

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ

Σχολή: Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

" AIDS "

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΝΤΑΟΥΝΤΑΚΗ ΚΥΡΙΑΚΗ
ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΟΥ ΖΩΓΡΑΦΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ: ΚΑ ΝΑΝΟΥ

ΚΟΣ ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ



ΠΑΤΡΑ, ΜΑΡΤΙΟΣ 1990

| | |
|----------------------|-----|
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ | 355 |
|----------------------|-----|



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|---|----------|
| Πρόλογος | Σελίδα 1 |
| ΜΕΡΟΣ I | |
| Κεφάλαιο I. | " 2 |
| I.1 Ιστορική Ανασκόπηση | " 2 |
| I.2 Ορισμός | " 6 |
| I.3 Επιδημιολογία | " 8 |
| I.4 Τρόποι μετάδοσης | " 12 |
| I.5 Ομάδες υψηλού κινδύνου | " 15 |
| I.6 Αιτιολογία | " 16 |
| I.7 Μηχανισμός δράσης του HIV | " 18 |
| I.8 Κλινική εικόνα του AIDS | " 20 |
| I.9 Εργαστηριακή διάγνωση του HIV | " 23 |
| I.10 Εξέλιξη του ιού στο προσβεβλημένο άτομο | " 25 |
| I.11 Θεραπεία | " 31 |
| I.12 Πρόληψη | " 38 |
| I.13 Εμβόλιο κατά του ιού του HIV | " 39 |
| I.14 Κοινωνικές διαστάσεις | " 46 |
| ΜΕΡΟΣ II | |
| Κεφάλαιο I Μέτρα προστασίας - Βασικές αρχές | " 67 |
| I.1 Πλύσιμο χεριών | " 67 |
| I.2 Προστατευτική ενδυμασία | " 71 |
| I.3 Προφυλακτικά γάντια | " 73 |
| I.4 Τεχνική διπλού σάκκου | " 74 |
| Κεφάλαιο II Νοσηλευτικές προφυλάξεις κατά του HIV | " 77 |

| | | |
|---|---|-----|
| II.1 Εισαγωγή | " | 77 |
| II.2 Προφυλάξεις φραγμού επαφής | " | 78 |
| II.3 Εκταταμένες προφυλάξεις | " | 79 |
| II.4 Προστατευτικές προφυλάξεις | " | 81 |
| II.5 Χώρος νοσηλείας ασθενούς με AIDS | " | 83 |
| II.6 Καθαριότητα χώρου | " | |
| Κεφάλαιο III Νοσηλεία ασθενούς με AIDS | " | 93 |
| III.1 Εισαγωγή αρρώστου με AIDS | " | 93 |
| III.2 Νοσηλεία ασθενούς με AIDS | " | 93 |
| III.3 Εκτέλεση θεραπευτικών ή διαγνωστικών επαμβατικών πράξεων. | " | 104 |
| III.4 Συλλογή και μεταφορά εργαστηριακών δειγμάτων | " | 106 |
| III.5.Μεταφορά αρρώστου με AIDS σε άλλους χώρους | " | 107 |
| III.6 Μεταχείριση και απόρριψη σωματικών εκκρίσεων | " | 108 |
| III.7 Μεταχείριση βασικών εφοδίων υλικού και μηχανημάτων | " | 111 |
| III.8 Δίσκος φαγητού | " | 112 |
| III.9 Διδασκαλία του αρρώστου κατά την έξοδο | " | 112 |
| III.10 Νεκρός άρρωστος | " | 113 |
| Κεφάλαιο IV.Πρώτες Βοήθειες στο νοσοκομείο | " | 115 |
| IV.1 Ανάνηψη στόμα με στόμα | " | 115 |
| IV.2 Αιμοραγία | " | 116 |
| IV.3 Καθαρισμός χυμένου αίματος | " | 117 |
| IV.4 Πρόσθετα μέτρα | " | 118 |
| IV.5 Εργαζόμενοι που έχουν εκτεθεί στο αίμα | " | 118 |
| ΜΕΡΟΣ III | | |
| Ερωτηματολόγιο | " | 123 |

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η επίκτητη ανοσολογική ανεπάρκεια είναι μια ασθένεια που μπήκε ξαφνικά στη ζωή μας και άλλαξε το ρυθμό της. Ερωτηματικά για την προέλευση, την αιτία, την πρόληψη και τη θεραπεία ~~καταβή~~ ^{απεχόμε} τις ιατρικές ομάδες, που για πρώτη φορά στα νεότερα χρόνια έχουν ν'αντιμετωπίσουν έναν τόσο ισχυρό ιό. Φορείς και ασθενείς γνωρίζοντας την κατάληξη της νόσου, ευελπιστούν στη θεραπεία. Η κοινωνία μας τείνει να φτιάξει μια κάσα, όπως στο παρελθόν συνέβη με τους λεπρούς και τους φυματικούς. Νοσοκομεία χωρίς την ανάλογη, προς την ασθένεια, οργάνωση και υποδομή αναγκάζονται να προετοιμασθούν για να νοσηλεύσουν πάσχοντες. Μέσα σ' όλον αυτόν τον κυκεώνα ξεκινήσαμε να γράφουμε αυτήν τη μελέτη με σκοπό να ενημερώσουμε αλλά και να ενημερωθούμε γύρω από το AIDS. Στο πρώτο κεφάλαιο επιχειρούμε μια ιατρική προσέγγιση και ενημέρωση γύρω από την ασθένεια, γεγονός που το θεωρούμε απαραίτητο για τη νοσηλευτική παρέμβαση, η οποία είναι το δεύτερο μέρος. Το τρίτο μέρος αποτελείται από μια έρευνα, με ερωτηματολόγιο που δημιουργήσαμε εμείς και απευθύνεται σε 200 άτομα από τον πληθυσμό της Πάτρας και σε 50 νοσηλευτές/τριες από νοσοκομεία των Πατρών.

Στην πορεία της μελέτης δεχθήκαμε πολλές γνώμες να δίστανται αλλά όλα καταλήγουν στο ότι ^{το AIDS} βρίσκεται πλέον στα χέρια των ερευνητών, των γιατρών και των νοσηλευτών που πρέπει να αντιμετωπίζουν το θύμα του AIDS, πρώτα σαν άνθρωπο και μετά σαν ασθενή.

ΜΕΡΟΣ Ι

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Το 1981 μια νέα θανατηφόρα ασθένεια αναγνωρίζεται και περιγράφεται σε προηγούμενως υγιείς ομοφυλόφιλους στις Η.Π.Α. Η αυξανόμενη επίπτωση δύο σπάνιων μέχρι τότε νόσων, της πνευμονίας από *Pneumocystis carinii* (PCP) και του σarkώματος Kaposi (K.S) σε νεαρούς ομοφυλόφιλους της Νέα Υόρκης, του Αγίου Φρανσίσκου και του Λος Άντζελες. Οι αναδρομικές μελέτες έδειξαν ότι η νόσος πρωτοεμφανίστηκε το 1978 σε πέντε ομοφυλόφιλους της Νέας Υόρκης, ενώ το 1979 είχαν αναφερθεί επτά νέα κρούσματα στην ίδια πόλη. Μετά την ανακάλυψη του υπεύθυνου ιού και την δυνατότητα διάγνωσης της λοίμωξης διαπιστώθηκε ότι η νόσος δεν προηγήθηκε στις Η.Π.Α. Έλεγχος αποθηκευμένων ορών από χώρες της Κεντρικής Αφρικής. Ο νέος ιός δημιουργήθηκε πιθανόν από μετάλλαξη παρόμοιου αβλαβούς ιού που προηγήθηκε στον άνθρωπο ή σε πιθήκους.

Το 1981 το κέντρο ελέγχου λοιμωδών νόσων των Η.Π.Α. - CDC (centers for Disease control) ανέφερε 5 περιπτώσεις ασθενών με πνευμονία από *P. carinii* (που αποτελεί αιτία λοίμωξης μόνο σε άτομα που έχουν κάποια αιτία ανοσοκαταστολής) και 26 περιπτώσεις ασθενών με σarkώμα Kaposi. Όλες αφορούσαν ομοφυλόφιλους. Παράλληλα εντοπίστηκαν διαταραχές στο μηχανισμό της κυτταρικής ανοσίας. Εξαιτίας αυτών των διαπιστώσεων προτάθηκε όπως οι παθήσεις που προαναφέρθηκαν να θεωρούνται δευτεροπαθείς καταστάσεις μιας άγνωστης αιτίας που πρόκαλούσε

ανοσολογική ανεπάρκεια σε ομοφυλόφιλους. Η πάθηση ονομάστηκε ανοσολογική ανεπάρκεια των ομοφυλόφιλων (GRID : Gay Related Immune Deficiency).

Η πρώτη περιγραφή του συνδρόμου έγινε το 1981 στις αρχές του έτους σε νεαρούς ομοφυλόφιλους με S. Karosi. Ενώ στο τέλος του ίδιου έτους ο James Curran του CDC έθεσε την υπόνοια ότι το ΣΕΑΑ πιθανόν να οφείλεται σε λοιμώδη παράγοντα.

Στις αρχές του 1983 ο Robert Gallo ανέφερε την απομόνωση από πύσχοιτες ενός ρετροϊού που ανήκε στην οικογένεια των ιών HTLV (Human T-Lymphotropic Viruses) αλλά παρουσίαζε διάφορους από τους γνωστούς ιούς HTLV-I και HTLV-II. Ο ιός έλαβε την ονομασία HTLV-III.

Την ίδια χρονικά περίοδο επιστήμονες στο Παρίσι ανέφεραν την απομόνωση ρετροϊού από λεμφαδένα ομοφυλόφιλου, τον οποίον ονόμασαν LAV (Lymphadenopathy Associated Virus). Λίγο αργότερα τα ορολογικά δεδομένα και το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο απέδειξαν την κοινή ταυτότητα των ιών HTLV-III και LAV.

Με την πάροδο του χρόνου άρχισαν να αναφέρονται πολλά νέα κρούσματα και σε άλλες πληθυσμιακές ομάδες εκτός των ομοφυλόφιλων όπως π.χ. τοξικομανείς, άτομα που προέρχονται από την Καραβική και Αφρική, αιμορροφιλικούς κ.λ.π. με αποτέλεσμα ο όρος GRID να μην ικανοποιεί πλέον. Γι' αυτό το λόγο η πάθηση μετονομάστηκε σε AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome ή ΣΕΑΑ - Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας.

Το 1986, μετά την ανακάλυψη 5 νέων στελεχών του ιού HTLV-III/LAY στη Δυτική Αφρική τα οποία θεωρήθηκαν ως προερχόμενα πιθανώς από μεταλλαγές ορισμένων αντιγονικών θέσεων του περιβλήματος του ιού. Η ονομασία του ιού HTLV-III LAY αντικαταστάθηκε από τον κοινό όρο HIV (Human Immunodeficiency Virus), δηλαδή ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας.

Το ίδιο έτος (1986) απομονώθηκε νέος τύπος ιού σε ασθενείς με κλινική εικόνα AIDS χωρίς όμως να βρεθούν στον ορό του αιματός τους αντισώματα προς τον HIV (anti-HIV). Ο ιός αυτός ονομάστηκε αρχικά LAY 2 από την ομάδα Montagnier. Συγχρόνως η ομάδα του Essex απομόνωσε παρόμοιο ιό από ασυμπτωματικούς φορείς (ιερόδουλες) χωρών της Δυτικής Αφρικής. Ο ιός αυτός ονομάστηκε HTLV-IV. Φαίνεται ότι οι δύο ιοί είναι παρόμοιοι, συγγενεύουν περισσότερο προς τον ιό των πράσινων πιθήκων της Αφρικής και προτάθηκε να ονομασθούν HIV 2. Όλοι οι τύποι ιών του AIDS έχουν παρόμοια επιδημιολογία και επομένως κοινούς τρόπους αντιμετώπισης.

Στα μέσα του 1986 24.000 περίπου περιπτώσεις με AIDS έχουν αναφερθεί στις Η.Π.Α. Από αυτές περισσότερες από τις μισές έχουν σήμερα καταλήξει.

Μέχρι τον Απρίλιο του 1987 πάνω από 50.000 περιπτώσεις νοσούντων από AIDS ανακοινώθηκαν στην Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ/WHO) ενώ υπήρχε πρόβλεψη μέχρι τον Ιούνιο του 1988 για 18.700 νέα περιστατικά.

Σύμφωνα με υπολογισμούς της Π.Ο.Υ ο πραγματικός αριθμός των νοσούντων απο ΣΕΑΑ, σήμερα πρέπει να είναι τριπλάσιος από αυτόν που επίσημα αναφέρεται, επειδή συμβαίνει σε πολλές χώρες του κόσμου η εργαστηριακή υποδομή να παρουσιάζει σημαντικές αδυναμίες, με αποτέλεσμα αυξημένες δυσκολίες τόσο στην εξακρίβωση της HIV λοίμωξης όσο και στην οριστικοποίηση της διάγνωσης στην ευκαιριακή λοίμωξη. Κατά συνέπεια πάρα πολλά είναι τα περιστατικά σε παγκόσμιο επίπεδο που δεν δηλώνονται, εξαιτίας της αδυναμίας τεκμηρίωσης της διάγνωσης, σύμφωνα με κριτήρια τα οποία έχει αποδεχθεί και καθορίσει η Π.Ο.Υ για τη νόσο, μετά από την εισήγηση του Κέντρου Ελέγχου λοιμωδών νόσων (CDC) .

Σήμερα εκδηλώνεται διεθνές ενδιαφέρον για την αντιμετώπιση του AIDS με επικεφαλής την Π.Ο.Υ που καθιέρωσε στην πράξη το σύνθημα της << Μονο η παγκόσμια προσπάθεια θα αντιμετωπίσει το AIDS >>. Στην προσπάθειά της αυτή συμπαραστέκονται ο ΟΗΕ, ο Διεθνής Ερυθρός Σταυρός, το Συμβούλιο της Ευρώπης, οι Ευρωπαϊκές Κοινοότητες και άλλες πολλές Διεθνείς Οργανώσεις.

1.2 Ορισμός

Είναι το σύνδρομο της Επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας που το όνομά του σχηματίζεται από τα αρχικά Acquired Immune Deficiency Syndrome (A.I.D.S.).

Ο χαρακτηρισμός του συνδρόμου επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, ως νόσου ΣΕΑΑ στηρίζεται σε δύο βασικά γνωρίσματα τα οποία έχουν προταθεί από το C.D.C. Κέντρο Ελέγχου Λοιμωδών Νόσων) και χρησιμοποιούνται σε παγκόσμια κλίμακα, ως κριτήρια της νόσου:

α) Η παρουσία μιας ή περισσότερων παθήσεων-ευκαιριακών λοιμώξεων ή κακοηθειών-οι οποίες αποτελούν την επιπλοκή στο σύνδρομο, εξαιτίας της υποκείμενης ανοσολογικής διαταραχής και

β) Η απουσία οποιασδήποτε άλλης αιτίας που προκαλεί ανοσοανεπάρκεια.

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι

Μείζονα κριτήρια κατά τον ορισμό του CDC

α) Παρουσία μιας ή περισσότερων ευκαιριακών λοιμώξεων ή κακοηθειών.

1. Ευκαιριακές λοιμώξεις.

- Ιογενείς (π.χ από κυτταρομεγαλοϊό-CMV, έρπητα HSV)
- Βακτηριδιακές (π.χ Μυκοβακτηρίδιο AVIUM κ.λ.π)
- Πρωτοζωικές (π.χ από πνευμονοκύστη Carinii κ.λ.π)

2. Κακοήθειες (π.χ σάρκωμα Kaposi, πρωτοπαθές λέμφωμα του εγκεφάλου)

β) Απουσία άλλης γνωστής αιτίας που προκαλεί διαταραχή στο μηχανισμό της κυτταρικής ανοσίας.

1. ανοσοκατασταλτική θεραπεία (στεροειδή, κυτταροτοξικά φάρμακα)

2. Κακοήθειες λεμφικού συστήματος.

- Hodgking's και Non Hodgking's λεμφώματα.
- Λεμφοκυτταρική λευχαιμία.
- Πολλαπλούν μυέλωμα.

3. Καταστάσεις καχεξίας

Η ακριβής όμως διάγνωση των παραπάνω ενδείξεων ανοσοανεπάρκειας απαιτεί εργαστηριακές τεχνικές και υποδομή ανύπαρκτη στις περισσότερες περιοχές της γης.

Γι' αυτό και ο ορισμός τροποποιείται από το CDC και δέχεται δήλωση κρουσμάτων που η διάγνωση της ευκαιριακής πάθησης βασίζεται μόνο σε κλινικά και όχι σε εργαστηριακά κριτήρια, εφόσον βέβαια ανιχνεύονται τα anti-HIV.

Ο ορισμός υιοθετήθηκε ήδη από την Π.Ο.Υ που επίσης δεχεται για τον κλινικό ορισμό του AIDS που είναι εξαιρετικά χρήσιμος για τις αναπτυσσόμενες χώρες που στερούνται υποδομής και εργαστηριακή διάγνωση. Σύμφωνα με τον κλινικό ορισμό πρέπει να υπάρχουν δύο από τις κύριες εκδηλώσεις:

- Απώλεια σωματικού βάρους πάνω από 10%
- Χρόνια διάρροια που διαρκεί πάνω από 1 μήνα.
- Πυρετός που επιμένει πάνω από 1 μήνα

και μια από τις ακόλουθες δευτερεύουσες εκδηλώσεις:

- Βήχας που επιμένει πάνω από 1 μήνα
 - Γενικευμένη κνηδωτική δερματίτιδα
 - Έρπητας ζωστήρας που υποτροπιάζει
 - Στοματοφαρυγγική καντιντίαση
 - Χρόνιος έρπητας που προοδευτικά επικτείνεται
 - Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια
- Δεν θα πρέπει βέβαια να υπάρχει άλλη γνωστή αιτία ανοσοκαταστολής.

1.3_ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.

Από το 1981, που το AIDS άρχισε να ενδιαφέρει τις Αρχές Δημόσιας Υγείας, Παρουσιάζεται ένας φοβερός ρυθμός αύξησης των κρουσμάτων από χρόνο σε χρόνο, φθάνοντας σήμερα να αποτελεί το πρώτο πρόβλημα Δημόσιας Υγείας στον κόσμο. Οι πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος ξεφεύγουν, γιατί πολλές χώρες δεν δηλώνουν τον ακριβή αριθμό κρουσμάτων, είτε λόγω αδυναμίας κλινικοεργαστηριακής διάγνωσης, είτε λόγω των επιπτώσεων που θα προκύψουν στο εμπόριο και στον Τουρισμό τους. Η Π.Ο.Υ πιστεύει ότι βρισκόμαστε προ πανδημίας. Ο ιός εξαπλώθηκε σε κάθε χώρα της γης. Φορείς πρέπει να υπάρχουν ακόμη και στις χώρες που δεν εκδηλώθηκε ακόμη κρούσμα AIDS αφού σήμερα γνωρίζουμε ότι πρέπει να περάσουν 4-5 χρόνια από τη στιγμή της λοιμώξεως μέχρι να εκδηλωθεί η νόσος.

Στις αναπτυγμένες χώρες στο 10% των κρουσμάτων δε γίνεται διάγνωση, ενώ ένα άλλο 10% δε δηλώνεται επίσημα

Το 1988 υπολογίστηκε ότι σε κάθε κρούσμα αντιστοιχούν 50-100 φορείς. Αυτός ο υπολογισμός με απόλυτους αριθμούς σημαίνει ότι υπάρχουν 1.5-2 εκατομμύρια φορείς στις Η.Π.Α, 300.000 - 500.000 χιλιάδες στην Ευρώπη και σ' όλο τον κόσμο περίπου 10 εκατομμύρια.

Μέχρι 28 Φεβρουαρίου του 1989, είχαν δηλωθεί 141.894 κρούσματα AIDS σε όλο τον κόσμο. Από αυτά 99.752 δηλώθηκαν στην Αμερική, 21.322 στην Αφρική, 19.752 στην Ευρώπη ενώ στην Ασία και Ωκεανία ο αριθμός ήταν σημαντικά μικρότερος (πίνακας 2)

Στην Ευρώπη ο μεγαλύτερος αριθμός κρουσμάτων AIDS ανά εκατομμύριο πληθυσμού παρατηρήθηκε στην Γαλλία (101,7) και στη Δανία (70,2). Στην Ελλάδα υπάρχει η μικρότερη αναλογία κρουσμάτων (18,0) και η χαμηλότερη θνησιμότητα από τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες για την ίδια χρονική περίοδο. (πίνακας 3). Η χώρα μας όμως έχει την υψηλότερη ταχύτητα επέκτασης της επιδημίας AIDS αφού έχει το χαμηλότερο χρόνο διαπλασιασμού των κρουσμάτων ο οποίος όμως αυξήθηκε σε σχέση με τον Δεκέμβριο του 1987. (πίνακας 4). Η υψηλότερη αναλογία σε όλο τον κόσμο παρατηρήθηκε στις Η.Π.Α όπου η αναλογία ήταν το ίδιο χρονικό διάστημα 360,0 ανά εκατομμύριο πληθυσμού.

Στη χώρα μας το Κέντρο Αναφοράς AIDS προέβλεπε για το τέλος του 1989 ότι ο αριθμός των κρουσμάτων θα φτάσει τα 354 και όχι τα 582 που προέβλεπε η Π.Ο.Υ ενώ το 1990 ο αριθμός κρουσμάτων υπολογιζόνταν να φτάσει τα 737. (πίνακας 5).

Υπολογίζεται ότι το 1991 το AIDS θα αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου για άνδρες ηλικίας 20-60 ετών στις ανεπτυγμένες χώρες. Οι προβλέψεις επαληθεύθηκαν με αρκετή ακρίβεια μέχρι σήμερα.

Όσα εκτέθηκαν για την προβλεπόμενη εξέλιξη της επιδημίας δεν επιτρέπουν αισιοδοξία και εφησυχασμό, αλλά αντίθετα υποδεικνύουν την ανάγκη λήψεως συντονισμένων μέτρων για ανακάλυψη και εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων προφύλαξης και ταχύτατη εξασφάλιση υποδομής για τη νοσηλεία των κρουσμάτων που νομοτελικά θα αυξάνονται με ταχύ ρυθμό για τουλάχιστον 5 ακόμη χρόνια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Αριθμός κρουσμάτων AIDS από το 1987 μέχρι 28. Φεβρουαρίου 1989 και εκατοστιαία αύξηση.

| | 1987 | | 1988 | | Αύξηση <u>φεβ. 89</u> | | Αύξηση % | |
|---------|--------|-------|---------|-------|-----------------------|---------|------------|---|
| | No | % | No | % | '87-'88 | No | 12/88-2/89 | % |
| Ηπειρος | | | | | | | | |
| Ευρώπη | 10.177 | 12.5 | 16.883 | 12.7 | 65.9 | 19.196 | 13.7 | |
| Αμερική | 60.409 | 74.2 | 93.723 | 70.5 | 55.1 | 99.752 | 6.4 | |
| Αφρική | 9.788 | 12.0 | 20.905 | 15.7 | 113.6 | 21.322 | 2.0 | |
| Ασία | 233 | 0.3 | 285 | 0.2 | 22.3 | 338 | 18.6 | |
| Ωκεανία | 826 | 1.0 | 1.180 | 0.9 | 42.8 | 1286 | 9.0 | |
| Σύνολο: | 81.433 | 100.0 | 132.976 | 100.0 | 63.3 | 141.894 | 6.7 | |

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Αναλογία κρουσμάτων AIDS ανά εκατομμύριο πληθυσμού (Δεκ. '88)

Χώρα Αναλογία

| | |
|--------------|-------|
| Γαλλία | 101.7 |
| Δανία | 70.2 |
| Ισπανία | 55.3 |
| Ιταλία | 52.4 |
| Ολλανδία | 47.5 |
| Δ.Γερμανία | 45.6 |
| Βέλγιο | 42.8 |
| Μ.Βρετανία | 34.9 |
| Λουξεμβούργο | 32.5 |
| Ιρλανδία | 21.1 |
| Πορταγαλία | 19.3 |
| Ελλάδα | 18.0 |

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Σύγκριση χρόνων διπλασιασμού των κρουσμάτων
(Δεκ. '87 - Ιούνιος '88) σε χώρες της Ε.Ο.Κ.

Χρόνος Διπλασιασμού (μήνες)

| Χώρα | Δεκ. '87 | Ιουν. '88 |
|--------------------|----------|-----------|
| Βέλγιο | 18.2 | - |
| Δανία | 16.2 | 19.3 |
| Γαλλία | 10.5 | 12.7 |
| Δ.Γερμανία | 13.9 | 17.7 |
| Ελλάδα | 8.6 | 9.2 |
| Ιταλία | 9.2 | 10.0 |
| Ολλανδία | 13.4 | 15.5 |
| Ισπανία | 8.6 | 10.4 |
| Σύνολο χωρών Ε.Ο.Κ | 11.0 | 12.7 |

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Προβλέψεις του κέντρου Αναφοράς AIDS της ΥΣΑ
για τον αριθμό κρουσμάτων AIDS το 1989 και το 1990 στην

Ελλάδα.

| Ετος | Αριθμός κρουσμάτων |
|------|--------------------|
| 1989 | 354 |
| 1990 | 737 |

1.4. ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ

Ο HIV βρίσκεται κυρίως στα λεμφοκύτταρα και σε πολύ μικρότερη ποσότητα στον ορό ξυτου αίματος, στο σπέρμα και στις τραχηλικές εκκρίσεις. Στο αίμα βρίσκεται σε πυκνότητα πάνω από ένα εκατομμύριο φορές μικρότερη από ότι ο ιός της ηπατίτιδας Β.

Ο HIV μπορεί να καλλιεργηθεί και από άλλες εκκρίσεις του ανθρώπου (σάλιο, δάκρυα, κ.λ.π) αλλά η ποσότητα του είναι τόσο μικρή που είναι αδύνατη ή μετάδοση του ιού σε άλλους ανθρώπους που ζουν μαζί με τους φορείς στο ίδιο σπίτι ή έχουν απλή κοινωνική ή εργασιακή σχέση. Σ' αυτό συμβάλλει και η μεγάλη ευπάθεια του ιού στο εξωτερικό περιβάλλον. Έτσι αν και είναι δυνατή η επιβίωση ελάχιστων ιικών σωματίων στο εξωτερικό περιβάλλον για λίγες μέρες, δεν είναι δυνατή ή έμμεση μετάδοση από επαφή με μολυσμένα αντικείμενα. Ο HIV αδρανοποιείται ταχύτατα σε υγρή θέρμανση στους 56C και με αποστείρωση. Όλα τα κοινά χημικά απολυμαντικά αδρανοποιούν ταχύτατα τον HIV (π.χ. οινόπνευμα πυκνότητας 70%, δυάλυμα χλωρίνης 1/10). Τα κοινά πλυντήρια σκευών φαγητού και ρουχισμού αδρανοποιούν τον HIV.

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα γίνεται αντιληπτό ότι ο HIV δεν μεταδίδεται με το σάλιο, τον ιδρώτα, τα δάκρυα, τα ούρα, ή τα κόπρανα, από τη θάλασσα ή τα κολυμβητήρια, από τους κοινόχρηστους χώρους (π.χ τουαλέτες, κ.λ.π), από τα έντομα, το φαγητό, τη χειραψία και τέλος από τις επαφές στο κοινωνικό και εργασιακό περιβάλλον.

Το AIDS μεταδίδεται μόνο με τους ακόλουθους τρόπους:

1. Αιματογενής Μετάδοση.

Αυτός ο τρόπος μετάδοσης αφορά τους τοξικομανείς και τους μεταγγιζόμενους, γιατί έχει διαπιστωθεί ότι ο ιός μεταδίδεται με το αίμα ή τα παράγωγά του. Σήμερα όμως τα πολυμεταγγιζόμενα άτομα και οι αιμοροφιλικοί είναι πρακτικά αδύνατον να μολυνθούν με τον τρόπο αυτό γιατί ελέγχεται κάθε αιμοδότης, χρησιμοποιούνται εργαλεία μιας χρήσεως και όλα τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται είναι αποστειρωμένα. Είναι όμως πολύ συχνός στους τοξικομανείς που μοιράζονται τις σύριγγες και τις βελόνες για να ενέσουν ενδοφλέβια το ναρκωτικό τους. Η μετάδοση του ιού πιθανόν οφείλεται στην παραμονή μικρών ποσοτήτων αίματος στις σύριγγες.

2. Σεξουαλική Μετάδοση.

Η πιθανότητα μεταδόσεως είναι μικρότερη από 1%.

Αρκεί όμως και μια σεξουαλική επαφή. Η πιθανότητα μετάδοσης είναι σχετικά μεγαλύτερη σε ομοφυλοφιλική επαφή που είναι περισσότερο τραυματική και το επιθήλιο του εντέρου επιτρέπει ευχερέστερη διέλευση του HIV προς τα συσσωρευμένα λεμφοκύτταρα της περιοχής αυτής. Η αυξημένη διασπορά του ιού στους ομοφυλόφιλους φαίνεται ότι οφείλεται και στο μεγάλο αριθμό σεξουαλικών συντρόφων.

Η επανειλημμένη έκθεση στον ιό, καθώς και η ταυτόχρονη παρουσία ορισμένων άλλων παραγόντων (π.χ προγενέστερη προσβολή από σύφιλη, γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, κονδυλώματα, ηπατίτιδα, κ.α) βοηθούν την εμφάνιση της νόσου.

Γι' αυτό οι ομοφυλόφιλοι, αλλά και οι ιερόδουλες και άτομα με μεγάλη εναλλαγή ερωτικών συντρόφων ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου.

3. Περιγεννητική και Κάθετη Μετάδοση.

Η μετάδοση γίνεται στο κύημα ή στο νεογνό από τη μητέρα που έχει προσβληθεί κατά τη διάρκεια του τοκετού ή λίγο πριν από τη γέννηση. Η συχνότητα προσβολής του νεογνού από φορέα μητέρα είναι 50%. Η ανεύρεση αντισωμάτων του ιού στα νεογνά δε σημαίνει αποκλειστικά νόσηση από το σύνδρομο καθώς τα αντισώματα αυτά σε ποσοστό μέχρι 47% ελαττώνονται μεταξύ 6ου και 8ου μήνα

της ζωής του νεογνού, επειδή είναι αντισώματα της μητέρας, που μεταβιβάστηκαν στο παιδί με την κυκλοφορία του πλακούντα από τη μητέρα. Το νεογνό δεν προσβάλλεται όταν η μητέρα μολυνθεί μετά τον τοκετό. Σε αυτή την περίπτωση απαγορεύεται ο θηλασμός δεδομένου ότι ο ιός έχει απομονωθεί στο μητρικό γάλα. Ο τρόπος αυτός διασποράς του ιού έχει ιδιαίτερη σημασία για τις τοξικομανείς ή τις γυναίκες που ο ερωτικός τους σύντροφος είναι τοξικομανής.

4. Άλλοι Τρόποι Μετάδοσης.

Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις διαπιστώθηκε μετάδοση του AIDS με την είσοδο στον οργανισμό αίματος, υγρών ή εκκριμάτων πασχόντων από AIDS από αμυχές του δέρματος.

Μικρό επίσης, είναι το ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού, που ανέπτυξαν αντισώματα ενάντια του ιού μετά από τυχαίο τρύπημα με βελόνα ή τυχαία επαφή με εκκρίματα ασθενών. Πάντως, ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες ο αριθμός των κρουσμάτων από τέτοιους τρόπους μετάδοσης δε φαίνεται να παρουσιάζουν σημαντική αύξηση.

1.5. ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.

Οι ομάδες των ατόμων που έχουν χαρακτηριστεί σαν ομάδες υψηλού κινδύνου είναι: α) Ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι 73% (το 8% από αυτούς είναι ταυτόχρονα και τοξικομανείς).

β) τοξικομανείς 17%

δ) αιμορροφιλικοί 1%

17% ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΕΙΣ

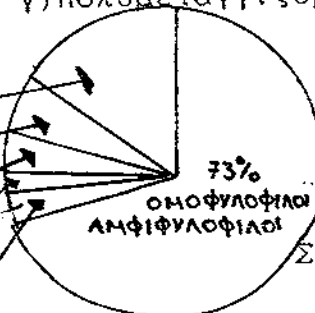
6% ΑΓΝΩΣΤΟΙ

2% ΠΟΛΥΜΕΤΑΓΓΙΖΟΜΕΝΟΙ**

1% ΑΙΜΟΡΡΟΦΙΛΙΚΟΙ

1% ΑΤΟΜΑ ΕΤΕΡΟΦΥΛΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ

γ) πολυμεταγγιζόμενα άτομα 2%



Σχήμα 1. Πάσχοντες

1%ΑΙΜΟΡΡΟΦΙΛΙΚΟΙ**

από ΣΕΑ:Ομάδες υψηλού

1%ΑΤΟΜΑ ΕΤΕΡΟΦΥΛΙΚΗΣ

κινδύνου.

ΣΧΕΣΗΣ

73%ΟΜΟΦΥΛΟΦΙΛΟΙ

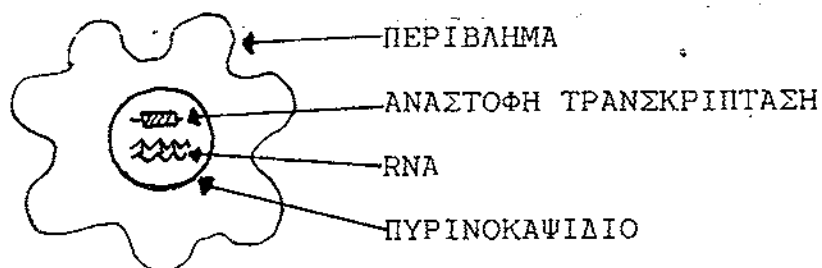
ΑΜΦΙΦΥΛΟΦΙΛΟΙ*

* το 8% από αυτούς είναι ταυτόχρονα και τοξικομανείς.

** Ο συνεχής έλεγχος του αίματος και των παραγώγων του για αντισώματα έναντι του HIV τείνει σήμερα να εξαφανίσει αυτές τις ομάδες.

