών διατάξεων και κάθε απόλυση που βασίζεται στην κατάσταση της υγείας είναι παράνομη και αντισυνταγματική.

Ο εκούσιος και όχι υποχρεωτικός χαρακτήρας τήρησης των οδηγιών που έχει εκδώσει το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. (Υ1/3239/4-7-2000), οι οποίες καθορίζουν το πλαίσιο προστασίας όλων των πτυχών της ζωής των

ατόμων με HIV/AIDS και η συνακόλουθη απουσία απειλής επιβολής κυρώσεων σε περίπτωση παραβίασής τους, αποτελούν νομοθετικό κενό που ενθαρρύνει την έκφραση συμπεριφορών διάκρισης σε βάρος των οροθετικών ατόμων.²⁶

Αντιδράσεις απέναντι στις διακρίσεις

Όταν ένας HIV θετικός εργαζόμενος θεωρεί ότι έχει πέσει θύμα διάκρισης που βασίζεται στην οροθετικότητά του, μπορεί σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία να απευθυνθεί στις δικαστικές αρχές. Όμως, το να καταφύγει κάποιος στο δικαστήριο προϋποθέτει τη δημόσια ανακοίνωση της οροθετικότητάς του και μερικές φορές την αποκάλυψη άλλων προσωπικών δεδομένων (ομοφυλοφιλία, χρήση ναρκωτικών ουσιών κ.τ.λ.).

«... μια νομική διαδικασία είναι μια δημόσια διαδικασία. Δημόσια σημαίνει ότι πρέπει να δώσει κανείς το όνομά του, την ταυτότητά του, την ιστορία του» (Εκπρόσωπος ΜΚΟ Γ, Γαλλία).

Οι οροθετικοί ασθενείς πιστεύουν ότι δημοσιοποίηση της υπόθεσής τους θα έχει συνέπειες όχι μόνο στους ίδιους αλλά και την οικογένειά τους. Έτσι, η πλειοψηφία των οροθετικών δέχεται χωρίς αντίδραση συμπεριφορές αρνητικής διάκρισης που μπορεί να πάρουν και τη μορφή αναίτιας και αναιτιολόγητης απόλυσης.

Το κίνητρο των περισσότερων οροθετικών που απευθύνονται στη δικαιοσύνη, όπως το επισημαίνουν οι συνεντευξιαζόμενοι μέσα από την επαγγελματική τους εμπειρία, είναι η «ηθική δικαίωση».

«Συχνά, πρόκειται για μια ηθική αποκατάσταση...» (Εκπρόσωπος ΜΚΟ Β, Γαλλία).

«Πρόκειται για μια συμβολική αναγνώριση του γεγονότος ότι ήσουν θύμα μιας διάκρισης και ότι το άτομο που ευθύνεται για αυτή τη διάκριση τιμωρείται» (Εκπρόσωπος ΜΚΟ Α, Γαλλία).

Μία από τις μεγαλύτερες δυσκολίες για την προσφυγή στη δικαιοσύνη είναι η απόδειξη της διάκρισης. Συχνά, το θύμα βρίσκεται μόνο ενώπιον όλων, βιώνοντας μια ιδιότυπη μοναξιά. Μπροστά στην απειλή ρήξης με τη διεύθυνση, τα αποδεικτικά στοιχεία χάνονται και οι μάρτυρες σιωπούν. Το θύμα καταθέτει το βίωμα του, που αποτελεί τη δική του αλήθεια, η οποία δίχως τη συνοδεία άλλων μαρτυριών έχει περιορισμένη νομική βαρύτητα.

«Η δυσκολία σχετικά με τη δικαιοσύνη είναι το πρόβλημα της απόδειξης, γιατί εξ ορισμού, είναι δύσκολο να πάρεις μαρτυρίες, από την πλευρά των

συναδέλφων, για παράδειγμα. Οι νόμοι υπάρχουν για να καταδικάζονται οι διακρίσεις, η δυσκολία είναι να παρουσιάσεις τα στοιχεία που επιτρέπουν να τις αποδείξεις και κατά τη γνώμη μου, αυτό αποτελεί φρένο σε αρκετές προσφυγές στη δικαιοσύνη» (Εκπρόσωπος ΜΚΟ Β, Γαλλία).

Ένας άλλος λόγος για τον οποίο δεν καταφεύγει στη δικαιοσύνη κάποιος οροθετικός που έχει υποστεί διάκριση στον επαγγελματικό του χώρο είναι η μεγάλη διάρκεια αναμονής μέχρι τη διεξαγωγή της δίκης και τη λήψη της τελικής απόφασης. Απέναντι στην αμφιβολία για το αποτέλεσμα της δικαστικής διαμάχης, ορισμένοι οροθετικοί εργαζόμενοι επιλέγουν να προβούν σε συμβιβασμό με τον εργοδότη τους.

«Η απόφαση θα έβγαине μετά από 3 έως 4 χρόνια και θα κέρδιζα γύρω στα 3.000 γαλλικά φράγκα. Εκείνοι μου είπαν: “Εντάξει, είστε άρρωστος, σας πληρώνουμε 3 μήνες εκ των προτέρων και φεύγετε”. Παρ’ όλο που δεν είχαν δικαίωμα να πουν κάτι τέτοιο, εγώ ήμουν ικανοποιημένος» (Mederic, οροθετικός στη Γαλλία).

Αλληλεγγύη στο χώρο εργασίας

Στα φαινόμενα στιγματισμού και αποκλεισμού στο χώρο εργασίας μπορούμε να αντιπαραθέσουμε τις επιχειρήσεις εκείνες, οι οποίες προσφέρουν σημαντική βοήθεια στα άτομα με HIV/AIDS μέσω υποστηρικτικών προγραμμάτων ή προγραμμάτων προαγωγής της υγείας.

Υπάρχουν επιχειρήσεις που ενισχύουν οικονομικά ΜΚΟ για το AIDS, υποστηρίζουν ανοιχτά οροθετικούς εργαζόμενους και έχουν διατυπώσει δημόσια την αντίθεσή τους για την καταπιεστική νομοθεσία σε βάρος των ομοφυλόφιλων,^{27,28} ενώ κάποιες άλλες εφαρμόζουν καινοτόμα εκπαιδευτικά προγράμματα για το AIDS σε συνεργασία με ΜΚΟ.^{29,30}

Ωστόσο, υπάρχουν και μεμονωμένες περιπτώσεις εργοδοτών οι οποίοι είναι ευαισθητοποιημένοι απέναντι στα κοινωνικά προβλήματα και επιθυμούν μέσω της παροχής εργασίας να στηρίξουν μειονεκτούντα και περιθωριοποιημένα άτομα.

«Υπάρχουν εργοδότες, λίγοι βέβαια, που λένε: “Δε με νοιάζει αν είσαι οροθετικός. Ξέρεις να δουλεύεις; Έλα!”» (Εκπρόσωπος ΜΚΟ Δ, Ελλάδα).

«Είχε δει (ο εργοδότης) μια εκπομπή την προηγούμενη νύχτα, που κάποιο παιδί (οροθετικός) είχε βγει στην τηλεόραση και έλεγε, ας πούμε, πόσο δύσκολο είναι για τους οροθετικούς να πιάσουν δουλειά, τους διώχνουν κ.τ.λ. Θα έπαιρνε κάποιον, ήταν στο μυαλό

του δηλαδή, είδε κι αυτή την εκπομπή, συμπέσαν και τα δύο. Ήθελε κάποιον και είπε θα πάρω κάποιον, που τέλος πάντων, αφού δεν τους παίρνουν στη δουλειά και όλα αυτά. Είπε να βοηθήσει κάποιον» (Οδυσσέας, οροθετικός στην Ελλάδα).

Σημαντικός είναι ο ρόλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που –μέσω των προγραμμάτων– βοηθά στην ανταλλαγή τεχνογνωσίας μεταξύ των οργανώσεων για το AIDS στην Ευρώπη και την αναζήτηση λύσεων σε κοινά προβλήματα. Το 1999 λειτούργησε το Ευρωπαϊκό Δίκτυο «AIDS & Επιχειρήσεις»,³¹ με υποστήριξη από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή DG5, με σκοπό να συνδέσει μεταξύ τους επιχειρήσεις που ενδιαφέρονται για το AIDS και να τις ενθαρρύνει να αναλάβουν πρωτοβουλίες ενημέρωσης και υποστήριξης των εργαζομένων. Το 2000-2002 το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα «HIV & Work»,³² κινητοποίησε πολυάριθμα σωματεία στην Ευρώπη για τα εργασιακά προβλήματα των οροθετικών ατόμων. Το 2007 στην Πράγα της Τσεχίας πραγματοποιήθηκε διεθνές συνέδριο με τίτλο «HIV – work and social issues».³³ Στο πλαίσιο του συνεδρίου, η ομάδα εργασίας «HIV και εργασία/απασχόληση», δεδομένων των προβλημάτων που συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν οι οροθετικοί στο χώρο εργασίας τους, τόνισε την ανάγκη δημιουργίας ενός νέου δικτύου για την επαγγελματική υποστήριξη των ατόμων με HIV/AIDS στην Ευρώπη.

Συζήτηση

Το ιατρικό καθεστώς του AIDS άλλαξε με την εμφάνιση των αντιρετροϊκών φαρμάκων (μετατροπή από θανατηφόρο σε χρόνια νόσο). Η κατάσταση της υγείας των οροθετικών ασθενών έχει βελτιωθεί και οι ίδιοι νιώθουν ικανοί να εργαστούν.

Η εργασία έχει θετική επίδραση στην υγεία τους και τους βοηθά να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που σχετίζονται με την κοινωνική ένταξη και την προσωπική τους ανάπτυξη. Εάν τα οροθετικά άτομα παραμείνουν στις θέσεις εργασίας τους, ο αντίκτυπος στην εθνική οικονομία κάθε χώρας είναι θετικός. Τα τελευταία χρόνια, η χρηματοδότηση της κοινωνικής προστασίας είναι περιορισμένη είτε λόγω του μεγάλου αριθμού των ασθενών με AIDS, όπως συμβαίνει σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες,³⁴ είτε λόγω της μείωσης των οικονομικών πόρων σε ορισμένες βιομηχανικά αναπτυγμένες κοινωνίες, όπου οι επιδημιολογικές επιπτώσεις έχουν πολιτικό αντίκτυπο.³⁵

Καταγράψαμε τρεις τύπους περιπτώσεων οροθετικών ατόμων σύμφωνα με την επαγγελματική

τους ζωή. Υπάρχουν εκείνα που συνέχισαν να ασκούν την εργασία τους και η επαγγελματική ζωή τους παρέμεινε αμετάβλητη μετά τη μόλυνσή τους από τον ιό HIV. Επίσης, υπάρχουν εκείνα που εγκατέλειψαν την εργασία τους την περίοδο πριν από τις φαρμακευτικές ανακαλύψεις και τώρα επιθυμούν να επιστρέψουν στον κόσμο της εργασίας. Όμως, η επαγγελματική τους ένταξη είναι δύσκολη μετά από μακρά περίοδο απουσίας από την αγορά εργασίας, ιδιαίτερα σε μια εποχή με υψηλό δείκτη ανεργίας. Τέλος, υπάρχουν εκείνα που ωφελήθηκαν από τα επιδόματα πρόνοιας και είναι ικανοποιημένοι με αυτή την κατάσταση, είτε επειδή δεν υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ του επιδόματος και των αμοιβών που λάμβαναν από την εργασία τους πριν από το AIDS, είτε γιατί ήταν στην ανεργία ή σε μια οικονομικά δύσκολη κατάσταση που άγγιζε τα όρια της φτώχειας και δεν επιθυμούν οποιαδήποτε αλλαγή στην τωρινή κατάστασή τους.

