

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ

“AIDS ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ”

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΠΟΛΥΖΟΥ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΑΘΗΝΑ 3 - 9 - 1991



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	452 B
----------------------	-------

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΓΚΡΙΣΕΩΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

- 1)
- 2)
- 3)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Μέσα απ'αυτή την εργασία θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους με βοήθησαν στο δύσκολο έργο της συγγραφής της.

Ευχαριστώ θερμά την υπεύθυνη καθηγήτρια δ. Μαρία Παπαδημητρίου που με βοήθησε σημαντικά σ' αυτή την προσπάθειά μου.

Θέλω επίσης να ευχαριστήσω τον καθηγητή του Τμήματος Νοσηλευτικής κ. Ιωάννη Δετοράκη που με βοήθησε με τις γνώσεις του και την καλή του διάθεση για τη σύνταξη της εργασίας μου.

Ευχαριστώ τη δ. Κυριακή Νάνου, καθηγήτρια Τ.Ε.Ι. για τις συμβουλές της και τη συμπαράστασή της στη διάρκεια των τριών ετών των σπουδών μου.

Θερμά ευχαριστώ τους γιατρούς και νοσηλεύτριες του Νοσοκομείου "Ανδρέα Συγγρού" για τις σημαντικές πληροφορίες που μου έδωσαν.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές της Νοσηλευτικής Σχολής Τ.Ε.Ι. Πατρών που καθημερινά εργάζονται ώστε κάθε χρόνο ν' αποφοιτούν απ' τη σχολή όλο και πιο σωστά καταρτισμένες οι νοσηλεύτριες-ές για να υπηρετούν με ζήλο το λειτούργημα αυτό.

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Θα ήθελα να αφιερώσω αυτή την εργασία στον άντρα μου και στη μητέρα μου που μου συμπαραστάθηκαν κατά τη διάρκεια της συγγραφής της.

Επίσης την αφιερώνω σ' όλους τους συναδέλφους που θα πλησιάσουν τον άρρωστο με αγάπη και θ' απαλύνουν τον ανθρώπινο πόνο.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι.....	1
1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ. ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ.....	1
2. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ AIDS - ΦΥΣΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΣ.....	5
3. ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ ΙΟΥ.....	7
4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ - ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗ.....	8
5. ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΚΑΙ ΜΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΙΟΥ.....	9
6. ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΟΙΟΙ ΔΕΝ ΚΙΝΔΥΝΕΥΟΥΝ ΝΑ ΜΟΛΥΝΘΟΥΝ.....	13
7. ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ - ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	15
8. ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΟΥΝΤΩΝ ΚΑΙ ΦΟΡΕΩΝ ΤΟΥ ΙΟΥ.....	21
9. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	22
10. ΠΡΟΛΗΨΗ - ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ - ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ - ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ - ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ.....	23
11. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	31
12. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΛΕΥΡΑ ΤΟΥ AIDS.....	34

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.....	39
1. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΙ AIDS.....	39
2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ AIDS ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ.....	41

3. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ AIDS.	46
4. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS.	49
5. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ AIDS ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.	52
6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ AIDS.	53
7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ ΜΕ AIDS ΣΤΗΝ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ.	57
8. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS.	60
9. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ.	63
10. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ - ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ AIDS.	65
11. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ AIDS.	66
12. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ, ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ.	69

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΙ

ΕΞ ΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΔΥΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ AIDS.	71
Α' ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ.	71
ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.	73
Β' ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ.	78
ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.	79

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΕΠΙΛΟΓΟΣ.	86
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.	87

I. ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σκοπός της εργασίας μου αυτής είναι να παρουσιάσω την καινούρια αρρώστια του αιώνα μας καθώς και τη Νοσηλευτική αντιμετώπιση των ασθενών που πάσχουν από AIDS.

Επίσης να δοθούν πληροφορίες για τα νοσηλευτικά μέτρα που πρέπει να παίρνονται κατά την παροχή Νοσηλευτικής φροντίδας αυτών των ασθενών, για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, και την ανακούφισή του (σωματικά, ψυχολογικά, κοινωνικά κ.λπ.).

Για την επιλογή αυτή του θέματος για την εργασία μου με επηρέασε το γεγονός ότι το AIDS είναι μια καινούρια θανατηφόρα αρρώστια, που όπως κι αν αντιδράσεις κάποια στιγμή αργά ή γρήγορα θα επέλθει το μοιραίο.

Η καινούρια αυτή νόσος αφαιρεί κάθε χρόνο χιλιάδες ζωές και οδηγεί άλλες σε ψυχολογικές - κοινωνικές καταρρεύσεις. Και θα περάσουν ακόμα πολλά χρόνια, με πολλές απώλειες ανθρώπινων ζωών μέχρι να βρεθεί το φάρμακο που θα σώζει.

Σε πολλές περιπτώσεις δικαιολογημένα η νόσος μαστίζει γιατί υπάρχει απάθεια και αδιαφορία του κόσμου για την πρόληψη. Αυτό που ιδίως χρειάζεται είναι η κατανόηση των προφυλακτικών μέτρων με τα οποία προλαμβάνεται η αρρώστια.

Έτσι η σωστή πληροφόρηση, η σωστή αντίληψη για τη φύση της παθήσεως, τη σοβαρότητά της, την πρόγνωση, τη θεραπεία, τη νοσηλευτική φροντίδα μέσα απ' αυτή την εργασία θα ευαισθητοποιήσει τα άτομα που αγωνίζονται για την προαγωγή της υγείας της κοινωνίας μας.

II. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Και ξαφνικά όλος ο κόσμος άρχισε να μιλάει για μια νέα αρρώστια, που χωρίς να γνωρίζει τι ακριβώς ήταν, της έδωσε το όνομα AIDS. Η καινούρια ασθένεια σκόρπισε το φόβο και τον πανικό στην ανθρωπότητα, όπως ακριβώς συνέβαινε δεκάδες χρόνια πριν, με την πανώλη, τη λέπρα και τη φυματίωση. Δίκαια λοιπόν μπορεί να χαρακτηριστεί το AIDS, σαν η πανούκλα του 21ου αιώνα.

Το AIDS έχει τρομοκρατήσει την ανθρωπότητα, και όλα τα κράτη το ένα μετά το άλλο, αρχίζουν να λαβαίνουν μέτρα προκειμένου να αντιμετωπίσουν την αρρώστια και να αναχαιτίσουν την παραπέρα εξάπλωση του κακού.

Το AIDS είναι μια αρρώστια που μεταδίδεται βασικά με τη σεξουαλική πράξη, αλλά που δυστυχώς δεν εμφανίζει προειδοποιητικά συμπτώματα ώστε να πάρουμε το δρόμο για το γραφείο του γιατρού μας. Και το τραγικότερο στη νέα αρρώστια είναι ότι το μολυσμένο άτομο πολλές φορές δεν αναπτύσσει το AIDS, αλλά αυτό δεν το εμποδίζει να είναι φορέας του ιού, και να το μεταδίδει σε άλλα άτομα. Οι ειδικοί εδώ υποστηρίζουν ότι η ασθένεια μπορεί να παρουσιαστεί σε 5 ως 7 χρόνια αφότου μολύνθηκε το άτομο. Και μέχρι τότε τα μολυσμένα άτομα - φορείς, χωρίς καν να υποψιάζονται, φυλάνε βαθιά μέσα τους το φοβερό ιό που τους οδηγεί βαθμιαία στο μοιραίο. Και το πιο τραγικό εδώ είναι, ότι μολυσμένες γυναίκες μπορεί να μείνουν έγκυες μεταδίδοντας τον ιό στα μωρά τους.

Τα γεγονότα αυτά κάνουν τους ανθρώπους που ασχολούνται με τα προβλήματα του AIDS, να τρομάζουν και να ανησυχούν βαθιά για την τύχη του ανθρώπινου γένους. Ο ιός μεταδίδεται με μεγάλη ταχύτητα, η ασθένεια καλπάζει κυριολεκτικά, ενώ η ανακάλυψη κάποιου εμβολίου που θα καταπολεμήσει καίρια τον ιό, δεν υπολογίζεται νωρίτερα από το 1992, σύμφωνα πάντα με τις έρευνες και τους υπολογισμούς των ειδικών.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ. ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ.

Αρχές του 1980. Πολλοί γιατροί που παρακολουθούσαν ομοφυλόφιλους με προβλήματα υγείας, παρατήρησαν μια αυξανόμενη συχνότητα σε παθήσεις που είχαν κάποια κοινά χαρακτηριστικά μεταξύ τους, αλλά δεν μπορούσαν, ωστόσο, και να τις κατατάξουν στην ίδια κατηγορία.

Στη Νέα Υόρκη, ο δόκτωρ Friedman παρατηρεί την αύξηση κάποιας σπάνιας μέχρι τότε νόσου, του σαρκώματος Kaposi -ένα είδος καρκίνου του δέρματος- που πλήττει ιδιαίτερα τους ομοφυλόφιλους της Νέας Υόρκης. Πρόκειται για μια κακοήγη θανατηφόρα αρρώστια με άγνωστη αιτιολογία. Συναντιέται στους μαύρους της Κεντρικής Αφρικής και σε Ευρωπαίους της Μεσογείου.

Σε μεγαλύτερο ποσοστό προσβάλλει τους ενήλικες άνδρες και σε μικρότερο ποσοστό τις γυναίκες. Έτσι με αφορμή τα παραπάνω στοιχεία, το Πανεπιστήμιο της Νέας Υόρκης κάνει επιδημιολογική έρευνα και διαπιστώνει ότι το Σάρκωμα Kaposi έχει εμφανισθεί σε αρκετούς νεαρούς ομοφυλόφιλους άνδρες στην περιοχή της Νέας Υόρκης από το 1979.

Στο μεταξύ, στην Καλιφόρνια ο δόκτωρ Gottlieb παρατηρεί ότι πολλοί ομοφυλόφιλοι είχαν προσβληθεί από το σπάνιο παράσιτο πνευμονοκύστη Carinii, με αποτέλεσμα να εκδηλώνουν πνευμονία.

Ένας άλλος γιατρός, ο G. Weissman, στο Λος Άντζελες, παρατηρούσε ότι πολλοί ομοφυλόφιλοι που παρακολουθούσε παρουσίαζαν πυρετό και πρησμένους αδένες. Η ασθένεια έμοιαζε με λοιμώδη μονοπυρήνωση, αλλά δεν ήταν.

Με την πάροδο του χρόνου τα κρούσματα αύξαναν και πολλά απ' αυτά τα άτομα πέθαιναν. Κοινό χαρακτηριστικό τους ήταν η ομοφυλοφιλία. Όλες οι μέχρι τότε παρατηρήσεις, έρευνες και μελέτες γνωστοποιήθηκαν στις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας των Η.Π.Α. Οι Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας στο μεταξύ, αρχίζουν να καταγράφουν κάθε ύποπτο κρούσμα. Έτσι με αυτή την κινητοποίηση αποδεικνύεται ότι υπάρχουν επιδημικές περιοχές στη Νέα Υόρκη, στο Σαν Φρανσίσκο και στο Λος Άντζελες.

Παράλληλα, συνειδητοποιείται το γεγονός ότι η αρρώστια που πρέπει ν' αντιμετωπιστεί είναι μια καινούρια αρρώστια. Τα πρώτα θύματα της άγνωστης αρρώστιας ήταν αποκλειστικά ομοφυλόφιλοι γι' αυτό και η ασθένεια ονομάζεται "νόσος ομοφυλοφίλων" ή Gay Syndrome.

Στη συνέχεια η μελέτη των επιδημιολογικών ερευνών αποδεικνύει ότι τα άτομα που προσβάλλονται από τη φοβερή άγνωστη ασθένεια έχουν προβλήματα με το ανοσολογικό σύστημα του οργανισμού τους.

Από αυτό το σημείο και μετά, "η νόσος των ομοφυλοφίλων" άρχισε να χαρακτηρίζεται σαν "Σύνδρομο GRID", δηλαδή σαν "σύνδρομο που έχει σχέση με την ανοσολογική ανεπάρκεια των ομοφυλοφίλων". Στη συνέχεια όμως στον κατάλογο των κρουσμάτων προστίθενται τοξικομανείς, ερωτικοί σύντροφοι των αμφισεξουαλικών, άτομα που είχαν υποστεί μεταγγίσεις αίματος για διάφορους λόγους, και άλλα με έντονη σεξουαλική δραστηριότητα.

Έτσι, οι Υπηρεσίες της Δημόσιας Υγείας στις Η.Π.Α. εντείνουν ακόμα περισσότερο τις προσπάθειές τους στον Τομέα της έγκαιρης εντόπισης των κρουσμάτων και της πρόληψής τους, και πραγματοποιούνται επιστημονικές συναντήσεις που έχουν σαν κύριο θέμα το "νέο φαινόμενο". Σε μία από αυτές στην Ουάσιγκτον, ο επικεφαλής του Τμήματος μεταδοτικών νόσων της Νέας Υόρκης γιατρός D. Armstrong, προτείνει την ονομασία AIDS (Acquired Immune, Deficiency Syndrome), που θα πει Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (Σ.Ε.Α.Α.). Η πρόταση έγινε αποδεκτή επίσημα. Η αρρώστια, όμως παρέμεινε αινιγματική και μυστηριώδης.

Παράλληλα, εμφανίζονται τα πρώτα κρούσματα στην Ευρωπαϊκό χώρο, ενώ στην Αμερική γεννιέται το πρώτο παιδί με AIDS από γονείς που είχαν προσβληθεί από το Σύνδρομο. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας κινητοποιείται. Συλλέγονται στοιχεία, διοργανώνονται συνέδρια και επιστημονικές συναντήσεις. Επιδημιολόγοι, ερευνητές και γιατροί ρίχνονται στη μάχη. Μέχρι το Σεπτέμβριο του 1983 έχουν δαπανηθεί από το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των Η.Π.Α. για ερευνητικά προγράμματα που αφορούν το AIDS 48.000.000 δολάρια. Ενώ υπολογίστηκε ότι για κάθε κρούσμα της αρρώστιας διατέθηκαν 24.000 δολάρια, μέχρι το τέλος του 1983. Μέχρι τότε δε, τα κρούσματα ήταν περίπου 2.000.

Η πρώτη περίπτωση AIDS που διαγνώστηκε στην Ελλάδα στο τέλος του 1983, αφορούσε άνδρα μαύρης φυλής από τη Ζάμπια, αμφιφυλόφιλο, ηλικίας 25 ετών που είχε εγκατασταθεί στη χώρα μας στις αρχές του 1983. Από τότε ο ρυθμός αυξήσεως των κρουσμάτων ακολούθησε τα διεθνή πρότυπα. Μέσα στο 1984 δηλώθηκαν επίσημα έξι (6) κρούσματα. Ήταν πια φανερό ότι το AIDS εξελισσόταν σε πρόβλημα σοβαρό. Έτσι ως το τέλος του 1987 ο αριθμός των κρουσμάτων ανερχόταν σε 88 και των φορέων σε 7.000.

Κύριο χαρακτηριστικό, ιδιαίτερα των πρώτων χρονολογικά κρουσμάτων ήταν ξένοι, ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι. Σύμφωνα με την άποψη των ειδικών που ασχολούνται με την ασθένεια στη χώρα μας, ο αριθμός των κρουσμάτων πιθανά να αυξηθεί, γιατί υπάρχουν άτομα που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως είναι οι ομοφυλό-

φιλοι, τοξικομανείς και άλλοι που γενικά έρχονται σε επαφή με περιοχές όπου ενδημεί ο ιός ή έχει εκδηλωθεί το σύνδρομο.

Το μέγεθος επομένως του προβλήματος και τα αναγκαία μέτρα θα καθοριστούν:

- 1) από τον αριθμό των κρουσμάτων και τα χαρακτηριστικά τους.
- 2) από τη μελέτη των ομάδων υψηλού κινδύνου.
- 3) από τον καθορισμό του προβλήματος στο γενικό πληθυσμό.

ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ AIDS 2/11/1990 (1ος πίνακας)	
ΧΩΡΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ
Αφρική	75.642
Αμερική	180.663
U.S.A.	149.498
Ασία	790
Ευρώπη	39.526
Ελλάδα	347
Αυστραλία	2.293
Σύνολο	298.914

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει το συνολικό αριθμό των κρουσμάτων που δηλώθηκαν μέχρι σήμερα στην Π.Ο.Υ. Είναι όμως γνωστή η ανεπαρκής δήλωση των κρουσμάτων κυρίως από τις υπό ανάπτυξη περιοχές όπου συμβαίνουν και τα περισσότερα κρούσματα.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ AIDS ΑΝΑ ΧΡΟΝΟ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ 30/9/1990 (2ος πίνακας)	
ΕΤΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ
1984	6
1985	7
1986	22
1987	53
1988	82
1989	107
1990	98
Σύνολο	375

Στον πίνακα αυτό φαίνεται η χρονική εξέλιξη της επιδημίας μέχρι το Σεπτέμβριο του 1990.

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΔΗΛΩΘΕΝΤΩΝ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑ ΠΙΘΑΝΗ ΠΗΓΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΣ 30/9/1990 (3ος Πίνακας)		
ΠΗΓΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ομοφυλόφιλοι - Αμφιφυλόφιλοι	186	49,6
Τοξικομανείς	12	3,2
Ομοφυλόφιλοι - Αμφιφυλόφιλοι - Τοξικομανείς	2	0,5
Πολυμεταγγιζόμενοι	27	7,2
Αιμοροφιλικοί	38	10,1
Ετεροφυλικοί	88	23,5
Άλλοι	22	5,9
Σύνολο	375	100

Ανησυχίες προκαλεί η μεγάλη αναλογία ετεροφυλικών κρουσμάτων που καθιστούν δυσχερέστερο τον έλεγχο της περαιτέρω εξάπλωσης της νόσου.

ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΑΝΟΗΜΗ ΤΩΝ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ ΣΕ ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ 30/9/1990 (4ος Πίνακας)		
ΠΕΡΙΟΧΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Αττική	235	72,3
Στερεά Ελλάδα	10	3,1
Θεσσαλία	12	3,7
Ήπειρος	4	1,2
Πελοπόννησος	11	3,4
Μακεδονία - Θράκη	28	8,6
Κρήτη - Νησιά Ελλάδος	25	7,7
Σύνολο	325	100

Από τον πίνακα αυτό φαίνεται ότι κρούσματα νόσου δηλώθηκαν από κάθε περιοχή της Ελλάδας. Από τα δεδομένα αυτά συμπεραίνεται ότι θα πρέπει να εντατικοποιηθεί ο έλεγχος της περαιτέρω εξάπλωσης της νόσου που προβλέπεται να εκδηλωθεί σε 1.000 - 1.500 έλληνες μέχρι το τέλος του 1992 με σοβαρές υγειονομικές, αλλά και κοινωνικοοικονομικές συνέπειες.

2. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ AIDS - ΦΥΣΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΣΕΩΣ

Το AIDS προέρχεται από τα αρχικά των λέξεων: ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME (Σύνδρομο Επικτήτης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας). Η ασθένεια αυτή οφείλεται στη δυσλειτουργία του ανοσολογικού συστήματος το οποίο μας προστατεύει από τις ασθένειες.

Το AIDS εκδηλώνεται είτε με πολλαπλές λοιμώξεις που τις ονομάζουμε ευκαιριακές και που συνήθως παρουσιάζονται σε άτομα με κάποιο πρόβλημα στη φυσιολογική λειτουργία του ανοσοποιητικού τους συστήματος, είτε με την εμφάνιση σπάνιων καρκίνων, κυρίως του σαρκόματος Kaposi.