1.6 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Το σύνδρομο της επίκτησης ανοσολογικής ανεπάρκειας οφείλεται σε λοιμογόνο παράγοντα τον ιό HIV, ενώ φαίνεται να συνεργούν και υποβοηθητικά παράγοντες. Ο HIV ανήκει στον ρετροϊόυς δηλαδή στους RNA-ιούς. Έχει μεγάλο μοριακό βάρος, και σφαιρικό σχήμα με διάμετρο μορίου περίπου 10nm. Αποτελείτε από περίβλημα και πυρηνοκαψίδιο. Το γλυκοπρωτεϊνικό περίβλημά του παριστά πάχυνση της κυτταρικής μεμβράνης και περιέχει ίικα στοιχεία που βοηθούν στην προσκόλληση του ιού στους υποδοχείς των κυττάρων στόχων. Το πυρηνοκαψίδιο περιέχει δομικές πρωτεΐνες, ένζυμα και πυρηνοπρωτεΐνη (RNA) η οποία διατάσσεται σε ελικοειδή συμμετρία (εχ2)



Σχήμα 2. Σχηματική παράσταση του μορίου του ιού HIV

Ο ιός έχει την ικανότητα να αναπαράγεται με τη μεταφορά γενετικών πληροφοριών από το RNA του στο DNA του κυττάρου στόχο με τη μεσολάβηση ενός ενζύμου της ανάστροφης τρανσκριπτάσης. Έτσι ενσωματώνεται στο γενετικό υλικό του κυττάρου-στόχου και προκαλεί μετασχηματισμό του κυττάρου.

Κύριος στόχος του HIV είναι τα T4 λεμφοκύτταρα, υπάρχουν όμως και πολλά άλλα κύτταρα ευπαθή στον ιό, όπως τα μονοκύτταρα (μακροφάγα) B-λεμφοκύτταρα, δενδριτικά κύτταρα, προβαθμίδες των κυττάρων του μυελού των οστών.

Έχει αποδειχθεί ότι ο HIV μπορεί να προσβάλλει ορισμένα κύτταρα του εγκεφάλου (π.χ. Μικρογλοία, Αστροκύτταρα, εμβρυικά νευρικά κύτταρα). Ορισμένα στελέχη του ιού που έχουν απομονωθεί από το κεντρικό νευρικό σύστημα φαίνεται να πολλαπλασιάζονται καλύτερα μέσα στα μακροφάγα παρά στα T4 κύτταρα. Από ασθενείς με νευρολογικές εκδηλώσεις έχουν απομονωθεί στελέχη HIV που δεν προκαλούν λύση των T4 κυττάρων.

Άλλοι ανθρώπινοι ρετροϊοί που έχουν ανακαλυφθεί μέχρι σήμερα είναι ο ιός HTLV-I που είναι ο πρώτος ρετροϊός που απομονώθηκε και προκαλεί T-κυτταρική λευχαιμία στους ενήλικες. Ο ρετροϊός HTLV II απομονώθηκε για πρώτη φορά σε ασθενή με λευχαιμία τριχωτών κυττάρων, ενώ μαζί με τον HTLV-I φαίνεται να έχουν ομοιότητες στη δομή και στη μορφολογία με τον ιό της λευχαιμίας των βοειδών. Αντισώματα ενάντια στον HTLV-II έχουν βρεθεί σε ελάχιστους ασθενείς με AIDS. Τέλος, ένας άλλος ανθρώπινος ρετροϊός ο ιός HTLV-IV που κυριαρχεί στη Δυτική Αφρική

και μοιάζει περισσότερο με τον STLV-III (ο ιός του πράσινου πιθήκου της Αφρικής), παρά με τον HIV, έχει ονομασθεί HIV2 και έχει απομονωθεί σε κατοίκους της Σενεγάλης, χωρίς να προκαλεί νόσο.

1.7 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ HIV

Ο HIV προσκολλάται σε ειδικούς υποδοχείς που υπάρχουν στο T4 λεμφοκύτταρα και τα μακροφάγα. Κατά την προσβολή του ξενιστή από τον ιό πραγματοποιείται αμφίπλευρη ενεργοποίηση ιού-κυττάρου στόχου. Με τη δράση της ανάστροφης τρανσκριπτάσης (Reverse Transcriptase) σχηματίζεται από υλικό RNA ένας κλώνος DNA, όπου η R.T. κωδικοποιεί όλες τις γενετικές περιοχές του R.N.A. Αυτό το μονοκλωνικό DNA με όλο το φάσμα των ιδιοτήτων του ιού μεταφέρεται μαζί με την RT, μέσω γέφυρας σύνδεσης ιού-κυττάρου στο τελευταίο. Έτσι η παρουσία του γενετικού υλικού του ιού στο κύτταρο δραστηριοποιεί την ήδη ενεργοποιημένη από την κυτταρική σύνδεση πολυμεράση του κυτταρικού DNA με αποτέλεσμα τον πολυμορφισμό του DNA.

Στη συνέχεια ένας κλώνος του κυτταρικού DNA ενώνεται με το μονοκλωνικό DNA του ιού και σχηματίζεται δικλωνικό DNA. Αυτό το τελευταίο με τη συμμετοχή της RT ενσωματώνεται στην αλυσίδα του ανασυντιθέμενου στο μεταξύ DNA του κυττάρου. Στη φάση αυτή το προϊόν της πυρηνοπρωτεϊνικής σύμπτυξης καλείται προίός.

Λοιμώξεις, φάρμακα και γενικά ποικίλλοι αντιγονικοί ερεθισμοί προωθούν το φαινόμενο της διεγερσης στον κυτταρικό πληθυσμό του ξενιστή. Τα προσβεβλημένα-ενεργοποι-

ημένα λεμφοκύτταρα πολλαπλασιάζονται, δημιουργώντας νέες γενιές κυττάρων με τα οποία μεταφέρονται τα αντιγονικά ιογενή στοιχεία που ασκούν κυτταροπαθογόνο δράση στα κύτταρα. Στη χρονική διαδικασία του πολλαπλασιασμού επιτελείται βαθμιαία και σταδιακή ολοκλήρωση του ιού. Την εικόνα του ολοκληρωμένου ιού που είναι ικανός και ώριμος να εφαρμόσει την κυτταρολυτική του δράση συμπληρώνει η ανάπτυξη των LTR =περιοχές στις ακρίες της αλυσίδας του RNA οι οποίες αναπτύσσονται στη φάση ωρίμανσης του ιού με ενισχυτικό και ρυθμιστικό ρόλο στην αντιγραφική λειτουργία των άλλων ομολόγων περιοχών (POL-TAT), επίσης επηρεάζουν την πυρηνική σύμπτυξη ιού - κυττάρου στις γονυλιακές θέσεις του DNA του κυττάρου ώστε να ενισχύονται οι προϋποθέσεις της πυρινικής σύζευξης και ανάπτυξης του προϊόντος περιοχών, καθώς και η γένεση και ενεργοποίηση των αντιγονικών πρωτεϊνών, ενζύμων και λοιπών αντιγονικών στοιχείων. Σημειώνεται ότι έχει αποδειχθεί πως ο ιός HIV σε ορισμένες περιπτώσεις αυξημένης τοξικότητας του στελέχους είναι δυνατόν να ασκήσει απ' ευθείας λυτική δράση στο κύτταρο-στόχος μετά την πρώτη επαφή με αυτό.

1.8 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ AIDS

Οι κλινικές εκδηλώσεις στο ΣΕΑΑ ποικίλλουν και εξαρτώνται από τη φάση ή τη κατάσταση στην οποία βρίσκεται ή εξελικτική πορεία της λοίμωξης στο πάσχον άτομο.

Το 30-35% των προσβαλλομένων εμφανίζουν το λεγόμενο "οξύ AIDS" που εκδηλώνεται με την εικόνα ιογενούς συνδρόμου ή λοιμώδους μονοπυρήνωσης. Τα συμπτώματα του οξέος AIDS είναι μη ειδικά και χαρακτηρίζονται από πυρετό, ιδρώτες, μυαλγίες, αρθραλγίες, ναυτία, ανορεξία, κυνάγχη κεφαλαλγία, φωτοφοβία, ηπατοσπληνομεγαλία, και κηλιδώδες εξάνθημα στον κορμό. Τα συμπτώματα αυτά συνήθως υποχωρούν σε 10-15 ημέρες και το άτομο που προσβλήθηκε χαρακτηρίζεται σαν ασυμπτωματικός φορέας. Η κατάσταση αυτή διαρκεί μήνες ή χρόνια. Σαν μέση χρονική διάρκεια θεωρείται το διάστημα των 6 μηνών μέχρι 5 χρόνια.

Αν το οξύ AIDS εξελιχθεί σε εμμένουσα γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια ή P.G.L (Persistent Generalized lymphadenopathy) κλινική εικόνα θα κυριαρχεί το λεμφαδενικό σύνδρομο, χωρίς άλλο σύμπτωμα. Η λεμφαδενοπάθεια αυτή μπορεί να παραμείνει δια βίου χωρίς να αναπτύξει AIDS (κολοήθες AIDS). Άλλοτε όμως η λεμφαδενοπάθεια μπορεί να εξελιχθεί σε γενικευμένη νόσο, που λέγεται προ AIDS ή ARC (AIDS Related Complex) που την κλινική της εικόνα συνθέτουν η λεμφαδενοπάθεια, η απώλεια βάρους (>/10% του σωματικού βάρους) ο πυρετός (>38 C, συνεχής ή διαλείπων)

οι διάρροιες, τα κοιλιακά άλγη, η κόπωση ή κακουχία και οι νυκτερινοί ιδρώτες. Το 50% των ασθενών που βρίσκονται στην κατάσταση ARC δεν εμφανίζουν την πιο πάνω πάνω συμπτωματολογία αλλά εκδηλώσεις νευρολογικής νόσου, εξαιτίας της απ' ευθείας προσβολής των εγκεφαλικών κυττάρων από τον ιό HIV. Στην κλινική εικόνα επικρατούν διαταραχές μνήμης, άνοια, διαταραχές προσωπικότητας, σημειολογία εγκεφαλίτιδας ή μηνιγγίτιδας.

Το ΣΕΑΑ εκδηλώνεται στον άνθρωπο είτε με λοιμώξεις ευκαιριακές είτε με διάφορα νεοπλάσματα, είτε με αταξινόμητες δερματικές εκδηλώσεις σε συνδυασμό με τις εκδηλώσεις που περιγράφηκαν στο ARC.

1.9 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ HIV

Ο προσδιορισμός των φορέων ή των πασχόντων από το AIDS επιτυγχάνεται με την ανεύρεση του ιού HIV στο αίμα και στα άλλα εκκρίματα του (π.χ σάλιο, δάκρυα, ιδρώτα, σπέρμα, κολπικά υγρά, μυελό των οστών, λεμφοκύτταρα, εγκέφαλο), ή με την ανίχνευση ειδικών αντισωμάτων. Αυτό γίνεται, είτε με την καλλιέργεια και την απομόνωση του ιού, είτε με την ανίχνευση, με ορολογικές μεθόδους των αντισωμάτων.

A. ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ

Με αυτή αναζητείται ο ιός στα βιολογικά υγρά των ασθενών για να ανιχνευθούν οι φορείς, για τη συγκριτική μελέτη στελεχών του ιού και για την παρακολούθηση της πορείας της λοίμωξης και της ακολουθούμενης θεραπευτικής αγωγής. Η καλλιέργεια γίνεται σε πρωτογενή λεμφοκύτταρα ή σε T-λεμφοκυτταρικές σειρές. Οι μέθοδοι, που εφαρμόζονται στην καλλιέργεια είναι η μικροσκόπηση με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο, ο ανοσοφθορισμός της επιφάνειας των λεμφοκυττάρων, η ανίχνευση της κυτταροπαθογόνου δράσεως της αναστροφής τρανσκριπτάσης και η ραδιοανοσολογική ανίχνευση. Το αντιγόνο του ιού ανευρίσκεται μόνο τις πρώτες 10 ημέρες από τη μόλυνση έπειτα δεν ανιχνεύεται παρά μόνο μετά την πάροδο μηνών.

B. ΟΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΑΝΙΣΩΜΑΤΩΝ

Δύο μέθοδοι χρησιμοποιούνται σε παγκόσμια κλίμακα σήμερα για τον έλεγχο και την εξακρίβωση των ατόμων που ενδεχόμενα έχουν εκτεθεί στον ιό HIV:

I. Μέθοδος ELISA (Enzyme Linked Immunoabsorbent Assay).

Είναι ανοσοενζυμική μέθοδος ανίχνευσης αντισωμάτων προς διάφορα αντιγονικά στοιχεία του ιού και γίνεται με τη βοήθεια ειδικής αντιανθρώπινης σφαιρίνης σεσημασμένης με ένζυμο. Για την αποφυγή ψευδώς θετικών αντιδράσεων χρησιμοποιείται η επιβεβαιωτική ELISA που βασίζεται στην ίδια αρχή και ανιχνεύει αντισώματα έναντι της πρωτεΐνης του περιβλήματος και του πυρήνα του HIV

II. Μέθοδος Western-blot.

Προσδιορίζει το ειδικά πρωτεϊνικά κλάσματα, στα οποία είναι θετικός ο ορός. Αντιπροσωπεύει με την προσθήκη ειδικών αντισωμάτων τη μεταφορά σε χαρτί ηλεκτροφορητικά διαχωρισμένων πρωτεϊνών.

Τυπικά μπορεί να λεχθεί ότι η μέθοδος ELISA θέτει τη διάγνωση, ενώ η Western blot βεβαιώνει την ορθότητα της διάγνωσης. Στην Ελλάδα ένα άτομο θεωρείται οροθετικό, μόνο όταν το ELISA test έχει δύο φορές αποδώσει θετικό αποτέλεσμα και η δοκιμασία Western blot μία φορά έχει επιβεβαιώσει το αποτέλεσμα.

Υπάρχει και η μέθοδος RIPA (Radio-Immune Precipitation Assay) που αν και είναι ειδική δεν μπορεί να χρησιμοποιείται καθημερινά. Πρόκειται για ραδιοανοσοϊζηματική μέθοδο με την οποία ανιχνεύονται αντισώματα έναντι βασικών δομικών πρωτεϊνών του ιού. Η

ανίχνευση στηρίζεται στη συνδεση μεταξύ των σεσημασμένων με 5 πρωτεϊνών του και των αντισωμάτων στον ορό του αρρώστου

1.10 ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΙΟΥ ΣΤΟ ΠΡΟΣΒΕΒΛΗΜΕΝΟ ΑΤΟΜΟ

Όταν ο ιός HIV εισχωρήσει στον ανθρώπινο οργανισμό προσβάλλει τα T4 λεμφοκύτταρα. Μετά από περίοδο επώασης 7-10 ημερών το 30-50% των προσβληθέντων ατόμων αναπτύσσουν σύνδρομο που ονομάζεται "οξύ ΣΕΑΑ". Το σύνδρομο αυτό θυμίζει μη ειδικό ιογενές σύνδρομο ή εικόνα λοιμώδους μονοπυρήνωσης (πιν.6).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

"Οξύ ΣΕΑΑ": Κλινικές εκδηλώσεις

- Πυρετός, εφιδρώσεις, αρθραλγίες, μυαλγίες (100%)
- Κυνάγχη (70%)
- Ανορεξία, ναυτία, κεφαλαλγία, φωτοφοβία
- Επίμονη και έντονη κεφαλαλγία (λεμφοκυττάρωση στο ΕΝΥ-εικόνα άσηπτης μηνιγγίτιδας από HIV)
- Ηπατοσπληνική διόγκωση, κηλιδώσεις εξάνθημα (κορμού ή και άκρων) 50%

Οι εκδηλώσεις αυτές διαρκούν περίπου δύο εβδομάδες.

Μετά την αποδομή τους δεν παρουσιάζει κανένα σύμπτωμα ο άρρωστος, είναι απόλυτα καλά στην υγεία του και χαρακτηρίζεται σαν ασυμπτωματικός φορέας (τα λεμφοκύτταρά του είναι προσβεβλημένα αλλά ο ίδιος δεν παρουσιάζει κανένα σημείο νόσησης).

Από την κατάσταση του ασυμπτωματικού φορέα, ο ιός HIV μπορεί να οδηγήσει σε:

- α) Κατάσταση νέας ολιγοήμερης HIV λοίμωξης
- β) Κατάσταση PGL (Presistent Generalized Lymphadenopathy). Ο άρρωστος παρουσιάζει γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια η οποία διατηρείται περίπου 3 μήνες. Οι λεμφαδένες θα είναι διογκωμένες τουλάχιστον σε 2 περιοχές (εξαιρούνται οι βουβωνικοί) και ιστολογικά χαρακτηρίζονται από αντιδραστική υπερπλασία. Είναι ανατάξιμη συνδρομή (πιν.7

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

Κλινικές εκδηλώσεις κατάστασης PEL

- Διογκωμένοι λεμφαδένες σε 2 τουλάχιστον περιοχές (εξαιρούνται οι βουβωνικοί)
- Διάρκεια λεμφαδενικών διογκώσεων >3 μηνών
- Μη εξεύρεση άλλης αιτιολογίας για τη λεμφαδενοπάθεια

γ. Κατάσταση ARC (AIDS - Related Complex)

Ο άρρωστος πέρα από τη γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια (PGL) παρουσιάζει και συμπτώματα νόσησης που, όμως πληρούν τα κριτήρια για αμιγή νόσηση από ΣΕΑΑ, όπως

έχουν καθοριστεί αυτά από το CDC (Centers for Disease Control). Τα άτομα που εμφανίζουν δύο ή περισσότερα κλινικά σημεία και δύο ή περισσότερες διαταραχές στα εργαστηριακά ευρήματα βρίσκονται σε κατάσταση ARC, η οποία θεωρείται προβαθμίδα για την εκδήλωση της νόσου ΣΕΑΑ (πιν. 8 και πιν.9)

ΠΙΝΑΚΑΣ 8

Κλινικές Εκδηλώσεις κατάστασης ARC

1. Επιμένουσα γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια
2. Νυχτερινοί ιδρώτες
3. Σύνδρομο εξάντλησης
 - Απώλεια βάρους $>/10\%$ του σωματικού βάρους
 - Πυρετός $>38\text{ C}$, συνεχής ή διαλείπων πάνω από ένα μήνα.
 - Διάρροια από 1-3 μήνες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9

Εργαστηριακά Ευρήματα στο ARC

- Μείωση αριθμού T4-βοηθητικών κυττάρων
- Μείωση της σχέσης T4 κυττάρων προς T8 (κυτταροτοξικά): (Φυσιολογικά η σχέση είναι T4/T8=2:1).
- Αναιμία, λευκοπενία, θρομβοπενία ή λεμφοπενία.
- Αυξημένη γ-σφαιρίνη στον ορό
- Ελάττωση ή εξαφάνιση της ανταπόκρισης στα διάφορα δερματικά tests εξαιτίας της διαταραχής στην κυτταρική ανοσία (π.χ. Mantoux κ.λ.π).

Πολλοί ερευνητές πιστεύουν σήμερα, ότι οι φάσεις PCL και ARC αποτελούν πρόδρομα στάδια για την εκδήλωση της νόσου ΣΕΑΑ, γι' αυτό και αναφέρουν αυτές ως προ-ΣΕΑΑ καταστάσεις.

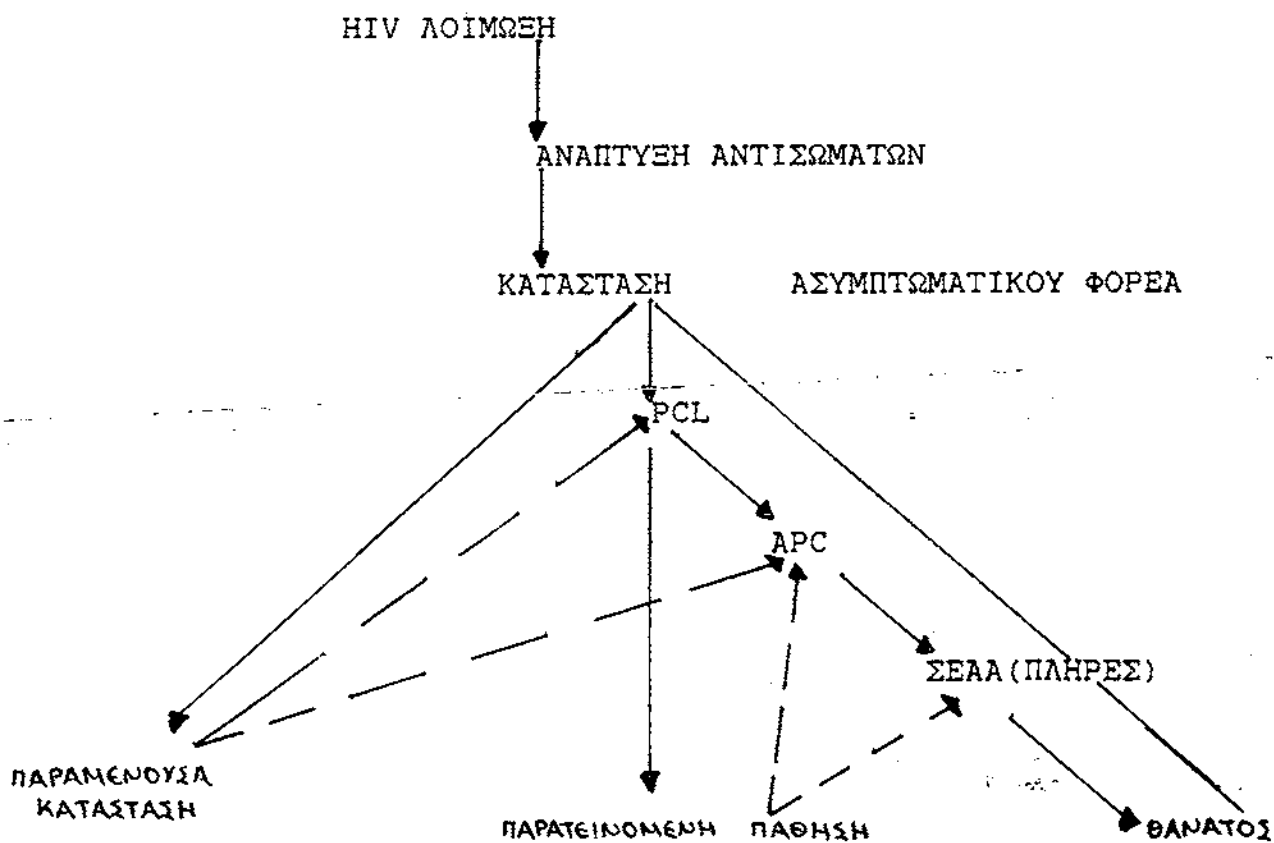
δ. Κατάσταση νευρολογικής νόσου.

Είναι δυνατόν, άτομα που έχουν προσβληθεί από τον ιό να εμφανίσουν εικόνα νευρολογικής νόσου (π.χ. εγκεφαλίτιδα), η οποία να οφείλεται σε απ' ευθείας προσβολή των κυττάρων του ΚΝΣ από τον ιό HIV.

ε. Νόσος ΣΕΑΑ. (Επικτητής Ανοσολογικής Ανεπάρκειας).

Γενικά μπορούμε να πούμε ότι η πορεία το HIV στο προσβεβλημένο άτομο έχει κάποιους χαρακτήρες μεταβλητότητας, όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα (σχήμα 3)

Σχήμα 3. Εξελικτική πορεία HIV λοίμωξης.



Ο χαρακτηρισμός του συνδρόμου επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, ως νόσο ΣΕΑΑ στηρίζεται σε δύο βασικά γνωρίσματα τα οποία έχουν προταθεί από το CDC (Κέντρο ελέγχου Λοιμωδών Νόσων) και χρησιμοποιούνται σε παγκόσμια κλίμακα, ως κριτήρια νόσου:

α. Η παρουσία μιας ή περισσότερων ευκαιριακών λοιμώξεων ή κακοηθειών, οι οποίες αποτελούν την επιπλοκή στο σύνδρομο, εξαιτίας του υποκείμενου ανοσολογικού ελλείματος.

β. Η απουσία οποιασδήποτε άλλης αιτίας που προκαλεί ανοσοανεπάρκεια (δηλ. διαταραχή στο μηχανισμό κυτταρικής ανοσίας).

Το 1986 το CDC πρότεινε ταξινόμηση των αρρώστων με ΣΕΑΑ σε ομάδες και υποομάδες, ανάλογα με την κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι άρρωστοι, κατά την εξελικτική πορεία της HIV λοίμωξης.

Ταξινόμηση της HIV λοίμωξης.

| | |
|--|--|
| <u>Ομάδα I</u> Οξεία λοίμωξη | Άτομα που εκδήλωσαν "οξυ ιογενές σύνδρομο" |
| <u>Ομάδα II</u> Ασυμπτωματική λοίμωξη. | Ασυμπτωματικοί φορείς. |
| <u>Ομάδα III</u> Επιμένουσα γενικευ- μένη λεμφαδενοπάθεια | Ασθενείς που αναπτύ- σουν λεμφαδενικές διο- γκώσεις σε 2 τουλάχισ- τον περιοχές (πλην |

Ομάδα IV. Άλλες παθήσεις.

Υποομάδα Α. Κλινικές εκδηλώσεις πάθησης.

Υποομάδα Β. Νευρολογική πάθηση

Υποομάδα C. Δευτεροπαθείς λοιμώδεις παθήσεις.

Υποομάδα D. Δευτεροπαθείς κακοήθειες.

των βουβωνικών) διάρκειας μεγαλύτερης των τριών μηνών (PGL). Ένα ποσοστό 20% των ασυμπτωματικών φορέων μεταπίπτουν απ' ευθείας σε κατάσταση ARC.

Πάσχοντες από τη νόσο που έχουν εκδηλώσεις μίας ή περισσότερων ευκαιριακών λοιμώξεων.

Οι κλινικές εκδηλώσεις οφείλονται σε πνευμονία από πνευμονοκύστη (carinii ή άλλες ευκαιριακές λοιμώξεις ή Σάρκωμα Carosi.

Άτομα των οποίων έχουν προσβληθεί απ' ευθείας τα κύτταρα το ΚΝΣ.

Άτομα που εκδήλωσαν πνευμονία από πνευμονοκύστη Carinii (63% των αρρώστων) ή άλλες ευκαιριακές λοιμώξεις

Άτομα που εκδήλωσαν Σάρκωμα Carosi. (26% των αρρώστων).

Υποομάδα Ε. Άλλες καταστάσεις.

1.11 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην πενταετία 1981-1986 υπήρξε φαρμακευτική αντιμετώπιση μονάχα των ευκαιριακών λοιμώξεων, που αναπτύσσονται στην πορεία του ΣΕΑΑ και από τις οποίες κατηλιγούν συνήθως οι ασθενείς. Παράλληλα επιχειρήθηκε πειραματική προσπάθεια (in vivo αλλά και in vitro) καταπολέμησης του αιτίου της νόσου με ουσίες, που είτε αναστέλλουν τη δραστηριότητα του ενζύμου της ανάστροφης τρανσκριπτάσης του ιού είτε παρεμποδίζουν τη μετάφραση αυτού στο προσβεβλημένο λεμφοκύτταρο. Παράλληλα έχει επιδιωχθεί η προφύλαξη του υγιούς πληθυσμού με κατασκευή του ειδικού εμβολίου.

Η θεραπευτική αγωγή διακρίνεται σε αντιμικροβιακή συμπτωματική θεραπεία των ευκαιριακών λοιμώξεων, σε ειδική θεραπεία έναντι του ίδιου του ιού και σε ανοσοτροποποιητική θεραπεία.

Α. ΣΥΜΤΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Ορισμένες ευκαιριακές λοιμώξεις, όπως η πνευμονία από πνευμονοκύστη Carinii, η οισοφαγίτιδα από κάντιντα και η λοίμωξη από απλό έρπητα, αυταποκρίνονται, συνήθως, στη θεραπεία, χωρίς όμως να αποκλείονται υποτροπές σε μερικές, μάλιστα περιπτώσεις θανατηφόρες. Άλλες όμως διάχυτες ευκαιριακές λοιμώξεις, όπως από μεγαλοκυτταρικό

ιό, από μυκοβακτηρίδιο *avium intracellulare*, από ιό Epstein-Barr και κρυπτοσπορίδιο, δεν ανταποκρίνονται στα ποικίλα θεραπευτικά σχήματα, που έχουν δοκιμαστεί.

Στη πνευμονοκύστη *Carinii* φάρμακο εκλογής είναι η τριμεθοπριμη και η σουλφομεθογαζόλη. Σε περιπτώσεις αλλεργίας ή αποτυχίας του σχήματος χορηγείται πενταμιδίνη που είναι όμως πολύ τοξική και συχνά προκαλεί νεφροπάθεια ή λευκοπενία. Η θνησιμότητα από υποτροπή είναι συχνή και φθάνει το 30%

Στην οισοφαγίτιδα από καντίνα χορηγούνται ενδοφλέβια αμοτερικίνη-B ή από το στόμα κετοκονοζόλη.

Σε λοίμωξη του δέρματος και των βλεννογόνων από το ιό του έρπητα χορηγείται Zovirax (acyclovir) με θεαματικά αποτελέσματα, χωρίς όμως να αποκλείονται και υποτροπές.

Στη τοξοπλάσμωση δίνονται σουλφαδιαζίνη και πυριμεθαμίνη με το φόβο όμως, εμφάνισης λευκοπενίας.

Η κρυπτοκοκκική λοίμωξη είναι δύσκολο να θεραπευθεί και συνήθως υποτροπιάζεται μετά τη θεραπεία. Αντιμετωπίζεται με αμοτερικίνη-B ή 5-φθοριοκυτοσίνη.

Β. ΕΙΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΙΟΥ.

Τα αντιϊικά φάρμακα δρουν είτε στην φάση αναδίπλωσης του ιού, δηλαδή αναστέλλουν τη δραστηριότητα της ανάστροφης τρανσκριπτάσης, με συνέπεια την παρεμπόδιση της αντιγραφικής λειτουργίας του ιού στον πύρρηνα του κυττάρου είτε στη φάση μετάφρασης του ιού εμποδίζοντας την επανασύνδεσή του.

Ουσίες που αναστέλλουν τη δραστηριότητα της ανάστροφης τρανσκριπτάσης του ιού είναι :

1. Η Σουραμίνη. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι ασκεί προστασία έναντι του ιού HIV, αφού μπορεί να ανασχαιτίζει τη λαιμογόνο και κυτταροπαθογόνο δράση του, σε αυξημένες δόσεις της. Προκαλεί όμως, σε μεγάλες δόσεις πλήθος παρενεργειών από τοξικότητα στους νεφρούς και το ήπαρ ως και τα συχνά εξανθήματα. Γενετική ανάλυση του ιού πριν και μετά την εφαρμογή της σουραμίνης έχει δείξει ότι ο ιός παραμένει γενετικά αναλλοίωτος. Τούτο σημαίνει ότι η σουραμίνη εμποδίζοντας την αναδίπλωση του ιού, επιτυγχάνει πρόσθετο αποτέλεσμα αναστολής της λοίμωξης, ενώ ο ιός παραμένει ο ίδιος, έτοιμος να συνεχίσει το καταστρεπτικό του έργο, μετά την διακοπή της.

2. Trisodium Rhosphonoformate. Η in vivo αναστολή του ιού HIV επιτυγχάνεται σε δόσεις, οι οποίες κυμαίνονται από 132 έως 680 μM , που θεωρούνται ως μη τοξικές.

3. Βολφραμικό αντιμόνιο (HPA-23). Έχει δειχθεί ότι αναστέλλει την αναστροφή τρανσκριπταση (RT) τόσο των ζωικών ρετροϊών (Leukemia virus), όσο και του ιού HIV. Αρκετοί πάσχοντες παρουσίασαν σημαντική βελτίωση κατά τη διάρκεια της θεραπείας με HPA-23 σε δόσεις 200mg ενδοφλεβίως (IV) για 15 ημέρες. Έρευνες έδειξαν ότι το HPA-23 όταν χορηγείται σε δόσεις πάνω από 50 mg ημερησίως έχει αυξημένες πιθανότητες να προκαλέσει παρενέργειες τύπου θρομβοπενίας ή διαταραχών της ηπατικής βιολογίας. Οι δοκιμασίες όμως in vivo και in vitro του φαρμακού συνεχίζονται.

4. Αζιντοθυμιδίνη (AZT). Είναι νουκλεϊνικό ανάλογο, που αναστέλλει τη δράση της ανάστροφης τρανσκριπτάσης παρεμποδίζοντας την παραπέρα επιμήκυνση της αλυσίδας του προίου DNA. Το AZT διαπερνά τον αιματο-εγκεφαλικό φραγμό και βελτιώνει τα νευρολογικά συμπτώματα από προσβολή του ΚΝΣ από τον HIV.

Η θεραπευτική δοκιμή του φαρμάκου επρόκειτο αρχικά να διαρκέσει 24 μήνες. Όμως το Σεπτέμβριο του 1986 η ανεξάρτητη επιτροπή επαγρύπνησης αποφάσισε την πρόωρη διακοπή της για ηθικούς και δεοντολογικούς λόγους, αφού διαπίστωσε ότι το φάρμακο μείωνε σημαντικά τη θνησιμότητα και βελτιώνει την κλινική εικόνα. Το φάρμακο παρουσίασε σημαντικές παρενέργειες όπως οι αιματολογικές, που συχνά υποχρεώνουν σε μείωση της δόσης ή διακοπή της χορηγήσεως του φαρμάκου. Άλλες παρενέργειες που δεν απαιτούν τη διακοπή της θεραπείας είναι: επίμονη ναυτία, εξάνθημα, μυαλγίες, παραισθήσεις, αυπνίες, πονοκέφαλοι και γενικότερα σύνδρομο γρίπης.

Το AZT δεν θεραπεύει το AIDS, δεν εξαλείφει τον ιό, αλλά απλώς αναστέλλει τον πολλαπλασιασμό του. Επιμηκύνει σημαντικά την επιβίωση του πάσχοντος, βελτιώνει την κλινική και υποκειμενική κατάσταση, μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης ευκαιριακών λοιμώξεων ή νεοπλασιών και επιβραδύνει την εξέλιξη της λοιμώξεως προς το AIDS. Η χορήγηση του AZT πρέπει να είναι μακροχρόνια.

αλλά παραμένει άγνωστο το κατάλληλο θεραπευτικό σχήμα, το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα, αλλά και η πιθανή απώτερη τοξικολογική του δράση.