Μολονότι οι κοινωνικοί επιστήμονες μιλούν σήμερα για «ομαλοποίηση» του AIDS στις κοινωνίες του Δυτικού Κόσμου, οι οροθετικοί ασθενείς που διατήρησαν τη θέση εργασίας τους ή επαναδραστηριοποιήθηκαν επαγγελματικά μετά την εμφάνιση των αντιρετροϊκών φαρμάκων, εξακολουθούν να φοβούνται να αποκαλύψουν την οροθετικότητα στο περιβάλλον τους και κυρίως στο χώρο εργασίας. Η μη ανοχή παραμένει ακόμα κυρίαρχη σε πολλούς τομείς της δημόσιας ζωής. Ο κόσμος της εργασίας, σε ορισμένες περιπτώσεις παρουσιάζεται αλληλέγγυος, ενώ σε άλλες στιγματίζει και περιθωριοποιεί. Σε αυτό το δυσμενές για εκείνους κλίμα, οι οροθετικοί εργαζόμενοι αναπτύσσουν στρατηγικές διαχείρισης της οροθετικότητας προκειμένου να αποφύγουν συμπεριφορές διάκρισης και απόρριψης από το επαγγελματικό τους περιβάλλον. Έτσι, είτε αποκρύπτουν την οροθετικότητά τους είτε την ανακοινώνουν, τροποποιώντας όμως τη φύση της ασθένειας. Αναφέρουν, δηλαδή, άλλες χρόνιες ασθένειες που δεν είναι όμως κοινωνικά στιγματισμένες, όπως συμβαίνει με το AIDS. Υπάρχουν και περιπτώσεις ατόμων με HIV/AIDS που αποκαλύπτουν το γεγονός της μόλυνσής τους από τον ιό HIV στο χώρο εργασίας, αλλά οι περιπτώσεις αυτές είναι σπάνιες.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονιστεί ότι ένας οροθετικός εργαζόμενος είναι ένας «άρρωστος» εργαζόμενος. Πιο συγκεκριμένα, ένας εργαζόμενος που πάσχει από μια χρόνια ασθένεια. Και οι

σοβαρές ασθένειες αποτελούν πάντα εμπόδιο στην ομαλή λειτουργία, την παραγωγικότητα και κατά συνέπεια, στο οικονομικό κέρδος των επιχειρήσεων. Οι εργοδότες δυσκολεύονται να προσλάβουν άτομα με χρόνια ασθένεια ή να επιδείξουν κατανόηση σε μια δύσκολη κατάσταση ενός εργαζομένου. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου οι εργοδότες προσπαθούν να απομακρύνουν τον οροθετικό εργαζόμενο από τη θέση εργασίας του άμεσα, απολύοντάς τον, ή έμμεσα, υποβαθμίζοντάς τον στην ιεραρχία, συκοφαντώντας τον δημόσια και αμφισβητώντας τις επαγγελματικές του ικανότητες.

Μέσα σε ένα τέτοιο δυσμενές πλαίσιο πώς μπορούν να προστατευτούν τα εργασιακά δικαιώματα των οροθετικών ατόμων; Ο νόμος μπορεί να αποτελέσει τροχοπέδη στην εμφάνιση και ανάπτυξη διακρίσεων σε βάρος των ατόμων με HIV/AIDS και να αποτελέσει ένα προστατευτικό πλαίσιο προάσπισης της επαγγελματικής εξέλιξής τους. Επίσης, οι εκστρατείες αλληλεγγύης για τους ανθρώπους που ζουν με τον ιό του AIDS στους κόλπους μιας επιχείρησης, φαίνεται να επηρεάζουν θετικά τις στάσεις των εργαζομένων έναντι ενός οροθετικού συναδέλφου τους.

Ο Charles Nicolle, ειδικός στις μολυσματικές ασθένειες, είχε σημειώσει το 1930 ότι αυτός ο τύπος ασθενειών συνόδευε, συνοδεύει και θα συνοδεύει πάντα τον άνθρωπο σε όλη τη διάρκεια της ύπαρξής του. Αυτό ακριβώς ισχύει για την HIV λοίμωξη μέχρι σήμερα. Παραμένει να διαπιστώσουμε εάν το AIDS μας οδηγεί σε μια δημοκρατικότερη κοινωνία, η οποία βασίζεται στο σεβασμό των ανθρώπινων δικαιωμάτων και των πολιτικών ελευθεριών, όπου η υγεία θα αποτελεί «ύψιστο κοινωνικό αγαθό». Οι στάσεις που εκφράζονται στο χώρο εργασίας έναντι των πασχόντων εργαζομένων, αποτελούν αναμφισβήτητα ένα σημαντικό δείκτη της δημοκρατικότητας της κοινωνίας μας.

Βιβλιογραφία

1. Bertau P., Favrot-Laurens G., Sanchez F. *Les situations de handicap liees au sida en milieu de travail*, Recherche cofinancee par l'AGEPIPH, l'ANRS et Ensemble contre le Sida, 1997.
2. Fassin D., Brucker G. *Sante publique*, Ellipses, 1989.
3. Κοτσιάνος Σ. *Η ιατρική ευθύνη. Αστική – Ποινική*, β' έκδοση, Θεσσαλονίκη, 1977.
4. Fabre G. *L'infection à VIH dans les parcours professionnels*, Rapport pour l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida, Decembre 1994.

5. Goss D., Adam-Smith D. *Organizing AIDS. Workplace and Organizational Responses to the HIV/AIDS Epidemic*. Taylor & Francis LTD, London, 1995.
6. Touraine A. *Pour la sociologie*, Paris, Le Seuil, 1974,179.
7. Goffman E. *Stigmaté, les usages sociaux des handicaps*. Paris, Editions de Minuit, 1975.
8. Παπαθανασίου Χ. HIV/AIDS και χώρος εργασίας: οργανωτικές και ψυχολογικές πτυχές, *Πτυχιακή εργασία*, Τομέας Ψυχολογίας, ΠΤΔΕ, Πανεπιστήμιο Πατρών, 1999.
9. Fabre G., De Clercq B., Tchobanian R. *VIH et emploi a l'heure des multitherapies: les usages du secret en milieu de travail*, Rapport final pour l'ANRS, 2000.
10. Herzlich C. *Sante et maladie, analyse d'une representation sociale*. Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 1996.
11. Sida Info Droit. *Rapport d'activite*, 1999.
12. Schwoebel V., Delmas M.-C., Couturier E. Brunet J.-B. *Prise en charge medicale des personnes infectees par le VIH*, Saint-Maurice, Centre europeen pour la surveillance epidemiologique du sida, 1996.
13. AIDES Ile-de-France, Arc en Ciel, *Envol: dispositif pilote de reinsertion*, 1997.
14. AIDES Federation nationale, *Enquete nationale: Insertion socioprofessionnelle des personnes atteintes par le VIH*, resultats complets, Paris, 1999.
15. Carricaburu D., Pierret J. *Vie quotidienne et recompositions identitaires autour de la seropositivite*, Rapport multigraphie, CERMES-ANRS, Paris, 1992.
16. Weitz R. Living with the stigma of AIDS, *Qualitative Sociology* 1990,13(1):23-38.
17. Sim J. AIDS, nursing and occupational risk: an ethical analysis. *Journal of Advanced Nursing* 1992, 17:569-575.
18. Ward J. *Sante: intervention sociale*. Masson, Paris, 1997.
19. Le Breton D. *Sur la souffrance*. Paris, 1996.
20. Pollak M. *Les homosexuels et le sida: Sociologie d'une epidemie*. A. M. Metailie, Paris, 1988.
21. Goss D. The ethics of HIV/AIDS in the workplace. *Business Ethics: A European Review* 1993,2:143-148.
22. Vest J., O'Brien F., Vest M. AIDS training in the workplace. *Training and Development* 1991, December: 59-64.
23. Patton C. *Inventing AIDS*. Routledge, London, 1990.
24. Hirigoyen M.-F. *Ηθική παρενόχληση στο χώρο εργασίας*. Πατάκης, Αθήνα, 2001.
25. Πολίτης Χ. Ιατρικό απόρρητο. Ημερίδα για το ιατρικό απόρρητο που διοργάνωσε ο Συνήγορος του Πολίτη. Σάκκουλας, Αθήνα, 2006.
26. Παπαρηγοπούλου Π., Αρσενόπουλου Ι. Περιθαλψη ασθενών και φορέων HIV – AIDS, *Πόρισμα (N. 3094/2003 «Συνήγορος του Πολίτη και άλλες διατάξεις», Άρθρο 3 § 5)*. Κύκλος Κοινωνικής Προστασίας, Ιούλιος 2007.
27. Kohl J., Miller A. Barton L. Levi's corporate AIDS programme. *Long Range Planning*, 1990,23:31-34.
28. Kirp D. Uncommon decency: Pacific Bell responds to AIDS. *Harvard Business Review* 1989,May:140-151.
29. Belgrave S. One Employer's Approach to Employee Education. In: Fitzsimons D., Hardy V., Tolley K. (eds) *Socio-Economic Impact of AIDS in Europe*. London, Cassell,1995.
30. IDS. *AIDS Returns to the Agendas*, Incomes Data Service Study 528, April, 1993a.
31. *Ευρωπαϊκό Δίκτυο «AIDS & Επιχειρήσεις»*, <http://www.elpida.gr/AIDS.htm>
32. HIV και Απασχόληση στην Ευρώπη. Φυλλάδιο καλών πρακτικών. *HIV & Work*, Νοέμβριος 2002.
33. Papathanasiou V. HIV+ employees in the Greek Labour Market: stereotypes and self-stereotypes. *International Conference HIV – work and social issues*, Prague, Czech Republic, March8-11,2007.
34. Merson M. AIDS: epidemic update and corporate responses. In: Fitzsimons D., Hardy V., Tolley K. (eds) *Socio-Economic Impact of AIDS in Europe*. London, Cassell, 1995.
35. Francis J. Erosion process. *Community Care* 1993, March:16-17

Αντιβιοτικά για τα νοσοκομειακά ανθεκτικά Gram(+) παθογόνα

A. Κατσώνη, Χ. Λούπα, Μ. Λελέκης

Περίληψη

Τα Gram(+) μικρόβια είναι σημαντικά παθογόνα καθώς εμπλέκονται σε πολλές λοιμώξεις της κοινότητας και του νοσοκομείου. Στην παρούσα βραχεία ανασκόπηση θα γίνει αναφορά στα ανθεκτικά, νοσοκομειακά Gram(+) παθογόνα, όπως είναι ο ανθεκτικός στη μεθικιλίνη χρυσίζων σταφυλόκοκκος νοσοκομειακής προελεύσεως [methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA)], ο κοαγκουλάση-αρνητικός σταφυλόκοκκος [Coagulase-negative staphylococcus (CoNS)] και ο ανθεκτικός στη βανκομυκίνη εντερόκοκκος [Vancomycin resistant enterococcus (VRE)].

Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αυτών των μικροβίων σχετίζονται με την παθογονικότητά τους και κατευθύνουν στη χρήση ανάλογων αντιβιοτικών για την αντιμετώπισή τους. Στη φαρέτρα της σύγχρονης θεραπευτικής διατίθενται τα γλυκοπεπτιδία, οι οξαζολιδιόνες, η τιγκεκυκλίνη και η δαπτομυκίνη.

Λέξεις - κλειδιά: Gram(+) παθογόνα, αντοχή, αντιβιοτικά.

Antibiotics for resistant nosocomial Gram(+) pathogens

A. Katsoni, C. Loupa, M. Lelekis

Abstract

Gram(+) microorganisms are important pathogens as they are implicated in many community and hospital-acquired infections. Resistant Gram(+) pathogens such as hospital acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA), coagulase-negative *Staphylococcus* (CoNS) and vancomycin resistant *Enterococcus* (VRE) will be discussed at the present short review.

The specific features of these microorganisms are related with their pathogenicity and require the use of appropriate antibiotics for their treatment.

Glycopeptides, oxazolidinones, tigecycline and daptomycin consist the armoury of the current therapeutics.

Key words: Gram(+) pathogens, resistance, antibiotics

Εισαγωγή

Τα Gram(+) παθογόνα αποτελούν συχνούς και σημαντικούς αιτιολογικούς παράγοντες πολλών και σοβαρών λοιμώξεων.

Στο πρώτο μέρος της ανασκόπησης θα αναφερθούμε στα σημαντικότερα ανθεκτικά Gram(+) παθογόνα και στο δεύτερο μέρος στα αντιβιοτικά που συνήθως χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση αυτών των παθογόνων.