Το AIDS, το ίδιο, δεν σκοτώνει, αλλά άλλες ασθένειες σίγουρα θα σκοτώσουν, και αυτές είναι οι ευκαιριακές λοιμώξεις που συνήθως παρουσιάζονται σε άτομα με πρόβλημα στο ανοσοποιητικό τους σύστημα. Για παράδειγμα το Σάρκωμα Kaposi είναι ένας σπάνιος καρκίνος των αιμοφόρων αγγείων του δέρματος που δεν αναπτύσσεται σε άτομα με υγιή ανοσοποιητικό σύστημα. Ακόμη και κάτι πιο απλό, όπως μυκητιακή στοματίτιδα, είναι κάτι συνηθισμένο για τους υγιείς οργανισμούς αλλά πολύ σοβαρό για άτομα που έχουν προσβληθεί από AIDS.

Η ασθένεια αυτή είναι ένα πολύπλοκο Σύνδρομο. Σήμερα υπάρχει εργαστηριακή διάγνωση του αιτιολογικού παράγοντα. Η εργαστηριακή αυτή διάγνωση βασίζεται στην ανίχνευση αντισωμάτων προς τον ιό του AIDS. Επειδή οι ασθενείς με AIDS έχουν μειωμένη κυτταρική άμυνα, είναι δυνατό να διαπιστωθεί, με διάφορες ανοσολογικές μεθόδους, που εφαρμόζονται στα εργαστήρια, το επίπεδο της ανοσολογικής τους κατάστασης.

Οι ιοί κατατάσσονται σε διάφορες οικογένειες. Ο ιός του AIDS ανήκει στους ρετροϊούς. Οι ιοί της κατηγορίας αυτής για να πολλαπλασιαστούν έχουν ανάγκη ενός ζωντανού κυττάρου και στην περίπτωση του AIDS, του T4 λεμφοκυττάρου, που είναι ένα από τα κύτταρα της άμυνας του οργανισμού. Μπαίνουν ο ιός αυτός στο "κύτταρο - στόχος" -όπως λέγεται- με τη βοήθεια ενός ενζύμου καταλαμβάνει το γενετικό μηχανισμό του κυττάρου και το υποχρεώνει να αναπαραγάγει αντίγραφα του εαυτού του, καταστρέφοντάς το τελικά.

Ειδικότερα ο HIV είναι RNA ιός που ανήκει στην ομάδα C των ρετροϊών. Χαρακτηρίζεται από την παραγωγή της ανάστροφης τρανσκριπτάσης μέσω της οποίας το RNA του ιού μεταγράφεται σε απλή αλυσίδα DNA. Στη συνέχεια συντίθεται συμπληρωματική αλυσίδα DNA και η διπλή αλυσίδα ενσωματώνεται στο DNA του ξενιστή. Ο ιός έχει σχήμα σφαιρικό. Αποτελείται από πυρήνα με εικοσάεδρη συμμετρία, που περιέχει πρωτεΐνες αρκετά σταθερής συστάσεως, και από εξωτερικό διλιπιδικό περίβλημα με γλυκοπρωτεΐνες που παρουσιάζουν αντιγονική μεταβλητότητα. Για να επιβιώσει ο ιός περιορίζει το ρυθμό αναπαραγωγής ή καταφεύγει σε αδρανή, λανθάνουσα κατάσταση. Στην επιβίωση του ιού συμμετέχουν ενεργά τα μακροφάγα και κύτταρα του Κ.Ν.Σ. τα οποία χρησιμεύουν σαν αποθήκες του ιού, ο οποίος παραμένει σε αφθονία μέσα σε αυτά κρυμμένος, χωρίς να προκαλεί τους αμυντικούς μηχανισμούς του οργανισμού.

Η φυσική πορεία της λοιμώξεως εκδηλώνεται σε τρία κύρια στάδια: στο στάδιο οξείας λοιμώξεως, ασυμπτωματικής ιοφορίας και κλινικής νόσου.

Στο στάδιο της οξείας λοιμώξεως εμφανίζονται λιγότερο ή περισσότερο θορυβώδη κλινικά φαινόμενα που εκδηλώνονται ένα περίπου μήνα μετά τη μόλυνση. Σε μικρό σχετικά χρονικό διάστημα ο οργανισμός κατορθώνει να περιορίσει τον πολλαπλασιασμό του ιού με τους μηχανισμούς της κυτταρικής και χημικής ανοσίας. Τα συμπτώματα περιορίζονται μόνο στην παραμονή διογκωμένων λεμφαδένων.

Τις περισσότερες όμως φορές δεν παραμένει κανένα απολύτως σύμπτωμα. (στάδιο ασυμπτωματικής ιοφορίας). Η λοίμωξη όμως ανακαλύπτεται κυρίως με την ανίχνευση των αντισωμάτων ήδη από τον πρώτο μήνα της μόλυνσεως. Η ασυμπτωματική ιοφορία είναι μόνιμη που υποδηλώνει τη συνεχή παραμονή του ιού και τη δυνατότητα μεταδόσεώς του σε άλλα άτομα. Έχουν όμως περιγραφεί σπανιότατες περιπτώσεις πλήρους ίασεως και αποβολής του ιού.

Στάδιο κλινικής νόσου: Τα κλινικά συμπτώματα του AIDS εκδηλώνονται μετά πάροδο 8-10 ετών. Αυτό όμως εξαρτάται από την ηλικία και την ομάδα που ανήκει ο ασθενής π.χ. η νόσος εκδηλώνεται σε μεγάλο ποσοστό σε 1-2 μόνο χρόνια σε παιδιά που μολύνονται από τη μητέρα τους. Το στάδιο επίωψεως είναι επίσης μικρότερο σε ηλικιωμένα άτομα.

3. ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ ΙΟΥ

Από τη στιγμή που άρχισαν να γίνονται επιστημονικές έρευνες πάνω στο όλο πρόβλημα του AIDS, ακούστηκαν πολλές απόψεις και διατυπώθηκαν αρκετές θεωρίες που κάθε μια διεκδικεί για τον εαυτό της το αλάθητο σε ό,τι αφορά την καταγωγή του ιού.

Οι σημαντικότερες είναι:

(Α) ΠΡΑΣΙΝΟΣ ΠΙΘΗΚΟΣ

Η θεωρία ότι ο ιός του AIDS προήλθε από τους πράσινους πιθήκους της Αφρικής και που προκάλεσε ποικίλες αντιδράσεις, εκφράστηκε από τον καθηγητή του Πανεπιστημίου του Χάρβαρντ Μαξ Έσεξ.

(Β) ΑΠΟ ΙΣΗΜΕΡΙΝΗ ΑΦΡΙΚΗ

Κατά τον Ρόμπερτ Γκάλα, καθηγητή του Ινστιτούτου Υγείας των Η.Π.Α., ο ρετροϊός LAV/HTLV-3 (το όνομα του ιού) που προσβάλλει τον οργανισμό μας, μπορεί να έχει έρθει από τον Ισημερινή Αφρική, ταξίδεψε μέσω του δουλεμπορίου στη Λατινική Αμερική, Καραϊβική... Κι αυτή η άποψη δέχτηκε επικρίσεις, σύμφωνα με τις οποίες είναι αδύνατο να προήλθε από την Αφρική γιατί αν το AIDS ξεκινούσε από την Αφρική θα είχε έρθει χρόνια πριν στην Ευρώπη και δε θα συνέβαινε να προσβάλλει μόνο την Αμερική και μετά να έρθει στην Ευρώπη.

(Γ) ΠΡΟΙΟΝ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΟΛΕΜΟΥ

Η θεωρία αυτή διατυπώθηκε από τον καθηγητή Βιολογικού Ινστιτούτου της Ανατολικής Γερμανίας κ. Ζέγκαλ, ο οποίος αποδίδει τη γένεση του ιού, σε έρευνες που έγιναν στο Φορτ Ντέτριν του Μέριλαντ, σε μια προσπάθεια να παραχθούν ιοί ενόψει διεξαγωγής βιολογικού πολέμου. Κατά τον καθηγητή, οι παραγόμενοι ιοί δοκιμάζονται πάνω σε βαρυποινίτες, που δέχονται σαν αντάλλαγμα την μείωση της φυλάκισής τους, ή την αποφυλάκισή τους. Γι' αυτό κατά τον Ζέγκαλ, ο ιός κάνει την πρώτη του εμφάνιση σε ομοφυλόφιλους, φυλακισμένους ή παλιότερους τρόφιμους των φυλακών.

(Δ) ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ ΙΩΝ.

Η τέταρτη θεωρία είναι αυτή που υποστηρίζει ο δικός μας καθηγητής κ. Γεώργιος Παπαευαγγέλου. Σύμφωνα με την άποψή του, ο ιός είναι δυνατόν να προήλθε από μεταλλάξεις ιών. Κατά τον έλληνα καθηγητή ο ιός ανήκει στην ίδια οικογένεια με την ηπατίτιδα.

4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ - ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗ

Ο ιός HIV ανήκει στην ομάδα των ρετροϊών και είναι RNA ιοί μεγάλου Μ.Β. που έχουν την ικανότητα να αναπαράγονται με τη μεταφορά γενετικών πληροφοριών από το RNA στο DNA.

Ο ιός του AIDS έχει τροπισμό (προτιμά) στα βοηθητικά Τ λεμφοκύτταρα, τα μακροφάγα και ορισμένα κύτταρα του Κ.Ν.Σ. Από τη στιγμή που ο ιός θα αγκιστρωθεί σε ειδικό υποπληθυσμό λεμφοκυττάρων των T4, εισχωρεί με τρόπο στη μεμβράνη του κυττάρου όπου η πρωτεΐνη που καλύπτει τον ιό ανοίγει και εκρίνει το RNA. Το RNA του ιού (με τη μεσολάβηση της αντίστροφης τρανσκριπτάσης), μετατρέπεται σε DNA το οποίο στη συνέχεια ενσωματώνεται στο DNA του προσβεβλημένου λεμφοκυττάρου. Το DNA του ιού μπορεί να παραμένει σε κατάσταση ηρεμίας μέσα στο DNA του κυττάρου επί χρόνια, ακόμη και σε όλη τη ζωή του ατόμου.

Η δραστηριοποίηση και ο πολλαπλασιασμός του ιού φαίνεται ότι μπορεί να ξεκινήσει μετά από λοίμωξη από κάποιο μικρόβιο ή ιό. Σ' αυτή την περίπτωση διεγείρεται το κύτταρο και παράγει RNA του ιού και πρωτεΐνη. Τα στοιχεία αυτά κοντά στη μεμβράνη του κυττάρου ενώνονται και σχηματίζουν νέους ιούς που εξέρχονται από το κύτταρο δημιουργώντας οπές στην επιφάνειά του. Έτσι το μεν προσβεβλημένο κύτταρο καταστρέφεται, οι δε νέοι ιοί περνούν στην κυκλοφορία του ατόμου και μολύνουν νέα λεμφοκύτταρα.

Τα T4 λεμφοκύτταρα είναι από τα πιο σημαντικά κύτταρα στο ανθρώπινο ανοσοποιητικό σύστημα. Έτσι όταν τα T4 λεμφοκύτταρα εξουδετερώνονται, το αποτέλεσμα είναι να διαταραχθεί η συνεργασία όλων των υπολοίπων υποπληθυσμών ανοσοκυττάρων με τελική φάση την μειονεκτική ανοσολογική άμυνα του οργανισμού έναντι των αντιγονικών ουσιών όπως τα μικρόβια, ιοί, παράσιτα, καρκινογόνα κύτταρα.

5. ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΚΑΙ ΜΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΙΟΥ

Οι πιθανοί οδοί μετάδοσης του AIDS είχαν ήδη εντοπιστεί πριν ακόμα καθοριστεί η αιτία της νόσου. Η ανακάλυψη το 1983 ότι ο ιός της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (Human Immunodeficiency Virus - HIV) είναι το αίτιο της νόσου, καθώς και η συγκέντρωση περαιτέρω επιδημιολογικών δεδομένων, εδραίωσε την αρχική αντίληψη ότι τρεις είναι οι κύριοι τρόποι μετάδοσης του ιού. Οι τρόποι αυτοί αναλύονται στη συνέχεια:

Σεξουαλική μετάδοση: Η σεξουαλική επαφή είναι η πιο σημαντική οδός μετάδοσης του ιού HIV. Αυτό μπορεί να γίνει από άνδρα σε άνδρα, από άνδρα σε γυναίκα και από γυναίκα σε άνδρα. Η πρωκτική σεξουαλική επαφή έχει το πιο μεγάλο κίνδυνο, έτσι ώστε οι ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι άνδρες να αποτελούν το 70-75% των ασθενών με AIDS. Παρά ταύτα, πρόσφατες μελέτες από διάφορες χώρες έχουν αποδείξει ότι η ετερόφυλη σεξουαλική μετάδοση του HIV είναι δυνατή, μάλιστα δε ο τρόπος αυτός μετάδοσης κερδίζει σταθερά έδαφος.

Στην Αφρική η σχέση με την οποία απαντά το AIDS μεταξύ ανδρών:γυναικών, είναι περίπου 1:1, σε αντίθεση με τις ΗΠΑ όπου η σχέση αυτή είναι 13:1. Ενδιαφέρουσα επιδημιολογικά στοιχεία που προέρχονται κυρίως από την Αφρική και συνδέονται με την πιθανότητα ετερόφυλης μετάδοσης του ιού HIV είναι ότι τα άτομα αυτά είναι κατά κανόνα νεαρά. Οι γυναίκες είναι πιο νέες από τους άνδρες και κυρίως ανύπανδρες. Επιπλέον οι άνδρες της ομάδας αυτής συνήθως έχουν νοσήσει και από άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ενώ στην ομάδα των γυναικών οι πιο πολλές είναι εκδιδόμενες.

Σημαντικές ερευνητικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι η ετερόφυλη σεξουαλική μετάδοση από άνδρες πάσχοντες από AIDS στις γυναίκες τους είναι υψηλές. Εξάλλου κίνδυνος μετάδοσης από γυναίκες σε άνδρες υπάρχει μετά από σεξουαλική επαφή, κυρίως με εκδιδόμενες γυναίκες. Ενδιαφέρον επίσης είναι το εύρημα ότι η ετερόφυλη μετάδοση του ιού στις γυναίκες είναι πολύ συχνή, αφού το 30-50% περίπου των γυναικών με AIDS έχουν μολυνθεί με σεξουαλική επαφή από πάσχοντες άνδρες. Οι περισσότεροι από τους άνδρες αυτούς είναι αμφιφυλόφιλοι ή τοξικομανείς με ενδοφλέβια χρήση.

Σε ομοφυλόφιλους άνδρες ο κίνδυνος μόλυνσης είναι πιο μεγάλος εάν υπάρχει μεγάλη εναλλαγή ερωτικών συντρόφων. Η στοματογεννητική επαφή φαίνεται ότι αποτελεί δευτερεύουσα οδό μόλυνσης αφού σε λίγες μόνο περιπτώσεις έχει ενοχοποιηθεί.

Από πλευράς φύλου εξάλλου, φαίνεται ότι ο κίνδυνος μόλυνσης από άνδρα σε γυναίκα είναι πιο μεγάλος από ότι από γυναίκα σε άνδρα (εκτός της Αφρικής). Ένας παράγοντας που συνδέεται με τη διαφορά αυτή είναι η παρουσία του ιού στο σπέρμα, ενώ η μετάδοση του ιού από τα κολλικά υγρά δεν έχει τεκμηριωθεί, παρά το γεγονός ότι ο ιός έχει απομονωθεί σ' αυτά. Σημαντικό στοιχείο εξάλλου είναι ότι η συχνότητα ετερόφυλης σεξουαλικής μετάδοσης είναι πιο συχνή ανάμεσα σε τοξικομανείς με ενδοφλέβια χρήση.

Αιματογενής μετάδοση: Η αιματογενής μετάδοση του ιού αποτελεί τη δεύτερη σε συχνότητα πηγή μόλυνσης. Κίνδυνο αιμοτεγενούς μετάδοσης έχουν άτομα που έκαναν

μετάγγιση με αίμα και προϊόντα του αίματος, τοξικομανείς με ενδοφλέβια χρήση και τέλος υγειονομικό προσωπικό που είχε παρεντερική έκθεση στον ιό κατόπιν ατυχήματος.

i) **Μετάγγιση αίματος και προϊόντων αυτού:** Ο τρόπος αυτός μετάδοσης του ιού είναι ίσως ο πιο άδικος, αφού γίνεται με τη μετάδοση μολυσμένου αίματος ή και προϊόντων αίματος σε άτομα που δεν είχαν ενεργητική συμμετοχή στη μόλυνση. Τον πιο μεγάλο κίνδυνο διατρέχουν πολυμεταγγιζόμενα άτομα και αιμορροφιλικά και πιο σπάνια άτομα που είχαν περιστασιακά μεταγγιστεί.

Σημαντική ήταν η παρατήρηση ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης λοίμωξης ήταν πιο μεγάλος, εάν η αιμοληψία έγινε κοντά στη φάση ανάπτυξης των συμπτωμάτων του AIDS στους αιμοδοτές. Όλοι οι μεταγγιζόμενοι ανέπτυξαν λοίμωξη μέσα σε 23 μήνες από την ανάπτυξη του AIDS στους αιμοδοτές. Είναι γενικά παραδεκτό ότι, εφόσον μεταγγιστεί ενδοφλέβια σημαντική ποσότητα μολυσμένου αίματος, η λοίμωξη με τον ιό HIV είναι αναπόφευκτη.

Το αίμα είναι το πιο σημαντικό βιολογικό υγρό του ανθρώπινου σώματος που μολύνεται με τον ιό HIV. Οι παράγοντες του αίματος που μεταδίδουν τη λοίμωξη HIV είναι το ολικό αίμα, κύτταρα του αίματος, πλάσμα. Αντίθετα η λοίμωξη δεν μεταδίδεται με άλλα προϊόντα που προέρχονται από το αίμα όπως οι ανοσοσφαιρίνες, οι πρωτεΐνες του πλάσματος, τα λευκώματα, το εμβόλιο ηπατίτιδας Β κ.ά.