Σήμερα δεν υπάρχουν ολοκληρωμένες μελέτες για την πιθανότητα καρκινογένεσης ή τερατογένεσης επειδή η έγκριση κυκλοφορίας του φαρμακού διεθνώς έγινε κατά παράβαση της καθιερωμένης διαδικασίας κρίσης και αυτό εξ' αιτίας της απουσίας άλλης ειδικής θεραπευτικής αγωγής.

Η Dideoxycytidine (DDC) είναι νουκλεϊνικό ανάλογο και έχει την εντονότερη από όλα τα άλλα ανάλογα αντιϊκή δράση *in vitro*. Δοκιμασίες σε ασθενείς με AIDS έδωσαν ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Το φάρμακο δεν κυκλοφορεί ελεύθερα γιατί έχει σοβαρές παρενέργειες. Ηδη δοκιμάζεται σε συνδυασμό με ιντερφερόνη με ενθαρρυντικές ενδείξεις συνεργιστικής δράσης. Θα ήταν δυνατό να χρησιμοποιηθεί εναλλακτικά προς το AZT.

Ουσίες που παρεμποδίζουν τη μετάφραση του ιού εμποδίζοντας την απανασύνθεσή του είναι:

1. Οι Ιντερφερόνες (Interferons). Είναι φυσικές πρωτεΐνες και αποτελούν στοιχεία του ανοσολογικού μηχανισμού. Παράγονται από κύτταρα του οργανισμού, όταν αυτά προσβάλλονται από ιούς ή άλλα αντιγονικά στοιχεία. Οι ιντερφερόνες συνδέονται με αντιγονικούς καθοριστές ή επιτόπους που έχουν με αυτές όμοια στερεοχημική δομή και που βρίσκονται στην επιφάνεια των κυττάρων, με αποτέλεσμα την κυτταρική διεύγερση, της οποίας συνέπεια είναι η

παραγωγή κυτταρικών ενζύμων, ανάλογα προς το είδος του λοιμογόνου παράγοντα. Τα ένζυμα που παράγονται από την κυτταρική διέγερση, είναι πρωτεΐνες με δράση ανασταλτική της μετάφρασης του ιού και αναφέρονται στη βιβλιογραφία με τον όρο TIP (Translation Inhibitory Proteins). Οι αναστολείς TIP συνδέονται με τα ριβοσώματα του κυττάρου και εκλεκτικά δεσμεύουν θέσεις σε νουκλεοτιδικά τμήματα του ιού παρεμποδίζοντας τη μετάφρασή του.

Έχουν περιγραφεί τρεις κύριοι τύποι ανθρώπινης ιντερφερόνης. Η ιντερφερόνη-α που παράγεται από λευκοκύτταρα ή Ιντερφερόνη-β από ινοβλαστικά κύτταρα και η ιντερφερόνη-γ, η επονομαζόμενη ανοσοϊντερφερόνη. Όλες έχουν κοινό τρόπο δράσης, διαφέρουν όμως μεταξύ τους σε βιολογικούς και χημικούς χαρακτήρες. Από τους τρεις τύπους, μόνο η α διαθέτει πολλούς υπότυπους, ώστε να αποτελεί την ομάδα α ιντερφερονών.

Πειραματικά έχει δείχθει ότι η χορήγηση ιντερφερονών-Α μια μέρα την τεχνητή μόλυνση με HIV, προκάλεσε μερική αναστολή του ενζύμου της ανάστροφης τρανσκριπτάσης του ιού, ενώ μεγαλύτερες δόσεις προκαλούν πλήρη αναστολή στην αναδίπλωση του ιού.

Με το σημερινά δεδομένα, όμως η δράση των ιντερφερονών ενάντια του ιού HIV, παρά τις αρχικά αισιόδοξες προβλέψεις, θεωρείται ως περιορισμένης αξίας. Τα δεδομένα προκύπτει από μελέτες που έγιναν η μιά επί 36 πασχόντων από ΣΕΑΑ με εκδήλωση σαρκόματος Καρσί και οι 11 ασθενείς (31%) παρουσίασαν θεαματική ανταπόκριση στη

χορήγηση ιντερφερόνης Α-2α. Στη δεύτερη μελέτη, παρά το αισιόδοξο μήνυμα της πρώτης, η χορήγηση Alpha-2 ιντερφερόνης επί 6 μήνες σε 18 πάσχοντες από ΣΕΑΑ παρουσίασε πολύ περιορισμένη δραστηριότητα πάνω στους λεμφαδένες.

2. Η Ριμπαβιρίνη (Ribavirin). Για τον μηχανισμό δράσης της υπάρχουν ερωτηματικά. Μερικοί πιστεύουν ότι αποτελεί αναστολέα της R.T, ενώ άλλοι ότι παρεμβαίνει στον ανασυνδυασμό του RNA. Σήμερα η ριμπαβιρίνη βρίσκεται σε στάδιο πειραματικού ελέγχου και τα αποτελέσματα της εκτιμώνται από κλινικές δοκιμασίες.

3. Η Ανσαμυσίνη (Ansamycin). Αποτελεί παράγωγο της ριφαμυσίνης. Έχει χρησιμοποιηθεί για την καταπολέμηση των ευκαιριακών λοιμώξεων απομυκοβακτηρίδια σε πάσχοντες από ΣΕΑΑ, με ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Πρόσφατες μελέτες φέρνουν την ανσαμυσίνη ικανή να αναστέλλει τον ανθρώπινο ρετροϊό με το μηχανισμό σύνδεσης της προς την ανάστροφη τρανσκριπτάση του ιού.

Γ. ΑΝΟΣΟΤΡΟΠΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Αποβλέπει στην ενίσχυση και στην ενεργοποίηση του ανοσολογικού συστήματος, η οποία μπορεί να επιτευχθεί με την αντικατάσταση κυτταρικών στοιχείων ή με την παρεμβολή στον πολλαπλασιασμό και στην ενεργοποίηση των T-λεμφοκυττάρων. Για τον σκοπό αυτό έχουν γίνει προσπάθειες μεταμόσχευσης μυελού των οστών, μετεμφύτευσης θύμου αδένος, και μετάγγισης λεμφοκυττάρων σε ασθενείς πάσχοντες από AIDS χωρίς να ακολουθεί

πάντοτε κλινική βελτίωση της ασθένειας. Έχουν δοκιμασθεί με πενιχρά αποτελέσματα η γ-σφαιρίνη, η θυμοσίνη-5, οι γλυκάνες, οι επαγωγείς ιντερφερόνης και οι πουρίνες.

Θετικά αποτελέσματα στην ενίσχυση της ανοσίας παρατηρήθηκαν μόνο με τη χορήγηση της γ-ιντερφερόνης και της ιντερλευκίνης-2, οι οποίες έχει βρεθεί ότι παράγονται σε ελαττωμένα ποσά από τα λεμφοκύτταρα πασχόντων από ΣΕΑΑ. Η γ-ιντερφερόνη εμποδίζει την προσβολή των λεμφοκυττάρων από ιούς και διευκολύνει την κυτταροτοξική λειτουργία των κυττάρων. Η ιντερλευκίνη-2 διεγείρει την παραγωγή της ιντερφερόνης και παρεμβαίνει στον πολλαπλασιασμό και στη διαφοροποίηση των λεμφοκυττάρων.

1.12. ΠΡΟΛΗΨΗ.

Εφόσον δεν υπάρχει ακόμα απόλυτα αποτελεσματικά θεραπεία του ΣΕΑΑ, είναι απαραίτητη η εφαρμογή προληπτικών μέτρων που έχουν σαν σκοπό την ελάττωση του ρυθμού εξάπλωσης της λοίμωξης. Τα μέτρα αυτά υποδεικνύονται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ή τις Υγειονομικές Εθνικές Υπηρεσίες και απευθύνονται στο κοινό και μάλιστα στις ομάδες υψηλού κινδύνου και στο υγειονομικό προσωπικό. Η σωστή ενημέρωση του κοινού και η σχολαστική τήρηση των προληπτικών μέτρων που συνιστώνται, συντελούν στην αποφυγή του πανικού και στο

περιορισμό του μεγάλου προβλήματος Δημόσιας υγείας (η ενότητα "Πρόληψη θα αναλυθεί στο Νοσηλευτικό μέρος" της εργασίας αυτής).

1.13. ΕΜΒΟΛΙΟ ΚΑΤΑ ΤΟΥ HIV.

Στις ιογενείς λοιμώξεις η παρασκευή προφυλακτικού εμβολίου επιτυγχάνεται 7 με 10 χρόνια, περίπου, μετά την απομόνωση του υπεύθυνου ιού. Όταν απομονώθηκε ο HIV οι ελπίδες για αποτελεσματική προφύλαξη αναπτρώθηκαν. Δυστυχώς πολύ γρήγορα έγινε αντιληπτό ότι οι βασικές αρχές που εφαρμόζονται στην ανάπτυξη των εμβολίων δεν ισχύουν για τον HIV. Εμφανίσθηκαν σοβαρές δυσκολίες και εμπόδια που θα πρέπει να υπερπηδηθούν. Οι κυριότερες αφορούν τη φενετική αστάθεια του ιού, την ανάγκη αναπτύξεως και κυτταρικής ανοσίας, την αξασφάλιση καταλλήλων πειραματοζώων και τις δυσχέρειες δοκιμών σε ανθρώπους.

Χρησιμοποιηθήκαν για την παρασκευή του εμβολίου
α) αντιγόνα του περιβλήματος ή του πυρήνα του ιού β) η πρωτεΐνη (p14) του ιού που παράγεται από τον γόνο (tat) που είναι υπεύθυνος για το μεταφορικό έλεγχο του γενετικού υλικού (δηλ. ευθύνεται για την επιτάχυνση της αναπαραγωγής του ιού και για τη ταχύτητα μετάφρασης του αγγελιοφόρου RNA στις αντίστοιχες πρωτεΐνες). Επίσης έγινε χρήση σύνθετου ιού ο οποίος προέκυψε από την ενσωμάτωση του ιού της δαμαλίτιδας με γόνο (gp160)

του ιού με την τεχνική του γενετικού ανοσυνδιασμού. Το εμβόλιο χορηγήθηκε σε 12 υγιείς εθελοντές και βρέθηκε ό,τι αναπτύχθηκαν εξουδετερωτικά αντισώματα. Μέχρι στιγμής όμως δεν έχει χορηγηθεί ο ίδιος ο HIV α' αυτούς για να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητά του εμβολίου. Επίσης σε 10 ασθενείς με AIDS στο Ζαίρ επαναχορηγήθηκαν λεμφοκύτταρα που είχαν ποσβληθή από τον HIV με σκοπό να διεγείρουν την κυτταρική τους ανοσία. Μέχρι το 1988 δεν αναφέρθηκαν παρενέργειες ούτε όμως και ενεργητικά αποτελέσματα.

Την 1η Ιουλίου του 1990 το Έθνος της Κυριακής στο αποκλειστικό ρεπορτάζ της Άρτεμης Δομένικου με τίτλο "AIDS 18 μήνες πριν από τη λύτρωση" παρουσίασε τα τελευταία επιστημονικά δεδομένα, όπως ανακοινώθηκαν στο 6ο Παγκόσμιο Συνέδριο AIDS, το οποίο δοκιμάστηκε σε πειραματόζωα και σε περιορισμένο, μέχρι στιγμής, αριθμό ανθρώπων με εξαιρετικά ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Οι ερευνητές ευελπιστούν να έχουν έτοιμο το πολύτιμο ιδιοσκεύασμα σε ένα-ενάμιση χρόνο.

- Την απόδειξη ό,τι είναι η απόρριψη, ή αποβολή του φοβερού ιού από τον οργανισμό, χωρίς την παρέμβαση φαρμάκων. Είναι το ποιά αισιόδοξο μήνυμα για του τραγικούς φορείς.

- Τα νεότερα φάρμακα, που χορηγούνται σε συνδυασμό με το AZT δίνουν σοβαρές ελπίδες αύξησης του χρόνου επιβίωσης των ασθενών.

Σε κομάτι του ίδιου ρεπορτάζ με τίτλο "Ο χιμπατζής" η κυρία Δομένικου γράφει: "Πολύ παρήγορο χαρακτηρίζει ο κ. Παπαευαγγέλου" τα αποτελέσματα της πειραματικής εφαρμογής Διαφόρων εμβολίων".

Τρεις ερευνητικές ομάδες Πανεπιστημιακών εργαστηρίων των Η.Π.Α ανακοίνωσαν αποτελέσματα σε πειραματόζωα, σύμφωνα με τα οποία επιτεύχθηκε η προστασία των πιθήκων που εμβολιάστηκαν μετά από χορήγηση υψηλής δόσης λοιμογόνου ιού.

Αυτό δίνει πολλές ελπίδες, ότι σύντομα θα αρχίσουν και ουσιαστικά πειράματα εφαρμογής του εμβολίου σε ανθρώπους. Από άλλες πηγές πληροφορηθήκαμε ότι το εμβόλιο δοκιμάστηκε ήδη και σε 90 άτομα, με εξαιρετικά αποτελέσματα στην ενίσχυση των Τ-λεμφοκυττάρων του, δηλαδή των αμυντικών τους κυττάρων. Τώρα, σε δεύτερη φάση θα συνεχιστεί ο εμβολιασμός και θα χρησιμοποιηθούν δύο ομάδες "μαρτύρων". Στην πρώτη θα γίνει κανονικά το εμβόλιο και στη δεύτερη θα χορηγηθεί δήθεν εμβόλιο και θα συγκριθούν τα αποτελέσματα.

Ένας χιμπατζής αποτελεί τη μεγάλη ελπίδα σήμερα για δεκάδες εκατομμυρίων φορείς του ιού του AIDS ανά τον κόσμο. Ο καθηγητής μας είπε ότι ανακοινώθηκε στο συνέδριο εργασία, σύμφωνα με την οποία ένας χιμπατζής μολύνθηκε πειραματικά από τον ιό και κατάρθωσε, ύστερα από πολλά χρόνια, αποδεδειγμένα, να ιαθεί πλήρως και να αποβάλει τελείως τον ιό του AIDS (.).

Στις 26 Σεπτεμβρίου του 1990, ημέρα Τετάρτη, η ίδια

εφημερίδα, έχει 'ένα ρεπορτάζ της κ.Αρτεμης Δομένικου με τίτλο "AIDS.Βρέθηκε εμβόλιο.Υπομονή 5 χρόνια" του οποίου και μεταφέρουμε τα ποια ενδιαφέροντα κομμάτια κατά τη γνώμη μας:" Το πειραματικό εμβόλιο κατά του AIDS είναι πλέον γεγονός. Και οι χιμπατζήδες, ου θυσιάζονται σαν πειραματόζωα για τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας του εμβολίου. Θα σώσουν την ανθρωπότητα από την κατάρα του αιώνα.

Ο γενικός Διευθυντής του Ινστιτούτου Παστέρ Γαλλίας καθηγητής Μ.Σβάρτζ ανακοίνωσε χτές, σε συνέντευξη τύπου, ένα ακόμη συγκλονιστικό στοιχείο από τη μάχη των επιστημόνων κατά του AIDS:Ενας πολύ απλός πρωτόγονος μικροοργανισμός - το μυκόπλάσμα- όταν συνυπάρχει με τον ιό του AIDS πολλαπλασιάζει δραματικά τις πιθανότητες εμφάνισης της νόσου.Αρα, ενδέχεται ένα απλό αντιβιοτικό κατά του μυκοπλάσματος να μας προστατεύει σύντομα από τον θανάσιμο ιό.

Επίσης ο κ.Σβάρτζ ανακοίνωσε τις τρεις κυριότερες επιτυχίες των ερευνητών του Ινστιτούτου Παστέρ Γαλλίας το τελευταίο 12μηνο:

- 1.Ανακαλύφθηκε σε χιμπατζήδες ένας ιός του AIDS που μοιάζει παρα πολύ με τον ιό του ανθρώπου.
- 2.Βρέθηκε η συσχέτιση μυκοπλάσματος-ιού του AIDS που εφόσον επαληθευτεί,θα επιτρέψει την καθυστέρηση εμφάνισης της νόσου με αντιβιοτικά,όπως προαναφέρθηκε και

3. Εδώ κι ένα χρόνο χιμπατζήδες εμβολιάστηκαν αρχικά με το πειραματικό εμβόλιο και στη συνέχεια μολύνθηκαν τεχνητά με τον ιό του AIDS. Μέχρι στιγμής δεν νόσησαν (.). Πάντως " παρά τα πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα, οι διαφορές στον οργανισμό ανθρώπου-χιμπατζή θα καθυστερήσουν τη μαζική παρασκευή του εμβολίου, τουλάχιστον για μια 5ετία".

Παρά τα αισιόδοξα μηνύματα που στέλνουν οι έρευνες του εμβολίου για το AIDS, θα πρέπει να έχουμε υπόψη μας τις ηθικές, νομικές και κοινωνικές ιδιομορφίες της νόσου, καθώς και τον επείγοντα χαρακτήρα της που δεν παρέχει αρκετό χρόνο για τη σωστή ολοκλήρωση των προκαταρκτικών πειραμάτων. Κατά τη διάρκεια των πειραμάτων όχι μόνο θα παρέχεται υψηλού βαθμού ιατρική περίθαλψη, αλλά θα τηρούνται και οι προϋποθέσεις ώστε να εξαγόνται έγκυρα επιστημονικά συμπεράσματα. Οι προϋποθέσεις από ηθικής, νομικής και δεοντολογικής άποψης για την εξασφάλιση ενός ασφαλούς και αποτελεσματικού εμβολίου όπως την καθόρισε η Π.Ο.Υ είναι οι ακόλουθες:

1. Πλήρης σχεδιασμός των κλινικών πειραμάτων.

α) Έλεγχος του εμβολίου *in vitro* ως προς την χημική του σύνθεση, την καθαρότητα και την σταθερότητα του.

β) Χρησιμοποίηση του σε πειραματόζωα μέχρι να αποδειχθεί η ανοσοποιητική του δύναμη και η απουσία οποιασδήποτε τοξικότητας.

γ) Χρησιμοποίησή του σε πρώτη φάση σε μικρό αριθμό υγείων ενηλίκων εθελοντών (10-20 άτομα), και σε δεύ-

τερη φάση σε μεγαλύτερο αριθμό εθελοντών έτσι ώστε να αποκτηθεί εμπειρία ως προς την ανοσολογικότητα και την αποτελεσματικότητα του εμβολίου, και να προσδιορισθεί το μέγεθος της δόσης και το σχήμα των εμβολιασμών.

2. Ακριβείς εκτιμήσεις εργαστηριακών και κλινικών αποτελεσμάτων.

3. Επιλογή των κατάλληλων πληθυσμιακών ομάδων για εμβολιασμό. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι οι συμμετέχοντες να είναι υγιείς και να μην έχουν προσβληθεί από τον HIV. Οι μετέχοντες αρχικά θα ανήκουν σε ομάδες χαμηλού κινδύνου ώστε να μη συγχέονται τα αποτελέσματα της ανοσοποιητικής ικανότητας του εμβολίου με πιθανή φυσική λοίμωξη που μπορεί να έχει συμβεί την περίοδο του εμβολιασμού. Σε δεύτερη φάση οι μετέχοντες θα ανήκουν σε ομάδες υψηλού και χαμηλού κινδύνου. Στα άτομα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού και χαμηλού κινδύνου θα γίνει ο προσδιορισμός της ανοσοποιητικής ικανότητας του εμβολίου, ενώ στα άτομα υψηλού κινδύνου θα γίνει μια προκαταρκτική δοκιμή για την τρίτη φάση όπου οι μετέχοντες ανήκουν αποκλειστικά σε ομάδες υψηλού κινδύνου για να εξακριβωθεί η αποτελεσματικότητα του εμβολίου.

4. Δοκιμές του εμβολίου σε διαφορετικές περιοχές και πληθυσμιακές ομάδες.

5. Χρησιμοποίηση κατάλληλου ερευνητικού προσωπικού.

Συμπεράσματα.

1. Έστω και αν κάποιο δραστικό εμβόλιο παραχθεί, βιολογικοί λόγοι θα εμποδίσουν την σύντομη προκαταρκτική δοκιμή και εφαρμογή του. Για αυτό δεν θα πρέπει

να αναμένεται η εφαρμογή εμβολίου πριν περάσουν 5-7 χρόνια.

2. Σύντονισμένες προσπάθειες πρέπει να γίνουν στη βασική και εφαρμοσμένη έρευνα. Είναι σαφές ότι ένα δραστικό εμβόλιο στηρίζεται στις γνώσεις και στην εμπειρία.

3. Στην έρευνα απαιτείται η συμμετοχή πολιτείας, επιστημονικού δυναμικού και βιομηχανίας.

4. Η πολιτεία θα πρέπει να παρέχει νομική κάλυψη και οικονομική ενίσχυση ώστε να υποστηριχθεί η έρευνα και η παραγωγή.

I.14. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ Α.Ι.Δ.Σ.

Α. Ηθικά - Δεοντολογικά προβλήματα από το AIDS.

Ανέκαθεν η επιδημική εμφάνιση μιας θανατηφόρας ασθένειας προκαλεί πανικό σε μεγάλο τμήμα του πληθυσμού, με αναπόφευκτες επιπτώσεις στην ατομική και κοινωνική συμπεριφορά, στην οικονομική δραστηριότητα και τα πολιτιστικά ρεύματα. Έτσι λοιπόν κατά καιρούς η σύφιλη, η χολέρα, η ευλογιά, η φυματίωση και ο καρκίνος προκάλεσαν πολλές αλλαγές στον τρόπο ζωής. Η πανώλη στα τέλη του Μεσαίωνα προκάλεσε πολλές εξεγέρσεις, η σύφιλη στην εποχή της Αναγέννησης τερμάτισε την ελευθεριότητα των ηθών, η χολέρα αποτέλεσε τον σπινθήρα για την έκρηξη της μετανάστευσης προς την Αμερική, η ευλογιά τον 19ο αιώνα επηρέασε τις πολεμικές επιχειρήσεις στην Ευρώπη και τέλος στον εικοστό αιώνα η φυματίωση με τον καρκίνο δημιούργησαν καινούργιες συνήθειες και προκαταλήψεις.

Στις μέρες μας βρίσκεται στην επικαιρότητα το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, το οποίο έχοντας την μολυσματικότητα των παραπάνω μεγάλων επιδημιών του παρελθόντος εξαπλώνεται και αυτό θεαματικά σε όλες τις ηπείρους και στιγματίζει ηθικά και κοινωνικά τα θύματά του. Έχει δημιουργήσει δυσεπίλυτα και αλληλοσυγκρουόμενα προβλήματα, τα οποία προκαλούνται απ' την αβεβαιότητα σχετικά με τον χαρακτήρα και την θερα-

πευτική αντιμετώπιση της νόσου και από την στάση του κοινωνικού συνόλου προς τους πάσχοντες, του φορείς και τις ομάδες υψηλού κινδύνου.

Είναι κοινή πεποίθηση σήμερα σε όλο τον κόσμο, ότι η χρήση οποιουδήποτε μέτρου πρέπει να βασίζεται στην αποτελεσματικότητα, στην ανάγκη της διασφάλισης των ανθρωπινων δικαιωμάτων και ατομικών ελευθεριών και στην αρχή της τήρησης του ιατρικού απορρήτου και της εχεμύθειας.

Η επιβολή υγειονομικών μέτρων στις ομάδες υψηλού κινδύνου δημιουργεί προβλήματα και προβληματισμούς. Η παραδοχή από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών ότι " η υγεία είναι αναφαίρετο δικαίωμα κάθε ατόμου" προσκρούει στην στέρηση της ελευθερίας των ασθενών με AIDS, η οποία επιβάλλεται για την προστασία του κοινωνικού συνόλου. Στο κέντρο του προβλήματος βρίσκεται το ιατρικό προσωπικό, που πρέπει να αταθμίσει το μέγεθος των μέτρων πρόληψης της επιδημίας, όπως και να αποφασίσει για την ανογκαιότητα εισαγωγής στα νοσοκομεία και νοσηλείας για άγνωστο χρονικό διάστημα, έστω και χωρίς τη συγκατάθεση των ιδίων των ασθενών. Αυτό όμως δημιουργεί νομικό ζήτημα. Η υπεύθυνη ενημέρωση του εξεταζομένου αποτελεί βασικό καθήκον των ιατρών. Προβλήματα δημιουργούνται όταν ο εξεταζόμενος δεν αποδέχεται το θετικό αποτέλεσμα ή όταν πρέπει να ενημερωθούν οι οικείοι του κατά παράβαση του ιατρικού απορρήτου, προκειμένου να ληφθούν τα κα-

ταλληλα μέτρα. Η διατήρηση της εχεμύθειας στην κλινική πράξη και στο ερευνητικό επίπεδο είναι θέμα μεγάλης προτεραιότητας.

Ο φόβος της γνωστοποίησης των ονομάτων φορέων και ασθενων είναι πηγή συνεχούς συναισθηματικής φόρτισης ιδίως σε άτομα των ομάδων υψηλού κινδύνου. Ο φόβος, αυτός, όχι μόνο δεν αντιμετωπίζεται με ευαισθησία και ανθρωπισμό από το ιατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά, αντίθετα, πυροδοτείτε από προκαταλήψεις και πανικό έχοντας πολλές φορές σαν αποτέλεσμα κακή συμπεριφορά προς τους ασθενείς και επέκταση του πανικού στον γενικό πληθυσμό. Έτσι οι ασθενείς κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους αισθάνονται να είναι απομονωμένοι.

Στο ερευνητικό επίπεδο, με βάση το γεγονός ότι το AIDS είναι μία σχετικά νέα πάθηση χωρίς αποτελεσματική αντιμετώπιση επί του παρόντος, στην πρόληψη και στην θεραπεία, είναι απαραίτητο και ωφέλιμο για την κοινωνία, οι ασθενείς και οι ομάδες υψηλού κινδύνου να αποτελέσουν αντικείμενα πολλών ερευνητικών μελετών. Αυτές θα στοχεύουν στη διερεύνηση όλων των πτυχών της ανοσοβιολογίας του ιού και της φυσικής εξέλιξης της λοίμωξης, προκειμένου να παραχθούν το εμβόλιο και τα κατάλληλα φάρμακα. Η έρευνα, όμως, πρέπει να γίνει με σεβασμό και αξιοπρέπεια του ατόμου και εχεμύθεια, ώστε να μη γίνει την κοινωνική υπόσταση των φορέων και πολύ περισσότερο των πασχόντων.

Ένα άλλο πρόβλημα είναι, κατά πόσο θεωρείται σκόπιμο να γίνεται εργαστηριακή διερεύνηση ορισμένων επαγγελ-

ματικών, τάξεων, όπως αισθητικών, κομμωτών ή βελονιστών, που μπορεί να είναι φορείς του ιού.

Εκτός από τη συναισθηματική απόρριψη από το νοσηλευτικό προσωπικό, οι ασθενείς συνήθως ζουν μόνοι μακριά από τους συγγενείς ή τα αγαπημένα τους πρόσωπα, χωρίς ψυχολογική υποστήριξη, που είναι τόσο απαραίτητη. Ακόμη και όσοι κρατούν την επαφή με τις οικογένειές τους, στις περισσότερες περιπτώσεις δεν έχουν τη σωστή επικοινωνία. Οι οικογένειες των ασθενών αντιμετωπίζουν το τραγικό δίλημμα ανάμεσα στην αγάπη για τον ασθενή και το φόβο τυχόν μόλυνσης, καθώς και στο κοινωνικό στιγματισμό τους, λόγω της στενής συγγενικής σχέσης.

Αντικείμενο μεγάλου προβληματισμού, αποτελεί, επίσης η σκέψη για την καθιέρωση υποχρεωτικού ελέγχου για αντίσωμα του ιού και την έκδοση πιστοποιητικών πριν ή και κατά τη διάρκεια του γάμου, καθώς και πιστοποιητικών υγείας για ανάληψη εργασίας. Η θέσπιση τέτοιων μέτρων, μεταξύ των άλλων, πιθανό να δημιουργήσει νομικά προβλήματα διαζυγίων ή γκέτο ανέργων. Όλα αυτά προζητούνται τη στιγμή κατά την οποία, αφενός μεν, η υποχρεωτική ονομαστική δήλωση των φορέων είναι ουζητίσιμο κατά πόσο απεικονίζει σωστά την έκταση της επιδημίας και κατά πόσο συντελεί στην πρόληψη της επέκτασης της νόσου, αφετέρου δε, πολλοί από τους φορείς είναι ασυμπτωματικοί και μπορεί εφόρου ζωής να μην αναπτύξουν λοίμωξη.

Όσον αφορά τη σεξουαλική ζωή, με την έκταση της νόσου όλο και περισσότερο εμφανίζονται και επιβάλλονται νέοι κανόνες και ήθη, παρά τη σεξουαλική ανεκτικότητα που παρατηρείται στις μέρες μας. Αποτελεί διεθνώς κοινή παραδοχή ότι στον υπόλοιπο-πλην των τοξικομανών-πληθυσμό η χωρίς μέτρο και προφύλαξη σεξουαλική ζωή αυξάνει τον κίνδυνο μετάδοσης. Έχει σχεδόν επικρατήσει η άποψη ότι κάθε σεξουαλική σχέση εκτός από την κλασική ετεροφυλική μονογαμική σχέση είναι επικίνδυνη οικονομική και πολιτιστική ταυτότητα.

B Ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ασθενών με AIDS

Από το 1981 μέχρι σήμερα έχουν δημοσιευθεί αρκετές μελέτες, στις οποίες αξιολογούνται οι κοινωνικές επιπτώσεις πάνω σε μεγάλο αριθμό πασχόντων από σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας. Οι ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται στους ασθενείς με AIDS απορρέουν από :

- α) τη συνειδητοποίηση της τραγικότητας της ίδιας της πάθησής του.
- β) τις νευρολογικές διαταραχές του ΚΝΣ που προκαλεί η παθησή τους όπως HIV-1 μηνιγγίτιδα, κενοτοπιώδης μυελοπάθεια, απομυελινωτική νόσος του περιφερικού νευρικού συστήματος, υποτροπιάζουσες μονονευρίτιδες, αισθητική νευροπάθεια, HIV-1 μυοπάθεια.
- γ) την αρνητική στάση του κοινωνικού συνόλου απέναντι σ' αυτούς. Τα τρία αυτά επίπεδα αποτελούν πηγές που τροφο-

δοτούν τους αρρώστους με ένταση και άγχος δημιουργώντας ψυχικούς κλυδωνισμούς, με εναλλασσόμενες φάσεις έξαρσης και ύφεσης. Οι ψυχικές αντιδράσεις που παρατηρούνται στην πορεία των πασχόντων, παριστάνουν καταστάσεις κλονισμένου ψυχισμού, οι οποίες διατρέχουν σε τέσσερις αλληλοδιάδοχες φάσεις, που είναι: α) Η αρχική κρίση, β) η μεταβατική κατάσταση, γ) η κατάσταση ανεπάρκειας ή αποδοχής και δ) η προπαρασκευή για το θάνατο.

Αρχική κρίση (Initial crisis)

Από μελέτες (Mackett και Cassem, Morowitz) έχει επισημανθεί ότι η κατάσταση κρίσης, που αρχίζει με τη διαπίστωση της πάθησης, έχει κύριο χαρακτηριστικό την "ψυχική άρνηση η οποία εναλλάσσεται σε περιόδους έντασης και άγχους".

Όταν η άρνηση εκδηλώνεται με ήπιο ή μέτριο χαρακτήρα έντασης ο άρρωστος υπακούει στις ιατρικές εντολές που του δίνονται και αυτό αποτελεί ελπιδοφόρο μήνυμα για το ξεπέρασμα της κρίσης στην πορεία.

Όταν η άρνηση γίνεται έντονη, ο άρρωστος υιοθετεί θέσεις αδιαφορίας και απάθειας, δεν εκτελεί τις ιατρικές οδηγίες και κινδυνεύει να οδηγηθεί στα επικίνδυνα μονοπάτια της περιθωριοποίησης, του μαρασμού ή ακόμη και της αυτοκτονίας. Το στάδιο της κρίσης σκιαγραφείται από πλήθος συγκινησιακών αντιδράσεων, στις οποίες περιλαμβάνονται η κατάρευση, η άρνηση, συναισθήματα φόβου, οργής και θλίψης που καταβάλλουν ψυχισμό του

άρρωστου. Το ψυχικό όργανο στην προσπάθεια εξισορρόπησης των αντιξων ψυχικών καταστάσεων αντιτάσσει τους μηχανισμούς απώθησης και εκλογίκευσης (δικαιολόγησης) κατασκευάζοντας κατά το κοινώς ληγόμενο το "χρυσωμένο χάπι", μέσα από το οποίο θα περάσει ο σύμβιβασμός με το νέο τρόπο ζωής του πάσχοντα, που καταλήγει στην αποδοχή της καινούργιας πραγματικότητας. Αυτό θα τον βοηθήσει να νοιώσει και εννοήσει τις αντιδράσεις του προς τη θανατηφόρα ασθένεια, σαν λογικές και φυσιολογικές μέσα στις ειδικές και νέες γι' αυτόν συνθήκες, που είναι υποχρεωμένος πλέον να κινείται.

Μια από τις πιο σημαντικές αντιδράσεις που πολλές φορές παίρνει εκρηκτικό χαρακτήρα είναι η ενδοψυχική σύγκρουση, που γεννιέται από την αρνητική στάση του οικογενειακού περιβάλλοντος του πάσχοντα προς αυτόν, όταν τα μέλη της οικογένειας αιφνιδιάζονται από την αποκάλυψη της ομοφυλοφιλίας που μέχρι εκείνη τη στιγμή συνέβαινε να μην είναι γνωστή ή ακόμη χειρότερα την αποκάλυψη χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Το "στίγμα" που συνδέεται άρρηκτα με το AIDS συνοδεύει τους πάσχοντες είτε είναι άνδρες είτε είναι γυναίκες ή ακόμη και παιδιά.

Σημειώνεται ότι οι άρρωστοι που βρίσκονται στο στάδιο της κρίσης εκδηλώνουν "εσωστρέφεια" με αποτέλεσμα η λήψη ιστορικού από αυτούς να παρουσιάζει συχνά δυσκολίες.