Ο *Streptococcus pneumoniae* ενοχοποιείται συχνά για μηνιγγίτιδα, πνευμονία από την κοινότητα κ.ά., ο *Staphylococcus aureus* για λοιμώξεις μαλακών μορίων, ενδοκαρδίτιδα, οστεομυελίτιδα, πνευμονία σχετιζόμενη με το μηχανικό αερισμό κ.ά., ενώ ο

Enterococcus εμπλέκεται σε διάφορες λοιμώξεις όπως ενδοκαρδίτιδα, μικροβιαμία, ενδοκοιλιακές λοιμώξεις, λοιμώξεις ουροποιητικού κ.ά. Η εμφάνιση ανθεκτικών στελεχών των παραπάνω μικροβίων δυσκολεύει την αντιμετώπιση των λοιμώξεων, πρόβλημα με ιδιαίτερη σημασία στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Έτσι, ο ανθεκτικός στη μεθικιλίνη χρυσίζων σταφυλόκοκκος (MRSA), οι ανθεκτικοί στη μεθικιλίνη κοαγκουλάση-αρνητικοί σταφυλόκοκκοι [Coagulase-negative staphylococci (CoNS)] και ο ανθεκτικός στη βανκομυκίνη εντερόκοκκος (vancomycin-resistant enterococcus, VRE), αποτελούν ανθεκτικά παθογόνα προβληματικά στη θεραπευτική τους αντιμετώπιση.

Διαχρονικά, η αντιμετώπιση των Gram(+) μικροβίων πέρασε από την πενικιλίνη στις αντισταφυλοκοκκικές πενικιλίνες, τη βανκομυκίνη και τελευταία, τη λινεζολίδη, την τιγκεκυκλίνη και τη δαπτομυκίνη. Πρόκληση παραμένει πάντοτε η επιλογή του κατάλληλου αντιβιοτικού για την άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτών των παθογόνων. Σε αυτή τη βάση θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το αντιμικροβιακό φάσμα, οι φαρμακοκινητικές και φαρμακοδυναμικές ιδιότητες του κάθε φαρμάκου, καθώς και τα χαρακτηριστικά ασφάλειας που διαθέτει.

A. Ανθεκτικά Gram(+) νοσοκομειακά παθογόνα

1. Ανθεκτικός στη μεθικιλίνη χρυσίζων σταφυλόκοκκος (*methicillin-resistant Staphylococcus aureus*, MRSA)

Η πρώτη εμφάνιση του ανθεκτικού στη μεθικιλίνη χρυσίζοντος σταφυλοκόκκου περιγράφεται το 1961. Αποτελεί ένα σημαντικό νοσοκομειακό παθογόνο.¹⁻³ Ο MRSA σχετίζεται με μεγάλη νοσηρότητα και θνητότητα στο νοσοκομειακό χώρο και ιδιαίτερα στις μονάδες εντατικής θεραπείας.⁴⁻⁶ Είναι ανθεκτικός σε όλες τις β-λακτάμες και εμφανίζει περιορισμένη ευαισθησία στις κινολόνες και τις μακρολίδες.²⁻⁸ Η γενετική σύνθεση του MRSA του επιτρέπει να φέρει πενικιλινοδεσμευτικές πρωτεΐνες (PBPs) με αλλαγή της δεσμευτικής ικανότητάς τους, αντλίες ενεργητικής απομάκρυνσης (efflux pumps) πολλαπλών υποστρωμάτων, κωδικοποιούμενες από πλασμίδια με αντοχή σε πολλαπλούς παράγοντες και άλλους παράγοντες αντοχής. Εμφανίζεται, έτσι, σαν δύσκολο «υπόστρωμα» προς θεραπεία.^{1,2} Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό του MRSA είναι πως πολλά στελέχη του εμφανίζουν ετερογένεια ως προς την αντοχή (π.χ. τα χαρακτηριστικά της έκφρασης της αντοχής στη μεθικιλίνη εμφανίζονται μόνο σ' ένα μικρό υποπληθυσμό ενός στελέχους).⁹

Ο MRSA έχει απομονωθεί σε λοιμώξεις δέρματος και μαλακών μορίων, σε επιπλεγμένες λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος (συμπεριλαμβανομένων των λοιμώξεων των νεφρών), σε λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος (συμπεριλαμβανόμενης της πνευμονίας που σχετίζεται με το μηχανικό αερισμό, ventilator-associated pneumonia, VAP), σε βακτηριαμία και σε ενδοκαρδίτιδα.^{1-3,5-6,8,10,11} Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση βακτηριαμίας από MRSA αποτελούν οι σοβαρές πολυσυστηματικές παθήσεις, η ύπαρξη

κεντρικών καθετήρων, ο παρατεταμένος χρόνος νοσηλείας και η προηγηθείσα λήψη αντιμικροβιακής αγωγής.⁹

Αναδρομικές μελέτες σχετικές με την επίπτωση και την επιβίωση του μικροβίου αναδεικνύει τον MRSA ως παθογόνο με σημαντική αντοχή και όχι μόνο στο νοσοκομειακό περιβάλλον.^{5,8,11-15} Από το 1996 έχουν αναφερθεί αρκετές περιπτώσεις λοιμώξεων από MRSA με μέτρια ευαισθησία (MIC 8-16 µg/ml) στη βανκομυκίνη (*vancomycin-intermediate Staphylococcus aureus*, VISA) και σπάνιας με πλήρη αντοχή στη βανκομυκίνη (VRSA).⁹

Σύμφωνα με απαισιόδοξες προβλέψεις, με βάση τον ρυθμό ανάπτυξης της αντοχής αυτού του παθογόνου ενδονοσοκομειακά τα τελευταία 10 χρόνια, είναι πιθανό η αντοχή του MRSA σε όλα τα αντιβιοτικά να προσεγγίσει το 100% μέσα στην επόμενη δεκαετία.¹⁶

Ειδική περίπτωση αποτελεί ο ανθεκτικός στη μεθικιλίνη χρυσίζων σταφυλόκοκκος της κοινότητας (*community-acquired MRSA*, CA-MRSA). Ο Chambers αναφέρει πέντε χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν τον νοσοκομειακό MRSA από τον CA-MRSA: 1) ενώ ο κλασικός MRSA είναι ανθεκτικός σε πολλά αντιβιοτικά, ο CA-MRSA παρουσιάζει συνήθως ευαισθησία στην κλινδαμυκίνη και στις κινολόνες, 2) τα δύο είδη εμφανίζουν διαφορετικούς γονότυπους και παρουσιάζουν διαφορά στο γενετικό στοιχείο που καθορίζει την αντοχή, 3) ο CA-MRSA εμφανίζεται σε ασθενείς που δεν έχουν σχέση με νοσοκομεία, ούτε έχουν τους συνήθεις προδιαθεσικούς παράγοντες και 4) ο CA-MRSA παράγει συνήθως την τοξίνη (λευκοσιδίνη) Panton-Valentine. Ως παθογόνο ο CA-MRSA προκαλεί κυρίως λοιμώξεις δέρματος και μαλακών μορίων, καθώς και σοβαρή πνευμονία.^{17,18}

2. Ανθεκτικοί στη μεθικιλίνη κοαγκουλάση-αρνητικοί σταφυλόκοκκοι (*methicillin resistant coagulase-negative Staphylococcus*, MRCoNS)

Στους κοαγκουλάση-αρνητικούς σταφυλοκόκκους (CoNS) περιλαμβάνονται είδη σταφυλοκόκκων που είναι ευρύτατα διαδεδομένα στον οργανισμό. Έτσι, ο *S. epidermidis* υπάρχει π.χ στο δέρμα, ενώ ο *S. saprophyticus* στον κόλπο ασυμπτωματικών γυναικών. Με την εξαίρεση του *S. saprophyticus* που προκαλεί κυστίτιδα σε νέες, σεξουαλικά ενεργές γυναίκες, η πλειοψηφία των λοιμώξεων από CoNS επισυμβαίνουν κυρίως σε παρουσία ξένου σώματος ή/και ανοσοκαταστολής.

Ο CoNS όταν προσκολλάται στο ξένο σώμα παράγει έναν εξωπολυσακχαρίτη (slime) που προστατεύει το μικρόβιο, παρεμποδίζοντας την τοπική ανοσολογική απάντηση, μέσω μηχανισμού που δεν είναι πλήρως κατανοητός. Είναι γενικά πιο ανθεκτικός στα αντιβιοτικά από τον *S. aureus*. Το 55-75% των CoNS που απομονώνονται στο νοσοκομείο είναι ανθεκτικοί στη μεθικιλίνη. Είναι οι πρώτοι σταφυλόκοκκοι που εμφάνισαν αντοχή στα γλυκοπεπτιδία. Επιπλέον, οι CoNS εμφανίζουν αντοχή σε ποικιλία άλλων μη β-λακταμικών αντιβιοτικών.^{19,20}

3. Εντερόκοκκος ανθεκτικός στη βανκομυκίνη (*vancomycin resistant Enterococcus, VRE*)

Ο επιπολασμός του ανθεκτικού στη βανκομυκίνη εντεροκόκκου είναι χαμηλός στις ΗΠΑ, αλλά υψηλός στην Ευρώπη. Έχει απομονωθεί από απόβλητα και διάφορα ζώα στην Ευρώπη και σε μία μελέτη, στα κόπρανα στο 12% νοσηλευόμενων ασθενών.⁹ Απομονώθηκε για πρώτη φορά το 1986.²¹ Η αυξανόμενη αντοχή στα γλυκοπεπτιδία ακολούθησε τη σημαντική αύξηση της χρήσης της βανκομυκίνης σε πολλά νοσοκομεία, καθώς από τη δεκαετία του 1980 και μετά υπήρξε έξαρση του προβλήματος του MRSA, ενώ παράλληλα η βανκομυκίνη χορηγήθηκε ευρέως και από το στόμα για την αντιμετώπιση λοιμώξεων από *Clostridium difficile*. Σε μια μελέτη, από το 1989 έως το 1998, το ποσοστό των VRE που απομονώθηκαν σε μονάδες εντατικής θεραπείας αυξήθηκε από 0,3% σε 23,9%.⁹

Ο μηχανισμός αντοχής του εντεροκόκκου στη βανκομυκίνη περιλαμβάνει μια σειρά αντιδράσεων που έχουν ως τελικό αποτέλεσμα τη διαμόρφωση του κυτταρικού τοιχώματος, παρακάμπτοντας το πενταπεπτιδίο που αποτελείται από ενδιάμεση δομή D-αλανίνη-D-αλανίνη, αποδυναμώνοντας έτσι τη δράση του γλυκοπεπτιδίου.⁹

Οι λοιμώξεις αποτελούν συνήθως την κορυφή του παγόβουνου. Προηγείται ο αποικισμός. Προδιαθεσικοί παράγοντες για αποικισμό με VRE είναι η ευρεία χρήση κεφαλοσπορινών, βανκομυκίνης και αντιβιοτικών με σημαντική αντι-αναερόβια δραστηριότητα, παρατεταμένη νοσηλεία σε κοινό θάλαμο ή σε ΜΕΘ, ενδοноσοκομειακή μεταφορά μεταξύ διαφορετικών τμημάτων, κακοήθης αιματολογική νόσος και λήψη ηπατικού μοσχεύματος.⁹

Είναι σημαντικό να ακολουθούνται οι κατάλληλες οδηγίες ώστε να περιορισθεί η εξάπλωση στελεχών

VRE στα νοσοκομεία. Είναι αναγκαίος ο έγκαιρος εργαστηριακός προσδιορισμός και η αναφορά των απομονωθέντων στελεχών, ο έλεγχος και η απομόνωση των φορέων και κυρίως, ο περιορισμός στη χρήση της βανκομυκίνης.⁹

Β. Αντιβιοτικά για τα ανθεκτικά Gram(+) παθογόνα

1. Γλυκοπεπτιδία

Παρά το γεγονός ότι από την κατηγορία αυτή χρησιμοποιούνται η βανκομυκίνη και η τειχοπλανίνη (τεϊκοπλανίνη), στη βιβλιογραφία η βανκομυκίνη εμφανίζεται ως το κυρίαρχο γλυκοπεπτιδίο για την αντιμετώπιση σοβαρών λοιμώξεων από ανθεκτικά Gram(+) παθογόνα, γεγονός που μπορεί να αποδοθεί σε σημαντικό βαθμό στο γεγονός ότι η τειχοπλανίνη δεν κυκλοφορεί στις ΗΠΑ.¹⁴