Το πρόβλημα της μετάδοσης του ιού με μετάγγιση αίματος και των προϊόντων αυτού μπορεί να αποτελέσει πρότυπο πρόληψης της μόλυνσης εάν ληφθούν ορισμένα μέτρα. Είναι δε κυρίως: α) ο υποχρεωτικός έλεγχος του αίματος και πλάσματος για αντισώματα εναντίου του ιού HIV όλων των αιμοδοτών, β) ο αποκλεισμός από την αιμοδοσία ατόμων που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου για AIDS και γ) η αδρανοποίηση του ιού με θερμότητα σε προϊόντα του αίματος που χρησιμοποιούνται σαν παράγοντες πήξεως. Παρόλα αυτά ένας μικρός κίνδυνος που κυμαίνεται μεταξύ 1:100.000 έως 1:1.000.000 εξακολουθεί να υπάρχει και οφείλεται σε ψευδή αρνητικά αποτελέσματα στην ανίχνευση HIV αντισωμάτων στο αίμα με τη μέθοδο Elisa.

ii) **Τοξικομανείς με ενδοφλέβια χρήση:** Η ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών φαίνεται ότι αποτελεί τη δεύτερη σε συχνότητα οδό μετάδοσης του ιού αφού αντιπροσωπεύει στις ΗΠΑ περίπου το 17% και στην Ευρώπη το 8% όλων των περιπτώσεων του AIDS. Η αιτία μετάδοσης του ιού στους τοξικομανείς πιστεύεται ότι οφείλεται στην κατ' εξακολούθηση και κοινή χρήση μολυσμένων με αίμα και μη αποστειρωμένων βελονών και σύριγγων. Σ' αυτές τις περιπτώσεις ο ιός μεταφέρεται με το μολυσμένο αίμα που παρέμεινε, στο νέο θύμα που ξαναχρησιμοποιεί τα ίδια εργαλεία. Τα άτομα της ομάδας αυτής χρησιμοποιούν την ίδια βελόνα και σύριγγα μέχρι καταστροφής. Ο κίνδυνος μόλυνσης με ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών εξαρτάται α) από τον αριθμό των τρυπημάτων με τη βελόνα β) τον αριθμό των ημερών που χρησιμοποιείται η μη αποστειρωμένη βελόνα και σύριγγα γ) από τον αριθμό των τοξικομανών που έχουν χρησιμοποιήσει την

ίδια βελόνα και σύριγγα. Φαίνεται δε να παίζει ρόλο ο τύπος του ναρκωτικού, καθώς και η διάρκεια που χρησιμοποιείται αυτό.

Παρά το γεγονός ότι δεν έχει ακριβώς καθοριστεί το ποσό του μολυσμένου αίματος στη σύριγγα και τη βελόνα, φαίνεται ότι αφήνουν μικρές ποσότητες ανάλογες με εκείνες που είναι επικίνδυνες για μετάδοση του ιού με τρύπημα βελόνας κατόπιν ατυχήματος. Πρέπει να τονισθεί ότι οι τοξικομανείς με ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών αποτελούν τον πιο μεγάλο κίνδυνο για διασπορά του ιού, τόσο στην Ευρώπη, όσο και στις ΗΠΑ, γιατί περίπου το 90% αυτών είναι σεξουαλικά ετεροφυλόφιλοι. Από το ποσοστό αυτό, το 30% είναι γυναίκες στην αναπαραγωγική περίοδο, ώστε να αποτελούν την κύρια πηγή μετάδοσης στα παιδιά. Ένας επιπλέον κίνδυνος είναι ότι το 30-50% των γυναικών αυτών παράλληλα εκδίδεται και αποτελεί πηγή μόλυνσης ετεροφυλόφιλων ανδρών.

Η μετάδοση του ιού με ενδοφλέβια χορήγηση ναρκωτικών μπορεί να επηρεαστεί θετικά και να μειωθεί ο κίνδυνος διασποράς της νόσου. Οι παράμετροι που συνδέονται με το πρόβλημα είναι η σωστή ενημέρωση των τοξικομανών σχετικά με τον τρόπο μετάδοσης του ιού, η διάθεση μιας χρήσης αποστειρωμένων βελονών και συριγγών, η αποτοξίνωση σε ειδικά κέντρα κ.ά.

Μετάδοση από μητέρα σε παιδί: Ο τρόπος αυτός μετάδοσης αφορά μολυσμένες μητέρες και τα παιδιά τους. Ο κίνδυνος είναι μεγάλος αφού οι πιο πολλές περιπτώσεις AIDS στα παιδιά έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτέλεσμα μετάδοσης κατά τη διάρκεια της κύησης ή αμέσως μετά. Περίπου 40-50% των παιδιών που γεννιούνται από μητέρες μολυσμένες με τον ιό HIV είναι επίσης μολυσμένο με τον ίδιο ιό. Στο 50% των περιπτώσεων, η διάγνωση της λοίμωξης γίνεται πριν από το πρώτο έτος. Τα περισσότερα από τα παιδιά αυτά (περίπου 60%) θα αναπτύξουν τελικά πλήρες AIDS και θα πεθάνουν.

Η μετάδοση του ιού από μολυσμένες μητέρες στους απογόνους τους μπορεί να γίνει με τους εξής τρόπους: α) στο κύημα στη μήτρα μέσω της πλακούντιας κυκλοφορίας, β) στο βρέφος κατά τη διάρκεια του τοκετού με εμβολιασμό μολυσμένου αίματος σε τραυματικές επιφάνειες (δέρμα, βλενογόνο) ή από εισρόφηση αίματος και άλλων μολυσμένων βιολογικών υγρών και γ) στο βρέφος μετά τη γέννηση μέσω μολυσμένου μητρικού γάλακτος.

Η οδός μόλυνσης μπορεί να είναι μία ή περισσότερες, χωρίς επί του παρόντος να είναι γνωστό ποια οδός έχει το μεγαλύτερο κίνδυνο μετάδοσης. Έχει ανακοινωθεί περίπτωση νεογνού που μολύνθηκε από το μητρικό γάλα, αφού η μητέρα του δεν ήταν μολυσμένη κατά την περίοδο της κύησης, αλλά μολύνθηκε από μετάγγιση αίματος που έγινε αμέσως μετά τον τοκετό.

Η μεγάλη πλειοψηφία των παιδιών με AIDS (περίπου 80%) έχουν γονείς που πάσχουν από AIDS ή ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Στις πιο πολλές περιπτώσεις οι μητέρες κάνουν ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ή είναι εκδιδόμενες ή είναι σύζυγοι αμφιφυλόφιλων, αιμορροφιλικών και τοξικομανών ανδρών.

Τρόποι που δεν μεταδίδεται Ο φόβος και ο πανικός που συνοδεύει την εμφάνιση του AIDS δημιούργησε όπως είναι φυσικό, υπερβολές και ακρότητες που σχετίζονται με την πιθανότητα μόλυνσης με τον ιό. Παρά το γεγονός ότι ο ιός έχει ανιχνευθεί σε πολλά βιολογικά υγρά του ανθρώπινου σώματος όπως αίμα, σπέρμα, ορός, κοιλιακές εκκρίσεις, μητρικό γάλα, σάλιο, δάκρυα, ούρα, πλευριτικό και κυψελιδικό υγρό, εγκεφαλονωτιαίο υγρό δεν έχει αποδειχθεί ότι μπορεί μέσω όλων αυτών να μεταδοθεί. Επιδημιολογικά δεδομένα έχουν αποδείξει ότι μόνο το αίμα και το σπέρμα ευθύνονται άμεσα για τη μετάδοση της νόσου. Επιπλέον υπάρχουν ενδείξεις ότι είναι πιθανή η μετάδοση του ιού με τις κοιλιακές εκκρίσεις και το μητρικό γάλα. Ο ιός δεν μεταδίδεται με συνηθισμένες κοινωνικές επαφές όπως χειραψία, αθώα κοινωνικά φιλά, κλάψιμο, βήχας, φτέρνισμα κ.ά. Επιπλέον δεν μεταδίδεται η νόσος από τηλεφωνικές συσκευές, πόμολα, τουαλέτες, πισίνες, θάλασσα, κοινόχρηστα σκεύη (πιάτα, ποτήρια, κουτάλια κ.ά.), τρόφιμα, έπιπλα και άλλα αντικείμενα. Τέλος δεν υπάρχουν τεκμηριωμένες ενδείξεις ότι ο ιός μεταδίδεται με δήξη εντόμων, παρά το γεγονός ότι το θέμα έχει συζητηθεί στον τύπο.

Πιθανότητα μετάδοσης με το σάλιο: Η ανεύρεση του ιού σε διάφορα βιολογικά υγρά του ανθρώπινου σώματος δε σημαίνει απαραίτητα ότι μπορεί να μεταδώσουν και τη λοίμωξη. Η ανίχνευση του ιού στο σάλιο έγινε αφορμή μεγάλης ανησυχίας στην κοινή γνώμη και τους οδοντιάτρους σε ολόκληρο τον κόσμο. Ο ιός ανιχνεύεται στο σάλιο όχι σταθερά και οπωσδήποτε σε πολύ μικρότερη αναλογία σε σχέση με το αίμα. Παρά την ανεύρεσή του στο σάλιο, τα υπάρχοντα επιδημιολογικά και ερευνητικά δεδομένα δεν τεκμηριώνουν ότι το σάλιο αποτελεί πηγή μόλυνσης. Η χαμηλή και όχι σταθερή παρουσία του ιού στο σάλιο σε συνδυασμό με άλλες παραμέτρους (παρουσία αντισωμάτων εναντίον του ιού στο σάλιο, απουσία πολλών κυτταρικών υποδοχέων στο βλενογόνο του στόματος κ.ά.) είναι παράγοντες όχι ευνοϊκοί για την μετάδοση του AIDS μέσω του σάλιου. Μελέτες εξάλλου σε μέλη οικογενειών πασχόντων από AIDS, που έρχονται σε επαφή για πολύ χρόνο με αντικείμενα λερωμένα με σάλιο, δεν απέδειξαν μολυσματικότητα. Επιπλέον μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι οδοντίατροι που εργάστηκαν στο στόμα πασχόντων από AIDS μολύνθηκαν από το σάλιο ούτε άλλο ιατρικό ή παραϊατρικό προσωπικό που ήλθε σε επαφή με σάλιο πασχόντων από AIDS.

6. ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΟΙΟΙ ΔΕΝ ΚΙΝΔΥΝΕΥΟΥΝ ΝΑ ΜΟΛΥΝΘΟΥΝ

Τα άτομα που κινδυνεύουν περισσότερο να μολυνθούν με τον ιό και να νοσήσουν χαρακτηρίζονται σαν ομάδες υψηλού κινδύνου του AIDS. Η διαμόρφωση των ομάδων αυτών αντανακλά ευθέως τους τρόπους μετάδοσης. Στους ενήλικες οι ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι άνδρες αποτελούν την κύρια ομάδα νόσησης, τόσο στις ΗΠΑ, όσο και στην Ευρώπη, αφού αντιπροσωπεύουν περίπου το 70% των ασθενών. Ακολουθούν σε μικρότερη αναλογία οι τοξικομανείς με ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών, οι αιμορροφιλικοί, τα πολυμεταγγιζόμενα άτομα, οι ετεροφυλόφιλοι ερωτικοί σύντροφοι και τέλος άτομα που δεν μπορεί να προσδιοριστεί η οδός μόλυνσης και δεν ανήκουν στις προηγούμενες ομάδες.

Ο χρόνος επώασης (εννοούμε το χρόνο από τη στιγμή της μόλυνσης μέχρι την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων) εξακολουθεί να είναι ένα σημείο ασυμφωνίας μεταξύ διάφορων ερευνητών. Οι απόψεις για τη διάρκεια του χρόνου επώασης ποικίλουν από 15 μήνες μέχρι 5 χρόνια ή και περισσότερο.

Δεν κινδυνεύουν να προσβληθούν οι εξής κατηγορίες ατόμων:

- α) όταν δεν έχουν ερωτικές σχέσεις ή έχουν ερωτική σχέση μόνιμα με ένα σύντροφο.
- β) όταν ο ερωτικός σύντροφος δεν ανήκει στα άτομα υψηλού κινδύνου
- γ) όταν είναι σίγουροι για τον ερωτικό σύντροφο που διαλέγουν, ότι δεν έχει προσβληθεί από το AIDS
- δ) όταν είναι σίγουροι, ότι ο ερωτικός τους σύντροφος δεν έχει σεξουαλική σχέση με άλλα άτομα.
- ε) γενικά οι οργανισμοί που είναι εντελώς υγιείς, διατρέχουν πολύ μικρό κίνδυνο να προσβληθούν από τον ιό του AIDS.

Κατανομή ασθενών με AIDS στις ομάδες υψηλού κινδύνου στους ενήλικες στην ΗΠΑ και την Ευρώπη

ΟΜΑΔΑ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	ΕΥΡΩΠΗ %	ΗΠΑ %
Ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι άνδρες	73	69
Τοξικομανείς με ενδοφλέβια χρήση	17	11
Αιμορροφιλικοί	1	4
Πολυμεταγγιζόμενα άτομα	2	2
Ετερόφυλες επαφές	2	8
Αταξινόμητα	5	6
Σύνολο	100	100

Κατανομή περιπτώσεων AIDS στα παιδιά ανάλογα με την ομάδα κινδύνου στις ΗΠΑ και την Ευρώπη

ΟΜΑΔΑ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	ΕΥΡΩΠΗ %	ΗΠΑ %
Γονείς που πάσχουν ή ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου	68	76
Αιμορροφιλικά παιδιά	16	5
Πολυμεταγγιζόμενα	13	14
Αταξινόμητα	3	5
Σύνολο	100	100

7. ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ -ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ- ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Οι κυριότερες εκδηλώσεις του Συνδρόμου Επικτήτης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας είναι οι ευκαιριακές λοιμώξεις και το σάρκωμα Kaposi. Η πιο συνηθισμένη ευκαιριακή λοίμωξη είναι η πνευμονία από πνευμονοκύστη *Carinii*. Διάφορες επιστημονικές έρευνες έχουν αποδείξει ότι το 51% των ασθενών παρουσιάζουν πνευμονοκύστη *Carinii*, χωρίς εκδηλώσεις του σαρκώματος Kaposi. Ποσοστό 27% παρουσίαζε σάρκωμα Kaposi χωρίς πνευμονία από πνευμονοκύστη *Carinii*, ενώ 7% έχουν και σάρκωμα Kaposi και πνευμονοκύστη *Carinii*. Επίσης 16% των ασθενών έχουν άλλες ευκαιριακές λοιμώξεις, χωρίς πνευμονία από πνευμονοκύστη *Carinii* ή σάρκωμα Kaposi.

Η κλινική διαδρομή του πλήρους AIDS καθώς και τα εργαστηριακά ευρήματά του παρουσιάζουν τρία στάδια:

1ο στάδιο (ή στάδιο επώασης): Χαρακτηρίζεται από την έλλειψη κλινικών σημείων και εκδηλώσεων και αφορά άτομα που υπάγονται στις ομάδες υψηλού κινδύνου.

2ο στάδιο (ή ελάσσου AIDS): Στο στάδιο αυτό περιλαμβάνεται μια ομάδα συμπτωμάτων που διαρκούν από μερικές εβδομάδες μέχρι και μερικούς μήνες. Τα συμπτώματα αυτά είναι:

α) **Έντονη καταβολή δυνάμεων και απώλεια βάρους:** Η απώλεια βάρους είναι σταδιακή, ξεκινάει από 5% και φτάνει στο 50%, του αρχικού πριν την ασθένεια. Όσον αφορά την καταβολή δυνάμεων μπορεί να εμφανισθεί κακοδιαθεσία και κούραση, χωρίς να υπάρχει συγκεκριμένη αιτία, όπως αλλαγή στο διαιτολόγιο, υπερκόπωση κ.λπ.

β) **Νυχτερινές εφιδρώσεις:** οι νυχτερινές εφιδρώσεις συνοδεύουν κυρίως τον περιοδικό πυρετό.

γ) **Κυματοειδής πυρετός αγνώστου αιτιολογίας:** Ο πυρετός στην αρχή είναι μικρός και περιοδικός. Με την πάροδο του χρόνου μπορεί να φτάσει ή ακόμα και να ξεπεράσει και τους 39ο C.

δ) **Επίμονη διάρροια:** Οι κενώσεις δεν είναι σχηματισμένες, δεν είναι φυσιολογικές. Το περιεχόμενό τους χαρακτηρίζεται από πολύ νερό, είναι δηλαδή υδαρείς κενώσεις. Ο αριθμός τους είναι γενικά μεγάλος. Ξεπερνά τις 10 κενώσεις την ημέρα. Στο τέλος με την πάροδο του χρόνου γίνονται βλενώδεις και αιματηρές. Η διάρροια οφείλεται στις ευκαιριακές λοιμώξεις που είναι το αποτέλεσμα της δράσης των παρασίτων, βακτηριδίων και άλλων μικροοργανισμών. Όλα αυτά τα παράσιτα μπορούν να διαγνωσθούν εργαστηριακά με τη γνωστή εξέταση κοπράνων, τη λεγόμενη παρασιτολογική. Τα μικρόβια μπορούν να προσδιοριστούν με ειδική καλλιέργεια των κοπράνων.

ε) **Διόγκωση λεμφαδένων:** Το σύνδρομο στην αρχή μπορεί να εμφανίζει εικόνα λοιμώδους μονοπυρήνωσης. Συνήθως πρήζεται ο αδένας που βρίσκεται στον τράχηλο (λαιμό). Βεβαίως πολλές φορές πρήζονται και οι λεμφαδένες της μασχάλης καθώς και οι βουβωνικοί. Ένας αδένας που αλλάζει μέγεθος, σχήμα ή σύσταση, πρέπει οπωσδήποτε να παρακολουθείται ιατρικά. Μαζί με τη διόγκωση των λεμφαδένων παρατηρείται καχεξία, πυρετός και απώλεια βάρους. Επιστημονικές έρευνες σε ομοφυλόφιλους και αμφι-

φυλόφιλους απέδειξαν ότι η διόγκωση των λεμφαδένων ήταν επίμονη για μεγάλο χρονικό διάστημα (πάνω από 4 χρόνια).

στ) Δερματικές βλάβες: Μπορεί να εμφανισθούν σημεία πυοδερματίτιδας, στοματικές και περιπρωκτικές ερπητικές βλάβες, επίμονα κονδυλώματα, στοματική μονιλίαση.

ζ) Ασυνήθιστη αιμορραγία: Αυτή εμφανίζεται με κόκκινες κηλίδες στο στόμα, στη μύτη, στο ορθό, χωρίς να έχει προηγηθεί τραυματισμός.

η) Πονοκέφαλος και σύγχυση: Παρουσιάζονται πονοκέφαλοι, απώλεια αισθήσεων και καταβολές στις διανοητικές λειτουργίες.

3ο στάδιο (ή στάδιο ευκαιριακών λοιμώξεων και όγκων): Στο στάδιο αυτό μπορεί να τεθεί η ειδική διάγνωση του AIDS όπως απαιτείται από το Κέντρο Ελέγχου Λοιμωδών Νόσων των ΗΠΑ.

Κλινικά εκδηλώνεται με ευκαιριακές λοιμώξεις μερικές από τις οποίες είναι οι ακόλουθες:

α) Πνευμονία από πνευμονοκύστη *Carinii*: Είναι η πιο συχνή ευκαιριακή λοίμωξη και μαζί με το σάρκωμα Kaposi είναι τα πιο ασφαλή κριτήρια ευκαιριακών νόσων, που είναι διαγνωστικά πλήρους AIDS. Ασθενείς με AIDS που εμφανίζουν αυτού του είδους την πνευμονία έχουν κακή πρόγνωση, αφού η λοίμωξη ευθύνεται για το 50-60% των θανάτων.

Η πνευμονία *Carinii* είναι ένα παράσιτο που σαπροφυτεί στο αναπνευστικό σύστημα, χωρίς να προκαλεί συμπτώματα. Το παράσιτο ενεργοποιείται και γίνεται παθογόνο για τον άνθρωπο, όταν υπάρχει έντονη καταστολή της κυτταρικής και χημικής ανοσίας.