Μεταβατική κατάσταση (Transitional State)

Αρχίζει όταν η ψυχική άρνηση δίνει τη θέση της στην έντονη αυτοκριτική, που γίνεται με εκρήξεις θυμού αλλά και οίκτου προς τον εαυτό του (selfpity). Το άγχος που κυριαρχεί ενισχύεται από την αδυναμία αποδοχής της θανατηφόρας νόσου. Ο άρρωστος βασανίζεται από διαρκή ερωτήματα του τύπου "γιατί να μου συμβεί αυτό;" και "ποιό το έγκλημά μου, για τυχαίνω τέτοιας τιμωρίας;".

Ατομα ομοφυλόφιλα σε στιγμές καταδίκης εαυτού ή θέτοντας εαυτόν σε ανυποληψία είναι δυνατό να αναπτύσσουν φοβικές διαθέσεις, ιδιαίτερα ανθρωποφοβία. Στη φάση αυτή η ένταση του ψυχισμού, η σύγχυση, η έντονη ευερεθιστότητα και οι ενοχές φαίνεται να επικρατούν. Η κοινωνική απόρριψη επενεργεί βαθιά και ενισχύει την υποβόσκουσα τάση αυτοκτονίας. Αλλαγές στη συμπεριφορά, αναζήτηση εκ νέου της ταυτότητας, αναθεώρηση αξιών, διάθεση για αποξένωση από το οικογενειακό και κοινωνικό περίγυρο. Όλα αυτά αποτελούν εκλυτικούς παράγοντες, οι οποίοι τονίζουν εντονότερα την τάση για αυτοκαταστροφή. Το ισχυρό επώδυνο της ψυχικής έντασης καθώς και η εκτροπή της ισορροπίας που απειλείται θέτει σε συναγερμό το ένστικτο της αυτοσυντήρησης που ενεργοποιεί τους μηχανισμούς άμυνας. Στο σημείο αυτό ο πάσχων είναι επιρρεπής και διαθέσιμος για κοινωνική παρέμβαση, που θα το βοηθούσε να απαλλαγεί από τη σύγχυση στην οποία έχει περιέλθει. Είναι δυνατόν κάτω από τέτοιες συνθήκες, ορισμένοι άρρωστοι να εκτονώνουν το άγχος τους με επικέντρωση των ενδιαφερόντων στη

σεξουαλική επαφή ή επαύξηση στη χρήση των ναρκωτικών ουσιών. Στη φάση αυτή πολλοί είναι οι άρρωστοι που μόνοι ή συνοδευόμενοι καταφεύγουν σε γιατρούς αισθανόμενοι έντονα την ανάγκη για λήψη ιατρικών οδηγιών. Από το σημείο αυτό ανοίγει φωτεινός ορίζοντας με εφησυχασμό της εκρηκτικότητας και επιθετικότητας, επειδή ο άρρωστος βρίσκεται σε αναζήτηση βοήθειας από το περιβάλλον με σκοπό την επίλυση των προβλημάτων του και ζει με την ελπίδα της βελτίωσης των διαπροσωπικών του σχέσεων. Ως εκ τούτου επιδεικνύει καλοπροαίρετη διάθεση επανασυγκόλλησης των σχέσεών του με την οικογένεια καθώς και το κοινωνικό περιβάλλον. Ο άρρωστος εμφανίζεται εξαιρετικά ευαίσθητος στην προσέγγιση του προς τους άλλους και τυχόν απωθήσεις από τον κοινωνικό περίγυρό του πληγώνουν ανεξίτηλα και τον οδηγούν όχι πλέον σε επιθετικές από μέρους του ενέργειες, αλλά σε μελαγχολία και κατάθλιψη.

Κατάσταση ανεπάρκειας ή αποδοχής (Deficiency State Acceptance).

Σαν κατάσταση αποδοχής χαρακτηρίζεται εκείνη η φάση, κατά την οποία ο άρρωστος έχει πια πεισθεί πως δεν υπάρχουν γι' αυτόν άλλα περιθώρια για ενδοψυχικές συγκρούσεις. Γνωρίζει καλά ότι η εθελουσιότητα ή άρνηση, ο οίκτος του εαυτού του και η κατάθλιψη τελικά δεν οδηγούν στην έξοδο του από το τέλμα. Μια και μόνη επιλογή γι' αυτόν το σκοπό υπάρχει. Και είναι η αποδοχή της πάθησης και η ψύχραιμη αντιμετώπισή της. Η νέα πνοή που γεννιέται στον άρρωστο χαρακτηρίζεται από διάθεση

για επανεκτίμηση αξιών που προηγουμένα είχε απορρίψει, ανάπτυξη εκ νέου της ταυτότητάς του, αγάπης και στοργής προς τους ανθρώπους και διάθεση επιβεβαίωσης αυτών. Απόκλιση ενδιαφέροντος για ποιότητα ζωής περισσότερο παρά για ποσότητα. Απόκτηση μεγαλύτερης γνώσης για την πάθηση, ώστε να υπάρξει σωστότερη από μέρους του αντιμετώπιση. Κύριο μέλημα στη νέα πορεία η αναπτέρωση του ηθικού και η ψυχραιμη τακτική με τα χρώματα, ακόμη πιο πέρα, του αλτρουισμού και της φιλοσοφημένης διάθεσης. Αρκετά είναι τα άτομα που "ρίχνονται" με όρεξη στα πεδία της πνευματικής ενασχόλησης και δημιουργούν καταστάσεις που ήσαν άγνωστες πριν σ' αυτά ή θεωρούνταν απρόσιτες για τις ικανότητές τους. Όσοι λειτουργούν με τέτοιους τρόπους νιώθουν λιγότερο θύματα της ζωής, γίνονται λιγότερο εγωκεντρικοί και αισθάνονται την ικανοποίηση από τις κοινωνικές δραστηριότητες στις οποίες έχουν αποδοθεί.

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

Κάτω από τέτοιες περιστάσεις οι πάσχοντες νοιώθουν την αναζωπύρωση των ψυχικών αντικρούσεων και κινδυνεύουν να υποστρέψουν. Η τοποθέτηση των αρρώστων αυτών σε περιβάλλον που ανακλά φιλική διάθεση εμπνέει

εμπιστοσύνη και εξασφαλίζει τον οικονομικό παράγοντα προκαλεί ανακουφίσεις, άξουδετερώνει τις αρνητικές ψυχικές παρορμησεις και αναδύει νέα διάθεση για ζωή έστω και με την πάθηση.

Προετοιμασία για θάνατο (Preparation for Death)

Η κατάσταση αρχίζει, πρακτικά, από τη στιγμή που διαπιστώνεται στον πάσχοντα η παρουσία ευκαιριακής λοίμωξης, επειδή γνωρίζει ότι οι ευκαιριακές λοιμώξεις υποδηλώνουν το πλήρες AIDS και σημαίνουν "την τελική ευθεία" προς το θάνατο. Ασθενείς που μέχρι εκείνη τη στιγμή είχαν ισορροπήσει τις καταστάσεις τους, είχαν αποκτήσει ομαλές σχέσεις με την οικογένεια και το φιλικό προς αυτούς περιβάλλον και είχαν αποδοθεί σε πλήθος δραστηριοτήτων, ξαφνικά νιώθουν όλα να γκρεμίζονται, χάνουν τη ψυχραιμία τους και ^{τα} κάλαμβάνονται από πανικό. Πολλοί είναι εκείνοι που αρχίζουν να σκέφτονται σοβαρά ότι η αυτοκτονία είναι πλέον η προτιμότερη λύση. Στην περίοδο αυτή οι πάσχοντες από AIDS κυριαρχούνται στη σκέψη τους από την εικόνα του επερχόμενου θανάτου και κύριο μέλημα πια αποτελεί η προετοιμασία για το αναπόφευκτο τέλος. Στη φάση αυτή παρατηρείται ποικιλία αντιδράσεων. Μελαγχολία και κατάθλιψη, αίσθημα απογοήτευσης, ενώ δεν λείπουν οι στιγμές αυξημένης ευερεθιστότητας προς το περιβάλλον

Αρκετοί είναι "αυτοί" που ανακαλύπτουν ξαφνικά παλιές διαφορές προς τα μέλη της οικογένειας ή άλλα αγαπημένα πρόσωπα. Άτομα ομοφυλόφιλα εμφανίζουν πιο αυξημένες προστριβές με το περιβάλλον τους όσο πλησιάζει ο θάνατος. Οι ασθενείς κατατρέχονται από τα βασανιστικά ερωτήματα πώς πού και πότε θα πεθάνουν, συζητούν αυτά με τους άλλους και έχουν άποψη πάνω σ' αυτά, ενώ δεν λείπουν και οι απαιτήσεις για ικανοποίηση επιθυμιών που πολλές φορές είναι υπερβολικές, ώστε να αδυνατεί το οικείο περιβάλλον να εκπληρώσει.

Εδώ μπορούμε να πούμε ότι ο θάνατος είναι ένα θλιβερό γεγονός. Όταν συμβαίνει σε νέους ανθρώπους είναι δυστυχία. Και όταν σ' αυτούς τους νέους ανθρώπους που χάνονται τους συνοδεύει το στίγμα, τότε, γίνεται τραγικότητα.

Απευθυνόμενοι σ' αυτούς που ασχολούνται με τη νοσηλεία των ασθενών με AIDS, τονίζουμε ότι είναι ανάγκη να δίνουν πολύ μεγάλη σημασία στην ψυχολογική υποστήριξη των πασχόντων. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι οι ασθενείς με AIDS διαφέρουν από όλους του άλλους αρρώστους, επειδή συμβαίνει αν αντιμετωπίζουν επιπλέον προβλήματα απόρριψης από την κοινωνία, απόλυση από τη δουλειά τους, απομάκρυνση από φίλους και συναδέλφους.

Γ. Δικαιώματα και υποχρεώσεις οροθετικών φορέων

α) ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΟΡΟΘΕΤΙΚΩΝ

Οι οροθετικοί δεν μεταδίδουν τον ιό στο εργασιακό τους περιβάλλον. Μπορούν επομένως να εξασκούν ανεμπόδιστα κάθε επάγγελμα. Μπορούν να εργάζονται σε καταστήματα τροφίμων, εστιατόρια, πολυκαταστήματα κ.λ.π. Δεν αποκλείονται από υγειονομικές, νοσηλευτικές, εκπαιδευτικές ή άλλες παρόμοιες υπηρεσίες.

Οι οροθετικοί είναι ελεύθεροι να ταξιδεύουν παντού για εργασία ή αναψυχή. Είναι άδικο και συγχρόνως αναποτελεσματική η επιβολή περιορισμών μεταναστεύσεως ή απλής μετακινήσεως από ορισμένες χώρες.

Δεν πρέπει να επιβάλλονται περιορισμοί στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή των οροθετικών. Δεν απαιτείται καμιά ειδική μέριμνα για την κοινή χρήση σκευών φαγητού ή τουαλέτας. Προσοχή μόνο χρειάζεται για την ατομική χρήση οδοντόβουρτσας, ξυριστικών μηχανών ή άλλων αντικειμένων που μπορούν διατρυπώντας το δέρμα ή τους βλεννογόνους να "εμβολιάσουν" αίμα ή άλλα εκκρίματα του οροθετικού σε άλλο άτομο της οικογένειας. Αυτά όμως αποτελούν στοιχειώδη μέτρα ατομικής υγιεινής που πρέπει πάντα να τηρούνται απαραίτητα από τον καθένα μας και όχι μόνο για να προφυλαχθούμε από το AIDS. Επίσης τα οροθετικά παιδιά μπορούν να εξακολουθήσουν να πηγαίνουν στο σχολείο τους, γιατί δεν αποτελούν κίνδυνο για ιατρική και οδοντιατρική περίθαλψη που χρειάζονται κατά περίπτωση. Έτσι θα είναι συνεπής στην υποχρέωση να προφυλάσσει τους άλλους. Για τους ίδιους λόγους θα πρέπει να χρησιμοποιεί προφυλακτικό.

Ο οροθετικός δε θα πρέπει να γίνει αιμοδότης δωρητής γάλακτος,σπέρματος ή αποιουδήποτε άλλου οργάνου.

ΚΡΑΤΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΓΙΑ ΤΟ AIDS

Από την πρώτη στιγμή το AIDS,σαν μια νέα νοσολογική οντότητα με λοιμώδη αιτιολογία και θανατηφόρα κατά κανόνα εξέλιξη,κίνησε το ενδιαφέρον χωριών και εξακολουθεί να τις κινητοποιεί.

Στην Ελλάδα από το 1983,πολύ πριν εμφανισθεί το πρώτο κρουσμα της νόσου και με βάση τα διεθνή δεδομένα και την ταχεία εξαπλωση της επιδημίας κινητοποιήθηκαν οι Υπηρεσίες Υγείας,Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων,με στόχο την αντιμετώπιση της "πανούκλας του αιώνα".Από τότε,συνεχώς και με αυξημένο αίσθημα ευθύνης γίνονται σταθερά συστηματικά και με προοδευτικό ρυθμό βήματα για την οργάνωση της κατάλληλης υποδομής και την εναρμόνιση της με τις διεθνείς επιστημονικές επιτεύξεις και προόδους.

Κριτήρια της οργάνωσης της υποδομής αποτελούν οι επιπτώσεις από τη μόλυνση η θνησιμότητα,ο γεωγραφικός επιπολασμός της νόσου,οι κίνδυνοι εισόδου στην χώρα μας και διασποράς,η αποτελεσματικότητα των μέτρων ελέγχου,οι τρόποι μετάδοσης και οι κοινωνικο-οικονομικές προεκτάσεις του προβλήματος.

Η κινητοποίηση των υπηρεσιών Δημόσιας υγείας έχει στραφεί σε τρεις παράλληλους κατευθυντήριους άξονες:

α) Ενημέρωση νοσηλευτικού προσωπικού, ομάδων υψηλού κινδύνου και του γενικού πληθυσμού.

β) Οργάνωση της κατάλληλης εργαστηριακής υποδομής και

γ) Εφαρμογή μέτρων ελέγχου της νόσου.

Υποχρεούνται όμως να προειδοποιούν το θεράποντα ιατρό, που πρέπει να προσφέρει τις νοσηλευτικές του φροντίδες και να τηρεί αυστηρά το απόρρητο.

Β) ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΟΡΟΘΕΤΙΚΩΝ

Εφ' όσον ο ιός υπάρχει στο αίμα, στο σπέρμα και τα κοιλικά υγρά, κάθε είδους σεξουαλική επαφή που μπορεί να τα μεταφέρει στον ερωτικό σύντροφο μπορεί να προκαλέσει μόλυνση. Μερικές μορφές σεξουαλικής επαφής είναι περισσότερο τραυματική και το επθήλιο του εντέρου περισσότερο διαβατό. Γι' αυτό ασχέτως φύλου καθένας πρέπει να γνωρίζει ότι το ελαστικό προφυλακτικό είναι τελείως απαραίτητο για την αποφυγή μεταδόσεως της λοιμώξεως. Ο οροθετικός πρέπει να συμβουλευθεί ειδικούς για του τρόπους ασφαλέστερης σεξουαλικής επαφής. Υποχρεούνται επίσης να πληροφορούν τους ερωτικούς τους συντρόφους.

Διαφορετικά διαπράττουν παράπτωμα και μπορεί να καταδικαστούν, ιδιαίτερα αν μολύνουν τον ερωτικό τους σύντροφο.

Η χρήση ασφαλέστερων μεθόδων σεξουαλικής επαφής είναι ευεργετική και για οροθετικό, αφού τον προφυλάσσει από άλλες σεξουαλικές αρρώστιες και από λοιμώξεις από άλλο στέλεχος ιού που μπορεί να επιταχύνουν και να αυξήσουν τη πιθανότητα μεταπτώσεως σε νόσο.

Απαγορεύεται η ΤΕΚΝΟΠΟΙΗΣΗ όταν ένας από το ζευγάρι είναι οροθετικός. Όταν η έγκυος μολυνθεί υπάρχει 50% πιθανότητα νοσήσεως του παιδιού. Αλλά και η πιθανότητα εξέλιξης από φορέα σε ασθενή είναι μεγαλύτερη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Ο οροθετικός δεν πρέπει να συνεχίσει τη χρήση ναρκωτικών αφού έτσι μπορεί να επιταχύνει την εξέλιξη σε νόσο. Με την κοινή χρήση σύριγγας μπορεί να μολυνθεί με το άλλο στέλεχος του ιού του AIDS. Μπορεί επομένως να μεταπέσει ευκολότερα σε νόσο. Γι' αυτό αν για οποιοδήποτε λόγο χρησιμοποιήσει ναρκωτικό θα πρέπει να έχει ατομική ή μιας χρήσεως μόνο σύριγγα.

Ενημέρωση

Η αρχή έγινε το Φεβρουάριο 1983 με πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και σε συνεργασία με την Έδρα Επιδημιολογίας Βιοστατικής της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών και περιλάμβανε συνεχή ενημέρωση με ενημερωτικές εγκύκλιους των Νοσοκομείων και των Διευθύνσεων Υγείας των Νομαρχιών σχετικά με τη φύση, τους τρόπους μετάδοσης και την προφύλαξη από τη νόσο.

Τον Ιούνιο του 1985 η προσπάθεια στράφηκε κύρια στην ενημέρωση των ομάδων υψηλού κινδύνου, καθώς επίσης και στη Διαφώτιση του γενικού πληθυσμού και του νοσηλευτικού προσωπικού με πληρέστερες οδηγίες μέσω των περιφερειακών υπηρεσιών υγείας.

Η σταδιακή εφαρμογή όλων των μέτρων στην Ελλάδα έγινε με βάση τη διεθνή εμπειρία και την ελληνική πραγματικότητα με ιδιαίτερη προσοχή. Στο τέλος του 1986 εκδόθηκαν νέα ενημερωτικά φυλλάδια για τους γιατρούς, οδοντίατρους, νοσηλευτικό και εργαστηριακό προσωπικό. Με βάση την κοινή πεποίθηση πλέον, ότι αυξάνει μέρα με τη μέρα η συμμετοχή της ετεροφυλικής μετάδοσης της νόσου, αποφασίσθηκε η εφαρμογή στη χώρα μας προγράμματος ευρείας διαφώτισης του πληθυσμού.

Τα χαρακτηριστικά του προγράμματος αυτού συνίσταται σε μακροχρόνια πολύπλευρη και πολυφωνική διαφώτιση του γενικού πληθυσμού, ώστε να γίνει πίστη στο πληθυσμό ότι ενδείκνυται μια μονογαμική σχέση.

Εκτός από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και άλλα Υπουργεία, Οργανισμοί και Ιδρύματα συμμετέχουν με την έκδοση δικών τους ενημερωτικών φυλλαδίων, με ειδικές διαλέξεις και προβολή των ειδικών μηνυμάτων από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Οι Ενοπλες Δυνάμεις έχουν αναλάβει μια σημαντική προσπάθεια ενημέρωσης, δεδομένου ότι στις τάξεις τους υπηρετεί το σεξουαλικά ενεργότερο τμήμα του πληθυσμού. Η σωστή και υπεύθυνη μαζική υγειονομική διαφώτιση του μεγάλου αυτού τμήματος του πληθυσμού, το οποίο μπορεί

και να μην έχει ακούσει άλλα φορά θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, συμβάλλει στη δημιουργία μονογαμικών σχέσεων και στην αποφυγή πολλών και ποικίλων εμπειριών.

β. Εργαστηριακή Υποδομή

Παράλληλα με την ενημέρωση του πληθυσμού, άρχισε να δημιουργείται η αναγκαία εργαστηριακή υποδομή. Το 1983, το Ανοσολογικό Εργαστήριο του "Ευαγγελισμού", όρισε υπεύθυνο να προσδιορίσει την ανοσολογική κατάσταση των περιστατικών με AIDS, μετρώντας τους υποπληθυσμούς των Τ-λεμφοκυττάρων. Το 1983 επίσης, το Εθνικό Κέντρο Ιογενούς Ηπατίτιδας της Υγειονομικής σχολής Αθηνών για πρώτη φορά εκτελούσε δύο διαγνωστικές τεχνικές, για ανοσοενζυμική μέθοδο (Elisa) και τη Western-Blot. Ετοιγεννιόταν το κέντρο Αναφοράς AIDS της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών, όπου σήμερα γίνεται η επιβεβαίωση των θετικών ευρημάτων άλλων εργαστηριακών και το οποίο έχει προχωρήσει στην εφαρμογή και άλλων συγχρόνων εργαστηριακών μεθόδων ανίχνευσης του ιού HIV.

Στη συνέχεια άρχισε ο έλεγχος των αιμοδοτών με τη μέθοδο Elisa στα κέντρα και τους Σταθμούς Αιμοδοσίας της χώρας, ενώ τα δείγματα μεταφερόντων για επιβεβαίωση και στα Εθνικά Κέντρα Αιμοδοσίας με τη μέθοδο Western-Blot.

Τον Οκτώβριο του 1985 ιδρύθηκε το Κέντρο Ελέγχου Λοιμωδών Νοσημάτων υπό την εποπτεία της Έδρας Επιδημιολογίας Βιοστατικής της Υγειονομικής Σχολής

Αθηνών, όπου ελέγχονται οι ομάδες υψηλού κινδύνου. Επίσης το κέντρο αυτό, διαθέτοντας ψυχίατρο και παθολόγο, παρακολουθεί τους φορείς του AIDS.

Σήμερα στη χώρα μας λειτουργεί 4 εθνικά Κέντρα Αναφοράς του AIDS, δηλαδή στην έδρα επιδημιολογίας-Βιοστατιστικής της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών, στο Ανοσολογικό Εργαστήριο του Νοσοκομείου "Ευαγγελισμός" στο Μικροβιολογικό εργαστήριο του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και στην Παθολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων για τη Βορειοδυτική Ελλάδα

γ. Μέτρα ελέγχου της νόσου.

Από το 1983 μέχρι σήμερα μεταξύ των άλλων έχουν ληφθεί και τα εξής μέτρα ελέγχου της νόσου.

1. Υποχρεωτική δήλωση των κρουσμάτων από το γιατρό που κάνει τη διάγνωση στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η δήλωση γίνεται με συμπλήρωση του ειδικού επιδημιολογικού δελτίου των κρουσμάτων AIDS.
2. Εφαρμογή της απόφασης των Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης για πρόληψη της μετάδοσης του AIDS με τη μετάγγιση του αίματος και των παραγώγων του.
3. Σύσταση Εθνικής Επιστημονικής Επιτροπής Ελέγχου AIDS που αξιολογεί κάθε δηλωμένο κρούσμα AIDS.
4. Στενή και συνεχής συνεργασία με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και άλλες διεθνείς επιστημονικές οργανώσεις για την παρακολούθηση των διεθνών προόδων στη διάγνωση στη θεραπεία και στον έλεγχο της νόσου.

5. Εκπαίδευση και μεταεκπαίδευση του προσωπικού σε συνδιασμό με τη διάθεση των αναγκαίων οικονομικών πόρων.

6. Χρησιμοποίηση ελεγμένων ή προθερμαθέντων παραγώγων και παραγόντων αίματος.

7. Υποχρεωτική ανίχνευση αντι-HIV αντισωμάτων στο αίμα, που προκειται να χρησιμοποιηθεί για μετάγγιση. Η ανίχνευση σήμερα είναι εξέταση ρουτίνας σε όλους τους σταθμούς και τα κέντρα αιμοδοσίας.

8. Αποκλεισμός των μολυσμένων δοτών σπέρματος, ιστών και οργάνων για μεταμοσχεύσεις.

9. Ίδρυση του Κέντρου Ελέγχου Λοιμωδών Νοσημάτων στην Υγειονομική Σχολή Αθηνών, όπου ελέγχονται οι ομάδες υψηλού κινδύνου και παρακολουθούνται οι φορείς.

10. Κατάλληλη οργάνωση των νοσοκομείων για τη νοσηλεία των πασχόντων ή των υπόπτων για AIDS περιστατικών.

11. Εφαρμογή όλων των προληπτικών μέτρων, που επιβάλλονται διεθνώς.

ΚΕΝΤΡΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

Κέντρο Ελέγχου Λοιμωδών Νοσημάτων στην
Υγειονομική Σχολή Αθηνών Τηλ. 6444906

ΑΘΗΝΑ Εργαστήριο Μικροβιολογίας Πανεπιστημίου
Αθηνών τηλ. 7709180. Νοσοκομείο Ανδρέας
Συγγρός τηλ. 7239611

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ Εργαστήριο Μικροβιολογίας Αριστοτελείου

Πανεπιστημίου τηλ.991347

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

Εργαστήριο Μικροβιολογίας Πανεπιστημίου

τηλ. 26292

ΠΑΤΡΑ

Εργαστήριο Υγιεινής Πανεπιστημίου

τηλ. 277924

ΗΡΑΚΛΕΙΟ

Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης τηλ.

,234010

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ-ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

1.1 Πλύσιμο χεριών

Το πλύσιμο των χεριών θεωρείται γενικά σαν η μόνη σπουδαιότερη διαδικασία της πρόληψης των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Το προσωπικό του Νοσοκομείου πιστεύεται ότι είναι το μέσο της μετάδοσης των περισσότερων ενδο-νοσοκομειακών λοιμώξεων που μπορούν να προληφθούν.

Σε πάρα πολλές επιδημίες έχει βρεθεί ότι ο πιθανότερος τρόπος εξάπλωσης της λοίμωξης ήταν τα χέρια του προσωπικού (αναφορά του (DC-H.P.A).

Πλύσιμο χεριών χρειάζεται

Όταν δε συντρέχει πραγματικά επείγουσα ανάγκη τα χέρια πρέπει να πλένονται στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. Κατά την προσέλευσή σας στο Τμήμα.
2. Κατά την αποχώρησή σας από το Τμήμα.
3. Πριν και μετά κάθε νοσηλεία που χρειάζεται λαβίδα ή γάντια.
4. Πριν και μετά από κάθε νοσηλεία που χρειάζεται αποστειρωμένο υλικό.
5. Μετά από θερμομέτρηση και στρώσιμο κρεββατιών.
6. Μετά από κένωση σκοραμίδας ή ουροδοχείου.
7. Πριν και μετά από εντριβή ή άλλη επαφή δέρματος αρρώστου
8. Μετά από μπάνιο καθαριότητας βρέφους, περιποίηση προσώπου ή ομφαλού.

9. Μετά από αλλαγή πανιών βρέφους.

10. Μετά από προσωπική σας χρήση τουαλέτας. Εκτός από περιπτώσεις αυτές, πλύνετε τα χέρια σας.

α) Όταν περιποιείσθε εξασθενημένο (επικίνδυνο να μολυνθεί) άρρωστο π.χ ανοσοκατασταλμένο ή άρρωστο με παρεμβατικές συσκευές (ενδοφλέβιες) κ.α.

β) Μετά κάθε επαφή με τα υγρά του σώματος (αίμα, εκκρίσεις και απεκκρίσεις).

γ) Μετά από πιάσιμο μολυσματικών υλικών ή αντικειμένων (π.χ δοχεία ούρων ή μεζούρες, ακάθαρτο υματισμό, ακάθαρτες γάζες, μολυσμένα σκουπίδια κ.λ.π).

δ) Μετά από περιποίηση μολυσμένου αρρώστου, ακόμα και αν φορούσε γάντια.

Το πλύσιμο των χεριών στις περισσότερες περιπτώσεις γίνεται με απλό σαπούνι αλλά όταν περιποιείσθε αρρώστους που έχουν τεθεί σε προφυλακτικά μέτρα λόγω λοίμωξης (νόσος HIV), συνιστάται η χρήση αντισηπτικών σαπουνιών.

Τεχνική πλύσιματος χεριών

Απογορεύονται τα δαχτυλιδια και βραχιόλια στα χέρια του προσωπικού.

α) Επειδή μολύνονται με τα μικρόβια και απολυμαίνονται δύσκολα.

β) Επειδή εμποδίζουν το αποτελεσματικό πλύσιμο των χεριών, (όσον αφορά απομάκρυνση μικροβίων, για να πλυθούν τα χέρια καλά πρέπει να αφαιρεθούν) και

γ) Επειδή τραυματίζουν τον άρρωστο.

Οδηγίες:

1. Βρέξτε τα χέρια σας στο τρεχούμενο νερό σε στάση που τα χέρια σας είναι προς τα κάτω χαμηλότερα από τους αγκώνες σας, για να εμποδίζεται η ακάθαρτη σαπουνάδα να τρέξει πίσω στους καθαρούς αγκώνες.

2. Πάρτε σαπούνι ή αντισηπτικό.

3. Κάνετε σαπουνάδα σ' όλες τις επιφάνειες των χεριών σας και τρίψτε καλά, με ιδιαίτερη προσοχή τους καρπούς, τα δάκτυλα, τα νύχια και τα ενδιάμεσα των δακτύλων 10" δευτερόλεπτα.

4. Ξεπλύνετε πολύ καλά

5. Στεγνώστε τα χέρια καλά από τα νύχια στους καρπούς σε καθαρή πετσέτα χάρτινη.

6. Χρησιμοποιήστε στο τέλος τη χαρτοπετσέτα να κλείσετε τη βρύση.

Φροντίδα χεριών.

- Όλο το προσωπικό του Νοσοκομείου πρέπει να ελέγχει καθημερινά το δέρμα των χεριών του αν έχει κοψίματα, ανοικτές πληγές ή δερματίτιδα, γιατί τα προβλήματα αυτά είναι κίνδυνος μόλυνσης στον άρρωστο και στον εαυτό τους.

-Ανάλογα με τη σοβαρότητα των πληγών συνίσταται χρήση γαντιών μόνο προσωρινά, μέχρι να επουλωθούν τα χέρια:

-Αν οι πληγές ή η δερματίτιδα επιμένει πρέπει να αναφερθεί στην υπηρεσία Υγείας.

-Χρησιμοποιείτε σωστή ποσότητα σαπουνιού ή αντισηπτικού, όχι μεγάλες ποσότητες· γιατί τότε δεν ξεπλένονται καλά, μένουν υπολείματα από σαπούνι ή αντισηπτικό που σας ερεθίζουν το δέρμα (δερματίτιδα)

1.2 ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΗ ΕΝΔΥΜΑΣΙΑ

Η προστατευτική ενδυμασία όπου ενδεικνύται, φοριέται πάντοτε στο καθαρό χώρο πριν την είσοδο σας στο μολυσμένο δωμάτιο και αφαιρείται κατά την έξοδο σας σε μολυσμένο ακόμα χώρο. Δεν επιτρέπεται να εξέλθετε και να μεταφέρετε με τη μολυσμένη σας στολή, τα μικρόβια του αρρώστου στο εξωτερικό περιβάλλον του νοσηλευτικού Τμήματος. Καταστρέφεται έτσι όλη η έννοια της απομόνωσης του αρρώστου και διακυδυνεύετε τα πάντα.

ΧΡΗΣΗ ΜΑΣΚΑΣ.

α) Η μάσκα πρέπει να σκεπάζει καλά την μύτη και το στόμα για να εκτελεί τον προορισμό της.

β) Όταν η μάσκα βραχεί από αναπνοή, ομιλίες ή βήχα, η λειτουργία της διακόπτεται και πρέπει να αλλάζεται.

γ) Κατά το δέσιμο της μάσκας, ο χρήστης αγγίζει το πρόσωπο, τη μύτη και τα μαλλιά του, γι' αυτό αφού την φορέσει, πρέπει θεωρητικά να πλύνει τα χέρια του πριν πιάσει οτιδήποτε! Η μάσκα για να εκτελέσει τον προορισμό της πρέπει να σκεπάζει καλά την μύτη και το στόμα. Γι' αυτό όταν την φοράτε, δέστε τα επάνω κορδόνια πίσω στο κεφάλι επάνω από τα πτερύγια των αυτιών. Τα κάτω κορδόνια δένονται χαμηλά στον αυχένα τόσο σφιγμένα ώστε τα χείλη της μάσκας να εφάπτονται κάτω από το σαγόνι.

δ) Η μάσκα θεωρείται μολυσμένο αντικείμενο από την αναπνοή του ατόμου που την φορεί γι' αυτό δεν πρέπει να την αγγίζει ούτε ο ίδιος.

ε) Οι μάσκες δεν πρέπει να κρατούνται ΠΟΤΕ κρεμασμένες στο λαιμό ή να φυλάσσονται χρησιμοποιημένες στη τσέπη του χρήστη, γιατί τότε τα μικρόβια της μύτης διασπείρονται στα ρούχα και στο λαιμό του.

ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΗ ΡΟΜΠΑ

Οι ρόμπες ενεργούν σαν φραγμός της μόλυνσης μόνο αν διατηρηθούν στεγνές. Χρησιμοποιούνται όταν το Προσωπικό του Νοσοκομείου θέλει να μην λερωθεί, από βαριά μόλυνση και όταν οι ευάλωτοι άρρωστοι πρέπει να προστατευθούν από τα μικρόβια του Προσωπικού και των άλλων π.χ. στα χειρουργεία, επεμβατικές πράξεις κ.λ.π. Γι' αυτό και όπου αναμένεται διάβρεξη με υγρά π.χ. λουτρό, ενδο-

σκοπήσεις, νεκρωσίες κ.τ.λ. χρειάζεται πλαστική ποδιά κάτω από την ρόμπα.

Οδηγίες τεχνικής ρόμπας:

A) Ενδυμασία.

Περάστε τα χέρια σας μέσα στην ρόμπα κρατώντας την μπροστά σας και ψηλότερα από το ύψος της κεφαλής τους. Η ρόμπα φοριέται πάντα με το άνοιγμα στη ράχη για να καλύπτει καλύτερα την πρόσθια επιφάνεια του σώματος. Δέστε τα κορδόνια του λαιμού και κατόπιν της μέσης.

B) Αφαίρεση ρόμπας.

1. Λύστε τα κορδόνια της μέσης στη ράχη σας, βγάλτε τα γάντια σας και ρίξτε τα στον κουβά απορριμάτων. Λύστε τα κορδόνια του λαιμού και τραβήξτε έξω από τη ρόμπα τον αριστερό σας ώμο. Προσέξτε η λαβή του δεξιού χεριού σας να είναι κάτω από το ρεβέρ του αριστερού μανικιού σας, έτσι που το καθαρό χέρι σας να μη πιάσει καθόλου την εξωτερική μολυσμένη πλευρά του μανικιού. Στη συνέχεια τραβήξτε το δεξιό σας ώμο με λαβή έξω στο μανίκι του δεξιού χεριού από το αριστερό χέρι, που το έχετε αφήσει ακόμα μέσα στο αριστερό σας μανίκι. Αφήστε τη ρόμπα να γλιστρά τότε χαμηλά στους βραχίονες. Όταν οι παλάμες σας φθάσουν εσωτερικά στις ραφές του ώμου πιάστε και γυρίστε ανάποδα (μέσα-έξω) τη ρόμπα, όπως βγαίνει. Τυλίξτε τότε τη ρόμπα ρολό κρατώντας την κάπως διπλωμένη από την καθαρή της πλευρά και μακριά από τη στολή σας με κίνηση προσεκτική, ρίξτε τη στο τροχοφόρο

του ακάθαρτου ιματισμού ή στο σάκκο σκουπιδιών αν είναι χάρτινη. Πριν βγείτε από το μολυσμένο δωμάτιο, πλύνετε καλά τα χέρια σας με αντισηπτικό σαπούνι.