Η βανκομυκίνη είναι (ασθενώς) βακτηριοκτόνο αντιβιοτικό και δρα αναστέλλοντας τη σύνθεση των φωσφολιπιδίων και πεπτιδογλυκανικών πολυμερών του βακτηριακού κυτταρικού τοιχώματος. Το 1958 εγκρίθηκε από τον FDA (Food and Drug Administration) των ΗΠΑ η χρήση της για την καταπολέμηση σταφυλοκοκκικών και στρεπτοκοκκικών λοιμώξεων ανθεκτικών στα β-λακταμικά αντιβιοτικά.¹⁵ Κύριο μειονέκτημά της, εξ αρχής, ήταν η περιορισμένη διείσδυση στους ιστούς που οφείλεται στο μεγάλο μοριακού βάρους λιπόφιλο μόριό της (MB 1449 Daltons), που συμβάλλει στη θεραπευτική της ανεπάρκεια. Είναι χαρακτηριστικό ότι στο υγρό που επαλείφει τις κυψελίδες των πνευμόνων (ELF), σε ασθενείς που υποβάλλονταν σε μηχανικό αερισμό, επιτεύχθηκε συγκέντρωση που αντιστοιχεί στο 14% αυτής του ορού.^{12,13} Πτωχή συγκέντρωση διαπιστώθηκε και στα μαλακά μόρια ασθενών που υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργική επέμβαση και ελάμβαναν βανκομυκίνη σε συνεχή έγχυση, με λόγο συγκέντρωσης ιστού-πλάσματος 0,3 στους μη διαβητικούς ασθενείς και μόλις 0,1 στους διαβητικούς ασθενείς. Ένα άλλο γνωστό, εξ αρχής, μειονέκτημα της βανκομυκίνης ήταν οι σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες που οφείλονταν σε σημαντικό βαθμό στο γεγονός ότι το σκεύασμά της είχε πολλές προσμείξεις. Χαρακτηριστικά το πρώτο σκεύασμα της βανκομυκίνης αναφερόταν λόγω της εμφάνισής του ως «λάσπη του Μισοσισιπή». Τα σύγχρονα σκευάσματα είναι κεκαθαρμένα και καλύτερα ανεκτά, αλλά παραμένουν ανεπιθύμητες ενέργειες όπως η νεφροτοξικότητα και το σύνδρομο ερυθρού ανθρώπου (red man

syndrome). Είναι πάντως απαραίτητο να αναφερθεί ότι ανάλογες ανεπιθύμητες ενέργειες εμφανίζει και η τειχοπλανίνη. Το γεγονός αυτό καθιστά αναγκαίο τον προσδιορισμό των επιπέδων του φαρμάκου στον ορό, ιδίως σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια.^{14,15}

Η βανκομυκίνη υστερεί έναντι των β-λακταμικών αντιβιοτικών στη θεραπεία βακτηριαμίας και ενδοκαρδίτιδας προκαλούμενης από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο ευαίσθητο στη μεθικιλίνη (methicillin-susceptible *Staphylococcus aureus*, MSSA). Γενικά, δεν θεωρείται ως αποδεκτή θεραπεία για ασθενείς με λοίμωξη από MSSA. Σε μια πολυκεντρική μελέτη, η θεραπεία με βανκομυκίνη συσχετίστηκε με σημαντικά αυξημένο κίνδυνο αποτυχίας της αγωγής σε ασθενείς με βακτηριαμία συγκρινόμενη με τη θεραπεία με αντισταφυλοκοκκική πενικιλίνη.²²

Παρά το γεγονός ότι η βανκομυκίνη συνιστάται ως φάρμακο εκλογής για σοβαρές λοιμώξεις από MRSA, υπάρχει τελευταία αμφισβήτηση σχετικά με την αποτελεσματικότητά της σε αυτές τις λοιμώξεις. Λόγω της επανειλημμένης αναφοράς αποτυχίας σε λοιμώξεις από «ευαίσθητα» στελέχη MRSA, το CLSI (Clinical and Laboratory Standards Institute) σχετικά πρόσφατα όρισε νέα όρια ευαισθησίας (MIC ≤ 2 mg/ml αντί ≤ 4 mg/ml) χωρίς όμως και αυτά να εξασφαλίζουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.²³ Σε μια αναδρομική μελέτη με 30 επιλεγμένους ασθενείς με βακτηριαμία από MRSA, το ποσοστό επιτυχημένης θεραπείας με βανκομυκίνη ήταν 55,6% σε 9 ασθενείς με MIC $\leq 0,5$ mg/ml και μόλις 9,5% σε αυτούς με MIC μεταξύ 1 και 2 mg/ml.¹⁵ Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια έχει καταγραφεί μια προοδευτική αύξηση των MICs των απομονούμενων στελεχών σταφυλοκόκκου χωρίς υποχρεωτικά να φθάνουν στα όρια της αντοχής (MIC creep). Το φαινόμενο αυτό έχει καταγραφεί σε διάφορα κέντρα των ΗΠΑ. Το Surveillance Network Database-USA (Focus Technologies) επιβεβαιώνει πως στο 16,2% από 241.605 απομονωθέντα στελέχη *S. aureus* παρατηρείται πλέον MIC της τάξης των 2 mg/ml.²³

Τα παραπάνω αναφερθέντα καθιστούν απαραίτητη τη γνώση της MIC του στελέχους προκειμένου να υπάρξει ευνοϊκό αποτέλεσμα στη θεραπεία, κάτι αδύνατο στην περίπτωση χορήγησης εμπειρικής θεραπείας.²⁴ Το πρόβλημα περιπλέκεται ακόμη περισσότερο από το γεγονός ότι τα εργαστήρια που χρησιμοποιούν αυτοματοποιημένα συστήματα προσδιορισμού της ευαισθησίας στα

αντιβιοτικά, αποτυγχάνουν να προσδιορίσουν με ακρίβεια την MIC του στελέχους.²⁵ Επιπλέον, ο προσδιορισμός των στελεχών σταφυλοκόκκου με ετερογενή αντοχή στη βανκομυκίνη και τειχοπλανίνη (hVISA), είναι αδύνατος με τις μεθόδους ρουτίνας που χρησιμοποιούνται στα εργαστήρια. Το γεγονός είναι σημαντικό αφού η ύπαρξη ετερογενούς αντοχής αποτελεί αιτία αποτυχίας της θεραπείας σε πληθυσμούς μικροβίων φαινομενικά ευαίσθητους. Με ειδικές μεθόδους, ετερογενής αντοχή διαπιστώθηκε σε 2,16% από περισσότερα από 6.000 στελέχη MRSA, σε πολλά κέντρα.^{23,26-28}

Συχνά η βανκομυκίνη συγχωρηγείται με κάποιο άλλο αντιβιοτικό, συνήθως τη ριφαμικίνη και/ή τη γενταμικίνη με σκοπό την ενίσχυση της αποτελεσματικότητάς της. Σε μια μικρή, τυχαίοποιημένη μελέτη που αφορούσε 42 ασθενείς με ενδοκαρδίτιδα από MRSA, βρέθηκε πως η προσθήκη ριφαμικίνης στη βανκομυκίνη είχε ως αποτέλεσμα παράταση της βακτηριαμίας (9 ημέρες έναντι 7 ημερών με βανκομυκίνη μόνο).²⁹ Δεν υπάρχουν μελέτες που να συγκρίνουν τη βανκομυκίνη μόνη με το συνδυασμό βανκομυκίνης με γενταμικίνη. Αναφέρεται πάντως πως προσθήκη γενταμικίνης, ακόμη και για μικρό χρονικό διάστημα (π.χ. 4 ημέρες), σχετίζεται με μεγάλο κίνδυνο νεφροτοξικότητας.^{30,31}

Τέλος, σε προσπάθειες να αντιμετωπισθούν τα προβλήματα της ανεπαρκούς αποτελεσματικότητας της βανκομυκίνης, χορηγήθηκαν δόσεις υψηλότερες από τις συνήθεις με σκοπό την επίτευξη ελάχιστων επιπέδων 20-25 mg/l.²¹ Τέτοιες στρατηγικές, όμως, δεν έχουν εξασφαλισμένη την επιτυχία, αφού η επίτευξη του κατάλληλου φαρμακοδυναμικού δείκτη εξαρτάται κατά κύριο λόγο από την MIC του παθογόνου. Σε περίπτωση τιμών MIC ≥ 1 mg/l αυτό είναι δύσκολο να επιτευχθεί ακόμη και με αύξηση της δοσολογίας, ενώ ταυτόχρονα αυξάνεται σημαντικά ο κίνδυνος τοξικότητας.

2. Λινεζολίδη

Αποτελεί το πρώτο μιας νέας κατηγορίας αντιβιοτικών, των οξαζολιδινονών. Η λινεζολίδη εγκρίθηκε για χρήση στην κλινική πράξη το Μάρτιο του 2000 στις ΗΠΑ και στη συνέχεια σε πολλές άλλες χώρες παγκοσμίως. Χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση όλων των σημαντικών Gram(+) παθογόνων. Ο μοναδικός μηχανισμός δράσης καθιστά απίθανη την εμφάνιση διασταυρούμενης αντοχής με άλλα αντιβιοτικά. Αναστέλλει την αρ-

χική φάση της ριβοσωμικής πρωτεϊνοσύνθεσης. Δεν απαιτείται προσαρμογή της δοσολογίας σε ασθενείς με επηρεασμένη νεφρική λειτουργία. Διατίθεται σε ισοδύναμη μορφή και από το στόμα (η βιοδιαθεσιμότητά της πλησιάζει το 100%).³²⁻³⁴

Η λινεζολίδη δρα *in vitro* εναντίον όλων των Gram(+) παθογόνων, συμπεριλαμβανόμενων και κάποιων δύσκολων στην αντιμετώπιση μικροβίων. Έχει εξαιρετική δράση *in vitro* έναντι του ανθεκτικού στη βανκομυκίνη *Enterococcus faecalis* και *Enterococcus faecium*.³²⁻³⁴ Έως σήμερα έχει αναφερθεί αντοχή στη λινεζολίδη μόνο σποραδικά μεταξύ των εντεροκόκκων και πολύ σπάνια στους σταφυλοκόκκους.³⁵

Παρουσιάζει άριστη φαρμακοκινητική. Επιτυγχάνονται υψηλές συγκεντρώσεις σε «δύσκολα» διαμερίσματα, όπως είναι ο εγκέφαλος και οι πνεύμονες. Η λινεζολίδη έχει αποδειχθεί αποτελεσματική και ασφαλής για την αντιμετώπιση πνευμονίας (νοσοκομειακής και κοινότητας), λοιμώξεων μαλακών μορίων καθώς και λοιμώξεων από εντεροκόκκους ανθεκτικούς στη βανκομυκίνη.³²

Μέγιστη προτεινόμενη διάρκεια χορήγησης της λινεζολίδης αποτελούν οι 28 ημέρες. Προσοχή χρειάζεται σε παράταση της θεραπείας πέραν των δύο εβδομάδων γιατί αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών. Οι πιο συχνά αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι οι διάρροιες, η κεφαλαλγία και η ναυτία. Έχουν αναφερθεί καταστολή του μυελού (συμπεριλαμβανόμενης αναιμίας, λευκοπενίας και θρομβοπενίας), νευροπάθεια και γαλακτική οξέωση.^{36,37} Η θρομβοπενία σχετίζεται άμεσα με τη διάρκεια της θεραπείας (συνήθως σε χορήγηση για περισσότερο από 2 εβδομάδες). Η αιτιολογία της απλασίας παραμένει άγνωστη. Η οπτική νευρίτιδα αποτελεί ανεπιθύμητη ενέργεια που παρέρχεται μετά τη διακοπή του φαρμάκου, σε αντίθεση με την περιφερική νευροπάθεια. Σε ασθενείς που λαμβάνουν σεροτονινεργικά φάρμακα έχει παρατηρηθεί το σύνδρομο της σεροτονίνης (αυξημένος νευρομυϊκός τόνος, δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος και μεταβολές στο επίπεδο συνείδησης).³⁸

3. Δαπτομυκίνη

Είναι κυκλικό λιποπεπτίδιο ταχέως βακτηριοκτόνο *in vitro* έναντι Gram(+) μικροβίων, συμπεριλαμβανόμενου και του MRSA και του VRE. Η δράση της εξαρτάται από το λόγο AUC:MIC. Έχει καινοτόμο μηχανισμό δράσης, που έγκειται στην εκπόλωση της κυτταρικής μεμβράνης των Gram(+) μικροβίων,