Με την εμφάνιση του AIDS η πνευμονία *Carinii* απέκτησε τεράστια επικαιρότητα. Κλινικά η πνευμονία αρχίζει με πυρετό, ανορεξία, συνεχή βήχα και δύσπνοια. Προοδευτικά τα αναπνευστικά προβλήματα γίνονται σοβαρά και τελικά οδηγούν σε κυάνωση με ασφυκτικά φαινόμενα και θάνατο. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με τη μικροβιολογική και ιστοπαθολογική ανεύρεση του παρασίτου στις εκκρίσεις και στους ιστούς. Η ακτινογραφία θώρακος εξάλλου, όπως και ο ορολογικός έλεγχος, συμπληρώνουν τον εργαστηριακό έλεγχο. Θεραπεία εκλογής είναι η χορήγηση τριμεθοπρίμης - σουλφαμεθοξαζόλης ή πενταμιδίνης.

β) Βαριά Μονιλίαση (μυκητίαση): Η μονιλίαση οφείλεται στο μύκητα *Candida albicans*. Πρόκειται για ευκαιριακό μύκητα που η ανάπτυξη του ευνοείται σε ορισμένες καταστάσεις όπως μακροχρόνια λήψη ορισμένων φαρμάκων, νόσων αίματος, καρκινώματα κ.ά.

Κλινικές εκδηλώσεις μονιλίασης απαντούν στο στόμα, οισοφάγο και λοιπό γαστρεντερικό σύστημα, γεννητικά όργανα, δέρμα, αναπνευστικό σύστημα κ.ά. Η μονιλίαση είναι η πιο συχνή και πρώιμη ευκαιριακή λοίμωξη που απαντά στο AIDS. Η μονιλίαση μάλιστα του οισοφάγου είναι ένα από τα σταθερά διαγνωστικά κριτήρια του AIDS. Επιπλέον μονιλίαση εμφανίζεται στους βρόγχους και πνεύμονες, στο λεπτό και παχύ έντερο, τον πρωκτό ενώ μερικές φορές δημιουργεί αποστήματα στον εγκέφαλο και το ήπαρ. Η διάγνωση τεκμηριώνεται με μικροβιολογική εξέταση, καλλιέργεια και με οισοφαγοσκόπηση προκειμένου για μονιλίαση οισοφάγου. Θεραπεία είναι τοπική χρήση

νυστατίνης ή μυκοναζόλης και εκεί που ενδείκνυται, συστηματική χορήγηση κετοκοναζόλης ή Αμφοτερικίνης-B.

γ) **Τοξοπλάσμοση:** Οφείλεται στο *Toxoplasma gondii* που μεταδίδεται στον άνθρωπο με τρόφιμα, κυρίως κρέας ή από τα κόπρανα γάτας. Κλινικά ταξινομείται σε 4 ποικιλίες τη συγγενή, την επίκτητη, την οφθαλμική και τη διάσπαρτη. Η επίκτητη μορφή είναι συχνά ασυμπτωματική ή εκδηλώνεται με πυρετό, καταβολή δυνάμεων, λεμφαδενοπάθεια, σπληνομεγαλία και κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα, πολυαδενικό σύνδρομο, που θυμίζει λοιμώδη μονοπυρήνωση. Σε περιπτώσεις όμως έντονης κυτταρικής ανοσοκαταστολής, όπως συμβαίνει στο AIDS, η νόσος παίρνει μεγάλες διαστάσεις. Κύριο χαρακτηριστικό τότε είναι η προσβολή κυρίως του Κ.Ν.Σ. των οφθαλμών, που μαζί με τη γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια, τις μυαλγίες, την καταβολή δυνάμεων, τον πυρετό κ.ά. αποτελούν τα κλινικά σημεία και συμπτώματα της λοίμωξης. Η διάγνωση τεκμηριώνεται κυρίως με την ανεύρεση του πρωτόζωου σε ιστολογικές τομές και την αύξηση του τίτλου των αντισωμάτων του παρασίτου στο αίμα. Θεραπευτικά η σουφλαδιαζίνη και η πυριμεθαμίνη είναι τα φάρμακα εκλογής.

δ) **Ερπητικές λοιμώξεις:** Χαρακτηριστικό της ερπητικής λοίμωξης σε πάσχοντες από AIDS είναι οι συχνές υποτροπές, η τάση για γενίκευση, οι βαθιές και επίμονες βλάβες. Επίμονες ερπητικές βλάβες παρατηρούνται συχνά στην περιπρωκτική περιοχή, τη γεννητική και περιγεννητική χώρα, στο δέρμα των δακτύλων και άλλες θέσεις. Επιπλέον, προσβολή του νωτιαίου μυελού και του εγκεφάλου μπορεί να συμβεί πάνω σε έδαφος έντονης κυτταρικής ανοσοεπάρκειας.

ε) **Σάρκωμα Kaposi:** Χαρακτηρίζεται από προοδευτική εξέλιξη μικρών όγκων στο δέρμα. Προσβάλλει κυρίως τα άκρα (χέρια - πόδια). Αρχίζει από τα άκρα και επεκτείνεται προς το κέντρο του σώματος με τάση να καταλάβει όλα τα άκρα, τα γεννητικά όργανα, την κοιλιά, το πρόσωπο, και στο τελικό στάδιο εκτείνεται και στα σπλάχνα. Από τα σπλάχνα, τα όργανα που προσβάλλονται περισσότερο είναι το στομάχι και το έντερο.

Με την εμφάνιση του AIDS ένας νέος επιθετικός τύπος σαρκόματος Kaposi εμφανίστηκε, κυρίως σε ομοφυλόφιλους άνδρες αλλά και σπανιότερα στις άλλες ομάδες υψηλού κινδύνου.

Το σάρκωμα Kaposi μαζί με την πνευμονία από *pneumocystis Carinii* αποτελούν τα πιο σταθερά κριτήρια ευκαιριακών νόσων, που είναι διαγνωστικά του AIDS. Σε αναλογία 30-40% οι πάσχοντες από AIDS παρουσιάζουν σάρκωμα Kaposi και από αυτές 50-70% έχουν εκδηλώσεις και στο βλενογόνο του στόματος. Η θνησιμότητα των πασχόντων με AIDS που εμφανίζουν σάρκωμα Kaposi είναι περίπου 30-40%. Εάν επιπλέον του σαρκόματος Kaposi εκδηλωθεί και πνευμονία από πνευμονοκύστη *Carinii* η πρόγνωση είναι χειρότερη αφού και τα δύο μαζί ευθύνονται για το 65-70% των θανάτων.

Άλλες σημαντικές λοιμώξεις είναι: κρυπτοσποριδίωση, αμοιβάδωση και λαμβλίαση, ιστοπλάσμοση, κρυπτοκοκκίωση, κυτταρομεγαλοϊός, ιός απλού έπρητα, μυκοβακτηρίδιο *Anium-Intracelluidre*, έρπητς ζωστήρ, μολυσματική τέρμινθος, οξυτενή κονδυλώματα, οξεία εκλονεκρωτική ουλίτιδα.

στ) Νευρολογικές και ψυχικές διαταραχές:Κλινικές εκδηλώσεις και νεκροτομικά ευρήματα αποδεικνύουν ότι αρκετοί ασθενείς με AIDS παρουσιάζουν προσβολή του Κ.Ν.Σ. και ιδιαίτερα του εγκεφάλου. Είναι σήμερα γνωστό ότι ο ιός προσβάλλει τα νευρικά κύτταρα, όπου μπορεί να αναπαραγάγεται, χωρίς να προκαλούνται άμεσες νευρολογικές διαταραχές. Με την πάροδο του χρόνου όμως, μπορεί να εγκατασταθεί εγκεφαλίτιδα ή και μηνιγγίτιδα.

Στην αρχή η εγκεφαλίτιδα εμφανίζεται με κακουχία, απάθεια, αδυναμία συγκέντρωσης, βραδυψυχισμό και κοινωνική απόσυρση. Προοδευτικά εγκαθίστανται διαταραχή της μνήμης, της συγκέντρωσης και προσοχής, συγχυτικές εκδηλώσεις, διαταραχή του προσανατολισμού, παραλήρημα, άνοια, κώμα και τελικά θάνατος. Νεκροτομικά ευρήματα δείχνουν ότι προσβάλλονται η λευκή και η φαιά ουσία του εγκεφάλου. Η αξονική τομογραφία είναι δυνατό να αποκαλύψει συρρίκνωση του εγκεφάλου.

Τα ψυχολογικά προβλήματα των ασθενών με AIDS προκαλούνται είτε από τη νόσο είτε είναι αποτέλεσμα διαπροσωπικών και κοινωνικών παραμέτρων. Οι πιο συχνές πάντως ψυχικές διαταραχές των πασχόντων από AIDS είναι νοητικές διαταραχές, κατάθλιψη, τάσεις αυτοκτονίας, συγχυτικές καταστάσεις και άνοια.

ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΟΥΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS		
ΑΙΤΙΟ	ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ
Πρωτόζωα		
Pneumocystis Carinii Toxoplasma gondii Κρυπτοσπορίδιο Αμοιβάδα ιστολυτική Giardia lablia Isoppora belli hominis	πνευμονία ΚΝΣ, οφθαλμοί, καρδιά γαστρεντερικό σύστημα γαστρεντερικό σύστημα γαστρεντερικό σύστημα	μικροβ. / ιστοπαθολ. μικροβ. / ιστοπαθολ. παρασιτολ. κοπράνων παρασιτολ. ; κοπράνων παρασιτολ. κοπράνων παρασιτολ. κοπράνων
Μύκητες		
Candid albicans Κρυπτόκοκκος neaformans Histoplasma capsulatum	οισοφάγος, στόμα ΚΝΣ, πνεύμονες, λεμφαδένες, δέρμα, στόμα, μυελός οστών πνεύμονες, λεμφαδένες, ήπαρ, σπλην, γαστρεντερικό, στόμα, δέρμα	μικρ/κή - καλλιέργεια - ιστοπαθολογική καλλιέργεια - ιστοπαθολογική μικρ/κή - καλλιέργεια - ιστοπαθολογική

ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΟΥΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS		
ΑΙΤΙΟ	ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ
Βακτηρίδια		
Μυκοβακτηρίδια avim-intracellulare Μυκοβακτηρίδιο φυματιώσεως Salmonella, Shigella Leggionella, Nocordia	πνεύμονες, λεμφαδένες, μυελός οστών, γαστρεντερικό, δέρμα, ήπαρ, σπλην πνεύμονες, λεμφαδένες, μυελός οστών, γαστρεντερικό, δέρμα, ήπαρ, σπλην γαστρεντερικό, μήνιγγες πνεύμονες, εγκέφαλος	καλλιέργεια, ιστοπαθολογική καλλιέργεια, ιστοπαθολογική καλλιέργεια καλλιέργεια, ιστοπαθολογική
Ιοί		
Herpes simplex type I,II Varicella - Zoster Epstein - Barr Human papillomavirus Polyomavirus	βλενογόνοι, δέρμα βλενογόνοι, δέρμα λεμφαδένες, όγκοι βλενογόνοι, δέρμα ΚΝΣ	Καλ. - ιστοπ. - ορολογ. Καλ. - ιστοπ. - ορολογ. Καλ. - ιστοπ. - ορολογ. Καλ. - ιστοπ. - ορολ. - ανοσολ. Καλ. - ιστοπ. - ορολογ.

Κλινικές εκδηλώσεις AIDS στα παιδιά:

Παιδιά που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο λοίμωξης με τον ιό HIV είναι νεογνά μητέρων με παρεντερική χρήση τοξικών ουσιών, νεογνά μητέρων που ο σύζυγός τους είναι αμφιφυλόφιλος, πολυμεταγγιζόμενα παιδιά που έλαβαν μολυσμένο αίμα και τέλος αιμορροφιλικά παιδιά.

Οι κλινικές εκδηλώσεις του AIDS στα παιδιά είναι παρόμοιες με τις κλινικές εκδηλώσεις της νόσου στους ενήλικες και περιλαμβάνουν σημεία και συμπτώματα, ευκαιριακές λοιμώξεις και νεοπλασίες και προσβολή του Κ.Ν.Σ. Εντούτοις υπάρχουν ορισμένες ιδιαιτερότητες στις κλινικές εκδηλώσεις του AIDS στα παιδιά που αφορούν το χρόνο

επώασης του ιού, τη διόγκωση των παρωτίδων, τη χρόνια λεμφοειδή διάμεση πνευμονία, το σάρκωμα Kaposi και τις κρανιοπροσωπικές δυσπλασίες. Έχει διαπιστωθεί ότι ο χρόνος επώασης του ιού στα παιδιά είναι πολύ μικρότερος από ότι στους ενήλικες. Χρόνια διόγκωση των παρωτίδων έχει παρατηρηθεί αρκετά συχνά σε παιδιά, ενώ είναι εξαιρετικά σπάνιο εύρημα σε ενήλικες.

Η διάμεση πνευμονία με λεμφοειδή υπερπλασία των πνευμόνων είναι χρόνια λοίμωξη των πνευμόνων που καταλήγει σε χρόνια υποξαιμία, πληκτροδακτυλία και κυάνωση. Η νόσος έχει καταγραφεί αποκλειστικά σε παιδιά με AIDS.

Το σάρκωμα Kaposi είναι ως γνωστόν η πιο συχνή νεοπλασία, που απαντά σε ενήλικες με AIDS. Αντίθετα σάρκωμα Kaposi είχε περιγραφεί μόνο σε δύο νήπια ενώ μέχρι σήμερα δεν έχει περιγραφεί σε μεγαλύτερα παιδιά.

Τέλος σε μια μόνο μελέτη που στηρίχτηκε σε 20 νήπια με AIDS περιγράφηκε ένα νέο σύνδρομο με κρανιοπροσωπικές διαπλασίες χωρίς εντούτοις να επιβεβαιωθεί με άλλες μελέτες.

8. ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΟΥΝΤΩΝ ΚΑΙ ΦΟΡΕΩΝ ΤΟΥ ΙΟΥ

Εδώ θα προσπαθήσουμε να πούμε τι σημαίνει να είναι κανένας φορέας του ιού αλλά να μη νοσεί και τι να είναι άρρωστος.

Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω ο ιός του AIDS προσβάλλει μια ομάδα λεμφοκυττάρων, τα T4, εκγαθίστανται στο DNA του κυττάρου και καθώς πολλαπλασιάζονται, προσβάλλει τα νέα κύτταρα που γεννιούνται.

Η λοίμωξη αυτή μπορεί να μην εμφανίζει κανένα σύμπτωμα ή να εμφανίζει συμπτώματα όμοια με αυτά της λοιμώδους μονοπυρήνωσης (διόγκωση λεμφαδένων, ανορεξία, κόπωση, πυρετός, γενική αδυναμία), απλώς λοίμωξης στο λαιμό ή τέλος να παρουσιάζει την εικόνα λεμφαδενοπάθειας. Δεν υπάρχουν δηλαδή ειδικά συμπτώματα κατά την προσβολή από τον ιό. Στην περίπτωση αυτή λέμε ότι ο προσβεβλημένος είναι φορέας του ιού και μπορεί να τον μεταδώσει στους άλλους είτε με το αίμα είτε με το σπέρμα.

Όταν όμως ο ιός πολλαπλασιαστεί τόσο πολύ ώστε το ανοσολογικό σύστημα του οργανισμού του προσβληθέντος να μην έχει τη δυνατότητα να αντιμετωπίσει μικρόβια και ιούς που υπάρχουν στο περιβάλλον, ο προσβεβλημένος είναι δυνατό να υποστεί λοίμωξη από κάποιο από αυτά τα μικρόβια ή τον ιό (νοσεί).

Στην αρχή η λοίμωξη αντιμετωπίζεται με θεραπευτική αγωγή, καθώς όμως συνεχίζεται η εξασθένηση του ανοσολογικού συστήματος του οργανισμού από τον ιό, δεν υπάρχουν πλέον δυνατότητες αντιμετώπισης της λοίμωξης, που επιφέρει τελικά το θάνατο.

9. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Οι μέθοδοι ελέγχου της νόσου είναι κυρίως μέθοδοι ανίχνευσης αντισωμάτων, τα οποία αναπτύσσονται από τον οργανισμό έναντι του ιού. Η πιο ευαίσθητη και από πλευράς πρακτικής πιο εφαρμόσιμη είναι η ανοσοενζυματική μέθοδος, η γνωστή Elisa. Θα πρέπει όμως να προσθέσουμε ότι η μέθοδος αυτή λόγω της ευαισθησίας της μπορεί να δώσει ψευδή θετικά αποτελέσματα.

Η ειδικότητα της μεθόδου φαίνεται ότι επηρεάζεται από την καθαρότητα του αντιγόνου που χρησιμοποιείται. Γι' αυτό κάθε θετικό αποτέλεσμα με την Elisa θα πρέπει να επιβεβαιώνεται με ειδικότερη τεχνική. Άρα Elisa(+) δεν σημαίνει και 100% πάσχοντα από AIDS.

Για τους πιο πάνω λόγους θα πρέπει να γίνει επιβεβαίωση από άλλη μέθοδο, πιο ειδική από την Elisa. Αυτή είναι η Western Blot γιατί προσδιορίζει τα ειδικά πρωτεϊνικά κλάσματα για τα οποία είναι θετικός ο ορός. Η ειδικότητα δε και η ευαισθησία της μεθόδου πλησιάζει το 100%.

Και τελευταία η Ripa (ραδιοανοσοενζυματική μέθοδος), ακόμη πιο ειδική από την Western Blot, ανιχνεύει τα αντισώματα προς τις πρωτεΐνες που έχουν υψηλό Μοριακό Βάρος. Αυτά δεν ανιχνεύονται με την Western Blot πλην όμως οι δύο τελευταίες τεχνικές είναι πολύπλοκες, απαιτούν ειδικό εξοπλισμό και άριστα εκπαιδευμένο προσωπικό. Αντίθετα με την Elisa που η διάθεση ετοιμών τυποποιημένων αντιδραστηρίων επιτρέπει την ευρύτερη χρησιμοποίησή της.

Η Βελγική Εταιρεία Inpogenetics θα λανσάρει στην αγορά πολύ σύντομα ένα test για το AIDS που θα δίνει αποτελέσματα θετικά ή αρνητικά μέσα σε δύο ώρες. Το νέο test από ότι λένε οι ερευνητές μπορεί να διαπιστώσει την ύπαρξη αντισωμάτων πολύ πιο γρήγορα, πριν αρχίσουν να εμφανίζονται τα πρώτα συμπτώματα. Οι ειδικοί δε υποστηρίζουν πως το νέο αυτό test για το AIDS θα πουληθεί αμέσως σε 130 χώρες μόλις αρχίσει η επίσημη εφαρμογή του.

10. ΠΡΟΛΗΨΗ - ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ - ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ - ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ - ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση (φάρμακα, εμβόλια) είναι ουσιαστικά αδύνατη σήμερα και οι προοπτικές τόσο για το άμεσο όσο και το απώτερο μέλλον δεν είναι ελπιδοφόρες. Ο μόνος τρόπος για να επιτευχθεί η πρόληψη είναι η σωστή ενημέρωση.

Τα παρακάτω μέτρα πρόληψης θα έχουν σχέση με το γενικό πληθυσμό, τις ομάδες υψηλού κινδύνου, τους φορείς και τους αρρώστους από AIDS και οπωσδήποτε βασίζονται στην ανάγκη διασφάλισης των ανθρώπινων δικαιωμάτων και ατομικών ελευθεριών καθώς και στην αρχή της τήρησης της εχεμύθειας και του απορρήτου.