1.3 ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΑ ΓΑΝΤΙΑ.

Τα γάντια χρησιμοποιούνται σαν προφυλακτικό μέτρο να ελαττώσουν τη πιθανότητα μεταφοράς μικροβίων προς ή από το άτομο που τα φορεί. Οι λόγοι για τη χρήση τους είναι τρεις.

α) Προσφέρουν προφύλαξη στο άτομο που τα φορεί από τα μικρόβια όπως ο ιός ηπατίτιδας Β, σταφυλόκοκκος κ.λ.π. αλλά και επί πλέον.

β) Εμποδίζουν τη μεταφορά των μικροβίων του δέρματος του ατόμου που τα φορεί προς τον άρρωστο.

γ) Βοηθούν στη διακοπή της μετάδοσης των μικροβίων από τον έναν άρρωστο στον άλλο (με τη διατήρηση των χεριών του προσωπικού καθαρότερα).

Ο χρήστης δεν πρέπει να θεωρεί ότι η χρήση γαντιών αντικαθιστά το πλύσιμο των χεριών του.

Μετά την αφαίρεση των γαντιών τα χέρια θεωρούνται ακόμα μολυσμένα και πρέπει αμέσως να πλένονται. Ο χρήστης δεν πρέπει ν' αγγίζει το σώμα του, κάποιον άρρωστο ή αντικείμενο στο περιβάλλον πριν πλύνει τα χέρια του. Το ίδιο ζευγάρι γάντια δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται για ν' αγγίξουν άλλον άρρωστο.

Οδηγίες Χρήσης γαντιών.

1) Φορέστε τα γάντια πριν μπειτε στο δωμάτιο του αρρώστου.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ (CDC)

ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΟ AIDS

| Κατάσταση Αρρώστου | Προφυλάξεις | Μονό Δωμάτιο | Μάσκα | Γάντια | Ρόμπα | Ποδονάρια Σκούφια | Παρατηρήσεις |
|---|---------------------------------------|--------------|-------|--------|-------|-------------------|--|
| α) Καλά προσανατολισμέ- νος χωρίς πληγές και τραύματα | Για αιματηρές μόνο πράξεις | + | E | E | E | - | Προφυλάξεις χρειάζονται μόνο όταν γίνονται αιματηρές θεραπ/κές και διαγν/κές πρά- ξεις, ή καθαριότητα - απολύ- μανση με τα χέρια. |
| β) Καλά προσανατ/νος με τραύμα ή πληγές | (Φραγμοί) Περιορισμοί τραύματος | + | E | + | + | - | Παίρνετε τις προφυλάξεις στις αλλαγές γαζών, ή σε εισβολι- κές διαδικασίες. |
| γ) Μη συνεργάσιμος Απο- προσανατ/σμένος ή ανί- κανος να φροντισθεί | Εκτεταμένες προφυλάξεις | + | E | + | + | - | Εφαρμόσετε όταν γίνεται ολική περιποίηση του αρρώστου. Προσαρμόσετε τις προφυλάξεις (ατομική τουαλέτα, δοχείο) με τη κατάσταση του αρρώστου. |
| Για όλους τους αρρώστους της Α, Β, Γ -για ειδικές διαδικασίες βροχίτις/σεις, πύση/σεις κ.λπ. | (Φραγμοί) Περιορισμός | + | E | E | E | E | Ανάλογα κατά περίπτωση της ει- δικής διαδικασίας, που προ- γραμματίζεται. |

+ = απαραίτητο

E = Με επιλογή κατά περίπτωση αν χρειάζεται

- 73α -

α) κρατήστε το γάντι με διπλωμένο ρεβέρ για να διευκολυνθείτε και να μη σκιστεί με το δεξί σας χέρι. Αφού φορέσετε το πρώτο γάντι με τον ίδιο τρόπο φορέστε και το δεύτερο γάντι. Αν φοράτε ρόμπα τραβήξτε με προσοχή τα γάντια σας να κλείσετε στο ρεβέρ τα μανίκια της ρόμπας σας.

2) Αφαιρέστε τα γάντια σας με προσοχή ώστε να μη μολύνετε το δέρμα των χεριών σας με την εξωτερικά μολυσμένη πλευρά των γαντιών.

α) Αρχικά πιάστε το πρώτο γάντι από την έξω μολυσμένη του πλευρά με τα τέσσερα δάκτυλα σας κάτω από το ρεβέρ.

β) Στη συνέχεια με το γυμνό χέρι σας βάλτε τα δάκτυλά σας κάτω από το ρεβέρ του δεύτερου γαντιού και τραβήξτε έξω το γάντι. Διατηρείτε έτσι το γυμνό χέρι σας καθαρό αφού δεν ακουμπήσατε το εσωτερικό του μολυσμένου γαντιού. Κρατώντας και τα δύο γάντια από την εσωτερική καθαρή τους πλευρά τα ρίχνετε πάντα στον κουβά μολυσμένων σκουπιδιών του δωματίου. Πλύνετε καλά τα χέρια σας όταν αφαιρέσετε τα γάντια και φύγετε από το δωμάτιο.

1.4 ΤΕΧΝΙΚΗ ΔΙΠΛΟΥ ΣΑΚΚΟΥ

Όλα τα μολυσμένα είδη ιματισμός, σκουπίδια κ.α. για να μεταφερθούν έξω από το δωμάτιο πρέπει να κλείνονται σε δεύτερο καθαρό εξωτερικό σάκκο, για να μη γίνει διασπορά των μικροβίων στο περιβάλλον στα καρότσια μεταφοράς, τους ενεγκυστήρες κ.λ.π. Αυτό γιατί ο πρώτος εσωτερικός σάκκος περιουλλογής των ειδών αυτών, εφ' όσον παραμένει μέσα στο δωμάτιο θεωρείται μολυσμένος.

Η τεχνική του διπλού σάκκου περιγράφει την απομακρυνση μολυσμένου ιματισμού που γίνεται από δύο άτομα.

Τρόπος εργασίας

1. Το κλείσιμο του ιματισμού σε δύο σάκκους χρειάζεται δύο άτομα. Το "ακάθαρτο" άτομο και το άλλο το "καθαρό". Το ακάθαρτο άτομο είναι μέσα στο δωμάτιο και φορεί προφυλακτική ρόμπα. Το καθαρό άτομο στέκεται έξω από τη πόρτα του δωματίου, (χωρίς προφυλακτική στολή).

2. Το ακάθαρτο άτομο βγάζει το σάκκο με το μολυσμένο ιματισμό, από το τροχοφόρο που είναι μέσα στο δωμάτιο με μαλακές κινήσεις και χωρίς τινάγματα.

3. Ο σάκκος αφαιρείται από το τροχοφόρο όταν είναι μόνο κατά τα 3/4 γεμάτος.

4. Το ακάθαρτο άτομο, στρίβει το επάνω μέρος του σάκκου και το δένει καλά.

5. Το καθαρό άτομο στέκεται έξω από την πόρτα και κρατά

Έμφαση (Προσοχή)

Ένα μόνο άτομο μπαίνει στο δωμάτιο και πιάνει το μολυσμένο ιματισμό

Ο σάκκος πρέπει να είναι πάντα σε τροχοφόρο και όχι να κείτεται στο δάπεδο

Το ακάθαρτο άτομο πρέπει να το φροντίζει αυτό. Αν είναι πολύ γεμάτος δε

δένεται καλά και ανοίγει! Χρειάζεται προσοχή, να μπει ο σάκκος κλειστός.

Το καθαρό άτομο γυρίζει μεγάλο ρεβέρ από τον

ανοικτό το δεύτερο καθαρό σάκκο με ρεβέρ πάνω από τα χέρια του για προστασία. Ο καθαρός σάκκος δέχεται μέσα το πρώτο δεμένο ακάθαρτο σάκκο. Ο καθαρός σάκκος πρέπει να είναι μεγαλύτερος από τον ακάθαρτο για να τον δέχεται εύκολα μέσα.

6. Το ακάθαρτο άτομο μέσα από την πόρτα του δωματίου βάζει με προσοχή τον ακάθαρτο δεμένο σάκκο μέσα στον καθαρό ανοικτό σάκκο που κρατά το καθαρό άτομο.

7. Το καθαρό άτομο κρατώντας ανοικτό το στόμιο του σάκκου προς την αντίθετη πλευρά από το πρόσωπό του, βγάζει τον αέρα και δένει καλά και μαρκάρει με ετικέττα "μολυσμένο" το δεύτερο καθαρό σάκκο, αν χρειάζεται.

8. Στη συνέχεια ο σάκκος τοποθετείται στο χώρο που λέει ο κανονισμός.

9. Το ακάθαρτο άτομο βάζει φρέσκο άδειο σάκκο στο τροχοφόρο

καθαρό σάκκο για να βάλει από κάτω τα χέρια του σκεπασμένα ώστε να μην τα αγγίξει ο ακάθαρτος σάκκος και τα μολύνει.

Προσοχή: Η εξωτερική πλευρά του καθαρού σάκκου δεν πρέπει να μολυνθεί από τον ακάθαρτο σάκκο, την ώρα που μπαίνει μέσα

Ο σάκκος μαρκάρεται "μολυσμένος" για αναγνώριση του περιεχομένου του, όταν πάει στο Πλυντήριο!

Ο χώρος αυτός ορίζεται σε κάθε τμήμα.

του δωματίου. Στο τέλος και αφού βγάλει τα γάντια, πλένει τα χέρια του καλά με αντισηπτικό σαπούνι.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΗΙΥ.

ΙΙ.1 Εισαγωγή.

Προφυλακτικές τεχνικές είναι όλα τα μέτρα που παίρνονται για τη πρόληψη της μετάδοσης των μικροβίων. Οι νοσηλευτικές προφυλάξεις που παίρνονται κατά την περιποίηση του αρρώστου κατατάσσονται σε τρεις κύριες κατηγορίες:

Α) Προφυλάξεις φραγμού-επαφής (περιορισμένες και ανάλογες με το σημείο μόλυνσης σε κάθε άρρωστο). Στις περιπτώσεις αυτές τα προφυλακτικά μέτρα παίρνονται μόνο κατά την επαφή στη μολυσμένη περιοχή καθαυτή, αλλά και στα αντικείμενα που εφάπτονται με αυτή. Η προφύλαξη αυτή είναι αρκετή να εμποδίσει τη διασπορά του μικροβίου στους άλλους αρρώστους και το προσωπικό.

Β) Εκτεταμένες προφυλάξεις. Ο άρρωστος απομονώνεται σε ιδιαίτερο δωμάτιο με σκοπό να περιορισθεί η αρρώστια στον ορισμένο αυτό χώρο του Νοσοκομείου και να προληφθεί η εξάπλωση στους άλλους αρρώστους, το Προσωπικό και τους Επισκέπτες.

Γ) Προστατευτικές (για τον άρρωστο) προφυλάξεις. Σκοπός της προφύλαξης εδώ είναι να προστατεύσει τον άρρωστο από τα μικρόβια που φέρνουν προς αυτόν το προσωπικό ή οι άλλοι άρρωστοι το περιβάλλον ακόμα και οι επισκέπτες. Υποτίθεται βέβαια ότι ο άρρωστος αυτός κινδυνεύει και από τα δικά του ενδογενή μικρόβια της φυσιολογικής του χλωρίδας.

II.2 Προφυλάξεις φραγμού επαφής

Βασική απαίτηση για την εφαρμογή προφυλάξεων της κατηγορίας αυτής είναι: ότι πρέπει να οριστεί ποίος συνδυασμός προστατευτικής ενδυμασίας (Ρόμπα-γάντια-μάσκα) πρέπει να χρησιμοποιηθεί και πότε. Αυτό εξαρτάται από τη περίπτωση του αρρώστου.

Άλλη απαίτηση των προφυλάξεων αυτής της κατηγορίας είναι ότι χρειάζεται σωστή νοσηλευτική τεχνική απ' όλους που φροντίζουν τον άρρωστο ιδιαίτερα βέβαια όσον αφορά το μολυσμένο σημείο του σώματος και το γύρω απ' αυτό περιβάλλον και μολυσμένα αντικείμενα π.χ γάζες, ιματισμός, εργαλεία κ.λ.π

Μέτρα προφύλαξης.

-Ιδιαίτερο δωμάτιο Προτιμάται για όλες τις λοιμώξεις αλλά είναι απαραίτητο για ασθενείς του AIDS.

-Ρόμπα δεν χρειάζεται να χρησιμοποιείται κάθε φορά που μπαίνεται στο δωμάτιο, αλλά επιβάλλεται όταν προγραμματίζετε νοσηλεία που υποτίθεται ότι θα λερωθείτε.

- Γάντια Επιβάλλονται όταν έλθετε σε άμεση επαφή με τον άρρωστο.
- Πλύσιμο χεριών.Επιβάλλεται πριν και μετά κάθε επαφή με τον άρρωστο έστω και αν φορούσατε γαντια.
- Σκεύη και συσκευές νοσηλείας.Όλα τα πολλαπλής χρήσης αντικείμενα πρέπει να απολυμνούνται μετά την χρήση ή να μπαίνουν σε λιπλό σάκκο για κλιβανομό ή πλυντήριο.
- Μεταφορά αρρώστου.Η καρέκλα ή το φορείο πρέπει μετά την μεταφορά να πλυθεί με απολυμαντικό.
- Επισκέπτες.Πριν εισέλθουν στο άρρωστο,οι επισκέπτες πρέπει να επικοινωνήσουν με την υπεύθνη αδελφή που θα τους δώσει οδηγίες για τις προφυλάξεις που πρέπει να πάρουν.
- Δείγματα για εξετάσεις.Όλα τα σωληνάρια ή δοχεία Δειγμάτων πρέπει να τοποθετηθούν σε αδιάβροχο διαφανή σάκκο.Τα παραπεμπτικά στερεώνονται στο εξωτερικό του σάκκου και το στόμιο σφραγίζεται.
- Εκκρίσεις.Οι ακάθαρτες γάζες,χαρτοβάμβακα κ.τ.λ.δεν πετιώνται ελεύθερα στους κάδους σκουπιδιών αλλά πρέπει να δένονται σε διπλό σάκκο.
- Θερμόμετρα.Απολυμάνετε το ατομικό θερμόμετρο ως συνήθως.

II.3.Εκτεταμένες προφυλάξεις.

- Βασική απαίτηση για την εφαρμογή προστατευτική-μέτρων της κατηγορίας αυτής είναι:
- Η παραχώρηση μονού δωματίου με τουαλέτα και
 - Χρήση ρόμπας,γαντιών και μάσκας.

Οι προφυλάξεις αυτές εφαρμόζονται στους εξακριβωμένους ή ύποπτους αρρώστους για επικίνδυνη μεταδοτική λοίμωξη, που μπορεί να εξαπλωθεί με την επαφή αλλά και τον αέρα.

-Οποιοσδήποτε φροντίζει τον άρρωστο πρέπει να φορεί τουλάχιστον ρόμπα, γάντια και μάσκα για να μπει στο δωμάτιο. Σκούφιες και ποδονάρια χρειάζονται σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις που αναφέρει ο κατάλογος ειδικών ασθενειών του CDC.

-Στη πόρτα του δωματίου μπορεί να τοποθετηθεί πινακίδα με ένδειξη και οδηγίες προφυλάξεων που έχουν ορισθεί στην περίπτωση.

-Όλα τα αντικείμενα που μπαίνουν στο δωμάτιο, όπως και αυτά που μένουν μέσα θεωρούνται μολυσμένα.

-Ιδιαίτερο δωμάτιο. Επιβάλλεται σε όλες τις περιπτώσεις και η πόρτα πρέπει να μένει πάντα κλειστή. Όπου υπάρχει σύστημα κλιματισμού το δωμάτιο πρέπει να έχει αρχητική πίεση σε σχέση με τους διαδρόμους.

-Ρόμπα. Επιβάλλεται για να μπειτε στο δωμάτιο και πρέπει να αφαιρείται όταν βγαίνεται από αυτό.

-Μάσκα. Επιβάλλεται για να μπειτε στο δωμάτιο και πρέπει να αφαιρείται όταν βγαίνετε από αυτό.

-Γάντια. Επιβάλλονται για να μπειτε στο δωμάτιο και είναι τα πρώτα από την προστατευτική ενδυμασία που πρέπει να αφαιρούνται όταν βγαίνετε από το δωμάτιο.

-Μέσα για συνεχή: Παρακαταθήκη απολυμαντικού λεκάνης ή κουβά και καθαρών χαρτοπετσετών σε κάθε τουαλέτα απομόνωσης, για να απολυμαίνετε τα αντικείμενα και

συσκευές (π.χ. στύλοι οργού, στηθοσκόπια, φορητά ακτινολογικά μηχανήματα κ.τ.λ.) πριν βγουν έξω από το δωμάτιο όταν αυτό χρειάζεται να γίνει αμέσως μετά τη χρήση τους.

-Μεταφορά αρρώστου. Ο άρρωστος δεν πρέπει να βγαίνει από το δωμάτιο εκτός αν είναι εντελώς απαραίτητο. Όταν μετακινείται πρέπει να φορεί μάσκα και να είναι σκεπασμένος με καθαρό σεντόνι. Ο υπεύθυνος για τη μεταφορά. Ο νοσοκόμος πρέπει να φορεί ρόμπα, γάντια και μάσκα. Η καρέκλα ή το φορείο μεταφοράς πρέπει να πλυθεί με απολυμαντικό μετά τη χρήση.

II.4. Προστατευτικές προφυλάξεις

Βασική απαίτηση στην κατηγορία αυτή είναι:

-Μονό δωμάτιο με τουαλέτα και

-Χρήση διάφορων συνδυασμός ρόμπας, γάντια, σκούφια και ποδονάρια που ορίζονται στα απαραίτητα ανάλογα με τη περίπτωση του αρρώστου.

Ο όρος "Προστατευτική Προφύλαξη" σημαίνει ότι ο άρρωστος κινδυνεύει.

Γι' αυτό οι αρρώστοι με ελαττωμένη αντοχή απομονώνονται σε μονό δωμάτιο με σκοπό την ελάττωση εισόδου μικροβίων στο περιβάλλον τους. Το μέτρο αυτό ελαττώνει την άσκοπη επαφή με άλλους αρρώστους ή προσωπικό. Για τέτοιους αρρώστους καθετί στο δωμάτιο θεωρείται καθαρό. Το επίπεδο της προφύλαξης που πρέπει να εφαρμοστεί ορίζεται και διαφέρει ανάλογα με το βαθμό ευαισθησίας που βρίσκεται κάθε άρρωστος. Όσο αυξάνει η ευαισθησία του στην μόλυνση τόσο αυξάνονται οι ανάγκες να χρησιμοποι-

ποιηθούν γάντια κ.λ.π.

Το δωμάτιο και αυτού του αρρώστου μαρκάρεται με τη κατάλληλη πινακίδα και τα ανάλογα σήματα προστασίας που ορίζονται για την περίπτωση του.

-Ιδιαίτερο δωμάτιο.Επιβάλλεται σεόλες τις περιπτώσεις η πόρτα πρέπει να μένει κλειστή. Όταν υπάρχει σύστημα κλιματισμού το δωμάτιο πρέπει να έχει θετική πίεση σε σχέση με του διαδρόμους.

-Μάσκα. Χρειάζεται στις περιπτώσεις που αναφέρει ο πίνακας του CDC "Προστατευτικά μέτρα κατά ειδικές ασθένειες".

-Αποστειρωμένα γάντια. Ισχύει ότι και με τις μάσκες.

-Σκεύη διατροφής. Για κοινά πιάτα και σκεύη πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο για ένα γέυμα και να φεύγουν από το δωμάτιο στην κουζίνα. Τροφή και άλλα φαγώσιμα δεν πρέπει να κάθονται στο δωμάτιο.

-Σκεύη και μηχανήματα. Οτιδήποτε μπει μέσα στο δωμάτιο πρέπει προηγουμένος να πλυθεί με απολυμαντικό. Μόνο απαραίτητα αντικείμενα πρέπει να μπαίνουν για να ελαττώνεται η συλλογή σκόνης και μόλυνσης και να διευκολύνεται η καθαριότητα. Στο δωμάτιο δεν επιτρέπονται λουλούδια, φρούτα ή τροφές.

-Θερμόμετρα.Επιβάλλεται συνεχής απολύμανση θερμομέτρου.

-Δοχεία και λεκάνες πλυσίματος αρρώστου. Πρέπει να ξεπλένονται και ν' απολυμαίνονται μετά κάθε χρήση, να πλένονται και ν' αποστειρώνονται κάθε 24ώρο!

-Μεταφορά αρρώστου. Ο άρρωστος δε πρέπει να βγαίνει από το δωμάτιο εκτός αν είναι εντελώς απαραίτητο! Τότε πρέπει να φορεί μάσκα και να είναι σκεπασμένος με καθαρό σεντόνι. Ο νοσοκόμος πρέπει αν πλύνει τα χέρια του πριν πιάσει τον άρρωστο και δεν χεριάζεται να φορεί μάσκα.

-Καθαριότητα. Επιβάλλεται ημερήσιο υγρό ξεσκόνισμα όλων των επιφανειών και σφουγγάρισμα όλα με απολυμαντικό.

Ο άρρωστος με AIDS υπάγεται στην κατηγορία αυτή κυρίως, επειδή το προβλήμα του έχει προκληθεί από την ανοσοκαταστολή που προξένησε ο ιός HIV. Σ' όλες τις προηγούμενες κατηγορίες μπορούν να ανήκουν και οι ασθενείς με λοιμώξεις.

II.5 Χώρος νοσηλείας ασθενούς με AIDS.

Ο σωστός χώρος νοσηλείας αρρώστου με AIDS (όπως φαίνεται στο σχεδιάγραμμα) πρέπει να πληρεί τη βασική απαίτηση να περιλαμβάνει τα εξής:

-Δωμάτιο με προ - χώλ που περιλαμβάνει:

- 1) Το δωμάτιο για τον άρρωστο.
- 2) Το προ - χώλ για το Προσωπικό και υλικά.

Στην ουσία περιέχει χώρους ασθενούς και χώρους προσωπικών. Ο χώρος Προσωπικού είναι χωρισμένος στη μέση και αποτελείται από α) καθαρό προ - χώλ εισόδου που το προσωπικό ντύνεται με καθαρή ενδυμασία και β) ακάθαρτο χώλ εξόδου που το προσωπικό αφαιρεί τη μολυσμένη ενδυμασία, πλένει τα χέρια και αποχωρεί.

-Και οι δύο χώροι πρέπει να είναι με αερισμό αρνητικής πίεσης προς το διάδρομο. Ο αέρας δηλαδή από τους χώρους αυτούς πρέπει να μην κατευθύνεται προς το διάδρομο, αλλά να φεύγει στο εξωτερικό περιβάλλον χωρίς να επανακυκλοφορεί μέσα στο Νοσοκομείο.

-Και στους δύο χώρους πρέπει να γίνεται πλύσιμο χεριών σε νεροχύτη με βρύση που λειτουργεί με μηχανισμό γόνατος ή αγκώνα και με συσκευή υγρού σαπουνιού με αγκώνα.

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΧΩΡΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

α)-Μπάνιο και χώρος πλυσίματος χεριών.

-Κρεβάτι - Κομοδίνο - καρέκλα

-Κάδος απορριμάτων

-Τροχοφόρο ιματισμού

β)-Μπάνιο με χώρο πλυσίματος χεριών (Ντουζ

για προσωπικό που θα φροντίζει για πολλές ώρες τον άρρωστο)

-Κλειστό ντουλάπι ή τροχοφόρο με καθαρά υλικά.

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΧΩΡΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

α)-Μέσα από την πόρτα επικοινωνίας με προ - χώλ. πρέπει να υπάρχει δοχεία για τις ακάθαρτες στολές κ.λ.π.

-Τα υλικά πρέπει να είναι τα

β)-Σωστά μαρκαρισμένες καθαρές και ακάθαρτες περιοχές.

-Σωστά Μαρκαρισμένος χώρος για τα υπό

εντελώς απαραίτητα.

-Κάδοι απορριμάτων, στερεών
και υγρών κ.λ.π

μετάφορα εργαστηριακά
δείγματα.

-Σωστά μαρκαρισμένος
χώρος απολύμανσης (με
χημικές διαλύσεις των
αντικειμένων και υλικών
-Τροχοφόρο καθαριότητας
για καθημερινό σφουγγά-
ρισμα.κ.λ.π.

ΚΑΘΑΡΑ ΚΑΙ ΑΚΑΘΑΡΤΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ (δωματίου ασθενού με
AIDS).

ΚΑΘΑΡΑ.

-Ενδυμασία εισόδου
-Ρόμπα
-Μασκα
-Σκούφια
-Γάντια
-Ποδονάρια

ΑΚΑΘΑΡΤΑ.

Μετά από κάθε
χρήση.

Τα καλάθια των εργαστηριακών
δειγμάτων πριν εισέλθουν στο
χώρο του αρρώστου.

-Όλα τα σκεύη και υλικά
που είναι μέσα στο χώρο
του αρρώστου(π.χ. χρησι-
μοποιημένες σύριγγες και
βελόνες, ακάθαρτος ιματι-
σμός)
-Τα εργαστηριακά δείγματα

-Κάθε υλικό που χρησιμοποιήθηκε για καθαριότητα, το καλάθι δειγμάτων πριν φύγει από το χώρο του αρρώστου κ.λ.π.

-Ο κουβάς και το σφουγγαρόπανο καθαριότητας.

Άλλες επιθυμητές απαιτήσεις για τους χώρους αυτούς είναι:

- 1) Ντουλάπι διπλής πόρτας μεταξύ προ - χώλ και δωματίου αρρώστου για καθαρό ιματισμό.
- 2) Ειδική πόρτα επικοινωνίας του χώρου του αρρώστου για κατ' ευθείαν έξοδο του αρρώστου στο διάδρομο.
3. Παράθυρο προς τα έξω για εξωτερικό φωτισμό.
4. Ενδοεπικοινωνία με το παρατηρητήριο Αδελφών.

Τα επιπρόσθετα απαραίτητα έπιπλα ενός δωματίου ασθενούς με AIDS είναι:

1. Τροχοφόρα ακάθαρτου ιματισμού.
2. Κάδοι μολυσμένων σκουπιδιών.
3. Τραπέζι καθαρού Υγειονομικού υλικού.

Άλλα σκεύη

Τροχήλατος κουβάς σφουγγαρίσματος με σφουγγαρόπανο, 2 κουβάδες για απολυμαντικά διαλύματα.

Οι χώροι αυτοί νοσηλείας όπως περιγράφονται είναι ιδεώδεις για τη σωστή νοσηλεία. Υπάρχει όμως διεθνές σχεδόν πρόβλημα, όχι τόσο στην εφαρμογή των προφυλακτικών χώρων, όσο στην ύπαρξη παρόμοιων χώρων. Κάθε Νοσοκο-

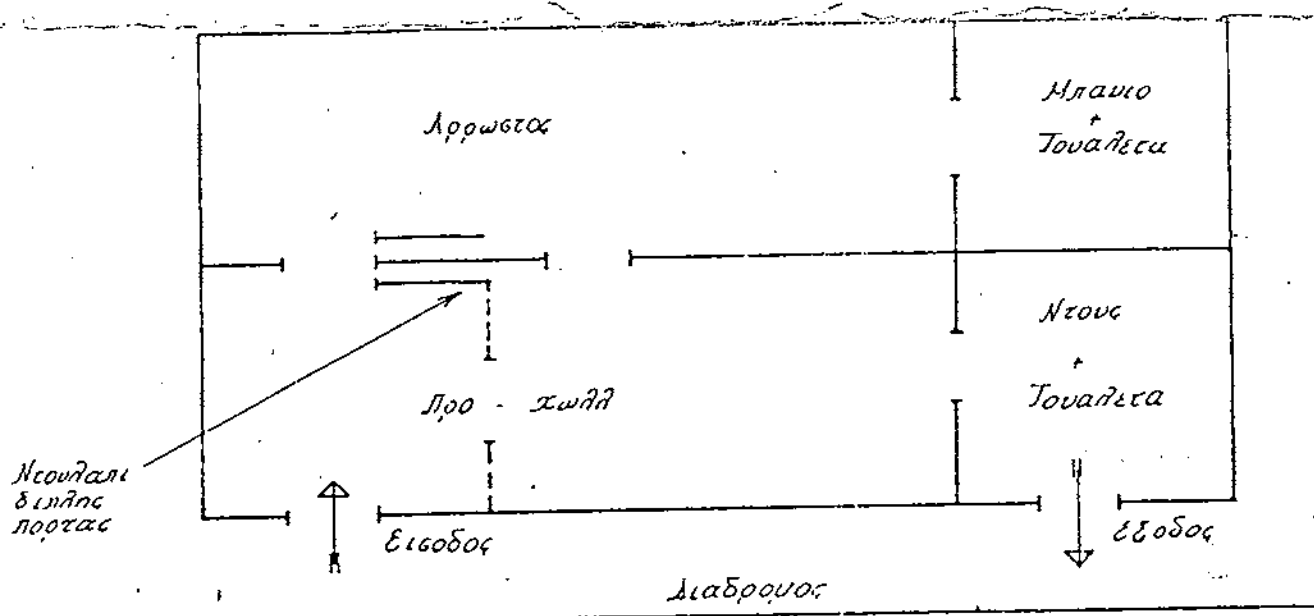
μείο αντιμετωπίζοντας το πρόβλημα προσπαθεί να προσεγγίζει. Κατασκευή παρόμοιων δωματίων μπορεί να γίνει στα νεο - αναγειρόμενα Νοσοκομεία. Παρ' ότι και σ' αυτά θα υπάρχει πρόβλημα επάρκειας των δωματίων αυτών, επειδή ο αριθμός των μολυσμένων ασθενών διακυμαίνεται συνεχώς.

Στο Νοσοκομείο " Ευαγγελισμού " μετά από προσεκτική μελέτη και έχοντας υπ' όψη αφ' ενός τις δυσχέρειες εξεύρεσης χώρου και α' ετέρου τον μολυσμένο άρρωστο που είναι: α) η πρόληψη της διασποράς μικροβίων και β) η προστασία του προσωπικού, εκπονήθηκε το παρατειθέμενο εφικτό αρχιτεκτονικό σχέδιο. Διασκευής 4 δωματίων λοιμώξεων. Σχεδιάγραμμα...

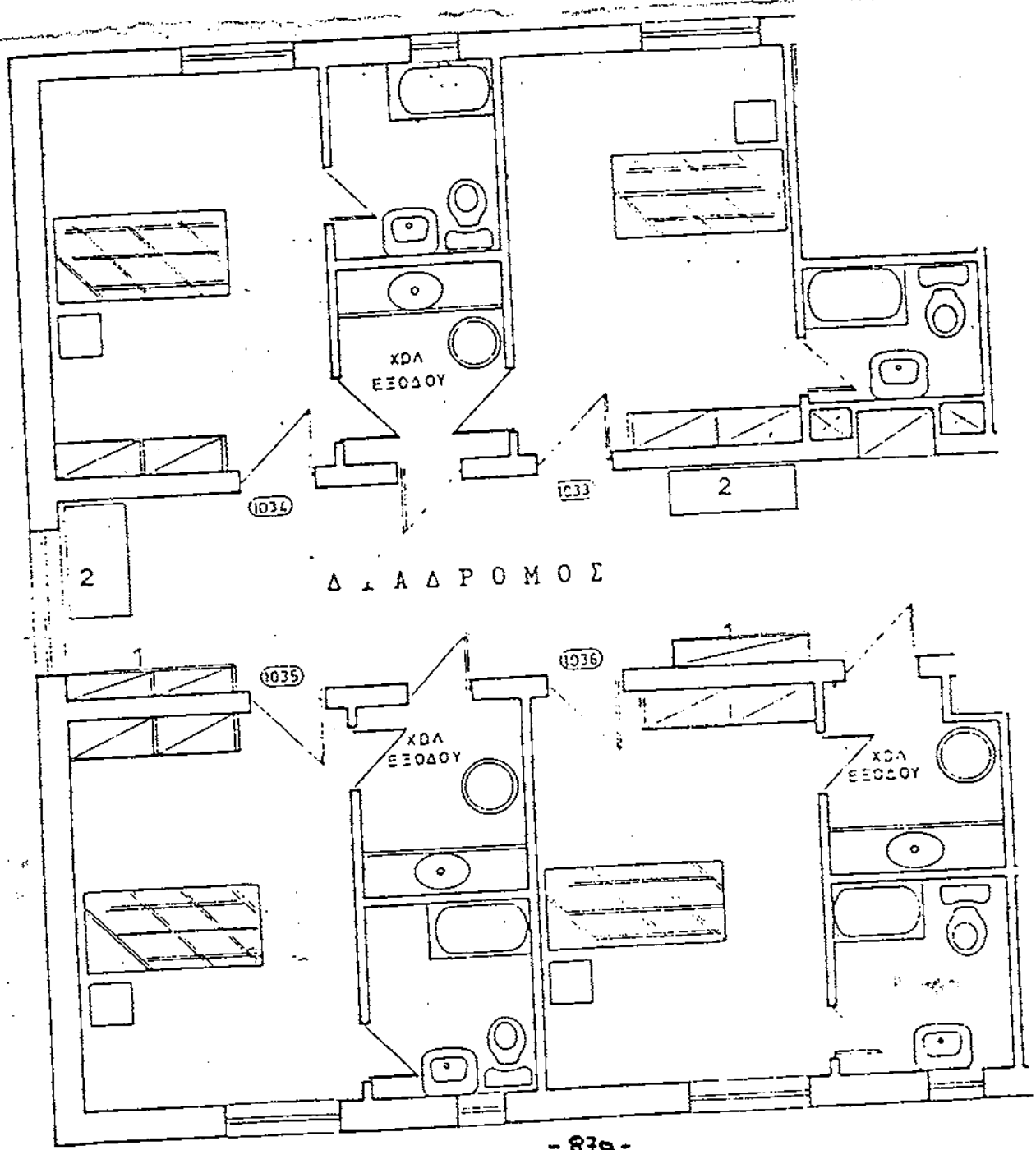
Απαραίτητο θεωρήθηκε, από τις παρατηρήσεις που έγιναν κατά τη διεξαγωγή της νοσηλείας, να τηρηθεί η ύπαρξη του ακάθαρτου χώλ εξόδου του Προσωπικού.