συνεπώς τα μικρόβια δεν είναι πιθανό να έχουν προϋπάρχοντες μηχανισμούς αντοχής στη δαπτομυκίνη. Αρχικά, χρησιμοποιήθηκε σε δοσολογία 4-6 mg ανά kg βάρους σώματος άπαξ ημερησίως μέσω ενδοφλέβιας έγχυσης 30 λεπτών, ενώ σύμφωνα με νεώτερα, συνεχώς αθροιζόμενα δεδομένα, φαίνεται ότι είναι ασφαλής σε δοσολογίες που φθάνουν και ξεπερνούν τα 8 mg ανά kg βάρους.³⁹ Λόγω απέκκρισης από τους νεφρούς, απαιτείται διόρθωση της δόσης σε ασθενείς με κάθαρση κρεατινίνης <30 ml/min. Η δαπτομυκίνη έχει μικρές πιθανότητες αλληλεπιδράσεων με άλλα φάρμακα, καθώς ούτε αναστέλλει ούτε επάγει τα ένζυμα του κυτοχρώματος P450. Κλινικές ενδείξεις αποτελούν οι λοιμώξεις του δέρματος και των εξαρτημάτων του, η μικροβιαμία και η ενδοκαρδίτιδα των δεξιών κοιλοτήτων από ευαίσθητο και ανθεκτικό στη μεθικιλίνη σταφυλόκοκκο. Δεν χορηγείται σε πνευμονία, γιατί αδρανοποιείται από τον επιφανειοδραστικό παράγοντα των κυψελίδων (surfactant). Ήδη αυξάνονται τα δεδομένα που δείχνουν αποτελεσματικότητα του αντιβιοτικού και σε λοιμώξεις άλλες πλην των εγκεκριμένων ενδείξεων.^{39,40}

Η πλειονότητα των ανεπιθύμητων ενεργειών που εμφανίστηκαν κατά τη χορήγηση δαπτομυκίνης αφορά διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος, τοπικές αντιδράσεις στο σημείο έγχυσης του φαρμάκου και μυκητιασικές λοιμώξεις. Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις εμφάνισης μυοπάθειας σε ασθενείς που έλαβαν δαπτομυκίνη. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στην παρακολούθηση ανά εβδομάδα της φωσφοκινάσης της κρεατινίνης (CPK) κατά τη διάρκεια της θεραπείας, καθώς αναφέρεται αύξησή της σε ποσοστό 2,8% στις κλινικές μελέτες φάσης III. Σε πενταπλασιασμό της τιμής αναφοράς ή αύξησή της πάνω από 1.000 U/L, με συνοδά σημεία ή συμπτώματα μυοπάθειας, απαιτείται διακοπή του φαρμάκου. Διακοπή απαιτείται και σε CPK δεκαπλάσια της αρχικής ασχέτως συμπτωμάτων. Πρέπει να αποφεύγεται η συγχορήγηση στατινών.

Με τα μέχρι σήμερα δεδομένα η αντοχή στη δαπτομυκίνη είναι σπάνια. Πρόβλημα πάντως αποτελεί το γεγονός ότι έχει αναφερθεί μειωμένη ευαισθησία στη δαπτομυκίνη σε μικρόβια που είχαν προηγουμένως εκτεθεί σε βανκομυκίνη και είχαν παρουσιάσει μειωμένη ευαισθησία.^{39,40}

4. Τιγκεκυκλίνη

Η τιγκεκυκλίνη ανήκει στην ομάδα των γλυκυλοκυκλινών που προέρχονται από τις τετρακυκλίνες.

Είναι αντιμικροβιακός παράγοντας ευρέος φάσματος με *in vitro* δραστικότητα έναντι ποικιλίας Gram(+), Gram(-) και αναερόβιων μικροοργανισμών. Σε σχέση με τα σημαντικά Gram(-) παθογόνα, στο φάσμα της περιλαμβάνεται ο *Acinetobacter*, δεν περιλαμβάνεται όμως η ψευδομονάδα. Το φάσμα για τα Gram(+) περιλαμβάνει τους ανθεκτικούς στη μεθικιλίνη σταφυλοκόκκους (MRSA) και τους ανθεκτικούς στη βανκομυκίνη εντεροκόκκους (VRE). Θεωρείται βακτηριοστατικό αντιβιοτικό και δρα αναστέλλοντας τη βακτηριακή πρωτεϊνοσύνθεση. Η τιγκεκυκλίνη διαχέεται ταχύτατα και ευρέως στους ιστούς, εμφανίζοντας όμως ταυτόχρονα χαμηλές συγκεντρώσεις στο αίμα. Είναι αποτελεσματική στη θεραπεία επιπλεγμένων ενδοκοιλιακών λοιμώξεων και επιπλεγμένων λοιμώξεων δέρματος και μαλακών μορίων. Έχει παρατεταμένο χρόνο ημίσειας ζωής (27-42 ώρες) και παρατεταμένο μετα-αντιβιοτικό αποτέλεσμα (post-antibiotic effect, PAE). Η τιγκεκυκλίνη δεν απαιτεί τροποποίηση της δόσης σε ασθενείς με νεφρική δυσλειτουργία, σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ή έχουν ήπια έως μέτρια ηπατική δυσλειτουργία. Δεν είναι επαγωγέας ή αναστολέας των ενζύμων του κυτοχρώματος P450, γι' αυτό δεν αναμένεται να επηρεάζει τις συγκεντρώσεις των φαρμάκων που μεταβολίζονται από τα ένζυμα του κυτοχρώματος P450. Οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες κατά τη διάρκεια θεραπείας με τιγκεκυκλίνη είναι ναυτία και έμετος, που εμφανίζονται γενικά τις πρώτες 1 με 2 ημέρες θεραπείας και συνήθως υποχωρούν με τη συνέχιση της θεραπείας.^{41,42}

Το ευρύ φάσμα που διαθέτει αποτελεί αναμφισβήτητο πλεονέκτημα σε περιπτώσεις μικτών λοιμώξεων στις οποίες εμπλέκονται ανθεκτικά Gram(+) παθογόνα, αποτελεί όμως ταυτόχρονα και μειονέκτημα όταν αντιμετωπίζονται λοιμώξεις που προκαλούνται μόνο από Gram(+) παθογόνα. Επίσης, τα χαμηλά επίπεδα στο αίμα δημιουργούν πρόβλημα στην αντιμετώπιση περιπτώσεων μικροβιαμίας, ενώ η απέκκριση στα ούρα σε ανεπαρκείς συγκεντρώσεις την καθιστούν ακατάλληλη για αντιμετώπιση ουρολοιμώξεων.^{41,42}

Συμπεράσματα

Υπάρχει μια προοδευτική αύξηση της αντοχής των σημαντικών Gram(+) παθογόνων.

Η βανκομυκίνη, παρόλο που εξακολουθεί να θεωρείται το πρότυπο (gold standard) για την αντιμετώπιση των ανθεκτικών Gram(+) μικροβίων, έχει αρχίσει να χάνει την αξία της. Κι αυτό γιατί, πέραν

των εγγενών προβλημάτων της ως φάρμακο, σημειώνεται αύξηση των MICs των σταφυλοκόκκων. Προσπάθεια για αύξηση της αποτελεσματικότητάς της μέσω αύξησης της δοσολογίας ή προσθήκης ενός άλλου αντιβιοτικού, δεν είναι βέβαιο ότι θα στεφθεί με επιτυχία. Επιπλέον, οι συνδυασμοί με άλλα φάρμακα δεν έχουν αποδεδειγμένη υπεροχή και συχνά συνδυάζονται με αύξηση της τοξικότητας. Μάλλον δεν είναι ακόμη η στιγμή να αποκλείσουμε τη βανκομυκίνη ως ισχυρό αντισταφυλοκοκκικό αντιβιοτικό, μα είναι ίσως κατάλληλη στιγμή να σκεφτούμε άλλες εναλλακτικές θεραπείες, με πιο αποτελεσματικά αντισταφυλοκοκκικά φάρμακα.

Η λινεζολίδη έχει εξαιρετική φαρμακοκινητική και δραστικότητα έναντι των ανθεκτικών Gram(+) μικροβίων. Χορηγείται σε νεφρική ανεπάρκεια χωρίς τροποποίηση της δοσολογίας. Χρειάζεται όμως προσοχή όταν χορηγείται για διάστημα μεγαλύτερο των δύο εβδομάδων. Αν και έχουν αναφερθεί στελέχη ανθεκτικά στη λινεζολίδη, διεθνή δεδομένα υποστηρίζουν πως η πλειοψηφία των μικροβίων-στόχων παραμένουν ευαίσθητα στη λινεζολίδη.

Η δαπτομυκίνη είναι δραστική έναντι σταφυλοκόκκων και εντεροκόκκων που είναι ανθεκτικοί ακόμη και στη λινεζολίδη. Κύριο χαρακτηριστικό της δαπτομυκίνης είναι η ταχεία μικροβιοκτόνος δράση, κάτι που την καθιστά κατάλληλο αντιβιοτικό για την αντιμετώπιση της μικροβιαμίας.

Τέλος, η τιγκεκυκλίνη με το ευρύ αντιμικροβιακό της φάσμα (που περιλαμβάνει τα ανθεκτικά Gram(+) μικρόβια) φαίνεται ότι έχει κύρια ένδειξη τις μικτές λοιμώξεις, στις οποίες εμπλέκονται και ανθεκτικά Gram(+) μικρόβια.

Βιβλιογραφία

1. Marshall C., Kossmann T., Wesselincgh S., Spelman D: Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and beyond: what's new in the world of the "golden staph". ANZ J. Surg 2004; 74:465-469.
2. Chopra I: Antibiotic resistance in *Staphylococcus aureus*. Expert Rev. Anti-infect. Ther. 2003; 1:45-55.
3. Solomon S., Horan T., Andrus M et al.: National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System Report, data summary from January 1992 through June 2003. Am. J. Infect. Control 2003; 31:481-498.
4. Reynolds R., Potz N., Colman M., Williams A., Livermore D., Macgowan A.: Antimicrobial susceptibility of the pathogens of bacteraemia in the UK and Ireland 2001-2002: the BSAC Bacteraemia Resistance Surveillance Programme. J. Antimicrob. Chemother. 2004; 53:1018-1032.