Καταρχήν θα πρέπει να αναφέρουμε ότι από τις 30 Ιουλίου 1985 αποφασίστηκε από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ο αποκλεισμός των αιμοδοτών, εφόσον η εργαστηριακή εξέταση ανίχνευσης αντισωμάτων αποδείξει ότι ο αιμοδότης είναι φορέας του ιού. Επίσης έντυπα και πληροφοριακά δελτία που έχουν εκδοθεί για τον σκοπό της ενημέρωσης του κοινού, συνιστούν την αποφυγή της άσκοπης χορήγησης αίματος σε όσους δεν το έχουν απόλυτη ανάγκη, προτρέπουν στην ενίσχυση της εθελοντικής αιμοδοσίας και υποδεικνύουν τον αποκλεισμό από την αιμοδοσία των ατόμων που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου.

Ο γενικός πληθυσμός είναι η κατηγορία αυτή που αν εφαρμόσει σωστά και με σχολαστικότητα τα μέτρα πρόληψης ελαχιστοποιεί τις πιθανότητες να προσβληθεί από τον ιό. Μερικά από τα σημαντικότερα μέτρα που πρέπει να λαμβάνει κάθε ένας από εμάς είναι:

1. Μείωση του αριθμού των διαφορετικών σεξουαλικών συντρόφων. Το ιδανικό είναι η διατήρηση μιας αμοιβαίας πιστής σχέσης.
2. Αποφυγή της σεξουαλικής επαφής με οποιοδήποτε άτομο φαίνεται άρρωστο.
3. Χρησιμοποίηση προφυλακτικών κατά τη σεξουαλική επαφή αν και το μέτρο αυτό δεν προφυλάσσει εκατό τοις εκατό.
4. Αποφυγή της σεξουαλικής επαφής με ανώνυμα τυχαία άτομα.
5. Χρησιμοποίηση κατ' αποκλειστικότητα των προσωπικών μας αντικειμένων (οδοντόβουρτσες, ξυραφάκια κλπ.)
6. Αποφυγή χρήσης βελονών και συρίγγων που δεν είναι αποστειρωμένες ή που χρησιμοποιήθηκαν από άλλα άτομα.
7. Περιορισμός της έκθεσης του οργανισμού σε χημικές ουσίες (αλκοόλ, διεγερτικά, ναρκωτικά) γιατί μειώνουν την άμυνα του οργανισμού.
8. Ενημέρωση των παιδιών για το AIDS και τα προφυλακτικά μέτρα προτού γίνουν ερωτικά ενεργά άτομα.

Για τα άτομα που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου δηλαδή ομοφυλόφιλοι, τοξικομανείς, πολυμεταγγιζόμενοι και τα οποία είναι άτομα που η άμυνα του οργανισμού τους ήδη υποβάλλεται σε δοκιμασία ισχύουν όλα τα παραπάνω μέτρα που αφορούν το γενικό πληθυσμό και επιπλέον:

1. Οι τοξικομανείς αν δεν σταματήσουν τη χρήση των ενδοφλέβιων ναρκωτικών θα πρέπει:
 - α) Να χρησιμοποιούν αποκλειστικά και μόνο αποστειρωμένα σκεύη, εργαλεία ή όργανα παρασκευής της τοξικής ουσίας.
 - β) Να κάνουν ατομική χρήση βελονών και συρίγγων μιας χρήσης.
 - γ) Να ελέγχονται σταδιακά για ηπατίτιδα, AIDS, σύφιλη.
2. Οι πολυμεταγγιζόμενοι (αιμορροφιλικοί, πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία) δεν απειλούνται από τη νόσο τουλάχιστον όσον αφορά τη μετάγγιση του αίματος παρά ελάχιστα. Κάπου 2% των περιπτώσεων έχουν ως πηγή μόλυνσης την μετάγγιση και αυτό γιατί σήμερα όλοι οι αιμοδότες όπως έχει αναφερθεί υποβάλλονται σε έλεγχο για την παρουσία αντισωμάτων στον ιό.
3. Οι αιμοδιυλιζόμενοι (νεφροπαθείς) θα πρέπει να ελέγχονται περιοδικά για αντισώματα προς τον ιό παρά το γεγονός ότι λόγω της ανάπτυξης σ' αυτούς τους ασθενείς μη ειδικών αντισωμάτων προς επιφανειακά αντιγόνα των λεμφοκυττάρων υπάρχει η πιθανότητα το αποτέλεσμα να είναι θετικό.

Σήμερα με βάση τα νεώτερα δεδομένα της επιδημιολογίας του AIDS, ασθενείς αιμοδιυλιζόμενοι, χρησιμοποιούν ένα συγκεκριμένο μηχάνημα αιμοκάθαρσης σε θάλαμο με άλλους ασθενείς με την προϋπόθεση ότι θα τηρούνται οι κανόνες που αφορούν την πρόληψη αιματογενών νοσημάτων, καθώς επίσης και η σχολαστική απολύμανση των εξωτερικών επιφανειών του μηχανήματος και των χρησιμοποιημένων σκευών.

Ειδικότερα θα πρέπει:

- α) τα φίλτρα και οι αγωγοί να είναι μιας χρήσης
- β) όλα τα αντικείμενα (βελόνες, αγωγοί κ.λπ.) θα πρέπει να τοποθετούνται σε σκληρούς αδιαπέραστους σάκκους. Όσον αφορά αυτό καθ' εαυτό το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης τα μέτρα απολύμανσης που λαμβάνονται (υποχλωριώδες νάτριο ή φορμαλδεΰδη) είναι αρκετά για την καταστροφή του ιού.

Επιβάλλεται να υπογραμμιστεί ότι άτομα εργαζόμενα στο χώρο της Υγείας θα πρέπει να παίρνουν όλες τις δυνατές προφυλάξεις για να αποφύγουν τραυματισμό με βελόνα.

Επίσης άτομα ασχολούμενα στο χώρο της Υγείας, όπως το παραϊατρικό προσωπικό ή άτομα που παρέχουν βοήθεια μέχρι να φθάσει ο ασθενής στο νοσοκομείο, όπως οι τραυματιοφορείς, οι ναυαγοσώστες, οι πυροσβέστες και άλλοι που λόγω της δουλειάς τους υπάρχει πιθανότητα να απαιτηθεί να δώσουν πρώτες βοήθειες θα πρέπει να λαμβάνουν τα κατάλληλα προληπτικά μέτρα για ν' αποφευχθεί η έκθεσή τους σε σωματικά υγρά και αίμα και να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος μόλυνσής τους.

Ετσι σε περιπτώσεις ανάνηψης στόμα με στόμα, επειδή υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης του ιού με το σάλιο, ειδική πρόνοια και προσοχή θα πρέπει να δίνεται στον εφοδιασμό των ατόμων αυτών και τη χρησιμοποίηση ασκών ανάνηψης, τη χρήση αποστειρωμένων αεραγωγών και γαντιών.

Θα ήταν παράληψη να μη γίνει αναφορά στα προληπτικά μέτρα που πρέπει να παίρνουν οι κοινωνικές ομάδες εκείνες οι οποίες παρέχουν ατομική φροντίδα ή εξυπηρέτηση στον

πληθυσμό. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα άτομα των οποίων το επάγγελμά τους φέρνει σε στενή προσωπική επαφή με τους πελάτες τους όπως κομμώτριες, κουρείς, αισθητικοί, μανικιουρίστες, φυσικοθεραπευτές καθώς επίσης και άτομα τα οποία χρησιμοποιούν κατά την εκτέλεση της εργασίας τους βελόνες (βελονιστές), τατουάζ, τρύπημα αυτιών.

Μολονότι δεν υπάρχει περιστατικό μετάδοσης του ιού από πελάτες των παραπάνω κατηγοριών εργαζομένων και το αντίθετο ή μεταξύ πελατών, εκτός από σπάνια περιστατικά που παρατηρήθηκαν σε περιπτώσεις βελονισμού, τατουάζ ή τρυπήματος αυτιών πράγμα που φανερώνει ότι κάθε κίνδυνος για μεταφορά του ιού από πρόσωπα των αναφερομένων ομάδων πρέπει να είναι εξαιρετικά μικρός, ένας κίνδυνος μεταφοράς υπάρχει στις περιπτώσεις τραύματος σε ένα από τα άτομα αυτά, που θα μπορούσε να αποτελέσει την πύλη εισόδου του ιού. Επίσης κίνδυνος μετάδοσης από πελάτη σε πελάτη υπάρχει όταν όργανα μολυσμένα με αίμα δεν αποστειρώνονται.

Άτομα των προαναφερομένων κατηγοριών που έχουν δερματικές βλάβες (δερματίτιδα) θα πρέπει να αποφεύγουν την άμεση επαφή με τους πελάτες τους. Προσωπικό που γνωρίζουμε ότι είναι φορέας της νόσου δεν αποκλείεται από την εργασία. Σχετικά με τα άτομα τα ασχολούμενα με την παρασκευή και σερβίρισμα του φαγητού οι έρευνες δείχνουν ότι δεν έχει παρατηρηθεί περίπτωση μετάδοσης του ιού σε αυτούς τους ανθρώπους.

Συστάσεις προς τους φορείς

Οι φορείς της νόσου είναι μια μεγάλη ομάδα ατόμων και ανέρχονται ως τώρα στην Ελλάδα σε 7.000-10.000 άτομα και τα οποία άτομα ενώ δεν εκδηλώνουν τα συμπτώματα της νόσου την μεταδίδουν. Οι παρακάτω συστάσεις έχουν σκοπό την αποφυγή μόλυνσης άλλων ατόμων από τους φορείς καθώς και την προφύλαξη των ίδιων των φορέων:

1. Αν συμβεί κάποιος τραυματισμός σε φορέα πρέπει να καθαρίζεται η πληγή με οινόπνευμα και να σκεπάζεται με γάζα ή επίδεσμο.
2. Να καθαρίζονται οι σταγόνες του αίματος από οποιαδήποτε επιφάνεια ή αντικείμενα.
3. Τα υλικά που χρησιμοποιήθηκαν για τον καθαρισμό του αίματος να μαζεύονται με γάντια και να ρίχνονται σε σάκκο σκουπιδιών.
4. Η χρήση των προσωπικών τους αντικειμένων (κραγιόν, ξυραφάκια) πρέπει να είναι αυστηρά προσωπική.
5. Ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να λαμβάνουν για την ατομική τους υγιεινή.
6. Κατά τη σεξουαλική επαφή πρέπει απαραίτητα να χρησιμοποιούν προφυλακτικό.

Γενικά οι φορείς απαγορεύεται να δίνουν αίμα για μετάγγιση σε άλλα άτομα ή να δωρίζουν μέλη του σώματός τους για μεταμόσχευση. Επιβάλλεται να ενημερώνουν τον οδοντίατρό τους, τους άλλους γιατρούς και το υγειονομικό προσωπικό ότι είναι φορέας για να ληφθούν τα απαραίτητα προφυλακτικά μέτρα σε περιπτώσεις θεραπείας ή

διαγνωστικών εξετάσεων. Πρέπει να αποφεύγουν μόλυνση από άλλο φορέα γιατί έτσι αυξάνεται η πιθανότητα να επιταχυνθεί η εξέλιξη της λοίμωξής τους. Να μην εκτίθενται σε άλλους αρρώστους με μεταδοτικό νόσημα. Να αποφεύγουν τη λήψη διαφόρων φαρμάκων. Να μην καταπονούν τον οργανισμό τους και βεβαίως να συνεχίσουν μια κανονική ζωή, τηρώντας τους κανόνες της υγιεινής διατροφής και διαβίωσης. Έτσι αυξάνεται η πιθανότητα να επιβραδυνθεί η εξέλιξη της λοίμωξης και ακόμη να μην αρρωστήσουν ποτέ από AIDS.

Όσον αφορά την πρόληψη για τους αρρώστους από AIDS, σύμφωνα με την άποψη των ειδικών, πρέπει να πούμε ότι τα ύποπτα κρούσματα πρέπει να νοσηλεύονται σε νοσοκομεία τα οποία έχουν τη δυνατότητα να παρακολουθούν βαριά περιστατικά. Ειδικότερα θα λέγαμε ότι γι' αυτές τις περιπτώσεις ενδείκνυνται οι μονάδες εντατικής παρακολούθησης όπως επίσης οι μονάδες αντιμετώπισης αναπνευστικής ανεπάρκειας ή και καρδιακών παθήσεων.

Οι προφυλάξεις αυτές θεωρούνται απαραίτητες αφού οι συγκεκριμένοι ασθενείς, εξαιτίας των προβλημάτων τους με την άμυνα του οργανισμού τους κινδυνεύουν να προσβληθούν από διάφορους άλλους ιούς, που είναι φυσικό να υπάρχουν όπου βρίσκονται συγκεντρωμένοι ασθενείς. Η πιθανή προσβολή τους από ιούς μπορεί λοιπόν να τους δημιουργήσει λοίμωξη.

Μέτρα πρόληψης στο οδοντιατρείο:

Ο οδοντίατρος και το οδοντιατρικό βοηθητικό προσωπικό είναι εκτεθειμένοι στον κίνδυνο μολυσματικών νόσων αφού έρχονται καθημερινά σχεδόν σε επαφή με αίμα και σάλιο κατά τη διάρκεια οδοντιατρικών εργασιών. Οι πιο συνήθεις μικροοργανισμοί που μπορεί να μεταδοθούν με αυτόν τον τρόπο είναι ο ιός του απλού έρπητα, ο κυτταρομεγαλοϊός, ο ιός της ηπατίτιδας Β, ο ιός HIV, η ωχρά σπειροχαίτη, το μικροβακτηρίδιο της φυματιώσεως, σταφυλόκοκκοι, στρεπτόκοκκοι, κ.ά. Ο πιο συχνός τρόπος μετάδοσης των πιο πάνω μικροβίων στο οδοντιατρικό προσωπικό είναι με άμεση επαφή με αίμα και σάλιο και λιγότερο συχνός με σταγονίδια σάλιου.

Δεν αποκλείεται εξάλλου οδοντίατροι και βοηθητικό προσωπικό να μεταδώσουν κάποιο λοιμώδες νόσημα στους ασθενείς τους κατά τη διάρκεια οδοντιατρικών χειρισμών ούτε επίσης η πιθανότητα μετάδοσης από ασθενή σε ασθενή μέσα στο περιβάλλον του οδοντιατρείου.

Είναι άλλωστε γνωστή η δυσπιστία και η υπερβολή του κοινωνικού σκόλου για τους κινδύνους τυχαίας μετάδοσης κάποιου νοσήματος στο οδοντιατρείο. Η εμφάνιση του AIDS και η ανίχνευση του ιού HIV στο σάλιο πυροδότησε λανθάνουσες φοβίες που έφθασαν σε υπερβολικές ακρότητες και υστερικές αντιδράσεις που μερικές φορές φθάνουν στην άρνηση επίσκεψης στον οδοντίατρο. Η επιπόλαιη και ανεύθυνη εξάλλου προβολή του προβλήματος από άτομα χωρίς σωστή ενημέρωση και εμπειρία συντέλεσαν στην περαιτέρω όξυνση της καχυποψίας.

Εντούτοις τα επιδημιολογικά δεδομένα δεν δικαιολογούν υπερβολικούς φόβους και ακρότητες. Μέχρι σήμερα δεν έχει εντοπιστεί σε ολόκληρο τον κόσμο περίπτωση, εκτός

μιας οδοντιάτρου, που να μολύνθηκε κατά τη διάρκεια οδοντιατρικών εργασιών. Παρά ταύτα επειδή η σοβαρότητα και οι επιπτώσεις μιας τυχαίας λοίμωξης είναι καταστροφικές αυξημένη επαγρύπνηση και υπερβολικά μέτρα προφύλαξης στο οδοντιατρείο θεωρούνται επιβεβλημένα. Τα μέτρα αυτά, σωστά εφαρμοσμένα παρέχουν απόλυτη προστασία και μηδενίζουν τον κίνδυνο από μια πιθανή τυχαία μόλυνση. Εξασφαλίζουν δηλαδή τον οδοντίατρο και τον ασθενή από την “κακιά στιγμή”.

Πρέπει να γίνει συνείδηση στον οδοντιατρικό κόσμο ότι ο αριθμός των πασχόντων με AIDS και γενικά των μολυσμένων με τον ιό θα αυξηθεί σημαντικά στα προσεχή χρόνια.

Ο οδοντίατρος στη μάχη εναντίον του AIDS έχει να αντιμετωπίσει δύο προβλήματα. Το πρώτο είναι η δυσκολία εντόπισης των ασυμπτωματικών φορέων του ιού και το άλλο ο μεγάλος χρόνος επώασης της νόσου. Αυτό επιβάλλει την υιοθέτηση και εφαρμογή μέτρων πρόληψης για όλους τους ασθενείς που επισκέπτονται το οδοντιατρείο, έτσι ώστε να μηδενιστεί ο κίνδυνος τυχαίας μόλυνσης, όχι μόνο από τον ιό HIV, αλλά και από κάθε μολυσματική νόσο. Πρέπει να γίνει σαφές ότι ορισμένα αυξημένα μέτρα πρόληψης αφορούν κυρίως αντιμετώπιση ασθενών με αποδεδειγμένη λοίμωξη σε ειδικά κέντρα νοσηλείας. Γίνεται εξάλλου φανερό ότι τα μέτρα περιλαμβάνουν ολόκληρο το φάσμα, φυσικά με ιδιαιτερότητες, οδοντίατρος, βοηθητικό οδοντιατρικό προσωπικό, ασθενείς, προσωπικό οδοντιατρικών εργαστηρίων.

Ιατρικό Ιστορικό και Εντόπιση Μολυσμένων με τον ιό HIV.

Η εντόπιση ασυμπτωματικών φορέων του ιού HIV, αλλά και των πασχόντων από AIDS είναι για τον οδοντίατρο αρκετά δύσκολη υπόθεση. Η λήψη ενός σωστού ιατρικού ιστορικού είναι υποχρέωση, αλλά ταυτόχρονα ένα πολύ σημαντικό βήμα στην προσπάθεια για διάγνωση.

Οι βασικές προϋποθέσεις για τον εντοπισμό λοίμωξης HIV είναι η μεγάλη εμπειρία και δεξιοτεχνία του οδοντιάτρου, ο υψηλός δείκτης υποψίας για το AIDS, η γνώση των κλινικών εκδηλώσεων της λοίμωξης στο στόμα (πρώιμων και όψιμων) και τέλος η συνεργασία του ασθενή, ώστε να δώσει με ειλικρίνεια όλες τις πληροφορίες που ζητάει ο εξετάζων ακόμη και κείνες που συνδέονται με αυστηρές προσωπικές συνήθειες και τρόπο ζωής.

Μέτρα προστασίας στο οδοντιατρείο: Οι φραγμοί προστασίας από πιθανή τυχαία μόλυνση από τον ιό στον οδοντίατρο κατά τη διάρκεια οδοντιατρικών εργασιών, ταξινομούνται σε προφυλακτικά μέτρα και σε αποστείρωση ή απολύμανση εργαλείων και επιφανειών που έρχονται σε επαφή με αίμα και σάλιο.

Πλύσιμο και προστασία χεριών. Τα χέρια πρέπει να πλένονται κατά την έναρξη της εργασίας και μεταξύ κάθε ασθενούς, μετά την αφαίρεση των γαντιών, καθώς και μετά

το πέρας της εργασίας. Η διαδικασία αυτή είναι επιβεβλημένη, γιατί είναι δυνατό να έχουν έλθει σε επαφή με αντικείμενα που ενδεχόμενα έχουν μολυνθεί με αίμα ή σάλιο.