Θεωρείται ότι η κυριότερη βασική αρχή στην πρόληψη διασποράς μικροβίων είναι ο περιορισμός τους μόνο μέσα στο δωμάτιο του αρρώστου. Γι' αυτό η αφαίρεση της μολυσμένης ενδυμασίας και το πλύσιμο των χεριών του Προσωπικού πρέπει να γίνεται πριν την έξοδο από το μολυσμένο χώρο. Δηλαδή στο χώλ εξόδου. Η θύρα από το χώλ εξόδου προς το διάδρομο του νοσηλευτικού τμήματος ανοίγει μόνο προς μιά κατεύθυνση δηλαδή από μέσα προς το διάδρομο. Αποκλείει έτσι την είσοδο καθαρού προσωπικού δια μεσου του ακάθαρτου χώλ προς τον άρρωστο.

Σε περιπτώσεις που η κτιριακή θέση των δωματίων δεν επιτρέπει ακάθατο χώλ - εξόδου για κάθε δωμάτιο, δημιουργήθηκαν όπως στην περίπτωση β, χώλ - εξόδου που



χώρος νοσηλείας ασθενούς με λοίμωξη (RVII)



θα εξυπηρετεί 2 δωμάτια μολυσμένων ασθενών. Στην περίπτωση αυτή οι πόρτες προς το χώλ - εξόδου από τα δωμάτια των αρρώστων να ανοίγουν μόνο προς την κατεύθυνση της εξόδου. Με τον ίδιο τρόπο θα ανοίγεται και η πόρτα του χώλ - εξόδου προς το διάδρομο του τμήματος. Αποκλείεται έτσι η οποιαδήποτε αντικανονική κυκλοφορία μεταξύ των πιθανά, διαφορετικά μολυσμένων δωματίων.

Επεξήγηση Σχεδιαγράμματος

Περίπτωση Α.

Δωμάτια 1035 - 1036 με ατομικό χώλ

Περίπτωση Β.

Δωμάτια 1034 - 1033 με κοινό χώλ

1-Ντουλάπια καθαρού υλικού ενδυμασίας προσωπικού.

2-Καθαρό τραπέζι, πάγκος, για τοποθέτηση φακέλου του αρρώστου. (Πριν την ιατρική επίσκεψη ο φάκελλος και τα παραπεμπτικά δεν εισέρχονται ποτέ στο δωμάτιο).

Προσέξτε ότι:

α) Όλες οι πόρτες από τα δωμάτια προς το χώλ εξόδου ανοίγουν μόνο προς το χώλ εξόδου δηλαδή (κυκλοφορία μιας κατεύθυνσης).

β) Η πόρτα του χώλ εξόδου προς το διάδρομο ανοίγει επίσης προς το διάδρομο μόνο.

Έτσι το ακάθαρμο άτομο δε μπορεί αφού βγάλει τη ρόμπα και πλυθεί αν επιστρέψει στο δωμάτιο, ακόμα κι αν θέλει, χωρίς να βγει στο διάδρομο και να ξαναντυθεί.

II.6.Καθαριότητα χώρου.

Α.Καθημερινή καθαριότητα δωματίου ασθενούς με AIDS.

Αυτή πρέπει να περιλαμβάνει την ίδια φροντίδα με την καθημερινή καθαριότητα των άλλων δωματιών όσον αφορά τις επιφάνειες, τα έπιπλα, δάπεδα κ.λ.π με τη διαφορά ότι:

1) Το προσωπικό καθαριότητας πρέπει να παίρνει τις ίδιες προφυλάξεις ενδυμασίας με το νοσηλευτικό και άλλο προσωπικό που ορίζεται για τον άρρωστο.

Το συνηθέστερο είναι βέβαια ότι ανεξάρτητα αν οι προφυλάξεις της αρρώστιας ορίζουν χρήση γαντιών ή όχι από τους νοσηλευτές, το προσωπικό καθαριότητας καλό είναι να χρησιμοποιεί πάντα γάντια και ρόμπα.

2) Η καθημερινή καθαριότητα από την καθαρίστρια του τμήματος πρέπει να γίνεται χρονικά στο τέλος την καθαριότητας των άλλων θαλάμων

3) Στην καθημερινή καθαριότητα θεωρείται βασική αρχή ότι
α) Ο κουβάς και δυο σφουγγαρόπανα θα ανήκουν μόνο στο μολυσμένο δωμάτιο όπως και τ' άλλα μηχανήματα, εφόδια κ.λ.π

β) Η διάλυση του απολυμαντικού μετά το σφουγγάρισμα αφού πλυθεί και το σφουγγαρόπανο θα ρίχνετε στην τουαλέττα και ο κουβάς θα μένει στεγνός γυρισμένος ανάποδα.

γ) Σε περίπτωση που χρειασθεί τοπικό σφουγγάρισμα κατά τη διάρκεια της ημέρας θα γίνει φρέσκια διάλυση που πάλι θα πεταχθεί και ο κουβάς πάλι θα μείνει ανάποδα στο τέλος στεγνός.

Απαγορεύεται να μένει η διάλυση με το σφουγγαρόπανο μέσα σ' αυτή περισσότερο από μία ώρα γιατί αναπτύσσονται μικρόβια.

δ) Στο τέλος της ημέρας (ή μετά το τελευταίο σφουγγάρισμα) η καθαρίστρια θα βάλει το σφουγγαρόπανο να μείνει 30' λεπτά σε καθαρή διάλυση του απολυμαντικού, μετά να ξεπλυθεί και να κρεμασθεί για να στεγνώσει.

ε) Κάθε πρωί η καθαρίστρια θα χρησιμοποιεί το στεγνό σφουγγαρόπανο για την καινούργια ημέρα.

Β. Τελική Απολυμανση - Καθαριότητα δωματίου ασθενούς με AIDS.

Μετά την έξοδο (ή θάνατο) του αρρώστου από το δωμάτιο πρέπει να γίνει απολύμανση και καθαριότητα.

Αρχικά πρέπει να απομακρυνθεί όλος ο ιματισμός, τα όργανα, σκεύη και μοκλυσμένα σκουπίδια ως εξής:

1) Όλα τα σκεύη, τα χρησιμοποιημένα όργανα και συσκευές όπως δοχεία, ουροδοχεία, φιάλες αναρροφητήρων, υγραντήρες, θερμομέτρα, στύλοι κ.λ.π πρέπει πρώτα να καθαριστούν και να απολυμανθούν με απολυμαντικό αγδεύης ή φαινόλης ή ν' αποστειρωθούν στις περιπτώσεις που χρειάζεται.

Το καθάρισμα πλύσιμο με απολυμαντικό γίνεται μέσα στο χώρο του δωματίου ή σε ειδικό κλίβανο και χώρο του Νοσοκομείου αν υπάρχει. Στην περίπτωση που τ' αντικείμενα θα σταλούν γι' απολύμανση σε άλλο χώρο, πρέπει πριν βγουν από το δωμάτιο να μπουν σε καθαρό σάκκο και να δεθούν.

2) Όλα τα χρησιμοποιημένα ή αχρησιμοποιητα αναλώσιμα υλικά π.χ βαμβάκι, γάζες, λευκοπλάστη, φιάλες ορού κ.λ.π όπως και προσωπικά αναλώσιμα είδη του αρρώστου π.χ περιοδικά κ.λ.π που βρεθούν στο δωμάτιο πρέπει να

πεταχθούν, αφού τοποθετηθούν με τον ίδιο τρόπο σε διπλό καθαρό σάκκο και να μαρκαρισθούν (μολυσμένο). Μετά στέλνονται στο χώρο για σκουπίδια, που έχει κανονισθεί από τη Διεύθυνση.

3) Τα στρώματα και μαξιλάρια είτε στέλνονται ν' απολυμανθούν σε κλίβανο ατμού αν υπάρχει είτε αν είναι σκεπασμένα με πλαστικό κάλυμα, πλένονται με απολυμαντικό όπως και τα λοιπά σκεύη. Όλα τα σκεύη που απολυμάνθηκαν στο δωμάτιο μετά την απολύμανσή τους τοποθετούνται έξω σε καθαρό χώρο.

Στη Συνέχεια γίνεται απολύμανση στα έπιπλα, οριζόντιες επιφάνειες, στους τοίχους όλων των χώρων, τα ντουλάπια, τα δάπεδα κ.λ.π με ψεκασμό απολυμαντικού αψιδεύης ή φαινόλης. Η απολύμανση χώρων (δωματίων κ.λ.π) με μέθοδο νεφέλης απολυμαντικού, αέρια κ.λ.π είναι ακατάλληλη μέθοδος.

Το δωμάτιο μετά το ψεκασμό δε χρειάζεται να μείνει στην κατάσταση αυτή επί πολύ. Πέρα από 3 ώρες το απολυμαντικό έχει ήδη δράσει στα μικρόβια.

Μετά τη πάροδο της περιόδου αυτής το προσωπικό καθαριότητας μπορεί χωρίς προστατευτική ενδυμασία πλέον να φροντίσει τις λεπτομέρειες πλυσίματος και γενικώς τακτοποίησης του δωματίου για να στρωθεί το κρεβάτι κ.λ.π για εισαγωγή νέου αρρώστου.

Στην περίπτωση που δεν υπάρχει ψεκαστήρας, η απολύμανση γίνεται με απλό πλυσίμο όλων των τοίχων και επιφανειών με τα ίδια απολυμαντικά ως εξής:

Το Προσωπικό με προστατευτική ενδυμασία πλένει

1) Όλα τα έπιπλα, οι οριζόντιες επιφάνειες, το κρεβάτι, κ.λ.π με το ίδιο απολυμαντικό.

2) Οι τοίχοι πρέπει να πλυθούν χαμηλά με το ίδιο απολυμαντικό επειδή μπορεί να έχουν μολυνθεί με μολυσμένα σωματικά υγρά. Το ίδιο γίνεται και με το δάπεδο.

3) Οι κουρτίνες στέλνονται στο πλυντήριο, παρ' ότι δεν κάθονται μικρόβια σ' αυτές, μπορεί όμως να λερώθηκαν από κηλίδες μολυσμένων υγρών.

4) Τα σφουγγαρόπανα και πανιά που χρησιμοποιήθηκαν μετά την καθαριότητα επίπλων τοίχων και δαπέδων, αν πρόκειται ν' απολυμανθούν στο νοσηλευτικό τμήμα, πρέπει να πλυθούν καλά σε καθαρή διάλυση απολυμαντικού κατ' αρχήν. Μετά πρέπει να μείνουν μέσα στον κουβά βουτηγμένα σε άλλη καθαρή διάλυση σκευάσματος αλδεύδης ή φαινόλης επί 3 ώρες. Ο κουβάς πριν τη διάλυση να έχει πλυθεί και αυτός εξωτερικά με την ίδια διάλυση.

Μετά τη διαδικασία αυτή τα σφουγγαρόπανα πρέπει να σταλούν στο πλυντήριο με το μολυσμένο ιματισμό. Στην περίπτωση αυτού του τρόπου απολύμανσης πλυσίματος, με το χέρι του δωματίου δε χρειάζεται δεύτερη καθαριότητας όπως περιγράφηκε στην πρώτη περίπτωση του ψεκασμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ AIDS

ΙΙΙ 1 Εισαγωγή αρρώστου με AIDS

1) Η αξιολόγηση και προετοιμασία του αρρώστου κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο πρέπει να περιλαμβάνει:

- α. Τη διανοητική και ψυχική του κατάσταση.
- β. Την παραχώρηση ιδιαίτερου δωματίου.
- γ. Συντονισμό διδασκαλίας και φροντίδα του.
- δ. Ατομική υγιεινή και οδηγίες.
- ε. Επισκέπτες.

α. Η διανοητική και ψυχική κατάσταση του αρρώστου διαχωρίζεται σε τρεις κατηγορίες:

1- Αρρώστος καλά προσανατολισμένος χωρίς τραύματα ή πληγές και ικανός να καταλάβει και να εφαρμόσει καλή ατομική υγιεινή.

2- Αρρώστος καλά προσανατολισμένος με τραύμα ή πληγές και ικανός να καταλάβει και να εφαρμόσει ατομική υγιεινή.

3- Αρρώστος αποπροσανατολισμένος ή απροσάρμοστος ή κατάκοιτος (μέ ή χωρίς πληγές)

β. Παραχώρηση ιδιαίτερου δωματίου επιβάλλεται σε όλους τους αρρώστους όλων των παραπάνω κατηγοριών.

γ. Συντονισμός διδασκαλίας και φροντίδας αρρώστου.

Πρέπει να γίνεται με τη συμμετοχή όλων των γιατρών και των αδελφών που πρέπει να τον διδάξουν. Εκτός αυτού η ομάδα φροντίδας είναι υπεύθυνη για την εφαρμογή των προφυλάξεων που έχουν ορισθεί. Όλη η προς τον άρρωστο συμπεριφορά και ο τρόπος αντιμετώπισής του πρέπει να εί-
είναι ομοιόμορφη και σταθερή απ' όλο το προσωπικό.

δ. Η προσωπική υγιεινή του αρρώστου.

Σε συνεργάσιμο άρρωστο συνιστάται και διδάσκεται ότι κατά το διάστημα της νοσηλείας του πρέπει να τηρεί τα κάτωθι :

-Να έχει υπόψη του πώς γίνεται η μόλυνση με μικρόβια ή ιούς (π.χ άπλυτα χέρια, αίμα, κόπρανα, κ.λ.π)

-Να χρησιμοποιεί καλή τεχνική όταν βήχει δηλαδή να σκεπάζει το στόμα του και να χρησιμοποιεί χαρτομάνδηλα. Όταν έχει πτύελα τα χαρτομάνδηλα πρέπει να τοποθετούνται σε μικρό αδιάβροχο σάκκο που αφού δεθεί θα πετιέται στο μεγάλο σάκκο των μολυσμένων σκουπιδιών.

Η Επιτροπή Λοιμώξεων, η Υπηρεσία καθαριότητας, η κοινωνική και η ψυχιατρική υπηρεσία πρέπει να ενημερωθούν άμεσα για την εισαγωγή του αρρώστου.

ε. Οι επισκέπτες.

-Το επισκεπτήριο θα είναι περιορισμένο και υπό τον έλεγχο της υπεύθυνης αδελφής του τμήματος.

-Ειδική ενημέρωση των επισκεπτών θα γίνεται από την υπεύθυνη αδελφή όσον αφορά.

-Τις εξυπηρετήσεις και τους χώρους που μπορούν ή δε μπορούν να χρησιμοποιούν π.χ μπορεί να πρέπει να περιο-

ρισθούν μόνο στο δωμάτιο του αρρώστου όταν κριθεί απαραίτητο.

-Τις προφυλάξεις που πρέπει να παρθούν πριν μπουν και όταν φεύγουν από το δωμάτιο του αρρώστου π.χ πλύσιμο χεριών, χρήση ρόμπας κ.λ.π και σωστή απόρριψη της προστατευτικής ενδυμασίας σύμφωνα με την καθορισμένη τεχνική.

-Απαγόρευση χρήσης της τουαλέτας του αρρώστου από τους επισκέπτες και γενικά χρήσης κοινόχρηστων χώρων και αντικειμένων (κουζίνες - ψύκτες κ.λ.π) κατά τη διάρκεια της επίσκεψής τους στον άρρωστο.

III.2 Νοσηλεία ασθενούς με AIDS

Η νοσηλεία του αρρώστου που πάσχει από το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας αποτελεί σήμερα προκλήση για βελτίωση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, όχι μόνο λόγω της βαρύτητας της νόσου αλλά και γιατί η νόσος συνδέεται με την απομόνωση και την κοινωνική απόρριψη.

Η ανάγκη ανάπτυξης νέων τρόπων προσέγγισης και ικανοποίησης των βιο - ψυχο - κοινωνικών αναγκών του αρρώστου με AIDS είναι επιτακτική, αφού το νόσημα είναι νέο, μεταδοτικό, αθεράπευτο προς το παρόν, με ταχύτατη επέκταση, θανατηφόρα εξέλιξη και με τεράστιες κοινωνικοοικονομικές και ψυχολογικές επιπτώσεις.

Τελευταία γίνεται ενημερωτική εκστρατεία με σκοπό να διαλύσει τις άβυσσες φοβίες που τείνουν να γίνουν πιο επικίνδυνες και από αυτό το ίδιο το σύνδρομο.

Η Νοσηλευτική, που ανήκει στα ανθρωπιστικά επαγγέ-

λατα, συμμετέχει στους κοινωνικούς προβληματισμούς, προσπαθώντας έτσι να αντιρροπίσει τις απρόσωπες τάσεις της εποχής μας, επιταχύνοντας τα βήματα της σε μια προσωπική και ανθρωπιστική συνάντηση με τον άρρωστο.

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Συνήθως οι ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο περνούν από τα Εξωτερικά Ιατρεία.

Στη βιβλιογραφία για του ασθενείς με AIDS ή φορείς του AIDS αναφέρεται ότι καλό θα είναι να υπάρχει πρόβλεψη να έχουν το δικό τους ιατρείο, με τον αντίστοιχο χώρο παραμονής και μόνιμο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, που θα αναλάβει την παροχή φροντίδας στον άρρωστο ή την εισαγωγή στο νοσοκομείο.

Η νοσηλεία του αρρώστου στην οποία θα αναφερθούμε στη συνέχεια, στηρίζεται στην οριστική θεώρηση των βιολογικών, ψυχικών, πνευματικών αναγκών του αρρώστου.

ΦΑΣΜΑ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ

Οι άρρωστοι που νοσούν από AIDS εμφανίζουν ένα μεγάλο φάσμα βιολογικών αναγκών. Οι κυρίαρχες ανάγκες είναι

1. Ανάγκη διατηρήσεως ελεύθερης αναπνευστικής οδού.
2. Ανάγκη σωστή διατροφής
3. Ανάγκη επαρκούς λήψεως υγρών
4. Ανάγκη αποβολής απεκκριμάτων
5. Ανάγκη ατομικής καθαριότητας
6. Ανάγκη παρακολούθησης της θερμοκρασίας του σώματος

7. Ανάγκη κίνησης και μετακίνησης
8. Ανάγκη ασφαλούς περιβάλλοντος
9. Ανάγκη επαρκούς αναπαύσεως και ύπνου.

ΟΙ ΨΥΧΙΚΕΣ, ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΕΙΝΑΙ:

1. Ανάγκες επικοινωνίας.
2. Ανάγκες διατηρήσεως της ψυχικής ισορροπίας.
3. Ανάγκες εργασίας και ψυχαγωγίας
4. Ανάγκες εκπαιδευτικές
5. Ανάγκες λατρείας της δικής του πίστης, και
6. Ανάγκες που σχετίζονται με την τελική φάση της ζωής του καθώς και τις μεταφυσικές.

ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Τα προβλήματα που προσδευτικά οι άρρωστοι μας παρουσιάζουν είναι: βήχας, απόχρεμψη, δύσπνοια, κυάνωση, δυσφαγία, υποσιτισμός, απώλεια βάρους, έμετοι, διάρροια, ολιγουρία, ακράτεια ούρων και κοπράνων, αφυδάτωση, ηλεκτρονικές διαταραχές, πυρετός και νυκτερινές επιδρώσεις μυϊκή ατροφία, έλκη, φλεβίτιδα, πόνος, ίλιγγοι, νοσοκομειακές λοιμώξεις, ατυχήματα, μειωμένος προσανατολισμός, ανικανότητα αυτοφροντίδας.

Οι νοσηλευτικές μας παρεμβάσεις καλύπτουν τα προαναφερθέντα προβλήματα ως εξής:

- Χορηγείται οξυγόνο (O₂) με παράλληλο έλεγχο αερίων αίματος.
- Γίνονται συχνές αναρροφήσεις εκκρίσεων όταν υπάρχει ανάγκη. Επειδή ένας παροξυστικός βήχας μπορεί να απελευ-

θερώσει μολυσμένα σταγονίδια κατά τη διάρκεια της αναρροφήσεως. πρέπει ο νοσηλεύων να προστατευθεί γε γάντια μιάς χρήσεως, πλαστική ποδιά, μάσκα ενισχυμένου φίλτρου και ειδική προστασία για τα μάτια.

-Καθημερινά ζυγίζουμε τον άρρωστο. Χορηγούμε τροφές πλούσιες και περιεκτικές εξασφαλίζοντας συγχρόνων θρεπτικό και θερμιδικό ισοζύγιο. Η χορήγηση τροφής γίνεται από το στόμα ή από μόνιμο ρινογαστρικό σωλήνα. Τα γεύματα μπορεί να είναι συχνά και μικρά ανάλογα με την ανοχή του αρρώστου. Όταν ο άρρωστος έχει τάση για εμετό χορηγούμε αντιεμετικό μια ώρα προ του γεύματος.

-Φροντίζουμε για την ενδοφλεβια ενυδάτωση, ενθαρρύνουμε τη λήψη υγρών από το στόμα και καταγράφουμε τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά.

-Οι άρρωστοι νοσηλεύονται σε μονόκλινο δωμάτιο με ατομική τουαλέτα για να διευκολύνεται ο έλεγχος των μολύνσεων.

-Εκτιμάται το επίπεδο ανεξαρτησίας του αρρώστου και ενθαρρύνεται όσο είναι δυνατόν για αυτοβοήθεια.

-Εάν παρατηρήσουμε ότι ο άρρωστος ξυπνά πολύ πρωί, πράγμα που μπορεί να οφείλεται σε κλινική κατάθλιψη, σημειώνεται και αναφέρεται, διότι ενδεχομένως να χρειαστεί ειδική θεραπεία.

-Οι κατακεκλιμένοι πρέπει να υπόκεινται σε παθητικές και ενεργητικές κινήσεις των άκρων και συχνή αλλαγή θέσεως. Στους ασθενείς με ελάχιστη κινητικότητα πρέπει να εφαρμόζουμε την κλίμακα Norton.

-Προστατεύουμε τον ασθενή μας από νέες μολύνσεις, μειώ-

νοντας την έκθεσή του σε επιπρόσθετο κίνδυνο ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων.

-Εκτιμούμε τη φυσική του κατάσταση (π.χ αν βλέπει, αν υπάρχει ιστορικό ιλύγγου, σπασμών ή εμπειρία πτώσεων) και τη δυνατότητα για επικοινωνία και συνεργασία. Προκειμένου να εξασφαλίσουμε τον ασθενή από τις πτώσεις, αφαιρούμε τα εμπόδια, καρέκλες και άλλα αντικείμενα από το δρόμο του, αποκαθιστούμε μια πιθανή φθορά του δαπέδου κ.α. Τέλος αν ο άρρωστος μας, βρίσκεται σε κατάσταση συγχύσεως ή υπό την επιρροή ηρεμιστικών φαρμάκων τον τοποθετούμε σε χαμηλό κρεβάτι με προφυλακτήρες. Σε ερευνητική εργασία που έγινε σχετικά με τις " πτώσεις των ασθενών " αναφέρεται ότι από τους επτά (7) ασθενείς με AIDS που νοσηλεύτηκαν σε κεντρικό νοσοκομείο της Αθήνας, οι τέσσερις (4), δηλαδή ποσοστό πάνω από 50%, έπεσαν, επιβαρυνόμενοι με όλα τα επακόλουθα μιας πτώσεις.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΦΑΙΡΑ ΨΥΧΟΠΝΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ.

Ιδιαίτερα φορτισμένη είναι η σφαίρα των ψυχικών, πνευματικών και κοινωνικών αναγκών των αρρώστων που πάχουν από τη νεοφανή νόσο του AIDS.

Οικονομικά προβλήματα, υποβάθμιση της αυτοεκτίμησης αποθάρρυνση, θλίψη, ενοχή, οικογενειακή και κοινωνική απόρριψη και απομόνωση, μοναξιά, άγχος, ανησυχία,

θηροσκευτική στέρηση, φόβοι του επερχόμενου θανάτου και άλλα έντονα υποκειμενικά βιώματα που καλύπτει ο άρρωστος με τη σιωπή του.

Τα προβλήματα μεγιστοποιούνται εξαιτίας του στιγματισμένου αντίκτυπου που δημιουργεί η φύση της νόσου στο στενότερο και ευρύτερο περιβάλλον του αρρώστου.

Όλες οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρέπει να διαπνέονται από συστηματική ψυχολογική υποστήριξη των αρρώστων μας που πάσχουν από AIDS.

Ο θεραπευτικός διάλογος αποτελεί προϋπόθεση για αποδοχή και αυτοέκφραση. Ο καλός ακροατής είναι ο καλύτερος γιατρός για τον πάσχοντα κατά τη σκέψη και το συναίσθημα.

Σε τέτοιο κλίμα πρέπει να συζητούνται οι φόβοι και οι αγωνίες του αρρώστου, τονίζοντας τις λογικές αντιμετώπισεις των αιτιών που προκαλούν το stress.

Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να συμμετέχει σε ευκαιρίες ψυχαγωγίας, εκπαίδευσης, μέσα στους περιορισμούς βέβαια που του θέτει η νόσος. Εάν το επιθυμεί ο άρρωστος διευκολύνουμε τους επισκέπτες δίνοντας οδηγίες για τα προφυλακτικά μέτρα που πρέπει να λάβουν.

Για τους ασθενείς που έχουν εγκαταληφθεί από φίλους και συναδέλφους πρέπει να αναζητήσουμε εθελοντές που θα τους ονομάσουμε " ομάδες στήριξης ".

Εδώ αξίζει να αναφερθεί η μεγαλύτερη εθελοντική οργάνωση συμπαράστασης για ασθενείς που πάσχουν από AIDS, η " Terrece Higgiours Trust " στο Λονδίνο, η οποία δέχεται τηλεφωνικές κλήσεις όλη την εβδομάδα και διαθέ-

τει περισσότερες ώρες τα Σαββατοκύριακα για επισκέψης.

Η απομόνωση του αρρώστου και οι ενοχές του μπορεί να φέρουν θρησκευτική στέρωση. Παρεμβαίνουμε όταν το ζητήσει ο άρρωστος δίνοντάς του ευκαιρία να εκπληρώσει τα θρησκευτικά του καθήκοντα.

Σε αντίθεση με τον αρχικό σκοπό του Νοσοκομείου, που είναι " η διατήρηση της ζωής ", έρχεται ο θάνατος. Είναι σπάνιο ένας σοβαρά ασθενής από AIDS να μη ξέρει ότι πεθαίνει.

Ανάμεσα στα επαγγέλματα υγείας ο γιατρός και η νοσηλεύτρια ζουν πιο κοντά τις ψυχολογικές αντιδράσεις του αρρώστου που πεθαίνει και όταν η ιατρική παρέμβαση σταματάει, η Νοσηλευτική συνεχίζει να προσφέρει φυσική άνεση, κατανόηση, συμπάρασταση μέχρις ότου οι ψυχολογικοί μηχανισμοί που κινητοποιεί ο άρρωστος καταλήξουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα της αποκατάστασης, της παραδοχής ή της ολοκλήρωσης της εμπειρίας όπως περιγράφεται η τελική φάση του θανάτου από τους Engle, Kublet, Ross και Cullo et al αντίστοιχα.

Βέβαια για να μπορεί η νοσηλευτική προσέγγιση να αντιληφθεί και αξιολογήσει όλα τα μηνύματα που εκπέμπονται από τις διάφορες φάσεις που διέρχεται ο άρρωστος, θα πρέπει να υπάρχει ποσοτική και ποιοτική επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού, εκπαίδευση και άλλες προϋποθέσεις που θα εξασφαλίσουν την υποδομή.

Το σώμα του νεκρού φροντίζεται με τον πρέποντα σεβασμό και σύμφωνα με τις υποδείξεις του Υπουργείου Υγείας.

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Συχνά η είσοδος του αρρώστου στο Νοσοκομείο κατά την αρχή της νόσου, δίνει την ευκαιρία στον άρρωστο να μάθει τα σχετικά με τη νόσο, να ελεγχθεί η τυχόν ευαισθησία σε κάποιο φάρμακο και να προσαρμοστεί σε πειθαρχημένη θεραπεία. Αυτή η εισαγωγή αποτελεί μια καλή προετοιμασία για την ακόλουθη νοσηλεία του αρρώστου στο σπίτι. Αναμφισβήτητα είναι γνωστό ότι το καλύτερο περιβάλλον για όλες τις ηλικίες είναι αυτό της οικογένειας.

Σε μια αρμονική οικογένεια όλα τα μέλη συμπεριφέρονται φυσικά και ελεύθερα μεταξύ τους απολαμβάνοντας το καθένα χωριστά το σεβασμό και την αγάπη όλων των άλλων.

Μια οικογένεια με τέτοια υποδομή που νοσηλεύει άρρωστο με φυματίωση, με καρκίνο, με ψυχικό νόσημα και άλλα χρόνια νοσήματα, γιατί σήμερα θα πει όχι στον άρρωστο που πάσχει από AIDS; Γιατί θα του στερήσει να ζήσει μέσα στην οικογενειακή του θαλπωρή το υπόλοιπο της ζωής του;

Είναι πολλά τα ερωτηματικά και ίσως, αναπάντητα.

Παράγοντες που ρυθμίζουν κατά πόσο ο ασθενής μπορεί να νοσηλευτεί στο σπίτι ή όχι είναι:

1. Ιατρική συγκατάθεση
2. Οργανωμένη υπηρεσία για τη φροντίδα στο σπίτι (οίκει νοσηλείας)
3. Η οικονομική κατάσταση της οικογένειας

4. Η δυνατότητα παραχώρησης μοναχικού δωματίου που πιστεύουμε ότι παρέχει ευνοϊκές συνθήκες ανάπαυσης αλλά και πρόληψης διασποράς της νόσου.

5. Η προσαρμογή της οικογένειας σε νέο πρόγραμμα ζωής.

6. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις αρρώστου - οικογένειας και άλλοι παράγοντες. Μια καλά οργανωμένη υπηρεσία " οίκοι νοσηλείας " που θα συνδέει τον άρρωστο στο σπίτι με το Νοσοκομείο, θα μπορεί να ελαχιστοποιήσει κάποιους παράγοντες, ώστε ο άρρωστος να νοσηλεύεται στο φυσικό του περιβάλλον. Η κοινοτική νοσηλεύτρια καλείται να νοσηλεύσει τον άρρωστο και να κινητοποιήσει τα μέλη της οικογένειας για περαιτέρω συνεργασία. Ενημερώνει τους οικείους για τα πιθανά συμπτώματα που μπορεί να παρουσιαστούν και δίνει έμφαση στον κίνδυνο των λοιμώξεων. Με κάθε λεπτομέρεια πρέπει να δίνει πρακτικές οδηγίες για το συχνό πλύσιμο των χεριών, τη φύλαξη και καθαριότητα των προσωπικών αντικειμένων του αρρώστου, το πλύσιμο των πιάτων, τη συγκέντρωση των ρούχων του όπως και το πλύσιμό τους στο χέρι ή στο πλυντήριο, την καθημερινή καθαρότητα, την ιδιαίτερη επιμέλεια των σωματικών υγρών, την απομάκρυνση αιχμηρών αντικειμένων ώστε να προληφθεί ενδεχόμενος τραυματισμός, τη συγκέντρωση και απομάκρυνση των απορριμάτων.

Επίσης θα αναφερθούμε σε προφυλακτικά μέτρα για την προστασία των συγγενών και την τυπική διαδικασία όταν συμβεί ο θάνατος του αρρώστου στο σπίτι.

Η κοινωνική νοσηλεύτρια όταν απευθύνεται στον φορέα AIDS πρέπει να τονίσει ιδιαίτερα την επιμελημένη φροντίδα που πρέπει να δώσει σε ενδεχόμενο τραυματισμό του, την ατομική του υγιεινή με είδη αποκλειστικής και όχι κοινής χρήσης, τις δυνατότητες προσαρμογής σε νέους τρόπους ζωής.

Πολλοί πιστεύουν ότι τα άτομα που έχουν μολυνθεί όταν εντοπίζονται πρέπει να απομονώνονται. Ετσι πιστεύεται ότι ο έλεγχος της διασποράς του ιού είναι πιο εύκολος και αποτελεσματικότερος.

Η τελευταία αυτή σκέψη έχει επιφέρει μεγάλη κοινωνική αναστάτωση, ειδικά στην Αμερική, όπου σε ορισμένες Πολιτείες οι κάτοικοι έχουν χωριστεί σε δύο παρατάξεις. Αυτούς που πιστεύουν ότι η απομόνωση δεν έχει θέση στον έλεγχο του AIDS και αυτούς που πιστεύουν ότι είναι ένας τρόπος να ελεγχθεί η νόσος.

Δεν νικάμε το AIDS περιορίζοντας τα θύματά του σε κελιά απομόνωσης. Το μόνο σίγουρο όπλο που έχουμε στα χέρια μας αυτή τη στιγμή είναι οι γνώσεις για τους τρόπους μετάδοσης του ιού.

Η γνώση είναι το πρώτο βήμα της πρόληψης, ενώ η άγνοια, ο φόβος και η αναβολή της διαφώτισης είναι οι πιο δυνατοί σύμμαχοι του ιού.

III 3. Εκτέλεση Θεραπευτικών ή Διαγνωστικών επεμβατικών πράξεων.

Το CDC στις πρόσφατες (Αύγουστος 1987) συστάσεις του για τις προφυλάξεις από το AIDS θεωρεί ότι για την περίπτωση αυτή επεμβατικές πράξεις είναι οι εξής:

- 1) Η χειρουργική είσοδος στους ιστούς, τις κοιλότητες του σώματος ή οργάνων, η συρραφή τραυματισμών στο χειρουργείο, στις αίθουσες τοκετών στα επείγοντα και στα εξωτερικά ιατρεία.
- 2) Ο καθετηριασμός καρδιάς και οι αγγειογραφίες.
- 3) Οι τοκετοί και κάθε άλλη μαιευτική διαδικασία κατά την οποία μπορεί να συμβεί αιμορραγία κ.α.
- 4) Ο χειρισμός, τομή ή αφαίρεση οποιουδήποτε στοματικού ή περισοτικού ιστού, συμπεριλαμβανόμενης και της διόρθωσης δοντιών, κατά τις οποίες συμβαίνει ή μπορεί να συμβεί αιμορραγία.