5. Oteo J., Baquero F., Vindel NA., Campos J: Antibiotic resistance in 3113 blood isolates of *Staphylococcus aureus* in 40 Spanish hospitals participating in the European Antimicrobial Resistance Surveillance System (2000-2002). *J Antimicrob. Chemother.* 2004; 53:1033-1038.
6. Bouchillon SK., Hoban DJ., Johnson JL et al: In vitro activity of gemifloxacin and contemporary oral antimicrobial agents against 27247 Gram-positive and Gram-negative aerobic isolates: a global surveillance study. *Int. J. Antimicrob. Agents* 2004; 23:181-196.
7. Anonymous. Proportion of *S. aureus* Nosocomial infections resistance to oxacillin (MRSA) among Intensive Care Unit patients, 1989. 2003 (graph). CDC website, http://www.cdc.gov/ncidod/hip/ARELIST/ICU_MRSA.pdf.
8. Johnson A: Antibiotic resistance in the intensive care unit setting. *Expert Rev. Anti-infect. Ther.* 2003; 1:253-260.
9. Kaye KS, Fraimow HS, Abrutyn E : Pathogens resistant to Antimicrobial agents. *Epidemiology, molecular mechanisms and clinical management. Infectious Disease Clinics of North America* 2000; 14:293-310.
10. Stefani S., Varaldo PE: Epidemiology of methicillin-resistant staphylococci in Europe. *Clin. Microb. Infect.* 2003; 9:1179-1186.
11. Martins A., Cuncha ML.: Methicillin resistance in *Staphylococcus aureus* and coagulase-negative staphylococci: epidemiological and molecular aspects. *Microbiol Immunol* 2007; 51:787-795.
12. Lamer C., de Beco V., Soler P., et al. Analysis of vancomycin entry into pulmonary lining fluid by bronchoalveolar lavage in critically ill patients. *Antimicrob Agents Chemother* 2002; 46:1475-1480.
13. Moise-Broder PA., Forrest A., Birmingham MC., Sechentag JJ. Pharmacodynamics of vancomycin and other antimicrobials in patients with *Staphylococcus aureus* lower respiratory track infections. *Clin Pharmacokinet* 2004; 43:925-942.
14. Anonymous. The problem with glycopeptides. *International Journal of Antimicrobial Agents* 2007; 30:1-3.
15. Mohr JF & Murray BE. Point: Vancomycin is not obsolete for the treatment of infection caused by methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Clin Infect Dis* 2007; 44:1536-1542.
16. Barrett JF. MRSA: status and prospects for therapy? An evaluation of key papers on the topic of MRSA and antibiotic resistance. *Expert Opin. Ther. Targets* 2004; 8:515-519.
17. Chambers HF: Community-acquired MRSA in the United States. Abstracts of the Interscience Conference on Antimicrobial Agents Chemotherapy. Chicago, IL, USA 2003; 43:510.
18. Λούπα Χ, Διβάρη-Κατσίκη Ε, Κωνσταντακοπούλου-Παπαδάκη Ε, Τσιμοράγκα Μ, Κουππάρη Γ, Λελέκης Μ. Ανθεκτικός στη μεθικιλίνη *Staphylococcus aureus* της κοινότητας με παραγωγή λευκοσιδίνης Panton-Valentine: Αναφορά τριών περιπτώσεων στην Ελλάδα. *Ελληνικά Αρχεία AIDS* 2005; 13(3):155-158.
19. Piette A., Verschraegen G.: Role of coagulase-negative staphylococci in human disease. *Vet Microbiol.* 2009; 134:45-54.
20. John JF, Harvin AM: History and evaluation of antibiotic resistance in coagulase-negative staphylococci: susceptibility profiles of new anti-staphylococcal agents. *Ther Clin Risk Manag* 2007; 3:1143-1152.
21. Uttley AH, Collins CH, Naidoo J, George RC. Vancomycin-resistant enterococci. *Lancet* 1988; 1 :57-58.
22. Chang FY, Peacock JE Jr, Musher DM, et al. *Staphylococcus aureus* bacteremia: recurrence and the impact of antibiotic treatment in a prospective multicenter study. *Medicine (Baltimore)*. 2003; 82(5):333-339.
23. Tenover FC, Moellering RC Jr. The rationale for revising the Clinical and Laboratory Standards Institute vancomycin minimum inhibitory concentration interpretive criteria for *Staphylococcus aureus*. *Clin Infect Dis* 2007; 44:1208-1215.
24. Deresinski S. Counterpoint: Vancomycin and *Staphylococcus aureus* – An antibiotic enters obsolescence. *Clin Infect Dis* 2007; 44:1543-1548.
25. Golan Y, Baiez-Giangreco C, O'Sullivan C, Snyderman DR. Trends in vancomycin susceptibility among consecutive MRSA bacteremia isolates [abstract LB-11]. In: Program and abstracts of the 44th Annual Meeting of the Infectious Diseases Society of America (Toronto). Alexandria, VA: Infectious Diseases Society of America, 2006:238.
26. Gopal V., Bisno AL., Silverblatt FJ. Failure of vancomycin treatment in *Staphylococcus aureus* endocarditis. In vitro and in vivo observations. *JAMA* 1976; 236:1604-1606.
27. Kapadia M, Coyle E, Prince R, Rolston KVI. Declining in-vitro activity of vancomycin against *Staphylococcus aureus* isolates from cancer patients. [Abstract # E-807] In: Programs and abstracts of the 45th Annual Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Washington, D.C., American Society for Microbiology, 2005.

28. Sakoulas G., Moise-Broder PA, Schentag J., et al. Relationship of MIC and bactericidal activity to efficacy of vancomycin for treatment of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* bacteremia. *J Clin Microbiol* 2004; 42:2398-2402.
29. Levine DP, Fromm BS, Reddy BR. Slow response to vancomycin or vancomycin plus rifampin in methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* endocarditis. *Ann Intern Med* 1991; 115:674-680.
30. Fowler VG, Boucher HW, Corey GR, et al. Daptomycin versus standard therapy for bacteremia and endocarditis caused by *Staphylococcus aureus* *N Engl J Med* 2006; 355:653-665.
31. Cosgrove SE, Vigliani GA, Campion M, et al. Initial low-dose gentamicin for *Staphylococcus aureus* bacteremia and endocarditis is nephrotoxic. *Clin Infect Dis* 2009; 48:713-721.
32. Wilcox MH. Update on linezolid: the first oxazolidinone antibiotic. *Expert Opin. Pharmacother* 2005; 6:2315-2326.
33. Norrby R: Linezolid- a review of the first oxazolidinone. *Expert Opin. Pharmacother.* 2001; 2:293-302.
34. Moellering RC Jr: Linezolid: the first oxazolidinone antimicrobial. *Ann. Intern. Med.* 2003; 138:135-142.
35. Meka VG, Gold HS: Antimicrobial resistance to linezolid. *Clin. Infect. Dis.* 2004; 39:1010-1015.
36. Kopterides P., Papadomichelakis E., Armaganidis A: Linezolid use associated with lactic acidosis. *Scand. J. Infect. Dis.* 2005; 37:153-154.
37. Apodaca AA., Rakita RM: Linezolid- induced lactic acidosis. *N. Engl. J. Med.* 2003; 348:86-87.
38. Miller D, Lovell EO. Antibiotic-induced serotonin syndrome. *J Emerg Med* 2008; May 1 [Epub ahead of print].
39. Moise PA, Hershberger E, Amodio-Groton MI, Lamp KC. Safety and clinical outcomes when utilizing high-dose (>8 mg/kg) daptomycin therapy. *Ann Pharmacother* 2009; 43:1211-1219.
40. Figueroa DA, Mangini E, Amodio-Groton M, et al. Safety of high-dose intravenous daptomycin treatment: three-year cumulative experience in a clinical program. *Clin Infect Dis* 2009; 49:177-180.
41. Ellis-Grosse EJ, Babinchak T, Dartois N, et al. The efficacy and safety of tigecycline in the treatment of skin and skin-structure infections: results of 2 double-blind phase 3 comparison studies with vancomycin-aztreonam. *Clin Infect Dis.* 2005; 41:S341-S353.
42. Babinchak T, Ellis-Grosse EJ, Dartois N, et al. The efficacy and safety of tigecycline in the treatment of complicated intra-abdominal infections: analysis of pooled clinical trial data. *Clin Infect Dis.* 2005; 41:S354-S367.

Αποτυχία της τρέχουσας πολιτικής αντιβιοτικών να περιορίσει την κατανάλωση δύο αντιβιοτικών μετά την υπαγωγή τους σε περιορισμό: Εμπειρία ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου της Αθήνας

Χ. Λούπα,¹ Ι. Τζάννου,¹ Β. Τσολάκη,² Ε. Διβάρη-Κατσικί,¹ Γ. Πέτρου,¹ Κ.Ι. Καρνεζί,¹ Π. Αναπλιώτης,¹ Μ. Τσακωνιάτης,¹ Μ. Λελέκης¹

Περίληψη

Σκοπός: Η τικαρσιλλίνη/κλαβουλανικό (Τ/Κ) και η πιπερακιλλίνη/ταζοβακτάμη (Π/Τ), ενώ κυκλοφορούν επί μακρόν, προστέθηκαν μόλις προσφάτως στη λίστα των αντιβιοτικών, για τα οποία απαιτείται η συμπλήρωση ειδικού εντύπου από τον θεράποντα ιατρό, προκειμένου να χορηγηθούν από τα φαρμακεία των ελληνικών νοσοκομείων. Σκοπός μας ήταν η μελέτη των επιπτώσεων του περιορισμού αυτού στην κατανάλωσή τους στο νοσοκομείο «Α. Φλέμιγκ» (Αθήνα), 300 κλινών.

Μέθοδοι: Μελετήσαμε αναδρομικά την κατανάλωση Τ/Κ και Π/Τ (DDDs/1000 ημέρες νοσηλείας, ABC Calc 3.0_b) στο νοσοκομείο, ανά μήνα, από τον Ιανουάριο 2007 μέχρι τον Αύγουστο 2008, χρησιμοποιώντας δεδομένα από τη μηχανογράφηση του φαρμακείου. Οι τιμές προ και μετά τον περιορισμό (Ιούνιος 2007) μελετήθηκαν για πιθανές διαχρονικές τάσεις (ευθύγραμμη εξάρτηση, SPSS 11.5).

Αποτελέσματα: Η κατανάλωση της Π/Τ ήταν 15,4, 28,1, 19,1, 19,5, 18,3, 26,8 DDDs/1000 ημέρες νοσηλείας για τους μήνες Ιανουάριο–Ιούνιο 2007 και 18,1, 21,6, 15,6, 29,1, 32,9, 13,7, 16,8, 21,5, 14,1, 27,8, 25,0, 15,1, 18,1, 12,7 για τους μήνες Ιούλιο 2007–Αύγουστο 2008 αντίστοιχα και δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική τάση. Η κατανάλωση Τ/Κ ήταν 3,1, 1,6, 3,3, 0,3, 3,5, 0,3 (Ιανουάριος–Ιούνιος 2007) και 6,1, 2,4, 8,1, 0, 4,4, 5,7, 6,8, 9,1, 1,7, 1,0, 4,4, 8,6, 5,2, 3,9 για τους 14 μήνες μετά τον περιορισμό, και πάλι δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική τάση. Επί πλέον, η μέση μηνιαία κατανάλωση της Π/Τ ήταν 20,1 και 20,2 DDDs/1000 ημέρες νοσηλείας προ και μετά τον περιορισμό αντίστοιχα και της Τ/Κ 2,4 και 4,8 DDDs/1000 ημέρες νοσηλείας αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας, η υπαγωγή των Τ/Κ και Π/Τ στα υπό περιορισμόν αντιβιοτικά δεν ήταν επιτυχής ως προς τη μείωση της κατανάλωσής τους στο νοσοκομείο μας, τουλάχιστον κατά το μελετηθέν διάστημα. Είναι πιθανώς καιρός να αναθεωρηθεί η πολιτική μας για τη νοσοκομειακή χρήση των αντιβιοτικών.

Λέξεις - κλειδιά: Κατανάλωση αντιβιοτικών, πολιτική αντιβιοτικών, πιπερακιλλίνη/ταζοβακτάμη, τικαρσιλλίνη/κλαβουλανικό.

Failure of the current antibiotic policy to contain the consumption of two antibiotics recently added to the restriction list: Experience of a tertiary care hospital of Athens

Ch. Loupa,¹ I. Tzannou,¹ V. Tsolaki,² E. Divari-Katsiki,¹ G. Petrou,¹ K.I. Karnezi,¹ P. Anapliotis,¹ M. Tsakoniatis,¹ M. Lelekis¹

Abstract

Aim: Long after their introduction to the market, ticarcillin-clavulanate (t/c) and piperacillin-tazobactam (p/t) were only recently added to antibiotics restriction list and can be dispensed by the hospital

¹Β' Παθολογική Κλινική,
Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα
²Φαρμακείο,
Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

¹2nd Dept. of Internal Medicine,
"A. Fleming" General Hospital,
Athens
²Pharmacy,
"A. Fleming" General Hospital,
Athens

pharmacy only if the treating doctor fills in a specific form. Our purpose was to study the impact of this kind of restriction policy on the consumption of t/c and p/t in our 300-bed hospital.

Methods: We retrospectively studied t/c and p/t consumption in our hospital by month from January 2007 to August 2008. We used data from the pharmacy computer. Antibiotic use was calculated in DDDs/1000 patient days (ABC Calc 3.0_b). The values before and after restriction implementation (mid-June 2007) were studied with linear regression analysis (SPSS 11.5) for possible trend.

Results: P/t consumption was 15.4, 28.1, 19.1, 19.5, 18.3, 26.8 DDDs/1000 patient days for the months January-June 2007 and 18.1, 21.6, 15.6, 29.1, 32.9, 13.7, 16.8, 21.5, 14.1, 27.8, 25.0, 15.1, 18.1, 12.7 for the months July 2007-August 2008, respectively, and no statistical trend was found. The values for t/c consumption were 3.1, 1.6, 3.3, 0.3, 3.5, 0.3 (January-June 2007) and 6.1, 2.4, 8.1, 0, 4.4, 5.7, 6.8, 9.1, 1.7, 1.0, 4.4, 8.6, 5.2, 3.9 for the 14 months after restriction and again no trend was found. Furthermore, the mean per month consumption for p/t was 20.1 and 20.2 DDDs/1000 patient days before and after restriction implementation respectively, and that of t/c 2.4 and 4.8 DDDs/1000 patient days respectively.