Μεγάλη προσοχή χρειάζεται για να αποφευχθούν τραυματισμοί των χεριών. Επιπλέον, εάν τα γάντια για οποιοδήποτε λόγο τρυπηθούν ή σχιστούν πρέπει αμέσως να αντικατασταθούν, αφού προηγουμένως πλυθούν τα χέρια. Οδοντίατροι ή βοηθοί τους που πάσχουν από εξιδρωματική δερματίτιδα, ή έκζεμα των χεριών ή ακόμα έχουν κάποιο τραύμα πρέπει να προσέχουν να μην έλθουν σε επαφή με αίμα ή σάλιο, μέχρι να αποκατασταθούν οι βλάβες των χεριών τους, γιατί ο κίνδυνος μόλυνσης είναι αυξημένος.

Βασικά μέτρα προστασίας Τα γάντια μιας χρήσης αποτελούν το πιο ουσιαστικό μέτρο προστασίας και η χρήση τους πρέπει να καθιερωθεί σε κάθε στοματολογική εξέταση, οδοντιατρική θεραπεία. Χειρουργική μάσκα και ουδέτερα γυαλιά προστασίας των ματιών πρέπει να φοριούνται στις περιπτώσεις εκείνες που υπάρχει κίνδυνος κατά τη διάρκεια της εργασίας να πιτσιλιστεί στο πρόσωπο ο οδοντίατρος με σάλιο ή και αίμα.

Ιατρική μπλούζα πρέπει πάντα να φοράει ο οδοντίατρος και ο βοηθός τους γιατί είναι δυνατόν να λερωθούν τα ρούχα με αίμα ή σάλιο. Η ιατρική μπλούζα πρέπει να αλλάζετε κάθε μέρα έστω κι αν δεν λερωθεί. Χειρουργική μπλούζα, μάσκα και κάλυμμα της κεφαλής πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο όταν γίνονται επεμβάσεις και οδοντιατρικές εργασίες σε άτομα με γνωστή λοίμωξη και περιλαμβάνονται στους φραγμούς υψηλής προστασίας.

Προφύλαξη από βελόνες και αιχμηρά εργαλεία Σχεδόν όλες οι μεμονωμένες περιπτώσεις τυχαίας μόλυνσης με τον ιό του AIDS έχουν γίνει μετά από τρύπημα με βελόνα και σύριγγα που είχαν προηγουμένως χρησιμοποιηθεί για αιμοληψία μολυσμένων ατόμων.

Για το λόγο αυτό να χρησιμοποιούνται πάντα μιας χρήσης βελόνες, αναισθητικά διαλύματα, χειρουργικά μαχαιρίδια και ό,τι άλλο υπάρχει σε υλικό μιας χρήσης. Αιχμηρά εργαλεία (βελόνες, σύριγγες, ξέστρα) που έχουν ήδη χρησιμοποιηθεί πρέπει να θεωρούνται μολυσμένα και για το λόγο αυτό η χρήση τους πρέπει να γίνεται με εξαιρετική προσοχή. Αμέσως μετά τη χρήση τους, πρέπει να τοποθετούνται σε σκληρό, ανθεκτικό δοχείο, που κλείνει καλά με σκληρό καπάκι.

Ενδείξεις για Υψηλού Βαθμού Απολύμανση ή Αποστείρωση Χειρουργικά και άλλα εργαλεία που έρχονται σε επαφή με αίμα και σάλιο πριν μεταφερθούν από το χειρουργικό πεδίο πρέπει να τοποθετούνται για 15-30 λεπτά μέσα σε αντισηπτικό διάλυμα. Αμέσως μετά πρέπει να τοποθετούνται για αποστείρωση, αφού βεβαίως η μεταφορά στον κλίβανο γίνει φορώντας γάντια.

Απολύμανση Επιφανειών και Χώρων Οδοντιατρείου: Κάθε μέρα μετά το τέλος της εργασίας η ταμπλέτα και το πτυελοδοχείο της οδοντιατρικής μονάδας, δάπεδα, καθώς και κάθε άλλη επιφάνεια που ενδεχόμενα έχει λερωθεί με αίμα και σάλιο πρέπει να απολυμαίνονται με χημικά μέσα.

Απόρριψη Χρησιμοποιημένων Αντικειμένων Όλα τα αιχμηρά αντικείμενα μιας χρήσης (βελόνες, μαχαιρίδια κλπ.), ιστοί, γάζες με αίμα πρέπει να θεωρούνται δυνητικά μολυσμένα. Γι' αυτό πρέπει να πετιούνται κατευθείαν σε ειδικά ανθεκτικά κουτιά που δεν

ανοίγουν και που πρέπει να έχουν ετικέτα που να γράφει “Προσοχή - Μολυσμένα Υλικά” και στην συνέχεια να πετιούνται στα δοχεία απορριμάτων.

Ασθενείς που είναι οροθετικοί έναντι του ιού HIV ή ακόμα άτομα που ανήκουν στις γνωστές ομάδες υψηλού κινδύνου του AIDS, ο οδοντίατρος πρέπει να τους δέχεται στο τέλος της εργασίας του και όχι στα ενδιάμεσα άλλων οδοντιατρικών ασθενών. Αυτό δίνει την ευκαιρία να ληφθούν με άνεση όλα τα μέτρα προφύλαξης που αναφέρθηκαν προηγουμένως.

Τα μέτρα για την πρόληψη μετάδοσης μολυσματικών νόσων από τους ασθενείς στον οδοντίατρο και αντίστροφα που αναπτύχθηκαν είναι γενικά και προέρχονται από την εμπειρία που έχει αποκτηθεί από τον ιό της Ηπατίτιδας Β, που αποτελεί κίνδυνο πολλαπλάσιο για τον οδοντίατρο από ότι ο ιός του AIDS.

Πρέπει να θυμήσουμε ότι ο κίνδυνος τυχαίας μόλυνσης, κατόπιν τυχαίου τρυπήματος με χρησιμοποιημένη βελόνα με τον ιό της ηπατίτιδας Β είναι 6-30%, ενώ ο ίδιος κίνδυνος με τον ιό του AIDS είναι μόνο 0,39%. Επιπλέον τα επιδημιολογικά δεδομένα δεν συνηγορούν ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος τυχαίας μετάδοσης του ιού HIV στο οδοντιατρείο. Παρόλα αυτά, τα μέτρα προστασίας πρέπει να λαμβάνονται, έστω κι αν είναι υπερβολικά, ιδιαίτερα σε άτομα των ομάδων υψηλού κινδύνου και οροθετικά. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται όταν γίνονται αιχμηρές επεμβάσεις στο στόμα ή με οποιοδήποτε τρόπο υπάρχει αίμα.

Κυβερνητικά μέτρα

Η κινητοποίηση των Υγειονομικών Υπηρεσιών και των Ερευνητικών Ινστιτούτων διεθνώς για την αντιμετώπιση της νόσου είναι πρωτοφανής. Φάρμακα επιλέγονται και δοκιμάζονται, προσπάθειες και πειραματισμοί για την εξεύρεση του εμβολίου γίνονται.

Παρά ταύτα τα μηνύματα δεν είναι ελπιδοφόρα. Ήδη σήμερα κυκλοφορεί το φάρμακο AZT το οποίο διατίθεται δωρεάν στα νοσοκομεία μας, όμως δεν θεραπεύει αλλά αναστέλλει την πορεία της νόσου. Κάλπως ελπιδοφόρα είναι τα αποτελέσματα της έρευνας του Γάλλου Επιστήμονα Ζαγκουρί ο οποίος χρησιμοποιώντας ιό δαμαλίτιδος στον οποίο ενσωμάτωσε το γενετικό υλικό που παράγει το εξωτερικό περίβλημα του ιού, παρασκεύασε εμβόλιο το οποίο ένεσε σε 12 Ζαΐρινούς και ελπίζει ότι μπορεί να αποτελέσει εξασφαλισμένη προστασία από την έκθεση στον ιό.

Με βάση λοιπόν την παραπάνω πορεία και εξέλιξη των προσπαθειών και των αποτελεσμάτων αυτών για την αναχαίτηση της νόσου γίνεται φανερό ότι σοβαρότατη προσοχή πρέπει να δοθεί σήμερα στην εφαρμογή των μέτρων πρόληψης. Το βάρος πέφτει στις κυβερνήσεις των κρατών οι οποίες βέβαια μπροστά στον κίνδυνο που απειλούσε τον πλανήτη μας συσπειρώθηκαν για την κοινή αντιμετώπισή του. Αναπτύχθηκαν πρωτοβουλίες που στόχο έχουν τη μελέτη της νόσου καθώς και την οργάνωση συστημάτων επαγρύπνησης. Κινητοποιήθηκαν λοιπόν η Π.Ο.Υ. με το πρώτο Συνέδριο στη Γενεύη το

1983, το Συμβούλιο Ευρώπης, ο Διεθνής Ερυθρός Σταυρός, η Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα και άλλες οργανώσεις και οργανισμοί.

Στην Ελλάδα κρίθηκε αναγκαίο και δημιουργήθηκε η Εθνική Επιτροπή AIDS το 1983. Έτσι η κινητοποίηση σε εθνικό πια επίπεδο στράφηκε σε τρεις παράλληλους άξονες: την ενημέρωση, την κατάλληλη εργαστηριακή υποδομή και τα μέτρα ελέγχου της νόσου.

Από πολύ νωρίς, από το 1983 άρχισε η προσπάθεια για ενημέρωση η οποία στράφηκε προς τις υπηρεσίες και προς το κοινό. Ενώ όμως όλοι μιλούν για ένα εκρηκτικό πρόβλημα που χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση τουλάχιστον στη χώρα μας το τελευταίο διάστημα ο ρυθμός ενημέρωσης έχει πέσει. Βεβαίως κέντρα αναφοράς AIDS έχουν ιδρυθεί, τα εργαστήρια των κέντρων αποκτούν την κατάλληλη υποδομή για τη διάγνωση, έρευνα και αντιμετώπιση της νόσου, εφαρμόζεται η ανοσοενζυματική μέθοδος Elisa.

Παρά ταύτα πρώτιστο μέτρο πρόληψης της επέκτασης της λοίμωξης, παραμένει η ορθή διαφώτιση του κοινού. Με ειλικρίνεια και υπευθυνότητα πρέπει να εκτεθούν οι πραγματικές διαστάσεις και τα ειδικότερα χαρακτηριστικά του προβλήματος όπως διαμορφώνονται στη χώρα μας.

Με περιοδική ενημέρωση, από υπεύθυνα χείλη, προσαρμοσμένη στην πρόοδο των γνώσεών μας και των επιτεύξεων σε διεθνές επίπεδο, χωρίς υπερβολές αλλά και χωρίς να αποσιωπούνται τα πραγματικά στοιχεία θα αποφύγουμε τη σύγχυση και τον αδικαιολόγητο πανικό.

11. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Όταν εμφανίζεται μια καινούργια ασθένεια οι γιατροί πρέπει να θεραπεύσουν και να αντιμετωπίσουν την αρρώστεια στα "τυφλά". Στη συγκεκριμένη περίπτωση του Συνδρόμου λοιπόν προσπάθησαν να θεραπεύσουν τα συμπτώματα με φάρμακα που είχαν αποδειχτεί πολύτιμα στο παρελθόν για παρόμοιες καταστάσεις.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με AIDS με τα υπάρχοντα δεδομένα στοχεύει στη γενική υποστήριξη των ασθενών, στην προφύλαξη ή θεραπεία των ευκαιριακών λοιμώξεων και νεοπλασιών, στη χρήση αντιικών φαρμάκων και στη χορήγηση ουσιών που επαναφέρουν το ανοσολογικό σύστημα σε φυσιολογική λειτουργία. Σύμφωνα λοιπόν με την άποψη των ειδικών η συγκεκριμένη προσπάθεια για επαναδραστηριοποίηση του ανοσολογικού συστήματος γίνεται με τη χρησιμοποίηση του φαρμάκου ιντερφερόνη. Το φάρμακο αυτό έχει τη δυνατότητα να παρεμβαίνει στον πολλαπλασιασμό και στην ανάπτυξη των ογκογόνων κυττάρων.

Στον τομέα της θεραπείας του AIDS έχει προστεθεί τελευταία, αλλά με μικρή επιτυχία, η μεταμόσχευση μυελού των οστών με σκοπό να βελτιωθεί η άμυνα του οργανισμού με νέα και υγιή λεμφοκύτταρα.

Πρόσφατα επίσης μεγάλη φαρμακευτική εταιρία των ΗΠΑ υπέβαλε αίτηση στη Διεύθυνση Τροφίμων και Φαρμάκων να δοθεί άδεια παραγωγής του φαρμάκου ισοσπυρίνη. Σύμφωνα με τα όσα ισχυρίζεται η παραπάνω φαρμακευτική εταιρεία πειράματα του φαρμάκου αυτού, που έγιναν σε ασθενείς οι οποίοι είχαν αναπτύξει πρόδρομα συμπτώματα AIDS και συγκεκριμένα σε 170 αρρώστους οι οποίοι είχαν θετικά αντισώματα προς τον ιό, απέδειξαν ότι: η ισοσπυρίνη διεγείρει το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού.

Η θεραπεία των ασθενών του Συνδρόμου γενικά είναι εξαιρετικά δύσκολη και μπορούμε να πούμε ότι κατά κανόνα είναι ανεπιτυχής. Και αυτό γιατί είναι μεγάλο το φάσμα των ευκαιριακών λοιμώξεων του οργανισμού στον ασθενή με AIDS καθώς και ανοσοεπάρκειά του.

Για την κατηγορία ασθενών με AIDS που πάσχουν από πνευμονία από πνευμονοκύστη *Carpini* και έχουν τις περισσότερες φορές βήχα και έντονα αναπνευστικά προβλήματα όπως δύσπνοια κ.λπ. η χορήγηση της πενταμιδίνης είναι η μέθοδος που χρησιμοποιείται ευρύτερα. Οι στατιστικές, όμως έχουν αποδείξει ότι η πενταμιδίνη δημιουργεί παρενέργειες. Με τη χρησιμοποίησή της δηλαδή σημειώνεται πτώση των λευκών αιμοσφαιρίων και το σώμα του ατόμου γεμίζει εξανθήματα. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο η προσπάθεια θεραπείας με τη χορήγηση πενταμιδίνης δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως αποτελεσματική.

Μια άλλη ευκαιριακή λοίμωξη που κατακλύζει το ανθρώπινο σώμα, μετά την προσβολή του από το Σύνδρομο, είναι ο μύκητας *Candida*. Η καντιντίαση υποχωρεί με τη χορήγηση αμφοτερικίνης. Σ' αυτές τις περιπτώσεις ακολουθείται η θεραπευτική αγωγή που έχει προκριθεί σε καθημερινή βάση και επί 20 μέρες. Συνήθως οι αλλοιώσεις που έχουν

προηγηθεί από το μύκητα εξαφανίζονται. Με το ίδιο φάρμακο καταπολεμάται και ο κρυπτόκοκκος. Δυστυχώς, όμως μόλις σταματήσει η θεραπεία, παρόλο που το διάστημα χορήγησης ήταν μεγάλο, ο μύκητας ξαναεμφανίζεται. Τέλος οι λοιμώξεις από κυτταρομεγαλοϊό (CMV) και από τον ιό της λοιμώδους μονοπυρήνωσης δεν αναχαιτίζονται με κανένα φάρμακο.

Η ανακάλυψη της ειδικής αντιϊκής δράσης της αζινοθυμιδίνης (AZT) αναπτέρωσε τις ελπίδες για αιτιολογική αντιμετώπιση της νόσου. Η τρομακτική πίεση από τη συσσώρευση μεγάλου αριθμού ασθενών, που απελπισμένα ζητούν θεραπευτική παρέμβαση, οδηγεί στην επιτάχυνση και ενίοτε παράβαση των θεσπισμένων οδηγιών που διέπουν τις κλινικές δοκιμές και τη συνολική διαδικασία ελεύθερης κυκλοφορίας νέων φαρμάκων. Για το σκοπό αυτό έχει συσταθεί ειδική ομάδα και πρόγραμμα αξιολόγησης των θεραπευτικών δοκιμών στις ΗΠΑ. Κύριο μέλημα της ομάδας είναι η παρακολούθηση των δοκιμασιών νέων φαρμάκων, νέων θεραπευτικών σχημάτων, φαρμάκων που ήδη κυκλοφορούν και συνδυασμών φαρμάκων με διάφορο μηχανισμό δράσης. Ήδη η ομάδα παρακολουθεί 2.500 ασθενείς που βρίσκονται σε διάφορα θεραπευτικά σχήματα.

Η διαπίστωση της *in vitro* δράσης επέτρεψε την έναρξη πειραματικών δοκιμασιών σε εθελοντές. Σε πρώτη φάση διερευνήθηκαν οι τοξικολογικές και φαρμακολογικές ιδιότητες του AZT σε 33 ασθενείς. Τα αποτελέσματα ήταν ενθαρρυντικά και βοήθησαν στη διαπίστωση της φαρμακοδυναμικής και των κυριότερων τοξικών παρενεργειών του AZT και στον καθορισμό των βασικών θεραπευτικών σχημάτων.

Η θεραπευτική δοκιμή επρόκειτο αρχικά να διαρκέσει 24 μήνες. Όμως το Σεπτέμβρη του 1986 η ανεξάρτητη επιτροπή επαγρύπνησης αποφάσισε την πρόωγη διακοπή της για ηθικούς και δεοντολογικούς λόγους, αφού διαπίστωσε ότι το φάρμακο μείωνε σημαντικά τη θνητότητα και βελτιώνει την κλινική εικόνα των ασθενών. Το AZT βελτιώνει την αυτοεξυπηρέτηση, τη γενική κατάσταση και τα νευρολογικά συμπτώματα των ασθενών. Το σωματικό βάρος αυξάνει και η εμφάνιση ευκαιριακών λοιμώξεων, σαρκόματος Kaposi ή άλλων νεοπλασιών μειώνεται σημαντικά. Στους περισσότερους ασθενείς υποχωρεί η δερματική αλλεργία και υπάρχουν ενδείξεις μείωσης του ενεργού πολλαπλασιασμού του ιού.

Σημαντικές όμως είναι και οι παρενέργειες, ιδιαίτερα οι αιματολογικές που συχνά υποχρεώνουν σε μείωση της δόσης ή διακοπή της παραπέρα χορήγησης του φαρμάκου. Οι παρενέργειες είναι πιο έντονες όταν οι ασθενείς αρχίζουν τη θεραπεία με αριθμό T4-λεμφοκυττάρων κάτω των 100. Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι επίμονη ναυτία, εξάνθημα, μυαλγίες, παραισθήσεις, αύπνιες, πονοκέφαλοι και γενικότερα Σύνδρομο γρίπης...

Τα διαθέσιμα μέχρι σήμερα στοιχεία εξακολουθούν να είναι ενθαρρυντικά και επιβεβαιώνουν ότι το AZT δεν θεραπεύει το AIDS, δεν εξαλείφει τον ιό, αλλά απλώς αναστέλλει τον πολλαπλασιασμό του, επιμηκύνει σημαντικά το χρόνο ζωής του ασθενούς, βελτιώνει την κλινική και υποκειμενική κατάσταση, μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης ευκαιριακών λοιμώξεων ή νεοπλασιών και επιβραδύνει την εξέλιξη της λοίμωξης προς AIDS. Η χορήγηση πρέπει να είναι μακροχρόνια αλλά παραμένει άγνωστο το κατάλλη-

λο θεραπευτικό σχήμα, το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα αλλά και η πιθανή απώτερη τοξικολογική του δράση.