Κατά τις πράξεις αυτές πρέπει να τηρούνται οι καθολικές προφυλάξεις αίματος και σωματικών υγρών πάντοτε απ' όλο το προσωπικό, για όλους τους αρρώστους που είναι οι εξής:

- 1) Όλο το προσωπικό που συμμετέχει σ' αυτές τις επεμβατικές πράξεις πρέπει κατά ρουτίνα να χρησιμοποιεί τις προφυλάξεις φραγμού για πρόληψη δερματικής ή βλεννογόνιου επαφής με το αίμα και άλλα σωματικά υγρά των ασθενών.

Όπου αναμένεται εκτόξευση υγρών ή σταγονιδίων αίματος ή άλλων σωματικών υγρών ή εκτόξευση τεμαχιδίων οστών, πρέπει να χρησιμοποιούνται προστατευτικά γυαλιά και ασπίδες προσώπου. Εκτός αυτών επιβάλλεται η ρόμπα, η ποδιά από υλικό αντοχής στη διάβρωση.

Το προσωπικό που ασχολείται με τοκετούς ή καισαρικές τομές πρέπει να φορεί γάντια και ρόμπα όταν χειρίζεται τον πλακούντα ή το νεογνό μέχρις ότου πλυθεί από αίμα και αμνιακό υγρό, όπως και να φορεί γάντια όταν περιποιείται αργότερα τον ομφαλό του.

2) Αν σχισθεί το γάντι κατά τη διαδικασία ή αν συμβεί τρύπημα με βελόνα ή κόψιμο, το γάντι πρέπει να αλλάχθει αμέσως μόλις το επιτρέπει η ασφάλεια του αρρώστου. Το ίδιο πρέπει να απομακρυνθεί από το πεδίο, το εργαλείο ή βελόνα του τρυπήματος.

III.4 Συλλογή και μεταφορά εργαστηριακών δειγμάτων

Οδηγίες για τον συλλέκτη:

-Βεβαιωθείτε ότι το δοχείο του δείγματος (σωληνάριο, τρυβλίο κ.λ.π.) είναι κλεισμένο σφικτά με πώμα πριν το βάλετε σε πλαστικό σάκκο για να ελατώσετε τον κίνδυνο της τυχόν διαρροής.

-Αν η εξωτερική επιφάνεια του δοχείου έχει λερωθεί από το περιοχόμενο καθαρίστε την με φαινολικό απολυμαντικό για να προλάβετε τη μόλυνση του προσωπικού του εργαστήριου.

-Μαρκάρετε το δοχείο με τ' όνομα του αρρώστου και επί πλέον βάλετε ετικέτα μόλυνσης.

-Τοποθετήστε το καθαρό σφραγισμένο δοχείο σε αδιάβροχο σάκκο που κλείνει σε φερμουάρ (Αν υπάρχει βλάβη στο σάκκο μη χρησιμοποιήσετε καρφίτσα για κλείσιμο. Προτιμάται η χάρτινη ταινία TESA).

-Μαρκάρετε το σάκκο με το δείγμα και το παραπεμπτικό με τ' όνομα του αρρώστου και την ετικέτα κινδύνου. Μη βάζετε το παραπεμπτικό στο εσωτερικό του πλαστικού σάκκου αλλά κολλήστε το απ' έξω ή φυλάξτε το χωριστά.

Οδηγίες για το μεταφορά:

-Κρατάτε πάντα το δείγμα ορθό για ν' αποφύγετε διαρροή.

-Πλύνετε τα χέρια σας μετά τη παράδοση του δείγματος στο εργαστήριο.

-Η μεταφορά πρέπει να γίνει το ταχύτερο δυνατό μετά τη συλλογή του δείγματος.

-Όταν συμβεί διαρροή:

α) πρίν φύγει το δείγμα από το νοσηλευτικό τμήμα τότε δε πρέπει να σταλεί πρίν καθαριστεί, μπει σε νέο σάκκο ή πεταχθεί και ληφθεί άλλο καθαρό δείγμα από τον άρρωστο.

β) αν η διαρροή γίνει κατά τη μεταφορά και είναι έξω από πόμα του σωληναρίου, μέσα είτε κι έξω από τον αδιάβροχο σάκκο μη το δώσετε στο εργαστήριο αλλά.

-Επιτρέψτε το δείγμα στο τμήμα, ενημερώστε τον αποστολέα του για να παρθεί απόφαση αν το δείγμα θα σταλλεί σε καθαρό σάκκο ή αν πρέπει να πεταχθεί και να παρθεί φρέσκο δείγμα από τον άρρωστο.

-Τα δείγματα των μολυσμένων αρρώστων μεταφέρονται ξεχωριστά από τα δείγματα των άλλων και παραδίδονται στο αρμόδιο εργαστήριο σε γιατρό.

III.5. μεταφορά αρρώστου με άλλους χώρους νοσοκομείου.

Ο μολυσμένος άρρωστος πρέπει να μεταφέρεται για εξετάσεις κ.τ.λ εκτός του δωματίου του μόνο όταν είναι εντελώς αναγκαίο.

Στις περιπτώσεις αυτές αν είναι:

α) Περιπατητικός: Δεν χρειάζεται προφυλάξεις

β) Αν ο άρρωστος έχει τραύματα ανοιχτά, ενδοφλέβιο κ.τ.λ, τότε:

-Σκεπάστε τα τραύματα με στενή γάζα ή απορροφητικό υλικό και.

-Σκεπάστε τον άρρωστο με καθαρό σεντόνι.

-Αν ο άρρωστος με AIDS είναι σ'εντατική θεραπεία που χρειάζεται αναρρόφηση και αναπνευστήρα:

-Μεταφέρετε τον άρρωστο με αεραγωγό και AMBU και βεβαιωθείτε ότι στο χώρο προορισμού υπάρχουν τα μέσα να δοθεί σωστή φροντίδα.

Τονίζεται ότι:

Για το συνεργάσιμο άρρωστο χωρίς πληγές και αιματηρές πράξεις δε χρειάζονται προφυλάξεις μεταφοράς.

III.6. Μεταχείρηση και απόρριψη σωματικών ακκρίσεων μολυσμένων εργαλείων και αιχμηρών αντικειμένων.

Η μεγαλύτερη προσοχή πρέπει να δίνεται όταν γίνεται επαφή κυρίως με το αίμα. Για λοιπά υγρά του σώματος (πλευρικό, περιτοναϊκό), εκκρίσεις και απεκκρίσεις, οι προφυλάξεις εξαρτώνται από την κατάσταση του αρρώστου.

Διαφορά μολυσμένων υγρών σε επιφάνεις.

Το νοσηλευτικό προσωπικό και το τμήμα καθαριότητας πρέπει να συνεργαστούν και να συντονιστούν στις περιπτώσεις που από ατύχημα πέσουν σωματικά υγρά ή εκκρίσεις στο δάπεδο ή άλλες επιφάνειες.

Η αντιμετώπιση αυτών των συμβάντων περιλαμβάνει απολύμανση ή αποστείρωση σκευών και εργαλείων και απολύμανση επιφανειών που πρέπει να καθαριστούν αμέσως.

Οδηγίες:

-Αρχικά απορροφήστε κηλίδες αίματος ή υγρού που έπεσαν σε έπιπλα ή μηχάνημα με κάποιο απορροφητικό υλικό π.χ. χαρτοβάμβακο.

-Πετάξτε το στη λεκάνη της τουαλέτας.

-Μετά καθαρίστε την επιφάνεια με πανί βουτηγμένο σε απολυμαντικό Αλδεύδης ή φαινόλης. Αφήστε τη διάλυση να μείνει περίπου 20 λεπτά και ξεπλύνετε. Πετάξτε το πανί στα μολυσμένα σκουπίδια.

-Αν τα υγρά έπεσαν στο δάπεδο, ρίξτε επάνω απορροφητικό υλικό και απολυμαντικό.

-Αφήστε το 20 λεπτά και πετάξτε το στο σάκκο μολυσμένων σκουπιδιών ή στην τουαλέτα. Σφουγγαρίστε με απολυμαντικό.

-Για απορροφητικό υλικό μπορεί να χρησιμοποιηθεί υποχλωριώδες νάτριο(χλωρίνη).

ΠΡΟΣΟΧΗ Επισημαίνεται ότι χρήση πλαστικών σφουγγαριών για οποιαδήποτε χρήση απαγορεύεται αυστηρά σ' όλο το περιβάλλον του Νοσοκομείου. Η υγρασία μέσα στο σφουγγάρι επωάζει τα μικρόβια.

Εκκρίσεις και απεκκρίσεις.

Κόπρανα-ούρα: Όταν χρησιμοποιηθεί δοχείο στον άρρωστο, σκεπάσετε το υλικό της κένωσης ή τα ούρα του δοχείου ή του σάκκου με αρκετή ποσότητα διάλυσης φορμόλης 5% για 10 λεπτά και μετά ρίξτε το στη λεκάνη της τουαλέτας, αλλά και φαινολικό απολυμαντικό.

Βελόνες και αιχμηρά αντικείμενα.

-Για να αποφύγετε ατύχημα "τρύπημα με τη βελόνα" μην ξανασκεπάζετε ποτέ τη βελόνα με την πλαστική θήκη της πριν την πετάξετε.

-Πετάξετε τις βελόνες και τα αιχμηρά αντικείμενα κατ'ευθείαν σε στερεό ευρύστομο πλαστικό δοχείο, τοποθετημένο σε εύκολη θέση στο δωμάτιο.

Το δοχείο πρέπει να έχει ετικέτα μόλυνσης και βιδωτό πώμα που θα το κλείνετε πριν το δώσετε στα σκουπίδια. Το δοχείο απομακρύνετε όταν είναι γεμάτο κατά τα 2/3 και όχι εντελώς για ν' αποφύγετε ατύχημα τρυπήματος. Σύριγγες πολλαπλής ή μιας χρήσης.

Αν χρησιμοποιούνται γιάλινες σύριγγες πρέπει αφού αποσυναρμολογηθούν να ρίπτονται σε δοχεία με απολυμαντικό πριν πλυθούν για να σταλλούν στην αποστείρωση. Αν χρησιμοποιούνται πλαστικές σύριγγες που προορίζονται σε κλίβανο αποτεφρωτικό, πετιούνται απλώς σε δοχείο ή κόκκινο πλαστικό σάκκο (δηλαδή αυτών των μολυσμένων σκουπιδιών). Προσέξτε μην υπάρχουν μαζί και βελόνες ή άλλα αιχμηρά αντικείμενα.

Αν οι πλαστικές σύριγγες δε μπορεί να καούν, καλά είναι μετά τη χρήση τους ν' απορροφάται απολυμαντικό (αλδεύδης ή φαινόλης) στη σάλπιγγα και όπως είναι να

ρίπτεται σε πλαστικό δοχείο που αφού γεμίσει κατά τα 2/3 κλείνεται με το βιδωτό πώμα του και στέλνεται στα σκουπίδια.

Εργαλεία (πολλαπλής ή μίας χρήσης)

Μετά τη χρήση:

Όλα τα εργαλεία πρέπει να απολυμαίνονται με χημική διάλυση αλδεύδης φαινόλης ή χλωρίνης. Μετά, τα εργαλεία πολλαπλής χρήσης ξεπλένονται και στέλνονται στην αποστείρωση. Αν υπάρχουν μίας χρήσης μπορούν να μπουν στο σάκκο με τ' άλλα σκουπίδια (βεβαιωθείτε ότι δεν μαζί τους βελόνες και αιχμηρά αντικείμενα).

III.7. Μεταχείριση βασικών υλικού και μηχανημάτων

Βασικές οδηγίες:

- Κρατήστε τα ίδια εφόδια (θερμόμετρο-σφυγμανόμετρο, στύλο ορθού κ.τ.λ.) μέσα στο δωμάτιο για όλη τη διάρκεια της παραμονής του αρρώστου.
- Τα αναλώσιμα εφόδια που μένουν στο δωμάτιο πρέπει να περιορίζονται μόνο στην ημερήσια αναγκαία ποσότητα.
- Κάθε όργανο ή μηχανήμα που βγαίνει από το δωμάτιο πρέπει ν' απολυμανθεί και να καθαριστεί σύμφωνα με τη καθορισμένη διαδικασία.
- Ατομικά αντικείμενα όπως ξυριστικές μηχανές, οδοντόβουρτσες κ.τ.λ. δεν πρέπει να μοιράζονται σ' άλλους.
- Στρώματα και μαξιλάρια πρέπει να είναι ντυμένα με αδιάβροχο. Μην χρησιμοποιείτε παραμόνες ή καρφίτσες που τρυπούν.

III.8. Δίσκος φαγητού.

Μόνο οι άρρωστοι που έχουν πληγές στο στόμα, ή αυτοί που δεν εφαρμόζουν υγιεινούς τρόπους την ώρα του φαγητού, σερβίρονται σε πιάτα και ποτήρια μιας χρήσης που πετιούνται με τα σκουπίδια του δωματίου. Οι λοιποί μπορούν να χρησιμοποιηθούν κανονικά σερβίτσια που πλένονται με κανονικό τρόπο ή που μετά το πλύσιμο, μουσκεύονται σε διάλυση χλωρίνης για 10 λεπτά.

Τα υπολείματα φαγητού από τα πιάτα μιας χρήσης όταν είναι ρευστά ή πολτώδη μπορούν να ρίχνονται στην τουαλέτα. Τα στερεά στα σκουπίδια του δωματίου.

III.9. Διδασκαλία του αρρώστου κατά την έξοδο.

Η ενημέρωση του αρρώστου είναι απαραίτητη για αποφυγή της μετάδοσης. Γι' αυτό πριν φύγει πρέπει να :

- Εξηγήστε τα προφυλακτικά μέτρα και την ανάγκη της συνεργασίας του.
- Τονίστε την ανάγκη πλύσιματος χεριών όπως έκανε και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του.
- Τονίστε τη σημασία προσωπική υγιεινής για να μη γίνει πηγή μόλυνσης στους άλλους.
- Τονίστε τη σημασία προφυλάξεων που ελαττώνουν τη διασπορά της λοίμωξης όπως:
 - Να ενημερώνει το προσωπικό υγείας πως είναι μολυσμένος π.χ. τον οδοντίατρο, χειρουργούς κ.τ.λ.
 - Να μη γίνει αιμοδότης.
 - Να αποφύγει εγκυμοσύνη μέχρι να γίνουν περισσότερα για το AIDS.

.Να μην μολύνει άλλους με σεξουαλική επαφή.

-Ν' αποφεύγει ανάμειξη σωματικών υγρών με χρήση προφυλακτικού.

-Να μη μοιράζετε βελόνες ενέσεων, ξυριστικές μηχανές ή άλλα εργαλεία με άλλους.

-Να καθαρίζει καλά και ν' απολυμαίνει τη τυχόν διασπορά από τα πιθανά μολυσματικά του υγρά, από τυχαία κοψίματα και άλλες πληγές.

III.10. Νεκρός άρρωστος.

-Το σώμα και ο φάκελλος του αρρώστου πρέπει όταν ετοιμασθούν να μαρκαρισθούν με κάρτα "Μολυσμένο, AIDS ή οηπτικό".

Οδηγίες:

-Αφαιρέστε με γάντια τους καθετήρες και σωλήνες από το νεκρό και πετάξτε τους στο σάκκο μολυσμένων σκουπιδιών, με την ανάλογη για τον καθένα προηγούμενη φροντίδα, δηλαδή οι φιάλες και τα υγρά από σάκκους αδειάζονται στην τουαλέττα κ.τ.λ.

-Επεδέσετε πειστικά τα σημεία των βελόνων ή τραυμάτων στο σώμα του νεκρού και περιποιηθείτε το σώμα.

-Ετοιμάστε το φορείο μεταφοράς νεκρού για το νεκροφυλάκιο ως εξής:

Ένα άτομο με καθαρή προστατευτική ενδυμασία.

-Στρώνει καθαρό σεντόνι στο φορείο

-Στη συνέχεια ανοίγει επάνω στο σεντόνι το καθαρό πλαστικό περιτύλιγμα " σάκκο νεκρού " έτοιμο ανοικτό για να δεχθεί το σώμα και κατόπιν εκτελεί μαζί με τους άλλους τις παρακάτω οδηγίες:

-Αφού δέσετε τα χέρια και περιποιείται το πρόσωπο, τυλίξετε το σώμα του νεκρού σε σεντόνι - σάβανο.

(Ο μολυσμένος νεκρός δε ντύνεται με ρούχα αργότερα, ούτε και επιτρέπεται να ταριχευθεί).

-Με βοήθεια άλλου ή άλλων ατόμων μεταφέρετε το νεκρό και τοποθετείστε τον στο φορείο μέσα στον ανοικτό σάκκο

-Προσέξτε η εξωτερική επιφάνεια του σάκκου πρέπει να παραμένει καθαρή.

-Γι' αυτό στο σημείο αυτό ένα άτομο της ομάδας:

-Αλλάζει ρόμπα και γάντια και με προσεκτικές κινήσεις κλείνει και διπλώνει το πλαστικό σάκκο. Το μήκος του σάκκου που περισσεύει διπλώνετε επάνω από τα άκρα πόδια προς τα γόνατα και δένεται εξωτερικά με επίδεσμο στον οποίο και στερεώνεται και η κάρτα μόλυνσης.

Ο τυλιγμένος μ' αυτόν τον τρόπο νεκρός δε θεωρείται πλέον μολυσμένος για τους επόμενους χειρισμούς και μεταφορές ώσπου να τοποθετηθεί στο κατάλληλο φέρετρο, το οποίο δεν επιτρέπεται ν' ανοιχθεί πουθενά πλέον.

Οι συγγενείς ή φίλοι πρέπει να χαιρετίσουν το νεκρό στο δωμάτιο πριν ετοιμασθεί. Η Άδελφή πρέπει να είναι παρούσα για να αποτρέψει μεγάλη επαφή των συγγενών με τα σωματικά υγρά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναφερθούν γενικές πληροφορίες σχετικά με τα μέτρα για την προφύλαξη του προσωπικού κατά τη παροχή Πρώτων Βοηθειών στο χώρο του Νοσοκομείου.

Σε σχέση με τη μετάδοση του HIV, οι κυριότεροι λόγοι ανησυχίας κατά την παροχή Πρώτων Βοηθειών είναι η ανάνηψη στόμα με στόμα και η αντιμετώπιση των αιμορραγιών. Δύο περιπτώσεις όπου μπορεί να συμβεί με υγρά του σώματος άλλου ατόμου.

IV 1. Ανάνηψη στόμα με στόμα

Σε ασθενή που είναι αναισθητός και χωρίς φυσική αναπνοή (π.χ εξαιτίας καρδιακής προσβολής, ή κτυπήματος στο κεφάλι) είναι πιθανόν να απαιτηθεί ανάνηψη στόμα με στόμα. Η ανάνηψη πρέπει να αρχίσει αμέσως. Είναι πράξη διάσωσης της ζωής και δεν πρέπει να καθυστερεί εξαιτίας του φόβου προσβολής από τον HIV ή από άλλη λοίμωξη.

Μετάδοση του HIV δεν έχει ανιχνευθεί στο σάλιο, η παρουσία του είναι σε εξαιρετικά μικρή ποσότητα και καμιά περίπτωση μετάδοσης του ιού δεν έχει αναφερθεί, κατά την οποία να αποδεικνύεται ότι η μετάδοση έχει συμβεί με το σάλιο.

Αν και δεν έχει τεκμηριωθεί ποτέ, θεωρητικά υπάρχει κίνδυνος δυνητικής μετάδοσης του HIV, αν το άτομο που χρειάζεται ανάνηψη, αιμοραγεί από το στόμα. Το προσωπικό που προσφέρει Πρώτες Βοήθειες θα μπορούσε στην περίπτωση αυτή, να χρησιμοποιήσει καθαρό ύφασμα ή μαντήλι, όταν υπάρχει, για να απομακρύνει το αίμα από το στόμα του πάσχοντος. Επιστόμια, ασκί ανάνηψης ή άλλα αναπνευστικά μηχανήματα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο από άτομα που έχουν ειδικά εκπαιδευτεί στη χρήση τους. Η χρήση τους από το γενικό προσωπικό δεν συστήνεται, επειδή ο λαθεμένος χειρισμός τους πιθανόν να δημιουργήσει μεγαλύτερες βλάβες και αιμοραγία. Η απουσία τέτοιου εξοπλισμού δεν θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί σαν λόγος άρνησης της ανάνηψης στόμα με στόμα.

IV 2. Αιμοραγία

Ασθενείς με HIV που αιμορραγούν, πρέπει να τυγχάνουν άμεσης περίθαλψης. Το νοσηλευτικό προσωπικό δεν πρέπει να διστάσει να τους βοηθήσει, αφού μερικά τραύματα μπορεί να απειλήσουν τη ζωή των αιμορραγούντων (όπως π.χ αιμοραγία αρτηρίας).

Όταν είναι εφικτό, το προσωπικό πρέπει να καθοδηγήσει το άτομο που αιμορραγεί, να πιέσει, τό ίδιο, με δύναμη το τραύμα του χρησιμοποιώντας ένα καθαρό χονδρό ύφασμα. Αν το άτομο είναι αναίσθητο ή δεν συνεργάζεται ή αν το τραύμα είναι υπερβολικά μεγάλο ή έχει γίνει σε τέτοιο σημείο του σώματος που το άτομο δεν το φθάνει, ο Νοσηλευτής θα πρέπει να πιέσει στο σημείο του τραύματος

με ένα καθαρό ύφασμα ή άλλο υλικό, αποφεύγοντας την απευθείας επαφή με το αίμα. Αν υπάρχουν διαθέσιμα γάντια, πρέπει να χρησιμοποιούνται. Αν δεν υπάρχουν, ένα άλλο υλικό, όπως ύφασμα ή ρούχα, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για να εμποδίσει την επαφή του δέρματος με το αίμα. Παρόλα αυτά, αν η αιμορραγία απειλεί πραγματικά τη ζωή του ατόμου, η απουσία γαντιών δεν πρέπει να αποτελέσει λόγο άρνησης παροχής Πρώτων Βοηθειών. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να ληφθεί, για να εμποδιστεί η απευθείας επαφή του αίματος του τραυματία με μη ανέπαφο δέρμα ή με τους βλεννογόνους των ατόμων που χορηγούν τις Πρώτες Βοήθειες έλθουν σε επαφή με αίμα, πρέπει να προσέξουν να μη το φέρουν σε επαφή με τα μάτια ή το στόμα τους.

Τα χέρια πρέπει να πλυθούν με σαπούνι και νερό όσο το δυνατό γρηγορότερα μετά την παροχή των Πρώτων Βοηθειών.

IV 3. Καθαρισμός χυμένου αίματος.

Το χυμένο αίμα πρέπει να απορροφηθεί με απορροφητικό υλικό, όπως ύφασμα, ένα κουρέλι, χαρτί τουαλέτας ή χαρτοβάμβακο, προσέχοντας να αποφευχθεί η απευθείας επαφή με το δέρμα. Το διαποτισμένο με αίμα υλικό πρέπει να απορριφθεί προσεκτικά σε πλαστικό σάκκο και να καεί σε αποτεφρωτικό κλίβανο ή να θαφτεί. Η περιοχή που μολύνθηκε με το χυμένο αίμα, πρέπει να πλυθεί με κάποιο απολυμαντικό (κατά προτίμηση με υποχλωριώδες νάτριο διαλυμένο σε νερό σε αναλογία 1:10,

ώστε να δώσει 0,1 - 0,5 % ελεύθερο χλώριο), για να καθαριστεί το υπόλοιπο αίμα. Αν υπάρχουν διαθέσιμα γάντια, είναι προτιμότερο να χρησιμοποιηθούν για τον καθαρισμό του υπόλοιπου αίματος. Αν δεν υπάρχουν, τότε θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί μεγάλη ποσότητα χαρτιού τουαλέτας, ώστε να αποφευχθεί η απευθείας επαφή του δέρματος με το μολυσμένο αίμα. Τα χέρια πρέπει να πλένονται πάντα με σαπούνι και νερό μετά τον καθαρισμό του αίματος ή άλλων υγρών του σώματος.

Ρούχα αλλά και υφάσματα που είναι εμφανώς μολυσμένα με αίμα, δεν πρέπει να πιάνονται με γυμνά χέρια. Χρησιμοποιούνται γάντια για την συλλογή τους και στη συνέχεια τοποθετούνται μέσα σε αδιάτρητους σάκκους προκειμένου να μεταφερθούν. Τα ρούχα αυτά πρέπει να πλυθούν με απορρυπαντικό και ζεστό νερό (τουλάχιστον στους 70 C - 160 F) επί 25 λεπτά ή, αν το νερό είναι χαμηλότερης θερμοκρασίας, με απορρυπαντικό κατάλληλο για χαμηλή θερμοκρασία πλυσίματος.

IV 4. Πρόσθετα μέτρα.

Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικό όσον αφορά σπασμένα γυαλιά ή άλλα αιχμηρά αντικείμενα που πιθανόν βρίσκονται στο χώρο του ατυχήματος. Θα πρέπει να βεβαιωθούν ότι κάθε ανοικτή πληγή ή τραύμα που έχουν είναι καλυμμένα, ώστε να μην εκτεθούν στο αίμα, όταν θα παρέχουν Πρώτες Βοήθειες.

IV 5. Εργαζόμενοι που έχουν εκτεθεί στο αίμα.

Αν οι παραπάνω οδηγίες ακολουθηθούν σωστά, τότε ο κίνδυνος λοίμωξης από αίμα, συμπεριλαμβανομένης αυτής από τον HIV, θα μειωθεί σημαντικά. Παρόλα αυτά δεν είναι δυνατόν να εγγυηθεί κανείς ότι δεν θα συμβεί έκθεση. Γι' αυτό το λόγο στους χώρους των Νοσοκομείων πρέπει να αναπτυχθεί πολιτική που θα αντιμετωπίσει τέτοια περιστατικά, όπου το προσωπικό πληγώνεται ή εκτίθεται στο αίμα, ενώ παρέχει τις Πρώτες Βοήθειες.

Αν το προσωπικό εκτεθεί σε αίμα στο δέρμα, χωρίς αυτό να παρουσιάζει λύση της συνεχείας του, πρέπει η περιοχή να πλυθεί, το ταχύτερο δυνατό, με σαπούνι και νερό. Εκτεθειμένοι βλεννογόνοι πρέπει να πλυθούν με άφθονο νερό.

Το προσωπικό που πληγώνεται από αιχμηρό αντικείμενο που έχει μολυνθεί με αίμα (π.χ χρησιμοποιημένη βελόνα) πρέπει να πιέσει καλά την πληγή με σαπούνι και νερό και, αν είναι απαραίτητο να την επιδέσει. Για να καθοριστεί αν χρειάζεται κάποια παραπέρα ενέργεια, πρέπει να εκτιμηθεί η μορφή και η σοβαρότητα της πληγής η επιφάνεια ή το βάθος της πληγής, η μόλυνση του διαρρηγμένου δέρματος ή βλεννογόνου και η έκταση της περιοχής του τραύματος που μολύνθηκε με το αίμα.

Προφανώς, όσο πιο σοβαρό είναι το τραύμα, τόσο μεγαλύτερη προσοχή πρέπει να δοθεί, όχι μόνο για τη λοίμωξη από τον HIV, αλλά για όλες τις αιματογενείς λοιμώξεις. Η απόφαση αν είναι απαραίτητη πρόσθετη εκτίμηση του προβλήματος, πρέπει να ληφθεί από το άτομο που χορήγησε τις Πρώτες Βοήθειες, σε συνεργασία με υπεύθυνο άτομο.

Σε σπάνια περιστατικά, ένα άτομο κατά τη χορήγηση των Πρώτων Βοηθειών μπορεί να υποστεί τραυματισμό αρκετά σοβαρό, που να δικαιολογεί επιπλέον διερεύνηση, συμπεριλαμβανόμενης και εξέτασης αίματος για HIV ή άλλες λοιμώξεις, όπως ηπατίτιδα Β.

Αν ένα άτομο που χορήγησε Πρώτες Βοήθειες, ζητήσει εξέταση αντισωμάτων για τον HIV, αυτό πρέπει να εκτελεσθεί το ταχύτερο δυνατό μετά την έκθεση. Αν η αρχική εξέταση είναι αρνητική, είναι επιβεβλημένη η παρακολούθηση και η υποβολή του ατόμου σε εργαστηριακές εξετάσεις 3 και 6 μήνες αργότερα. Στο μεσοδιάστημα πρέπει να είναι διαθέσιμη στο άτομο κάθε συμβουλή που θα έχει σχέση με το μειωμένο κίνδυνο να υποστεί λοίμωξη καθώς και με τυχόν ανησυχίες του. Πρέπει να τους συμβουλευούμε για την ανάγκη πρόληψης πιθανής μετάδοσης του HIV, κατά την περίοδο αυτή, μεταξύ των άλλων με τη σεξουαλική επαφή, την ενδοφλεβιακή χρήση ναρκωτικών και την εγκυμοσύνη. Αν τελικά, η εργαστηριακή εξέταση, αποβεί θετική, θα πρέπει να παρασχεθεί επαρκής καθοδήγηση. Αν η εργαστηριακή εξέταση, αμέσως μετά την έκθεση είναι θετική, αυτό δεν θεωρείται αποτέλεσμα της έκθεσης. Το άτομο πρέπει να είχε μολυνθεί προηγουμένως από τον HIV. Θα πρέπει να παραπεμφθεί για καθοδήγηση που θα περιλαμβάνει συμβουλές για την αποτροπή της διασποράς του HIV.

IV.6 Εκπαίδευση στην παροχή Πρώτων Βοηθειών.

Η εκπαίδευση στην παροχή Πρώτων Βοηθειών προσφέρει μια ευκαιρία να διαδοθούν ακριβείς πληροφορίες για τη λοίμωξη από τον HIV και το AIDS στο κοινωνικό σύνολο. Άτομα που εκπαιδεύονται στην παροχή Πρώτων Βοηθειών, όχι μόνο μέσα στον χώρο του Νοσοκομείου, αλλά σε κάθε χώρο εργασίας, θα έχουν τη δυνατότητα τα ίδια να μεταδώσουν ακριβείς πληροφορίες στην κοινότητα.

Η εκπαίδευση στην Παροχή Πρώτων Βοηθειών στους χώρους εργασίας πρέπει να περιλαμβάνει σαφείς πληροφορίες για τον τρόπο, με τους οποίους μεταδίδεται ο HIV και πώς δεν μεταδίδεται. Αυτό είναι εξαιρετικά σημαντικό, αφού οι μύθοι που περιβάλλουν αυτό το θέμα, μπορεί να εμποδίσουν την παροχή Πρώτων Βοηθειών που δυνητικά είναι απαραίτητες για τη διάσωση της ζωής.

Κατά την εκπαίδευση, πρέπει να τονίζεται ότι μετά από παρεντερική έκθεση σε αίμα μολυσμένο από τον HIV, ο κίνδυνος μόλυνσης είναι εξαιρετικά χαμηλός, περίπου 1 στους 250 εκθέσεις. Το προσωπικό των Πρώτων Βοηθειών πρέπει να διδαχθεί τις προφυλάξεις που είναι ανάγκες, για να αποφευχθεί επαφή με το αίμα ή τα υγρά του σώματος, αφού τέτοιες προφυλάξεις μειώνουν σημαντικά τον κίνδυνο αιματογενούς λοίμωξης.

Γενικά, οι Πρώτες Βοήθειες παρέχονται για να ανακουφίσουν τους πάσχοντες και με πνεύμα συμπάθειας. Αυτό πρέπει να υπογραμμισθεί ιδιαίτέρως. Έτσι, το προ-

σωπικό των Πρώτων Βοηθειών πρέπει να παρατρυνθεί να σταθμίσει τον εξαιρετικά αλλά και θεωρητικά μικρό κίνδυνο της λοίμωξης από του HIV, όταν παρέχει Πρώτες Βοήθειες με το όφελος που αποκομίζεται από το άτομο που δέχεται τις Πρώτες Βοήθειες.

Ένας αριθμός οργανώσεων σε αρκετές χώρες εκπαιδεύει μεγάλο αριθμό ατόμων στις Πρώτες Βοήθειες, μέσα και έξω από τους χώρους εργασίας. Οι εργοδότες πρέπει να ενθαρρύνουν την αξιοποίηση της πείρας των οργανώσεων σχεδιάζοντας σειρές μαθημάτων Πρώτων Βοηθειών στους χώρους εργασίας.

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ

Ερωτηματολόγιο

Αυτό το ερωτηματολόγιο που συνοδεύει τη μελέτη μας γύρω από το AIDS αντιπροσωπεύει ένα τυχαίο δείγμα του πληθυσμού της Πάτρας καθώς και ένα μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού νοσοκομείων της Πάτρας (Γενικό Νοσοκομείο Άγιος Ανδρέας, 409 Στρατιωτικό νοσοκομείο, Νοσοκομείο νοσημάτων θώρακος και Κέντρο υγείας Αχαιίας). Τα ερωτηματολόγια που μοιράσθηκαν είναι δύο αλλά έχουν κοινές τις πρώτες 18 ερωτήσεις. Το πρώτο ερωτηματολόγιο (μοιράσθηκε σε 200 άτομα) και απευθύνεται στο γενικό πληθυσμό των Πατρών με σκοπό να συλλέξουμε πληροφορίες για την ενημέρωση, ευαισθητοποίηση και γνώση του πληθυσμού γύρω από το AIDS. Το δεύτερο ερωτηματολόγιο απευθύνεται στο νοσηλευτικό προσωπικό νοσοκομείων της Πάτρας και μοιράσθηκε (σε 50 άτομα) με σκοπό να γνωρίσουμε τις αντιδράσεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στη νόσο του HIV, και αποτελείται από 25 ερωτήσεις από τις οποίες οι 18 πρώτες είναι κοινές με αυτές του πρώτου ερωτηματολογίου.