Conclusions: The addition of t/c and p/t to the antibiotic restriction list failed to contain their consumption in our hospital during the study period. Perhaps it is time for us to revise our antibiotic policy.

Key words: Antibiotic consumption, antibiotic policy, piperacillin/tazobactam, ticarcillin/clavulanate.

Εισαγωγή

Στη σημερινή εποχή, η εμφάνιση πολυανθεκτικών στελεχών μικροβίων αποτελεί ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα που περιορίζει το αντιμικροβιακό μας οπλοστάσιο. Εμφάνιση αντοχής έχει παρατηρηθεί πρακτικά σε όλα τα είδη των αντιβιοτικών, ενώ κύριος λόγος για την εμφάνιση της αντοχής θεωρείται η υπερκατανάλωση των ίδιων των αντιβιοτικών. Τα αντιβιοτικά ασκούν «πίεση επιλογής» στις φυσιολογικές μικροβιακές χλωρίδες, καθόσον δεν είναι δυνατόν να διαχωρίσουν τα παθογόνα στην εστία της λοίμωξης από τις φυσιολογικές χλωρίδες του πάσχοντος ατόμου. Έτσι, από την υπερκατανάλωση των αντιβιοτικών δημιουργείται «οικολογικό κενό», με αποτέλεσμα την επικράτηση στις φυσιολογικές χλωρίδες ανθεκτικών κλώνων στα χορηγηθέντα αντιβιοτικά, οι οποίοι είτε προϋπήρχαν σε συχνότητα ενός μόνον ανθεκτικού κλώνου ανά 10^{7-8} cfu καλυπτόμενοι από τα εκατομμύρια των φυσιολογικών μικροβίων των χλωρίδων, είτε υπέστησαν μεταλλαγή από την πίεση της παρουσίας των αντιβιοτικών.¹ Το πρόβλημα γίνεται ακόμη μεγαλύτερο, καθόσον η εξέυρεση και η εισαγωγή στη θεραπευτική νέων μορίων αντιβιοτικών προχωρεί με βραδύ ρυθμό.

Έχει αποδειχθεί ότι μέχρι και 50% των συνταγογραφούμενων αντιβιοτικών στα νοσοκομεία δεν είναι απαραίτητα ή είναι αναποτελεσματικά και το γεγονός αυτό αποτελεί έναν από τους παράγοντες που έχουν συντελέσει στην αύξηση των νοσοκομειακών

λοιμώξεων και στην εμφάνιση ανθεκτικών στελεχών μικροβίων.² Συνεπώς, οι παρεμβάσεις για τη βελτίωση της συνταγογραφίας των αντιβιοτικών στα νοσοκομεία είναι αναγκαίες στην καθημερινή κλινική πράξη, ως μέσον για την προαγωγή της σωστής συνταγογραφίας και τον περιορισμό, κατά το δυνατόν, της εμφάνισης μικροβιακής αντοχής.

Οι παρεμβάσεις αυτές διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, τις εκπαιδευτικές, δηλαδή με χρήση πειθούς (διαλέξεις, συνέδρια, εγχειρίδια, φαρμακευτικά δελτία) και τις περιοριστικές, δηλαδή εξαναγκαστικές (έλεγχος της χρήσης των αντιβιοτικών). Οι εκπαιδευτικές είναι προτιμότερες, αλλά έχουν μικρή μόνο επίδραση στον τρόπο συνταγογραφίας των αντιβιοτικών.³ Ενδεικτικά αναφέρεται ότι σε εθελοντικό περιορισμό αντιβιοτικών στις ΗΠΑ, μόνον το 24,2% των συνταγογραφούμενων φαρμάκων ήταν σύμφωνο με τις τοπικές κατευθυντήριες οδηγίες, ενώ αντίθετα σε υποχρεωτικό περιορισμό, το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 85,4%.⁴

Εν κατακλείδι, η τροποποίηση των συνταγογραφικών συνηθειών των ιατρών φαίνεται τρομερά δύσκολη, παρά τις παρεμβατικές προσπάθειες που γίνονται. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα που συνταγογραφούν, τείνουν να επανέλθουν στις προγενέστερες των παρεμβάσεων συνήθειες.³ Συνεπώς, χρειάζεται συνεχής ενδυνάμωση των προσπαθειών για να διατηρηθεί η επίδραση των παρεμβάσεων, αλλιώς τα αποτελέσματα είναι μόνο προσωρινά.

Από τα τέλη της δεκαετίας του '80, έχει εφαρμοσθεί στα ελληνικά νοσοκομεία πολιτική περιορισμού των νεωτέρων αντιβιοτικών (κεφαλοσπορίνες 3ης/4ης γενεάς, αζτρεονάμη, καρβαπενέμες, κινολόνες, γλυκοπεπτίδια) που προβλέπει τη χορήγησή τους από το φαρμακείο μόνο μετά από συμπλήρωση ειδικού εντύπου από τον θεράποντα ιατρό που να αιτιολογεί την επιλογή τους (περιοριστική παρέμβαση). Συν τω χρόνω προστέθηκαν στον κατάλογο όλα τα νέα ισχυρά αντιβιοτικά (λινεζολίδη, δαπτομυκίνη, τιγκεκυκλίνη). Εν τούτοις, η τικαρσιλλίνη/κλαβουλανικό (Τ/Κ) και η πιπερακιλλίνη/ταζοβακτάμη (Π/Τ), ενώ κυκλοφορούν επί μακρόν, προστέθηκαν στον κατάλογο των υπό περιορισμόν αντιβιοτικών μόλις στα μέσα του 2007.

Σκοπός της παρούσας εργασίας, ήταν η μελέτη των επιπτώσεων του περιορισμού αυτού στην κατανάλωση των δύο αντιβιοτικών σε ένα γενικό νοσοκομείο των Αθηνών δυναμικότητας 300 κλινών, αμέσως μετά την εφαρμογή του μέτρου το 2007 και για τους 14 επακόλουθους μήνες.

Υλικό - Μέθοδοι

Μελετήσαμε προοπτικά την κατανάλωση Τ/Κ και Π/Τ στο νοσοκομείο «Αμαλία Φλέμιγκ», τριτοβάθμιο νοσοκομείο 300 κλινών των Αθηνών, μετά την υπαγωγή των αντιβιοτικών αυτών στα υπό περιορισμόν, μέτρο που εφαρμόστηκε στο νοσοκομείο τον Ιούνιο του 2007. Οι καταναλώσεις καταγράφηκαν ανά μήνα από τον Ιούλιο 2007 μέχρι και τον Αύγουστο 2008 (επί 14 μήνες), με τη χρήση δεδομένων από τη μηχανογράφηση του φαρμακείου. Επίσης, καταγράφηκαν αναδρομικά οι αντίστοιχες καταναλώσεις για τα συγκεκριμένα αντιβιοτικά 5 μήνες πριν την παρέμβαση (Ιανουάριος-Μάιος 2007). Τα δεδομένα εκφράστηκαν σε defined daily doses (DDDs)/1000 ημέρες νοσηλείας, με τη βοήθεια του προγράμματος ABC Calc 3.0_b.

Οι τιμές πριν και μετά τον περιορισμό μελετήθηκαν για πιθανές διαχρονικές τάσεις (ευθύγραμμη εξάρτηση, στατιστικό πρόγραμμα SPSS 11.5).

Αποτελέσματα

Η κατανάλωση της Π/Τ στο νοσοκομείο ήταν 15,4, 28,1, 19,1, 19,5, 18,3, 26,8 DDDs/1000 ημέρες νοσηλείας για τους μήνες Ιανουάριο-Ιούνιο 2007 και 18,1, 21,6, 15,6, 29,1, 32,9, 13,7, 16,8, 21,5, 14,1, 27,8, 25,0, 15,1, 18,1, 12,7 για τους μήνες Ιούλιο 2007-Αύγουστο 2008 αντίστοιχα (Σχήμα 1), και δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική τάση ($p=0,47$ για το σύνολο της μελετηθεί-

σας περιόδου και 0,43 για τους 14 μήνες μετά τον περιορισμό).

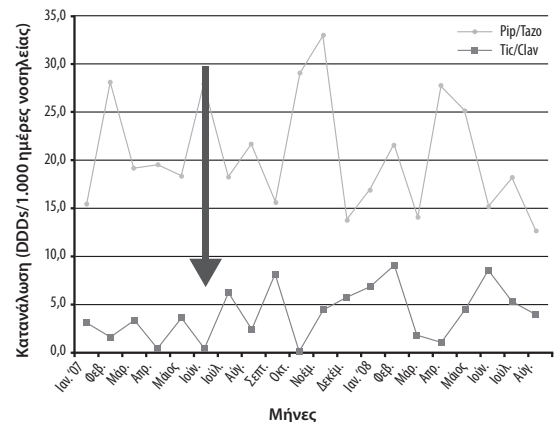
Η κατανάλωση Τ/Κ ήταν 3,1, 1,6, 3,3, 0,3, 3,5, 0,3 (Ιανουάριος-Ιούνιος 2007) και 6,1, 2,4, 8,1, 0, 4,4, 5,7, 6,8, 9,1, 1,7, 1,0, 4,4, 8,6, 5,2, 3,9 για τους 14 μήνες μετά τον περιορισμό και πάλι δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική τάση ($p=0,1$ για το σύνολο της μελετηθείσας περιόδου και 0,9 για τους 14 μήνες μετά τον περιορισμό).

Επιπλέον, η μέση μηνιαία κατανάλωση της Π/Τ ήταν 20,1 και 20,2 DDDs/1000 ημέρες νοσηλείας προ και μετά τον περιορισμό αντίστοιχα και της Τ/Κ 2,4 και 4,8 DDDs/1000 ημέρες νοσηλείας αντίστοιχα (να σημειωθεί ότι ο Ιούνιος 2007, οπότε και εφαρμόστηκε ο περιορισμός στο νοσοκομείο μας, εξαιρέθηκε από τον υπολογισμό της μέσης μηνιαίας κατανάλωσης).

Συζήτηση

Στην εποχή μας, παρόλο που κυκλοφορούν περισσότερες από 150 αντιμικροβιακές ουσίες, ένας ασθενής είναι δυνατόν να καταλήξει από λοίμωξη που προκάλεσε πολυανθεκτικός στα αντιβιοτικά μικροοργανισμός.¹ Γι' αυτό, η διαφύλαξη των αντιβιοτικών από την ανάπτυξη αντοχής, όπως και η προσπάθεια μείωσης των ποσοστών αντοχής είναι επιτακτική.

Η χώρα μας δυστυχώς κατέχει μία από τις πρώτες θέσεις στην Ευρωπαϊκή Ένωση τόσο στην κατανάλωση των αντιβιοτικών (στην κοινότητα και στο νοσοκομείο) όσο και στην αντοχή των μικροβίων στα αντιβιοτικά.¹ Αίσθηση προκάλεσε η δημοσίευση του



Σχήμα 1. Συνταγογράφηση της πιπερακιλλίνης/ταζοβακτάμης (Π/Τ) και της τικαρσιλλίνης/κλαβουλανικού (Τ/Κ) στο νοσοκομείο πριν και μετά την ένταξή τους στα υπό περιορισμόν αντιβιοτικά, εκφρασμένη σε DDDs/1000 ημέρες νοσηλείας. Το βέλος δεικνύει την υπαγωγή των δύο αντιβιοτικών στα υπό περιορισμόν.

Goossens στο *Clinical Infectious Diseases*⁵ που μας έδωσε παγκοσμίως τα πρωτεία στην εξωνοσοκομειακή χρήση αντιβιοτικών για το 2004. Όσο και αν η δημοσίευση αυτή υπέστη κριτική από Έλληνες ειδικούς, εμπεριέχει τουλάχιστον ένα μεγάλο ποσοστό αλήθειας.