Η απουσία άλλης ειδικής θεραπευτικής αγωγής, η ταχεία κατάληξη των ασθενών και ασφυκτική πίεση του αυξανόμενου αριθμού κρουσμάτων, ώθησαν στην έγκριση κυκλοφορίας του φαρμάκου διεθνώς, κατά παράβαση της καθιερωμένης διαδικασίας κρίσης. Συνεπώς δεν υπάρχουν ακόμα ολοκληρωμένες μελέτες για την πιθανότητα καρκινογένεσης ή τερατογένεσης και αναμένονται παραπέρα έρευνες για πληρέστερο καθορισμό του θεραπευτικού σχήματος σε διάφορες πληθυσμιακές ομάδες και καταστάσεις. Ατελείς είναι ακόμη οι γνώσεις μας για τις αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα που μπορεί να ανταγωνίζονται το μεταβολισμό του μέσω της γλυκουρονιδάσης ή να αυξάνουν την τοξική του επίδραση και να επιτείνουν την λευκοπενία.

Σήμερα το AZT άρχισε να κυκλοφορεί σε αρκετές χώρες της Δυτικής Ευρώπης και της ΗΠΑ. Συγχρόνως άρχισαν νέες δοκιμές για βελτίωση των θεραπευτικών σχημάτων, επέκταση της χρήσης σε ηλικιωμένους και παιδιά, καθώς και διερεύνηση της δράσης του σε λιγότερο προχωρημένα στάδια της λοίμωξης.

Σήμερα μελετάται η αποτελεσματικότητά του σε 4.000 ασυμπτωματικούς φορείς του ιού καθώς και για πρόληψη της λοίμωξης μετά από έκθεση στον ιό π.χ. ύστερα από τυχαίο τραυματισμό κατά τη νοσηλεία ασθενή. Στην Ελλάδα το φάρμακο εγκρίθηκε από τον Ελληνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) με ασυνήθιστα ταχύτατη διαδικασία. Χορηγείται μόνο σε νοσοκομεία για ασθενείς με AIDS ύστερα από γνωμάτευση της Εθνικής Επιτροπής AIDS.

Εμβόλιο.

Ο ιός ARV (Aids Related Virus) ή LAV είναι ένας τύπος που μεταβάλλει τη γενετική δομή του κυττάρου το οποίο προσβάλλει. Το γενετικό του υλικό δεν είναι σταθερό. Η παρασκευή εμβολίου, που θα έχει όλες τις γενετικές πληροφορίες του ιού, είναι δύσκολη. Σύμφωνα, όμως, με όσα υποστηρίζουν οι ειδικές ερευνητές που ασχολούνται με την ανακάλυψή του, μέσα σε μια δετία το εμβόλιο θα παρασκευαστεί και θα προφυλάξει σημαντικά το γενικό πληθυσμό.

12. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΛΕΥΡΑ ΤΟΥ AIDS.

Η πιο ενδιαφέρουσα και ταυτόχρονα η πιο ευαίσθητη πλευρά του προβλήματος του AIDS είναι χωρίς αμφιβολία η ψυχολογική. Η ψυχολογική προσαρμογή σε κάθε βαριά νόσο εξαρτάται από παράγοντες που ξεκινούν από τρεις μεγάλες περιοχές. Αυτοί οι παράγοντες είναι:

1. Ιατρικοί (συμπτώματα, πορεία και επιπλοκές ειδικά από το ΚΝΣ)
2. Ψυχολογικοί (η προσωπικότητα, η διαπροσωπική υποστήριξη).
3. Κοινωνικομορφωτικοί (το κοινωνικό στίγμα που συνδέεται με τη νόσο και τις προσβαλλόμενες ομάδες).

Τι γίνεται όμως με τα ψυχικά προβλήματα και τις αντιδράσεις που από αυτή την πραγματική μάλιστα δημιουργούνται

1. σε άτομα που εμφάνισαν τη νόσο;
2. σε οροθετικούς;
3. στα επαγγέλματα υγείας;
4. στο γενικό πληθυσμό;

Οι ιατρικοί ή οι παράγοντες που συνδέονται με τη νόσο συνθέτουν τη μεταβαλλόμενη φυσική κατάσταση και τις ιατρικές καταστάσεις στις οποίες πρέπει να προσαρμοστεί ο άρρωστος. Οι συχνές επιπλοκές του ΚΝΣ είναι δυνατόν να χειροτερέψουν τη δυνατότητα του αρρώστου να προσαρμοστεί στο stress της νόσου. Η διάγνωση του AIDS είναι ένα καταστροφικό γεγονός γιατί είναι γνωστό ότι έχει μια κατιούσα πορεία, μια ειδική θεραπεία και μια πολύ φτωχή πρόγνωση.

Πολύ νωρίς στην πορεία της νόσου η κοινωνική υποστήριξη γίνεται κρίσιμη. Αδυναμία, συχνές λοιμώξεις, ανορεξία, πυρετός, μυαλγία, λεμφαδενοπάθεια και πόνος μπορούν να χειροτερέψουν σοβαρά την ικανότητα για εξωτερική και οικιακή εργασία. Οι συχνές λοιμώξεις που καταλήγουν σε μακρά νοσηλεία στο νοσοκομείο, οι επιπλοκές από το ΚΝΣ συμπεριλαμβανομένης και της αμνησίας, ανικανότητα συγκέντρωσης σκέψης, αδιαφορίας που πιθανόν να καταλήξουν σε άνοια, οδηγούν στο χάσιμο της εργασίας, της δύναμης του κοινωνικού ρόλου, της πνευματικής οξύτητας και ανεξαρτησίας. Η αναγκαιότητα της φυσικής φροντίδας που δίνεται από άλλους στο σπίτι ή σε νοσοκομεία, μαζί με την αβεβαιότητα μπορούν να εξαφανίσουν το αίσθημα του αρρώστου για την αξία της προηγούμενης κοινωνικής και επαγγελματικής ζωής. Οι άρρωστοι που έχουν δει φίλους, μέσω των διαφόρων σταδίων, τελικά να πεθαίνουν είναι γι' αυτούς ιδιαίτερα φοβερά και οδυνηρά τα τελευταία στάδια της νόσου.

Η διάγνωση του AIDS αποτελεί και κοινωνικομορφωτικό ζήτημα. Το κοινωνικό στίγμα που συνδέεται με τη μετάδοση άλλαξε τη συμπεριφορά γενικά συμπεριλαμβανομένης της φυσικής και κοινωνικής επαφής. Παιδιά με AIDS απομακρύνθηκαν από τα σχολεία από φοβισμένους γονείς για την πρόληψη της μετάδοσης. Οικογένειες με άρρωστους με AIDS δύσκολα παραδέχθηκαν να υιοθετήσουν έναν άλλο τρόπο ζωής. Μεταξύ των ομοφυλόφιλων και αμφοτερόφιλων η διάγνωση δημιούργησε μια κρίση γιατί έπρεπε να

βρεθεί μια άλλη προσωπική σεξουαλική προτίμηση. Η μετάδοση του AIDS με τη σεξουαλική επαφή μέσω των κοινών γυναικών δημιούργησε μια άλλη σχέση με αυτή την ειδική ομάδα.

Τα στάδια από τα οποία θα περάσει ο άρρωστος μέχρι το μοιραίο τέλος και τα οποία μοιάζουν με αυτά των αρρώστων με καρκίνο ή άλλης παρόμοιας νόσου είναι:

1. Στάδιο αρχικής κρίσεως
2. Μεταβατικό στάδιο
3. Στάδιο παραδοχής

Στο στάδιο αρχικής κρίσεως οι μελέτες έδειξαν μια οξεία αντίδραση άρνησης που εναλλάσσεται με περιόδους έντονου άγχους. Η άρνηση μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε αδιαφορία με κίνδυνο να αγνοήσει τις ιατρικές συμβουλές. Μια από τις επιπλοκές του AIDS είναι η αντίδραση για υποστηρικτική σχέση. Ο γιατρός πρέπει να εξακριβώσει εάν η οικογένεια γνωρίζει και δέχεται την ομοφυλοφιλία του αρρώστου. Το AIDS επίσης δυνατόν να οδηγήσει στην αποκάλυψη προηγούμενης χρήσης ναρκωτικών που πιθανόν να χαλαρώσει την οικογενειακή υποστήριξη. Οι άρρωστοι στο στάδιο της κρίσεως τυπικά δυσκολεύονται να διατηρήσουν ένα επίπεδο ενημέρωσης και μπορεί να παραποιήσουν αυτά που θα ακούσουν για τη νόσο. Για μερικούς και περισσότερο για τους ομοφυλόφιλους η μεγαλύτερη απόφαση είναι με ποιον και πότε θα μοιραστούν τα νέα της διάγνωσης γιατί εάν οι φίλοι ή η οικογένεια δεν ήταν προηγούμενα ενήμεροι, η εχεμύθεια είναι τώρα αδύνατη.

Την άρνηση διαδέχεται τώρα ο θυμός και τα καταθλιπτικά φαινόμενα. Η διάθεση του αρρώστου χαρακτηρίζεται από λύπη, ενοχή, χαμηλή αυτοεκτίμηση, ότι είναι αβοήθητος χωρίς ελπίδα διάσωσης και ανάξιος. Η ιδέα της αυτοκτονίας αυξάνεται και αν και είναι συχνότερη μεταξύ των αρρώστων με AIDS απ' ότι αυτών με καρκίνο οι απόπειρες αυτοκτονίας δεν είναι συχνές. Αυτές είναι πιθανότερο να συμβούν σε άτομα με διαταραχές της προσωπικότητας ειδικά σε περιθωριακούς τύπους.

Το μεταβατικό στάδιο αρχίζει όταν εναλλακτικά κύματα θυμού, ενοχής, οίκτου για τον εαυτό τους και άγχους υπερισχύουν της άρνησης. Οι άρρωστοι πιθανόν να αναλογισθούν το μέλλον τους σε μια προσπάθεια να καταλάβουν τι θα γίνει με το AIDS. Η μεταβατική περίοδος είναι μια περίοδος δυσφορίας και σύγχυσης και οι κοινωνικές αντιδράσεις επηρεάζουν και επιδεινώνουν πολύ την κατάσταση.

Παρόλους τους κινδύνους ή εξαιτίας αυτών οι άρρωστοι είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στην ψυχολογική παρέμβαση. Αυτό το χρονικό διάστημα επίσης μπορεί ο άρρωστος να απομονωθεί, διαφαίνεται μια επικίνδυνη αντίδραση στην οποία αρνούνται να συζητήσουν τη νόσο και αποφεύγουν φίλους, οικογένεια και γιατρούς. Άλλοι αντικαθιστούν το θυμό με τη συνέχιση της προηγούμενης συμπεριφοράς π.χ. της σεξουαλικής, θέτουν σε κίνδυνο τον εαυτό τους και τους άλλους. Τα πρόσωπα στο μεταβατικό στάδιο χρειάζεται να υιοθετήσουν νέες αξίες, νέο αίσθημα αυτοεκτίμησης και νέα κοινωνία.

Στο στάδιο της παραδοχής οι άρρωστοι μαθαίνουν να δέχονται τα όρια που τους υποβάλλει το AIDS, αλλά συγχρόνως ανακαλύπτουν ότι μπορούν να οργανώσουν τη ζωή τους αντιδρώντας στη νόσο με ρεαλισμό παρά με συναίσθημα κάνοντας μια συνει-

δητή προσπάθεια να ζήσουν κάθε μέρα ολοκληρωτικά, εξετάζουν τις πηγές του πόνου και της ευχαρίστησης, της τρυφερότητας και του ενδιαφέροντος για τους άλλους και μαθαίνουν να εκτιμούν την ποιότητα παρά την ποσότητα στη ζωή. Μερικοί απ' αυτούς μπορούν ν' ασπαστούν πνευματικές ιδέες για άντληση ελπίδας και ανακούφισης. Αναπτύσσουν ένα αίσθημα αγωνιστικότητας και είναι εύκολο να έρθουν σε επαφή με άλλους αρρώστους προτάσσοντας τον εαυτό τους σαν μοντέλο. Είναι αξιοθαύμαστη η ικανότητα του ανθρώπινου πνεύματος σε αυτές τις περιόδους να συγκεντρώνει τόσες εσωτερικές δυνάμεις.

Η παραδοχή δεν είναι ένα σταθερό στάδιο. Οι άρρωστοι αντιμετωπίζουν το φόβο του θανάτου και της προθανάτιας περιόδου, το αίσθημα της ευπάθειας στις ευκαιριακές λοιμώξεις, τη συνεχή ελάττωση της αυτοεξυπηρέτησης, της προκατάληψης των άλλων, το χάσιμο των φίλων που πεθαίνουν από AIDS και τελικά την ανάγκη να ετοιμάσουν οι ίδιοι το δικό τους θάνατο.

Περισσότερο ευαίσθητοι είναι οι μολυσμένοι υγιείς δηλαδή οι φορείς. Ο τρόπος που τους ανακοινώνεται το γεγονός έχει μεγάλη ψυχολογική σημασία. Οι φορείς υποφέρουν σε μεγαλύτερο βαθμό από ψυχολογικό άγχος από αυτούς που ήδη εμφάνισαν τη νόσο λόγω του διφορούμενου της κατάστασής τους,

Με τα παραπάνω αναφερθήκαμε σε γενικές γραμμές στις αντιδράσεις των αρρώστων. Τι συμβαίνει όμως με το ευρύ κοινό;

Η αρχική πληροφόρηση της μεταδοτικής νόσου σκόρπισε άγχος στο γενικό πληθυσμό. Στις περισσότερες περιπτώσεις αυτό το άγχος υπήρξε σε ήπια μορφή και δεν παρεμπόδισε την καθημερινή ζωή.

Όμως υπήρξαν ειδικές ομάδες που ήταν και είναι ιδιαίτερα ευπαθείς σε αυτό το άγχος. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται:

1. Άτομα με υψηλό κίνδυνο που φοβούνται το AIDS και στη συνέχεια την αποκάλυψη ότι ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Αυτή η ομάδα χρειάζεται ενημέρωση και κατανόηση από μέρους των παραγόντων υγείας των ψυχολογικών εμποδίων που ανταγωνίζονται την ικανότητά τους να συμβιβαστούν με τη νόσο.
2. Άτομα που δεν είναι σε υψηλό κίνδυνο, αλλά από φόβο αναπτύσσουν υποχονδρικά συμπτώματα. Η ομάδα αυτή χρειάζεται ψυχοθεραπευτική παρέμβαση για τη διαπίστωση κάποιων ψυχιατρικών ανωμαλιών.

Γενικά μπορούμε να πούμε ότι ο άρρωστος αισθάνεται έντονο άγχος, μπορεί να αρνείται και να μην παραδέχεται τη διάγνωσή του, να επιμένει π.χ. ότι έχει πνευμονία.

Επιπλέον πολλοί άρρωστοι και οι οικογένειές τους υποφέρουν από την απόρριψη του περιβάλλοντος. Μερικοί απολύθηκαν από την εργασία τους, διώχθηκαν από το σπίτι που νοίκιαζαν, δεν έγιναν δεκτοί να φάνε σε εστιατόρια αν είχαν εμφανή εξωτερικά σημεία του AIDS. Τα παιδιά τους δεν γίνονται δεκτά να φοιτήσουν στο σχολείο και οι συγγενείς τους αρνούνται να τους επισκεφθούν.

Αν ο άρρωστος με AIDS είναι παιδί η οικογένεια αντιμετωπίζει την κοινωνική απομόνωση, μειονεκτικότητα, αισθήματα ενοχής. Τα αδέρφια φοβούνται μήπως αρρωστήσουν και αυτά ή ζηλεύουν όταν η προσοχή και η φροντίδα των γονέων και των άλλων συγκεντρώνεται στο άρρωστο παιδί. Η υπερπροστασία των γονέων περιορίζει τις δραστηριότητες και τις σχέσεις του παιδιού με συνομήλικους φίλους. Ο παιδικός σταθμός και το σχολείο αποκλείουν τη φοίτηση του παιδιού είτε διότι το απαιτούν οι γονείς των άλλων παιδιών είτε γιατί το άρρωστο παιδί δεν τηρεί τους κανόνες της προσωπικής υγιεινής ή και επειδή κινδυνεύει να κολλήσει μεταδοτικές αρρώστιες που ενδημούν στο σχολείο. Το παιδί φθάνει στο σημείο να αισθάνεται αδύνατο, αβοήθητο, εξαρτημένο και φοβισμένο. Μ' αυτό το ψυχικό κλίμα πώς θα αναπτυχθεί;

Παρακάτω παραθέτουμε αυτούσια τα λόγια ενός φορέα AIDS, μέσα από τα οποία αποπνέει όλο το δράμα του ανθρώπου που γνωρίζει ότι φυλάει -αλλοίμονο- μέσα του τον ιό του AIDS.

“...Όσο κι αν σκέφτομαι, δεν μπορώ να ξεπεράσω την ανθρώπινη φύση μου, το φόβο, τη Γεσθημανή, το ‘απελθέτω απ’ εμού τό ποτήριον τουτο’. Από τότε που το ξέρω όλα άλλαξαν. Νιώθω σαν ένα φάντασμα. Μα το χειρότερο οι ελάχιστοι που το ξέρουν με βλέπουν και μου συμπεριφέρονται σαν να είμαι φάντασμα. Νιώθω ότι δεν πατάω στη γη, αλλά στην άβυσσο. Άλλαξε ακόμα και η αίσθηση του πώς ανάβω το φως της λάμπας, του πώς κρατάω τον καφέ. Παλεύει μέσα μου η λογική της αλήθειας με το τόσο αναγκαίο στον άνθρωπο ζωτικό ψεύδος. Είμαι υγιέστατος και περιμένω ξέρω πώς σε δύο-τρία χρόνια κάτι μπορεί να μου συμβεί. Είναι ένα είδος συμπύκνωσης της ζωής τούτο το συναίσθημα. Περισσότερο από όλα και από το θάνατο τον ίδιο εκείνο που με “σκοτώνει” είναι η ανάγκη αποχής από την ερωτική ζωή. Το τίμημα τούτης της αρρώστιας, η δολοφονία του έρωτα, είναι βαρύτατο. Είναι σαν να είσαι τυφλός. Νιώθω σα σίδερο που πότε το βάζουν στη φωτιά και πότε στον πάγο. Θα ζήσω, θα πεθάνω, θα βρεθεί το φάρμακο; Από το ζεστό στο κρύο κάθε δέκα λεπτά”.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Π ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

1. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΙ AIDS

Η νοσηλεία του αρρώστου με AIDS (όπως και όλων των άλλων) είναι ευθύνη του νοσηλευτικού προσωπικού. Όπως οι πρόγονοί μας στη νοσηλευτική ιστορία αντιμετώπιζαν τις μεγάλες επιδημίες του παρελθόντος, έτσι και μεις καλούμεθα σήμερα ηθικά, δεοντολογικά και επαγγελματικά να αντιμετωπίσουμε τη διεθνή πανδημία αυτής της νόσου.