1. Φύλο

| | Γενικός πληθυσμός | Νοσηλευτές |
|------------|-------------------|------------|
| α) Άνδρας | 102 (51%) | 18 (36%) |
| β) γυναίκα | 98 (49%) | 32 (64%) |

2. Τι ηλικία έχετε.

| | Γενικός πληθυσμός | Νοσηλευτές |
|---------|-------------------|------------|
| 15 - 20 | 36 (18%) | - |
| 21 - 30 | 109 (54,5%) | 38 (76%) |
| 31 - 40 | 38 (19%) | 12 (24%) |
| 41 - 50 | - | - |
| 51 - 60 | 17 (8,5%) | - |

3. Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση

| | Γενικός πληθυσμός | Νοσηλευτές |
|--------------------|-------------------|------------|
| α) παντρεμένος-νη | 71 (35,5%) | 17 (34%) |
| β) ελεύθερος-η | 118 (59%) | 32 (64%) |
| γ) Διαζευγμένος-νη | 10 (3%) | 1 (2%) |
| δ) Σε διάσταση | 1 (0,5%) | - |

4. Ποιες οι γραμματικές γνώσεις σας.

α) έχετε φοιτήσει στις εξής τάξεις του Δημοτικού

| | Γενικός πληθυσμός | Νοσηλευτές |
|---------|-------------------|------------|
| Πρώτη | 1 (0,5%) | - |
| Δευτέρα | - | - |
| Τρίτη | - | - |
| Τετάρτη | - | - |
| Πέμπτη | - | - |
| Εκτη | 22 (11%) | - |

β. Έχετε φοιτήσει στις εξής τάξεις του Γυμνασίου

| | Γενικός πληθυσμός | Νοσηλευτές |
|---------|-------------------|------------|
| Πρώτη | 6 (3%) | - |
| Δευτέρα | 10 (5%) | 2 (4%) |
| Τρίτη | 23 (11,5%) | 12 (24%) |

γ. Έχετε φοιτήσει στις εξής τάξεις του Λυκείου

| | Γενικός πληθυσμός | Νοσηλευτές |
|---------|-------------------|------------|
| Πρώτη | 10 (5%) | - |
| Δευτέρα | 15 (7,5%) | 3 (6%) |
| Τρίτη | 42 (21%) | 12 (24%) |

δ. Έχετε κάνει Ανώτερες σπουδές

| | Γενικός πληθυσμός | Νοσηλευτές |
|--|-------------------|------------|
| | 39 (19,5%) | 24 (48%) |

ε. Έχετε κάνει ανώτατες σπουδές

| | Γενικός πληθυσμός | Νοσηλευτές |
|--|-------------------|------------|
| | 32 (16%) | 2 (4%) |

Στον Γενικό πληθυσμό το ποσοστό των ανδρων (51%) είναι περίπου ίσο με αυτό των γυναικών (δηλαδή τυχαίο δείγμα) (49%) Το μεγαλύτερο ποσοστό βλέπουμε στις ηλικίες 21 - 30 ετών με 54,5% και ακολουθούν οι

ηλικίες 31 - 40 ετών με 19% και η ηλικία 15 - 20 ετών με ποσοστό 18%. Το 59% του δείγματος είναι χωρίς οικογενειακές υποχρεώσεις. Συνολικά το 35,5% έχουν ανώτερες και ανώτατες σπουδές, ενώ το 35,5% έχει τελειώσει το Λυκείο. Έχουμε δηλαδή νέα κυρίως άτομα με παιδιά και οικογενειακές υποχρεώσεις. Από τους Νοσηλευτές τώρα, το 64% είναι γυναίκες, η ηλικία τους κυμαίνεται από 21-30 ετών (ποσοστό 76%) και το 48% έχει τελειώσει τη Νοσηλευτική Σχολή των Τ.Ε.Ι. Πρόκειται δηλαδή για άτομα νέα σε ηλικία, καταρτιζόμενα χωρίς οικογενειακές υποχρεώσεις.

5. Νομίζετε ότι το AIDS είναι

| | Γενικός πληθυσμός | Νοσηλευτές |
|-----------------------------------|-------------------|------------|
| α. μία ασθένεια | 110 (55%) | 9 (18%) |
| β. ένα λοιμώδες μεταδοτικό νόσημα | 47 (23,5%) | 35 (70%) |
| γ. ένα αφροδίσιο νόσημα | 43 (21,5%) | 6 (12%) |

Το 55% του γενικού πληθυσμού θεωρεί το AIDS απλά σαν μια νόσο. Αυτό συμβαίνει γιατί, ένα μέρος του πληθυσμού αυτού δεν γνώριζε τι είναι λοιμώδες νόσημα. Το υπόλοιπο μισό του δείγματος γνωρίζει ότι είναι ένα λοιμώδες μεταδοτικό νόσημα, (21,5%) Δηλαδή βλέπουμε ότι από τον γενικό πληθυσμό το 50% περίπου δεν γνωρίζει τι

είναι το AIDS. πράγμα ανήσυχο. Από το νοσηλευτικό δείγμα το αποτέλεσμα είναι ικανοποιητικό γιατί το 82% γνωρίζει ότι είναι μεταδοτικό νόσημα ή αφοδίσιο νόσημα και ένα 18% δεν γνωρίζει πράγμα που και εδώ περικλύει μεγάλους κινδύνους γιατί το προσωπικό αυτό έρχεται καθημερινά σε επαφή με οροθετικούς.

6. Για εσάς το AIDS είναι

- α. μια ασθένεια σοβαρή αλλά όχι επικίνδυνη για όσους παίρνουν τα σωστά μέτρα προφύλαξης.
- β. μια ασθένεια πολύ σοβαρή και επικίνδυνη
- γ. η μάστιγα της εποχής

| Απαντήσεις | Γενικός πληθυσμός | Νοσηλευτές |
|------------|-------------------|------------|
| α | 81 (40,5%) | 30 (60%) |
| β | 40 (20%) | 8 (16%) |
| γ | 79 (39,5%) | 12 (24%) |

Όλοι καταλαβαίνουν τη σοβαρότητα της ασθένειας, αλλά το 60% των Νοσηλευτών και το 40,5% του γενικού πληθυσμού ξέρουν ότι, αν εφαρμόζουν τα μέτρα προφύλαξης σωστά, δεν κινδυνεύουν από τη νόσο. Το υπόλοιπο 40% των Νοσηλευτών και 59,5% του γενικού πληθυσμού είτε δεν γνωρίζουν τα μέτρα προφύλαξης είτε δεν τα θεωρούν επαρκή.

7. Με ποιους τρόπους νομίζετε ότι μεταδίδεται η νόσος.

α. με την κοινωνική συναναστροφή (συνομιλία, χειραψία, συνύπαρξη στον ίδιο χώρο)

β. με το ερωτικό φιλί

γ. με το sex

δ. με μετάγγιση αίματος και με τα παράγωγα αυτού καθώς και με τη χρήση ιατρικών εργαλείων.

ε. από τα σκεύη φαγητού (στο σπίτι, στα fast-food)

| Απαντήσεις | Γενικός πληθυσμός | | Νοσηλευτές | |
|------------|-------------------|---------|------------|---------|
| | Ατομα | Ποσοστά | Ατομα | Ποσοστά |
| α | - | - | - | - |
| β | 10 | 5% | 5 | 10% |
| γ | 200 | 100% | 50% | 100% |
| δ | 185 | 92,5% | 42 | 84% |
| ε | - | - | - | - |

Στην ερώτηση αυτή κανείς από το γενικό πληθυσμό δεν απαντά στις α ή ε εκδοχές. Το μεγαλύτερο ποσοστό θεωρεί το AIDS σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα και το αμέσως επόμενο ποσοστό θεωρεί τη νόσο και αιματογενός μεταδιδόμενη. Παρόλα αυτά ένα μικρό ποσοστό (μικρότερο στα ερωτηματολόγια του νοσηλευτικού προσωπικού) θεωρεί και το ερωτικό φιλί ως μέσο μετάδοσης γεγονός που μας κάνει

να πιστεύουμε ότι οι ερωτηθέντες να μην γνωρίζουν τους σωστούς τρόπους μετάδοσης αλλά ταυτόχρονα δεν εμπιστεύονται τις ιατρικές βεβαιώσεις ότι είναι μόνο αυτοί.

8. Ποιός είναι ο σωστός τρόπος προφύλαξης

- α) Αποφεύγοντας τη συναναστροφή με φορείς και ασθενείς
- β) Αποφεύγοντας τη σεξουαλική επαφή με άτομα που νομίζετε επικίνδυνα.
- γ) Αποφεύγοντας τη συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων
- δ) Χρησιμοποιώντας προφυλακτικό κατά τη σεξουαλική πράξη
- ε) Αποφεύγοντας την κοινή χρήση συριγγών.

| Απαντήσεις | Γενικός πληθυσμός | | Νοσηλευτές | |
|------------|-------------------|---------|------------|---------|
| | Άτομα | Ποσοστά | Άτομα | Ποσοστά |
| α) | 5 | 2,5% | 4 | 8% |
| β) | 91 | 45,5% | 26 | 52% |
| γ) | 114 | 57% | 41 | 82% |
| δ) | 192 | 96% | 50 | 100% |
| ε) | 105 | 52% | 47 | 94% |

Σε αυτήν την ερώτηση οι απαντήσεις που μπορούν να δοθούν είναι παραπάνω από μία. Οι ερωτηθέντες έχουν γνώση των σωστών τρόπων προφύλαξης. Με εξαίρεση ένα σημαντικό ποσοστό από το νοσηλευτικό προσωπικό που επι-

λέγει όλες τις απαντήσεις, γεγονός που μας οδηγεί στη σκέψη ότι ή δεν γνώριζαν τους σωστούς τρόπους προφύλαξης ή θεωρούν όλα τα παραπάνω ως απαραίτητα για να αποφευχθεί η νόσηση.

9. Γνωρίζετε τις ομάδες υψηλού κινδύνου

α) ΝΑΙ

β) ΟΧΙ

Γενικός πληθυσμός Νοσηλευτές

| Απαντήσεις | Ατομα | Ποσοστά | Ατομα | Ποσοστά |
|------------|-------|---------|-------|---------|
| α) | 136 | 68% | 50 | 100% |
| β) | 64 | 32% | - | - |

Οι ερωτηθέντες γνωρίζουν τις ομάδες υψηλού κινδύνου, δίνοντας μας ένα ποσοστό, ιδιαίτερα αισιόδοξο 100% από το νοσηλευτικό προσωπικό.

10. Πώς θα αντιμετωπιστεί έναν ασθενή/φορέα

α)θα τον απέφευγα με τρόπο ώστε να μην τον προσβάλλω

β)θα τον απέφευγα με κάθε τρόπο. φοβάμαι πολύ

γ)θα τον απέφευγα γιατί δεν ξέρω πώς να προφυλαχθώ

δ)Δεν θα τον απέφευγα ξέρω πως να προφυλαχθώ

Γενικός πληθυσμός Νοσηλευτές

| Απαντήσεις | Ατομα | Ποσοστά | Ατομα | Ποσοστά |
|------------|-------|---------|-------|---------|
| α) | 60 | 30% | 14 | 28% |
| β) | 10 | 5% | - | - |
| γ) | 32 | 16% | - | - |
| δ) | 98 | 49% | 36 | 72% |

Σ' αυτήν την ερώτηση έχουμε να αντιμετωπίσουμε μία μεγάλη αντίφαση. Ενώ σύμφωνα με τις προηγούμενες ερωτήσεις οι ερωτηθέντες φαίνονται να γνωρίζουν τα πάντα γύρω από το AIDS, ένα ποσοστό συνολικά 51% από το γενικό πληθυσμό και 28% από το νοσηλευτικό αρνούνται διακριτικά ή όχι να συναναστραφούν με έναν οροθετικό. Όσο για το γενικό πληθυσμό ίσως ο φόβος αυτός να δικαιολογείται λόγω ημιμάθειας ή δυσπιστίας του κόσμου προς τα άτομα που έκαναν τη διαφώτιση, ενώ για το νοσηλευτικό προσωπικό αυτό δε δικαιολογείται.

11. Αν κάποιος από την οικογένειά σας ήταν οροθετικός τι θα κάνατε

- α)θα φρόντιζα να απομακρυνθεί από την οικογένεια για να προστατευθούν το υγιή μέλη
- β)θα τον περιορίσουμε σ' έναν δικό του χώρο όπου θα ζήσει σχεδόν απομονωμένος
- γ)θα προσπαθήσουμε να μην αλλάξουμε συμπεριφορά απέναντι στον άρρωστο

Γενικός πληθυσμός

Νοσηλευτές

| Απαντήσεις | Ατομα | Ποσοστά | Ατομα | Ποσοστά |
|------------|-------|---------|-------|---------|
| α | 37 | 18,5% | 4 | 8% |
| β) | 11 | 5,5% | - | - |
| γ) | 152 | 76% | 46 | 92% |

Το μεγαλύτερο ποσοστό θέλει να διατηρήσει τις προ της νόσησης σχέσεις του, με τον οροθετικό. Εδώ ακριβώς διακρίνουμε κάποια αντίθεση με την προηγούμενη ερώτηση, που το 51% του γενικού πληθυσμού και το 28% του νοσηλευτικού δείγματος αρνούνται να συναναστραφούν με οροθετικό άτομο, ενώ στην ερώτηση αυτή βλέπουμε ότι δεν θέλουν να απομακρύνουν στον συγγενή τους από το σπίτι. Εάν η απάντηση είναι ειλικρινής τότε ίσως εδώ εμπλέκονται συναισθηματικοί λόγοι και μια χριστιανική ευαισθησία προς τον συνάνθρωπό μας.

12. Πώς θα αντιμετωπίσετε μιά δική σας νόσηση.

- α) Δεν νομίζω να νοσήσω γιατί ξέρω να προφυλάσσομαι
- β) Δεν νομίζω να νοσήσω γιατί ούτε εγώ, ούτε ο σύντροφός μου έχουμε άλλες σχέσεις.
- γ) αν νοσήσω θα παλέψω την ασθένεια όσο μπορώ
- δ) δε μπορώ να ξέρω
- ε) θα βάλω τέρμα στη ζωή μου. Δε θέλω εξαιτίας μου να υποφέρει η οικογένειά μου.

Γενικός πληθυσμός Νοσηλευτές

| Απαντήσεις | Ατομα | Ποσοστό | Ατομα | Ποσοστό |
|------------|-------|---------|-------|---------|
| α) | 44 | 22% | 11 | 22% |
| β) | 21 | 10.5% | 10 | 20% |
| γ) | 31 | 15.5% | 6 | 12% |
| δ) | 88 | 44.5 % | 20 | 40% |
| ε) | 15 | 7.5 % | 3 | 6% |

Στην ερώτηση αυτή οι πληθυσμοί των δύο δειγμάτων απαντού, κατά το μεγαλύτερο ποσοστό ότι δεν γνωρίζουν την αντίδρασή του αν προσβληθούν από τη νόσο του HIV. Το αμέσως επόμενο ποσοστό αντιστοιχεί σ' αυτούς που πιστεύουν ότι η μονογαμικότητα της σχέσεις τους, τους προφυλάει από τη νόσηση. Και τέλος το μικρότερο ποσοστό θεωρεί ως μοναδική λύση την αυτοκτονία.

13. Νομίζεται ότι είναι καλύτερα για τους πάσχοντες να υπάρχει ένα ειδικό νοσοκομείο ή κλινική

α) ΝΑΙ

β) ΟΧΙ

| Απαντήσεις | Γενικός πληθυσμός | | Νοσηλευτές | |
|------------|-------------------|---------|------------|---------|
| | Ατομα | Ποσοστό | Ατομα | Ποσοστό |
| α) | 167 | 83.5% | 48 | 96% |
| β) | 33 | 16.5 % | 2 | 4% |

Είναι φανερό ότι το δείγμα επιλέγει την ύπαρξη ενός ειδικού χώρου νοσηλείας για τους οροθετικούς. Αν και δεν είναι το ενδεικνυόμενο μέτρο. Εάν τα νοσοκομεία μας

διέθεταν πτέρυγα λοιμωδών νόσων. Θα μπορούσε εκεί να υπήρχαν δύο δωμάτια για τα άτομα που νοσούσαν, τότε κανείς δεν θα μπορούσε να κολλήσει σ' αυτά τα άτομα την ετικέτα του AIDS, με όλα τα κακά επακόλουθα από κοινωνική, ψυχολογική και οικονομική άποψη.

14. Αν απαντήσατε στην ερώτηση 13 ΝΑΙ αιτιολογήστε το γιατί

- α) για καλύτερη παροχή φροντίδας στους νοσούντες
- β) για να είναι απομονωμένοι από τον υγιή πληθυσμό.

| Απαντήσεις | Γενικός πληθυσμός | | Νοσηλευτές | |
|------------|-------------------|---------|------------|---------|
| | Ατομα | Ποσοστό | Ατομα | Ποσοστό |
| α) | 148 | 88% | 48 | 100% |
| β) | 29 | 17,4% | - | - |

15. Τι θα κάνατε αν ο/η σύντροφός σας έπασχε

- α) Ο/η σύντροφός μου δεν έχει άλλες σχέσεις
- β) θα τον/την εγκαταλείπει
- γ) θα οργανίζομαι αλλά δεν μπορώ να τον/την εγκαταλείψω τώρα
- δ) δεν ξέρω

| Απαντήσεις | Γενικός πληθυσμός | | Νοσηλευτές | |
|------------|-------------------|---------|------------|---------|
| | Ατομα | Ποσοστό | Ατομα | Ποσοστό |
| α) | 29 | 14,5 % | 10 | 20 % |

| | | | | |
|----|-----|------|----|-----|
| β) | 17 | 8,5% | 5 | 10% |
| γ) | 52 | 26% | 9 | 18% |
| δ) | 102 | 51% | 26 | 52% |

Το μεγαλύτερο ποσοστό αγνοεί τι θα έκανε σε πιθανή νόσηση του συντρόφου του. Το αμέσως επόμενο ποσοστό θα οργιζόταν αλλά δε θα τον εγκατέλειπε, γεγονός που δεν μας βοηθάει να αξιολογήσουμε τα μέτρα που λαμβάνουν απέναντι στον σύντροφό τους.

Βέβαια αυτό είναι ένα μικρό ποσοστό που δεν θα τον εγκατέλειπε (26% και 18%) ενώ αυτοί που είναι σίγουροι για το σύντροφό τους είναι πάρα πολύ μικρό ποσοστό και για τα δύο δείγματα (14,5% και 20%)

16. Όσα γνωρίζετε γύρω από το AIDS τα έχετε πληροφορηθεί

- α) Απο τα μαζικά μέσα ενημέρωσης (περιοδικά, ημερήσιο τύπο, TV, ραδιόφωνο)
- β) από συγγενείς και φίλους
- γ) από ιατρικά περιοδικά

| Απαντήσεις | Γενικός πληθυσμός | | Νοσηλευτές | |
|------------|-------------------|---------|------------|---------|
| | Ατομα | Ποσοστό | Ατομα | Ποσοστό |
| α) | 158 | 78% | 12 | 24% |
| β) | 4 | 2% | - | - |
| γ) | 8 | 4% | 21 | 42% |

| | | | | |
|-------|---|------|----|-----|
| .β.γ) | 7 | 3.5% | - | - |
| α.β) | - | - | 11 | 6% |
| α.γ) | - | - | 14 | 28% |

Στην ερώτηση αυτή οι ερωτηθέντες μπορούν να δώσουν πάνω από μία απάντηση. Οι γνώμες των δύο δειγμάτων διαφέρουν. Ο γενικός πληθυσμός έχει ενημερωθεί κατά κύριο μέρος από τα μέσα ενημέρωσης ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό από τα ιατρικά περιοδικά.

17. Νομίζετε ότι η πληροφόρηση γύρω από την ασθένεια είναι αρκετή

- α) ΝΑΙ
- β) ΟΧΙ

| | Γενικός πληθυσμός | | Νοσηλευτές | |
|----|-------------------|---------------|------------|---------|
| | Απαντήσεις | Ατομα Ποσοστό | Ατομα | Ποσοστό |
| α) | | 63 31.5% | 18 | 36% |
| β) | | 137 68.5% | 32 | 64% |

Η πληροφόρηση γύρω από τη νόσο είναι ανεπαρκής

18. Αν απαντήσατε ΟΧΙ στη 17 πώς νομίζετε ότι θα έπρεπε να γίνει η ενημέρωση

- α) Με ομιλίες που θα διοργάνωναν οι εκπολιτιστικοί σύλλογοι κάθε περιοχής
- β) Με ομιλίες και ανακοινώσεις από τα μαζικά μέσα ενημέρωσης
- γ) Με διαλέξεις και σεμινάρια για το ευρύ κοινό

| Απαντήσεις | Γενικός πληθυσμός | | Νοσηλευτές | |
|------------|-------------------|---------|------------|---------|
| | Ατομα | Ποσοστό | Ατομα | Ποσοστό |
| α) | 70 | 35% | 6 | 2% |
| β) | 37 | 18,5% | 6 | 2% |
| γ) | 30 | 15% | 20 | 62% |

Εδώ οι γνώμες του δείγματος και πάλι διαφέρουν. Ο γενικός πληθυσμος νιώθοντας το πρόβλημα του AIDS πού κοντά τους πια ζητούν ενημέρωση άψευση, ζωντανή και κατανοητή. Το νοσηλευτικό προσωπικό ζητά περισσότερο επιστημονική ενημέρωση μέσα από σεμινάρια και διαλέξεις

19. Θα δεχόσασταν να νοσηλεύσετε έναν οροθετικό στην κλινική σας

α)ΝΑΙ

β)ΟΧΙ

| Απαντήσεις | Νοσηλευτές | |
|------------|------------|---------|
| | Ατομα | Ποσοστό |
| α) | 39 | 78% |
| β) | 11 | 22% |

Η νοσηλευτές κατά ένα μεγάλο ποσοστό 78% δέχονται να περιθάλψουν ασθενή με AIDS ενώ το 22% αυτών αρνείται να προσφέρει τις γνώσεις και την εμπειρία του.

20. Τι μέτρα θα πέρνατε κατά τη νοσηλεία οροθετικού

Στην ερώτηση αυτή δεν έχουν δοθεί απαντήσεις για να επιλεχθούν από τους ερωτηθήμενους με σκοπό να μάθουμε τι μέτρα χρησιμοποιούν στο χώρο εργασίας τους.

Το 76% προτείνει την προστατευτική ενδυμασία (ποδιά, γάντια, μάσκα). Το 24% προτείνει τη χρήση αποστειρωμένου υλικού παραβλέποντας ότι τα υλικά που χρησιμοποιούνται σήμερα στο νοσοκομείο είναι μιας χρήσεως και αποστειρωμένα. Ένα 24% προτείνει την αποστείρωση του χρησιμοποιημένου υλικού. Ένα άλλο 24% προτείνει απομόνωση του ασθενούς για να προφυλαχθούν τόσο οι ίδιοι όσο και οι άλλοι ασθενείς. Ένα 22% προτείνει προσοχή κατά τη νοσηλεία και κύρια κατά τη διάρκεια αιματηρών νοσηλευτικών πράξεων (ενδιμυική ένεση, τοποθέτηση ορού, λήψη αίματος). Όλα αυτά τα μέτρα που αναφέρουν οι ερωτηθέντες δεν είναι μόνο σωστά αλλά και επιβεβλημένα προκειμένου να νοσηλευθεί ασθενής με AIDS.

21. Θα επισκεπτόσασταν έναν οροθετικό εκτός υπηρεσίας

α) ναι γιατί δεν πρέπει να νοιώσει ότι είναι στο περιθώριο

β) όχι γιατί φοβάμαι

| Απαντήσεις | Νοσηλευτές | |
|------------|------------|---------|
| | Ατομα | Ποσοστό |
| α) | 44 | 86% |
| β) | 6 | 14% |

Το 86% των ερωτηθέντων νοσηλευτών δέχονται όχι μόνο να σταθούν στο πλευρό του οροθετικού υλικά αλλά και ηθικά. Ποσοστό 14% αρνείται οποιαδήποτε επαφή με τον οροθετικό εκτός νοσοκομείου.

22. Νομίζετε ότι πρέπει να υπάρχει ειδικευμένο προσωπικό για τη φροντίδα των οροθετικών

α)ΝΑΙ

β)ΟΧΙ

Νοσηλευτές

| Απαντήσεις | Ατομα | Ποσοστό |
|------------|-------|---------|
| α) | 44 | 88% |
| β) | 6 | 12% |

Το 88% των νοσηλευτών θεωρεί απαραίτητη την εξειδίκευση νοσηλευτικού προσωπικού προκειμένου να προσφερθεί υψηλού νοσηλευτική φροντίδα στον ασθενή με AIDS

23. Θα δεχόσασταν να ειδικευτείτε στην φροντίδα ασθενών με AIDS

α)ΝΑΙ

β)ΟΧΙ

Νοσηλευτές

| Απαντήσεις | Ατομα | Ποσοστό |
|------------|-------|---------|
| α) | 16 | 32% |
| β) | 34 | 68% |

Οι απαντήσεις σ' αυτήν την ερώτηση δείχνουν ότι υπάρχει πρόβλημα ως προς την επιθυμία εξειδίκευσης νοσηλευτών που θα περιθάλπουν ασθενείς με AIDS (τρόπους μετάδοσης, τρόπους προφύλαξης, ομάδες υψηλού κινδύνου) τους νοσηλεύουμε αν εισαχθούν στα τμήματα μας αλλά δεν θέλουμε να εξειδικευτούμε στην ειδική αντιμετώπιση που χρειάζεται ένας τέτοιος ασθενής.

24. Έχετε νοσηλεύσει ασθενή με AIDS

α)ΝΑΙ

β)ΟΧΙ

| Απαντήσεις | Νοσηλευτές | |
|------------|------------|---------|
| | Ατομα | Ποσοστό |
| α) | 26 | 52% |
| β) | 24 | 48% |

Το 52% του δείγματος έχει νοσηλεύσει οροθετικό.

25. Γνωρίζατε εξ' αρχής ότι ο ασθενής σας ήταν οροθετικός

α)ΝΑΙ

β)ΟΧΙ

| Απαντήσεις | Νοσηλευτές | |
|------------|------------|---------|
| | Ατομα | Ποσοστό |
| α) | 8 | 4% |
| β) | 18 | 48% |

Αυτή η ερώτηση απαντήθηκε μόνο από όσους απάντησαν ΝΑΙ στη 24. Σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες δεν γνώριζαν ότι ο ασθενής που νοσηλεύαν έπασχε από την νόσο του HIV. Μόνο το 4% γνώριζε από τη στιγμή της εισαγωγής του ασθενή στο νοσοκομείο ότι έπασχε από AIDS.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. Η πληροφόριση είναι ελλιπής και αυτό δικαιολογεί τον φόβο που υπάρχει τόσο στον γενικό πληθυσμό όσο και στον Νοσηλευτικό κόσμο.

2. Οι Νοσηλευτές αναγνωρίζουν ότι υπάρχει ανάγκη ύπαρξης ειδικευμένου προσωπικού και κλινικής για ασθενείς με AIDS. Όμως ένα ελάχιστο ποσοστό απ' αυτούς δέχεται να ειδικευτεί.

3. Ο πληθυσμος στο μεγάλο ποσοστό του δεν δέχεται την πιθανότητα να προσβληθεί και ο ίδιος από τη νόσο του AIDS. Αυτό το συναίσθημα που ενισχύεται από την κοινωνική κριτική και την ηθικοποίηση του προβλήματος απομακρύνει τον άνθρωπο από τη συμπαράσταση που θα πρέπει να νιώθει προς τον άρρωστο ή την περιορίζει στο θεωρητικό της μόνο χαρακτήρα.

4. Οι απαντήσεις αυτού του ερωτηματολογίου είναι " σχεδόν " ικανοποιητικές και ενθαρρυντικές. Δείχνουν έναν πληθυσμό καλά πληροφορημένο, ευαισθητοποιημένο και ανοιχτό στο πρόβλημα του AIDS, που ζητά ακόμη περισσότερη πληροφόρηση. Όμως κατά πόσο αυτό το δείγμα αντιπροσωπεύει το λαό της χώρας μας;

Οι απαντήσεις του δείγματος απηχούν την αλήθεια;

Μήπως αν η ασθένεια πλήξει κάποιον συγγενή της ή τον ίδιο θα αντιδράσουν διαφορετικά απ' ότι δηλώνουν; Ας μη ξεχνάμε ότι οι οροθετικοί θα καταλήξουν αργά ή γρήγορα. Το AIDS σήμερα είναι μια ασθένεια ταμπού. Ο οροθετικός δε χάνει μόνο την υγεία του αλλά και την κοινωνική του υπόσταση. Κατά πόσο όμως η Ελληνική οικογένεια είναι έτοιμη να δεχθεί ένα μέλος της ασθενή του AIDS; Τα όρια αυτής της εργασίας δεν μας επιτρέπουν απόλυτες απόψεις και σωτήριες απαντήσεις. Το μόνο εμφανές είναι ότι μόνο η γνώση θα μπορέσει να προσφέρει πρόληψη, θεραπεία αλλά και βοήθεια για κάθε οροθετικό.

5. Το νοσηλευτικό προσωπικό δηλώνει ότι δεν γνωρίζει ότι οι ασθενείς που νοσηλεύονται από αυτούς έπασχαν από AIDS. Αυτή η πραγματικότητα περικλύει πάρα πολλούς κινδύνους. Μήπως η εξέταση για AIDS πρέπει να γίνει " εξέταση ρουτίνας "; και να συνοδεύει κάθε εισαγωγή νέου ασθενή σε νοσοκομειακό χώρο; Τα μέτρα πρόληψης για το AIDS πρέπει να εφαρμόζονται για κάθε ασθενή προτού βαβαιωθούμε ότι δεν πάσχει από την νόσο του HIV.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ολοκληρώνοντας αυτήν τη μελέτη καταλήγουμε στο ότι

αν και τα μηνύματα που λαμβάνουμε από τους ερευνητές ο' ότι αφορά το AIDS είναι αισιόδοξα, αυτό εξακολουθεί να είναι ένα πρόβλημα που αναζητά τη λύση του. Το AIDS δεν είναι μόνο ένα ιατρικό πρόβλημα αλλά και ένα βαθειά κοινωνικό.

Πώς θα αντιμετωπισθεί ο οροθετικός; Σαν ένας άρρωστος που θα σταθούμε δίπλα του με στοργή και φροντίδα ή σαν έναν άνθρωπο περιθωριοποιημένο; Γιατί περιθωριοποιείται ο ασθενής με AIDS; Ας η ξεχνάμε τους τρόπους μετάδοσής του που καθιστούν την ασθένεια ένα τεράστιο κοινωνικό πρόβλημα.

Μέσα σ' όλον αυτόν τον " πανικό " καλούνται οι νοσηλευτές να παίξουν έναν κύριο ρόλο. Ο ρόλος αυτός συνιστάται όχι μόνο στην φροντίδα και την περίθαλψη ενός οροθετικού αλλά κατά κύριο μέρος στην πρόληψη και ενημέρωση του γενικού πληθυσμού. Το κοινωνικό σύνολο έχει ανάγκη από σοβαρή και επιστημονική πληροφόρηση, έτσι ώστε το AIDS να πάψει να είναι μιά ασθένεια " ταμπού ".

Το AIDS δεν πρέπει αν είναι ότι ήταν η φυματίωση και η λέπρα τον περασμένο αιώνα. Αυτό πρέπει να θεωρηθεί δεδομένο απ' όλους τους ανθρώπους και κυρίως από τους νοσηλευτές. Γιατί οι νοσηλευτές είναι αυτοί που θα σταθούν δίπλα στον οροθετικό μέχρι αυτός να κατακήξει. Είναι οι μόνοι που μπορούν να πείσουν το συγγενικό του περιβάλλον να του συμπαρασταθούν κατά την πορεία της νόσου ή στην έσχατη περίπτωση είναι αυτοί που θα προσφέρουν ένα ζεστό χαμόγελο και επιμελή

φροντίδα σ' έναν άνθρωπο, που από τη φύση της αρρώστιαστού είναι καταδικασμένος να καταλήξει απομονωμένος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Εθνική

επιτροπή AIDS, υποεπιτροπή ενημέρωσης και δεοντολογίας: " Βασικές δεοντολογικές αρχές και κανόνες συμπεριφοράς στην αντιμετώπιση του AIDS ". Εκδόσεις: Ε.Ο.Φ., Αθήνα 1990

Εθνική

εταιρία μελέτης και αντιμετώπισης του AIDS: " 1ο Πανελλήνιο συνέδριο AIDS, τί νεώτερο στο AIDS, κοινωνικές επιπτώσεις του AIDS ", Εκδόσεις: ΒΗΤΑ medical arts, Αθήνα 1989.

Εθνική

εταιρία μελέτης και αντιμετώπισης του AIDS: " 2ο Πανελλήνιο συνέδριο AIDS, τί νεώτερο στο AIDS, προβλήματα νοσηλείας ασθενών ", Εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts, Θεσσαλονίκη 1990.

Θεραπευτική

κοινότητα " Ιθάκη " : " Πώς να αποφύγετε τη νόσο AIDS, οδηγίες για χρήστες ναρκωτικών ", Εκδόσεις: Θεραπευτική κοινότητα " Ιθάκη ", Σίνδος 1989

Κουσκούκης

Κωνσταντίνος: " AIDS " τι πρέπει να γνωρίζεται ", Εκδόσεις: Σμυριωντάκης, Αθήνα 1988.

Παγκόσμιος

οργανισμός υγείας, Εθνικό κέντρο αναφοράς AIDS: " AIDS
και πρώτες βοήθειες στους χώρους εργασίας"

Εκδόσεις: ΒΗΤΑ medical arts, Αθήνα 1990

Υποεπιτροπή

εκπαίδευσης της Εθνικής επιτροπής AIDS " AIDS ιός
της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας " Εκδόσεις

Υπουργείο

Υγείας, Αθήνα 1989.

Υπουργείο

υγείας, πρόνοιας και κοινωνικών ασφαλίσεων:

" Προφύλαξη του προσωπικού νοσοκομείων από λοιμώξεις"

Εκδόσεις Υπουργείο Υγείας, Αθήνα 1989

Υπουργείο

υγείας, πρόνοιας και κοινωνικών ασφαλίσεων:

" Τι πρέπει να γνωρίζετε όταν ζείτε κοντά στο AIDS "

Εκδόσεις Ε.Ο.Φ, Αθήνα 1988.