Είναι, όμως, γεγονός ότι τα γονίδια της αντοχής των μικροβίων είναι δυνατόν να χαθούν όταν αρθεί η πίεση επιλογής που ασκεί η υπερκατανάλωση των αντιβιοτικών. Υπήρξε σταθμός η δημοσίευση του Rice από το Cleveland των ΗΠΑ, η οποία έδειξε ότι η αντοχή της *Klebsiella pneumoniae* σε κεφαλοσπορίνες τρίτης γενιάς μειώθηκε κατά 75% με τη μείωση της κατανάλωσης των κεφαλοσπορινών τρίτης γενιάς κατά 70%.⁶

Η Αμερικανική Εταιρεία Λοιμώξεων (IDSA) προτείνει ορισμένα μέτρα για τον έλεγχο της αλόγιστης κατανάλωσης αντιβιοτικών και τον έλεγχο της νοσοκομειακής αντοχής.⁷ Μεταξύ αυτών συνιστά τα ειδικά έντυπα παραγγελίας αντιβιοτικών προς το φαρμακείο του νοσοκομείου, με αιτιολόγηση του αιτήματος από τον θεράποντα ιατρό. Επίσης, συνιστά τον έλεγχο της συνταγογραφίας από την Επιτροπή Ελέγχου Νοσοκομειακών Λοιμώξεων του νοσοκομείου και ιδιαιτέρως από τους λοιμωξιολόγους ιατρούς, που θεωρείται ότι πρέπει να προϊστανται της επιτροπής.

Στη χώρα μας γίνονται παρόμοιες προσπάθειες από τα τέλη της δεκαετίας του '80, όταν με ειδική εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας όλα τα προωθημένα αντιβιοτικά (κεφαλοσπορίνες τρίτης και τέταρτης γενιάς, φθοριοκινολόνες, αζιτρονάμη, καρβαπενέμες, γλυκοπεπτιδία), προκειμένου να συνταγογραφηθούν στα νοσοκομεία και στη συνέχεια να δοθούν από το φαρμακείο του νοσοκομείου, απαιτούν τη συμπλήρωση ειδικού εντύπου από το θεράποντα ιατρό (Οικ. 2937/11.4.1990). Η εγκύκλιος συμπληρώθηκε και με νεώτερη, σύμφωνα με την οποία το ειδικό έντυπο πρέπει να αξιολογείται και να προσυπογράφεται από λοιμωξιολόγο ιατρό (Υ1/Γ.Π./οικ. 127449, 30.12.2002). Στο σχετικό κατάλογο προστέθηκαν αργότερα όλα τα νεώτερα αντιβιοτικά (λινεζολίδη, δαπτομυκίνη, τιγκεκυκλίνη). Τα ανωτέρω συνιστούν περιοριστική (εξαναγκαστική) παρέμβαση στη συνταγογράφηση των προωθημένων αντιβιοτικών. Στα ελληνικά νοσοκομεία, όπου η κατανάλωση των αντιβιοτικών κυμαίνεται από το 60-90% των νοσηλευόμενων ασθενών (ενώ έχει υπολογιστεί από μελέτες στις Ηνωμένες Πολιτείες ότι το ανώτερο επιτρεπτό όριο δεν πρέπει να υπερβαίνει το 30%),¹ όταν, σε περιορισμένη κλίμακα, αξιολογήθηκε η εφαρμογή του περιοριστικού αυτού συστήματος, καταγρά-

φηκε θεαματική μείωση της κατανάλωσης των προωθημένων αντιβιοτικών (34-75%) με συνοδό σημαντική μείωση της αντοχής.^{8,9} Όμως, ποτέ μέχρι σήμερα δεν έχει γίνει αξιολόγηση των περιοριστικών αυτών μέτρων σε εθνικό επίπεδο και σε ευρεία κλίμακα, στη νοσοκομειακή συνταγογράφηση αντιβιοτικών στη χώρα μας.

Η πιπερακιλλίνη/ταζοβακτάμη (Π/Τ) και η τικασιλίνη/κλαβουλανικό (Τ/Κ) αποτελούν αντιψευδομοναδικά αντιβιοτικά και είναι συνδυασμοί πενικιλλινών με αναστολέα β-λακταμασών. Ανήκουν στα προωθημένα αντιβιοτικά και όπως αναγράφεται στο Εθνικό Συνταγολόγιο του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων, που αποτελεί το εγκυρότερο κατευθυντήριο βοήθημα στην Ελληνική ιατρική κοινότητα, η κύρια ένδειξή τους είναι η θεραπεία των διαφόρων νοσοκομειακών λοιμώξεων.¹⁰ Ενδεικτικά αναφέρεται ότι σήμερα στα ελληνικά νοσοκομεία η Π/Τ διαθέτει την καλύτερη αντιψευδομοναδική δράση, με αντοχή της ψευδομονάδας μόνον 12,8%, έναντι 20,1% στην αζιτρονάμη, 20,7 στην κεφαζιδίμη, 22,4 στην ιμιπενέμη και 32,6% στη σιπροφλοξασίνη στα παθολογικά τμήματα (Ιούλιος-Δεκέμβριος 2008, στοιχεία του Whonet),¹¹ γεγονός που καθιστά επιβεβλημένη την προφύλαξή της από την ανάπτυξη αντοχής.

Όμως, μέχρι πρόσφατα η Π/Τ και η Τ/Κ δεν συμπεριλαμβάνονταν στον κατάλογο των υπό περιορισμόν αντιβιοτικών, για τα οποία απαιτείται η αιτιολογημένη συμπλήρωση του ειδικού εντύπου. Σημειωτέον ότι η συνταγογράφηση της Π/Τ και της Τ/Κ δεν είναι πάντοτε ορθολογική. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στους ιατρούς του νοσοκομείου μας (2005) πριν από την υπαγωγή της Π/Τ στα υπό περιορισμόν έδειξε ότι σε 13 από 64 συνεχείς περιπτώσεις συνταγογραφίας Π/Τ, η χορήγηση της δεν ήταν η ενδεδειγμένη, βάσει των κατευθυντηρίων οδηγιών και του Εθνικού Συνταγολογίου.¹² Η αναμφισβήτητη δραστηκότητα αλλά και η όχι πάντα ορθολογική χρήση της, είχε ως αποτέλεσμα τη σημαντική αύξηση της κατανάλωσης της Π/Τ στο νοσοκομείο μας.¹²

Στα μέσα του 2007, με εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η Π/Τ και η Τ/Κ συμπεριλήφθηκαν στα υπό περιορισμόν αντιβιοτικά (Υ1/Γ.Π./οικ. 50943, 23.4.2007).

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της προαναφερθείσας περιοριστικής (εξαναγκαστικής) παρέμβασης (της υποχρεωτικής τεκμηριωμένης συμπλήρωσης του ειδικού εντύπου) στον περιορισμό της συνταγογράφησης της Π/Τ και της Τ/Κ στη νοσοκομειακή κατανάλωσή τους. Όμως, τα αποτελέσματά μας

έδειξαν, ότι η ένταξη των δύο αντιβιοτικών στα υπό περιορισμόν δεν στάθηκε ικανή να τροποποιήσει τις συνταγογραφικές συνήθειες των ιατρών και να μειώσει την αναγραφή των εν λόγω προωθημένων αντιβιοτικών κατά το 14μηνο διάστημα που ακολούθησε την επιβολή του περιορισμού στο νοσοκομείο μας.

Τα αποτελέσματά μας επιβεβαιώνουν την άποψη ότι η τροποποίηση των συνταγογραφικών συνηθειών των ιατρών είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Έτσι, για κάποιους απαισιόδοξους συγγραφείς «η αλλαγή των συνηθειών των ιατρών θεωρείται ως μια άσκηση ματαιότητας -ένας ανέφικτος στόχος ο οποίος σαν κύριο σκοπό έχει να προκαλέσει πρόωρο γήρας σε αυτούς που αναζητούν την αλλαγή». Οι πιο αισιόδοξοι μπορεί να περιγράψουν την προσπάθεια ως «διαδικασία μοναδικής πρόκλησης».¹³

Επίλογος

Τα αντιβιοτικά αποτελούν αναμφισβήτητα ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα στην ιστορία της ιατρικής, καθόσον έχουν σώσει και εξακολουθούν να σώζουν καθημερινά εκατομμύρια ανθρώπινες ζωές. Όμως, η σωστή συνταγογραφία είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της δραστηριότητάς τους. Στη χώρα μας, που κατέχει μία από τις πρώτες θέσεις στην κατανάλωση αντιβιοτικών και παρουσιάζει υψηλά ποσοστά μικροβιακής αντοχής, η ευθύνη του θεράποντα ιατρού είναι πολύ μεγάλη. Δυστυχώς, τουλάχιστον όσον αφορά στην Π/Τ και την Τ/Κ, η επιβολή της αιτιολογημένης συμπλήρωσης του ειδικού εντύπου και ο έλεγχος από λοιμωξιολόγο ιατρό, προκειμένου τα αντιβιοτικά αυτά να χορηγηθούν από το φαρμακείο, δεν στάθηκε ικανή να τροποποιήσει τις συνταγογραφικές συνήθειες των ιατρών στο νοσοκομείο μας. Συνεπώς, η πολιτική μας για την ορθολογική νοσοκομειακή χρήση των αντιβιοτικών θα πρέπει ίσως να αναθεωρηθεί.

Βιβλιογραφία

1. Γιαμαρέλλου Ε. Αρχές στην αντιμικροβιακή θεραπεία των λοιμώξεων. Στο : Γιαμαρέλλου Ε. και συν. Λοιμώξεις και αντιμικροβιακή χημειοθεραπεία. Λίτσας, Αθήνα, 2005, 355-373.
2. Davey P, Brown E, Fenelon L, Finch R, Gould I, Hartman G, et al. Interventions to improve antibiotic prescribing practices for hospital inpatients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Oct 19(4):CD003543.
3. Brown EM. Παρεμβάσεις για τη βελτίωση της συνταγογράφησης των αντιβιοτικών στα νοσοκομεία: Η προσέγγιση του Ηνωμένου Βασιλείου. Στο : Gould IM, Van Der Meer JVM (εκδότες), Λελέκης Μ, Γαργαλιάνος-Κακολύρης Π, Λαζανάς ΜΚ (εκδότες ελληνικής έκδοσης). Πολιτικές αντιβιοτικών: Θεωρία και πράξη. *Focus on Health*, Αθήνα, 2005: 153-176.
4. Bamberger DM, Dahl SL. Impact of voluntary vs. enforced compliance of third-generation cephalosporin use in a teaching hospital. *Arch Intern Med* 1992; 152:554-557.
5. Goossens H, Ferech M, Coenen S, Stephens P, and the European Surveillance of Antimicrobial Consumption Project Group. Comparison of Outpatient Systemic Antibacterial Use in 2004 in the United States and 27 European Countries. *Clin Infect Dis* 2007;44:DOI:10.1086/512810.
6. Rice LB, Eckstein EC, DeVente J, Shlaes DM. Ceftazidime-resistant *Klebsiella pneumoniae* isolates recovered at the Cleveland Department of Veterans Affairs Medical Center. *Clin Infect Dis.* 1996;23(1):118-124.
7. Dellit TH, Owens RC, McGowan JE, Gerding DN, Weinstein RA, Burke JP, et al. Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America Guidelines for Developing an Institutional Program to Enhance Antimicrobial Stewardship. *Clin Infect Dis* 2007;44:159-177
8. Giamarellou H, Antoniadou A. The effect of monitoring of antibiotic use on decreasing antibiotic resistance in the hospital. *Wiley, Chichester (Ciba Foundation Symposium 207)*, 1997, 76-92.
9. Antoniadou A, Kanellopoulou M, Papafragas V, Giamarellou H, and the Nosocomial Infection Study Group. Reduction of Antibiotic Consumption Can Reverse Increasing Resistance Rates. 41st Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Chicago, Ill, Dec 16-19, 2001; abstr K-1200.
10. Εθνικό Συνταγολόγιο 2006. Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, Αθήνα, 2007.
11. <http://www.mednet.gr/whonet>. Επίσκεψη 7.7.2009.
12. Katsiki-Divari E, Loupa C, Tzannou I, Karageorgopoulou S, Tsolaki V, Romanos K, et al. Significant increase of piperacillin-tazobactam consumption in a general hospital: Audit of its use and impact on resistance. 8th Congress of Chemotherapy and Infection (ECC 8)/4th European Conference on Viral Diseases (ConVir 4), Budapest, Hungary, Oct 26-28, 2006; abstract.
13. Sbarbaro JA. Can we influence prescribing patterns? *Clin Infect Dis.* 2001; 33 (Suppl 3): S240-244.