Δεν μπορούμε και δεν επιτρέπεται να εγκαταλείψουμε κανένα άρρωστο. Από την αρχή της δεκαετίας του 1980 που η αρρώστεια άρχισε να γίνεται αντιληπτή, η νοσηλευτική φροντίδα και η κοινωνική της αντιμετώπιση πέρασε διεθνώς από διάφορα στάδια, μέχρις ότου τα τελευταία 2-3 χρόνια στις προηγμένες χώρες έχει επιτευχθεί πλέον η οργανωμένη σωστή νοσηλεία και μεταχείριση του αρρώστου.

Από την Αγγλία μας περιγράφουν κατά το 1984 που οι πρώτοι άρρωστοι άρχισαν να αυξάνονται στα νοσοκομεία λόγω της υστερίας του κοινού και της μεγάλης ανεξέλεγκτης ακόμη δημοσιογραφίας, οι εργαζόμενοι στο χώρο της Υγείας υπέφεραν από σύγχυση και πανικό όπως όλος ο κόσμος. Οι νοσηλεύτριες περιστοιχιζόντουσαν από πανικοβλημένο και εχθρικό βοηθητικό προσωπικό. Καθαρίστριες αρνούνται να καθαρίσουν δωμάτια, νοσοκόμοι να μεταφέρουν τους αρρώστους που πάσχουν από AIDS, προσωπικό κουζίνας να σερβίρει φαγητό και τα γραφεία κηδείων να πάρουν πάρον νεκρούς. Και οι γιατροί ακόμη, ιδιαίτερα οι χειρουργοί αρνούνται να δώσουν θεραπεία.

Αυτή η κατάσταση θυμίζει λίγο και τη δική μας σημερινή (μιας κι εμείς ακολουθούμε στα πρώτα αυτά στάδια λόγω του σχετικά μικρού αριθμού αρρώστων στα νοσοκομεία μας). Αναφέρεται για την Αγγλία (κι εδώ αναγνωρίζει κανείς τη σημερινή δική μας τάση) ότι συχνά εφαρμόζονταν δρακόντεια προφυλακτικά μέτρα χωρίς λογική σχέση με τις γνώσεις για τον τρόπο μετάδοσης με αποτέλεσμα την απώλεια μεγάλου νοσηλευτικού χρόνου και το μεγενθυμένο αίσθημα απομόνωσης των αρρώστων που πανικοβάλλοντο ότι θα εγκαταλειφθούν ακόμη περισσότερο.

Σιγά-σιγά όμως νοσηλεύτριες αντιμετώπιζαν ημέρα προς ημέρα και άρρωστο προς άρρωστο τη νόσο απέκτησαν σοβαρή εμπειρία και κατάφεραν να δώσουν και δίνουν φιλόνηρωπη, αμερόληπη, ικανοποιητική και αποτελεσματική νοσηλευτική φροντίδα

σε μεγάλους αριθμούς νέων σχετικά αρρώστων που υποφέρουν από φόβο θανάτου και σύγχυση.

Σήμερα με τις περισσότερες γνώσεις για τα αίτια, τη συμπεριφορά, τον τρόπο μετάδοσης και την αποκτηθείσα πείρα έχει πλέον διαμορφωθεί η φιλοσοφία και η οργάνωση της προγραμματισμένης εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου με AIDS.

Εδώ μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι στη χώρα μας είμαστε περισσότερο τυχεροί μιας και η επιδημία καθυστέρησε να φθάσει και είναι ακόμη σε σχετικά μικρή έκταση. Μπορούμε κι έχουμε τον καιρό να ετοιμαζόμαστε και από την πλευρά επιστημονικής γνώσης και πληροφόρησης για τη νόσο και από την ψυχολογική και ηθική και επαγγελματική πλευρά και φιλοσοφία να βρεθούμε έτοιμες, οργανωμένες για τη μάχη που όπως φαίνεται μας περιμένει.

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ AIDS ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ

Το AIDS έμελλε σε πολύ λίγο χρόνο να λάβει διαστάσεις πανδημίας και να αποτελέσει τον τρόπο των ημερών μας. Οι νοσηλεύτριες ασχολούμενες με ένα κατεξοχήν ανθρωπιστικό λειτούργημα εκ των πραγμάτων καλούνται σήμερα επαγγελματικά, ηθικά, δεοντολογικά να νοσηλεύσουν άρρωστο με AIDS ενώ παράλληλα θα πρέπει να εκπαιδεύσουν το κοινό με τον ορθότερο και αποτελεσματικότερο τρόπο προστασίας από τη μετάδοση της νόσου. Καταρχήν οι ίδιοι οι νοσηλευτές θα πρέπει να γνωρίζουν τους τρόπους προφύλαξης και δεύτερον πώς θα πρέπει να αντιμετωπίσουν νοσηλευτικά τον άρρωστο με AIDS είτε νοσηλεύεται στο θάλαμο είτε σε ειδικές μονάδες όπως μονάδες εξωνεφρικής κάθαρσης ή ακόμα και στο σπίτι. Είναι απαραίτητο να υπάρχουν καθορισμένοι κανόνες νοσηλείας και συμπεριφοράς απέναντι σ' αυτούς τους αρρώστους και τις οικογένειές τους.

Συγκεκριμένα:

1. Θα πρέπει να αναγνωρίζετε η αξιοπρέπεια και να προστατεύετε η ατομικότητα του αρρώστου.
2. Θα πρέπει να αξιολογείται τόσο η φυσική όσο και η ψυχική κατάστασή του.
3. Η ενημέρωση του προσωπικού για το περιστατικό είναι αναγκαία.
4. Η διδασκαλία του αρρώστου για την ατομική υγιεινή και τον τρόπο συμπεριφοράς είναι απαραίτητη.
5. Θα πρέπει να ενημερώνονται οι επισκέπτες του αρρώστου για τους κανονισμούς του νοσοκομείου όσον αφορά τη νοσηλεία των συγκεκριμένων ασθενών.

Λόγω της ανοσοκαταστολής του αρρώστου ο κίνδυνος ενδογενών ή εξωγενών λοιμώξεων είναι μεγάλος. Οι πάσχοντες από AIDS θα πρέπει να νοσηλεύονται σε ιδιαίτερο δωμάτιο όταν:

1. Πάσχουν από ευκαιριακές λοιμώξεις οι οποίες απαιτούν μοναχικό δωμάτιο (π.χ. πνευμονική φυματίωση ή σαλμονέλλωση).
2. Αιμορραγούν ή υπάρχει κίνδυνος να αιμορραγήσουν (π.χ. θρομβοπενία, οισοφαγίτιδα από *Candida*) ή που έχουν ανοικτά τραύματα.
3. Έχουν έντονο διαρροϊκό σύνδρομο ή ακράτεια.
4. Εμφανίζουν νευρολογικές εκδηλώσεις (π.χ. σύγχυση) που καθιστούν δύσκολη τη συνεργασία του αρρώστου.
5. Σε περίπτωση παραγωγικού βήχα.
6. Λόγω της βαρύτητας της νόσου ο ασθενής εξαρτάται σημαντικά από το νοσηλευτικό προσωπικό.
7. Υπάρχουν ψυχολογικοί και κοινωνικοί λόγοι.
8. Ο άρρωστος βρίσκεται σε τελικό στάδιο.

Αυτό του εξασφαλίζει αφενός μεν την ησυχία και την άνεση, αφετέρου καλύτερες συνθήκες πρόληψης από τη διασπορά της νόσου, με σύγχρονη προφύλαξη από ευκαι-

ριακές λοιμώξεις. Στο ιδιαίτερο δωμάτιο ο άρρωστος μπορεί να συζητάει ήρεμα με τους φίλους του, τους οικείους του ή το προσωπικό χωρίς να φοβάται τη διαρροή εμπιστευτικών πληροφοριών.

Το βασικό μειονέκτημα του μοναχικού δωματίου είναι ότι μπορεί να του δημιουργήσει αίσθημα "απομόνωσης". Ο άρρωστος αισθάνεται απομονωμένος σωματικά, κοινωνικά και ψυχολογικά επειδή το νόσημά του, εκτός από τη βαρύτητα που το διακρίνει, συνδέεται και με κοινωνική απόρριψη.

Ως εκ τούτου το προσωπικό πρέπει να είναι ειδικά εκπαιδευμένο και ενημερωμένο ώστε να τροποποιεί τη νοσηλευτική φροντίδα ανάλογα. Συχνά απαιτείται υψηλής στάθμης εντατική θεραπεία γεγονός που προϋποθέτει και επαρκές προσωπικό. Αυξημένο stress σωματικό και ψυχολογικό μπορεί γρήγορα να μειώσει το ηθικό του προσωπικού με αποτέλεσμα να χαλαρώνουν τα μέτρα ελέγχου.

Οι άρρωστοι με ευκαιριακές λοιμώξεις παρουσιάζουν συχνά μια γρήγορη εξελισσόμενη κλινική εικόνα που πρέπει να εκτιμάται συνεχώς, ακόμη από βάρδια σε βάρδια, για να αναπροσαρμόζεται η νοσηλευτική φροντίδα. Είναι ευνόητο ότι η αξιολόγηση των συμπτωμάτων, των προβλημάτων και αναγκών του αρρώστου απαιτεί νοσηλεύτρια με ειδικά προσόντα, με επιστημονικές γνώσεις, κλινική πείρα, ικανότητα καλών διαπροσωπικών επαφών, καλλιεργημένη παρατηρητικότητα και κριτικό πνεύμα για την κατανόηση των σημείων και συμπτωμάτων που παρακλίνουν από το φυσιολογικό.

Μετά τη νοσηλευτική αξιολόγηση στην οποία έγινε αναγνώριση και εντόπιση των παρόντων και επικείμενων αναγκών του αρρώστου η νοσηλεύτρια προχωρεί στον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας με στόχο:

1. Την επίλυση πραγματικών προβλημάτων.
2. Την αναγνώριση δυνητικών προβλημάτων και την παρεμπόδιση της ανάπτυξης και εξέλιξής τους σε πραγματικό.
3. Την αντιμετώπιση των βιο-ψυχο-κοινωνικών αναγκών.

Οι κυριότερες βιολογικές ανάγκες των αρρώστων αυτών που θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με πολλή προσοχή είναι:

1. Ικανοποιητική αναπνοή,
2. Ικανοποιητική διατροφή, ενυδάτωση,
3. Ικανοποιητική διούρηση και κένωση,
4. Ελεγχόμενη θερμοκρασία σώματος,
5. Κίνηση και κινητοποίηση,
6. Ασφαλές περιβάλλον,
7. Ατομική υγιεινή.

Τα συνηθέστερα προβλήματα που αντιμετωπίζονται σ' αυτούς τους αρρώστους αφορούν το άγχος, τη σωματική κόπωση και τη μεγάλη ευαιρεθιστότητα αλλά και μια άλλη μεγάλη ομάδα συμπτωμάτων όπως: ξηρός μη παραγωγικός βήχας, πυρετός, δύσπνοια, ανορεξία, έμμετοι, διάρροια, σημαντική απώλεια βάρους, δερματικά προβλήματα κλπ.

Σε σοβαρές περιπτώσεις χρειάζεται έλεγχος αερίων αίματος. Ακτινογραφίες και βρογχοσκόπηση βοηθούν στη διάγνωση. Το βρογχικό έκκριμα αποστέλλεται για μικροβιολογική εξέταση και καλλιέργεια. Εδώ θα πρέπει να τονισθεί ότι κατά τη βρογχοαναρρόφηση, όπως και σε κάθε νοσηλευτική παρέμβαση, κατά την οποία υπάρχει κίνδυνος να εκτεθεί η νοσηλεύτρια ή το προσωπικό σε μολυσμένα βιολογικά υγρά, θα πρέπει να χρησιμοποιείται προφυλακτική στολή (μπλούζα, ποδονάρια, μάσκα, γάντια).

Ο άρρωστος νοσηλεύεται σε θέση που τον ανακουφίζει, ενώ ο φυσιοθεραπευτής πρέπει να τον κάνει και να του διδάξει αναπνευστική γυμναστική.

Εφόσον στον ασθενή χορηγείται οξυγόνο, λόγω της προηγούμενης ξηρότητας των βλενογόνων του στόματος θα πρέπει να πλένεται κάθε ώρα με νερό ή με ουδέτερα αρωματισμένα διαλύματα. Η πιθανότητα ανάπτυξης στοματίτιδας από *Candida Albicans* είναι ιδιαίτερα αυξημένη. Η φλεγμονή που συνήθως αρχίζει από το στόμα ταχύτατα μπορεί να επεκταθεί στον οισοφάγο ή στους πνεύμονες. Απαιτείται επομένως συχνή και προσεκτική φροντίδα όπως βούρτσισμα δοντιών κλπ. Εάν ο άρρωστος είναι σε κόμα, τότε πρέπει να πλένεται το στόμα του με αντισηπτικό κάθε δύο ώρες.

Δεν είναι ασύνηθες να παρατηρούνται έντονοι, νυχτερινοί ιδρώτες. Το δέρμα πρέπει να παραμένει στεγνό και καθαρό. Αλλαγή κλινოსκεπασμάτων και ρούχων πρέπει να γίνεται όσο συχνά απαιτείται. Η περιπρωκτική περιοχή μπορεί να ερεθίζεται από τις συχνές διάρροιες ή από λοίμωξη όπως ο έρπης των γεννητικών οργάνων. Η ανάπτυξη κατακλίσεων είναι πιθανή και οι νοσηλευτικές δραστηριότητες επικεντρώνονται:

- Στη συχνή αλλαγή θέσεων, παθητικές και ενεργητικές κινήσεις των κάτω άκρων.
- Στη σωστή μετακίνηση και όχι στο σύρσιμο του αρρώστου.
- Στην απομάκρυνση της υγρασίας.
- Στην εξασφάλιση στεγνής, καθαρής, χωρίς πτυχές και ξένα σώματα κλίνης.

Στην περίπτωση έντονου διαρροϊκού συνδρόμου θα πρέπει να χρησιμοποιούνται πάνες μιας χρήσης που στη συνέχεια συλλέγονται και καίγονται. Σε περίπτωση ακράτειας ούρων είναι προτιμότερο να χρησιμοποιούνται εξωτερικές συσκευές συλλογής ούρων και όχι ουροκαθετήρες προς αποφυγή ανάπτυξης ουρολοίμωξης.

Όσον αφορά τη διατροφή του αρρώστου πρέπει να ενθαρρύνεται να τρώει και να πίνει ελεύθερα από τα επιτρεπόμενα και αυτό επιτυγχάνεται όταν η τροφή τους προσφέρεται με ελκυστικό τρόπο. Μικρά και συχνά γεύματα είναι προτιμότερο ιδίως σε αρρώστους με γαστρεντερολογικά προβλήματα ή ανορεξία.

Ας μην ξεχνάμε ότι σ' αυτούς τους αρρώστους εξίσου σημαντικά με τα σωματικά είναι και τα ψυχολογικά προβλήματα. Η επίκτητη ανοσολογική ανεπάρκεια είναι από τις ελάχιστες παθήσεις, αν όχι η μόνη, που δημιουργεί έντονα ψυχολογικά προβλήματα λόγω ακριβώς της φύσεώς της. Η γνώση του αναπόφευκτα επικείμενου θανάτου φορτίζει και εξουθενώνει. Και εδώ η νοσηλευτική καλείται να ολοκληρώσει το λειτούργημά της. Αναζητούνται οι φόβοι, οι αγωνίες και οι ενοχές του άρρωστου και συζητούνται με απόλυτη κατανόηση και διακριτικότητα και ενθαρρύνεται να συμμετέχει ενεργά σε ό,τι τον διασκεδάζει ή τον ευχαριστεί.

Κατά τη νοσηλεία των αρρώστων εμφανίζονται και τεχνικά θα λέγαμε προβλήματα π.χ. η μεταφορά των δειγμάτων που είναι μολυσμένα, η απομάκρυνση μολυσμένου υγιεινολογικού υλικού κλπ. Ας δούμε τα συνηθέστερα από αυτά με στόχο πάντα την προφύλαξη του προσωπικού και την ελαχιστοποίηση του κινδύνου μετάδοσης της νόσου.

Όλα τα δείγματα (αίμα, ούρα, πτύελα κλπ) πρέπει να μεταφέρονται με ειδικό τρόπο. Το προσωπικό των εργαστηρίων και εκείνοι που τα μεταφέρουν πρέπει να ενημερώνονται για τη μολυσματική τους φύση. Γι' αυτό τα δοχεία μεταφοράς και τα παραλεμπτικά πρέπει να σημειώνονται με ειδικά αυτοκόλλητα που υποδηλώνουν τον κίνδυνο. Τα πώματα πρέπει να εφαρμόζουν πολύ καλά για να αποφευχθεί η διαρροή κατά τη μεταφορά.

Ο άρρωστος θα πρέπει να περιοριστεί στην τουαλέτα του δωματίου του, διαφορετικά θα πρέπει να υπάρχει ατομική σκωραμίδα και ουροδοχείο, τα οποία αδειάζονται αμέσως και απολυμαίνονται στα ειδικά μηχανήματα πλύσεως στους 80 βαθμούς C.

Τα μολυσμένα σκουπίδια πρέπει να συλλέγονται σε ειδικούς σάκκους οι οποίοι είναι χρωματιστοί για να αναγνωρίζει το προσωπικό τον κίνδυνο και να αποστέλλονται για αποτέφρωση. Στο νοσοκομείο το προσωπικό για την καθαριότητα των χώρων χρησιμοποιεί ρούχα μιας χρήσεως. Όπως προαναφέρθηκε η νόσος είναι λοιμώδης και μεταδοτική κι όλη η τεχνική της αντιμετώπισής της στο νοσοκομείο υπάγεται στους κανονισμούς και το πρόγραμμα ελέγχου και περιορισμού των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Η τήρηση των γενικών κανόνων για την προφύλαξη πρέπει να γίνεται με "θρησκευτική ευλάβεια". Οι προφυλάξεις αυτές συνοπτικά είναι:

1. Χρησιμοποίηση όλων των απαραίτητων προστατευτικών "φραγμών",
2. Καλό πλύσιμο των χεριών πριν και μετά κάθε νοσηλευτικής φροντίδας έστω κι αν χρησιμοποιούνται γάντια γιατί υπάρχει ο κίνδυνος τα γάντια να έχουν κάποια έστω πολύ μικρή τρύπα.
3. Επί επαφής με πιθανόν μολυσμένα υγρά αμέσως καλό πλύσιμο.
4. Αποφυγή τραυματισμών με βελόνες, νυστέρια κλπ.
5. Προσοχή στο σάλιο κι ας μην έχει αποδειχθεί ότι μολύνει.
6. Προσωπικό με τραύματα ή δερματικά προβλήματα να μην ασχολείται με τους αρρώστους.
7. Αποφυγή παροχής νοσηλευτικής φροντίδας από εγκύους. Οι εγκυμονούσες δεν κινδυνεύουν περισσότερο από το λοιπό προσωπικό, αλλά σε περίπτωση μόλυνσης, μολύνεται και το έμβρυο.

Ο άρρωστος στην τελική φάση της ζωής του.

Δυστυχώς με τα σημερινά δεδομένα ο άρρωστος θα πεθάνει. Η νοσηλεύτρια προσφέρει ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα ως το τέλος της ζωής του αρρώστου. Τον παρακολουθεί και συμμετέχει στην αγωνία που δοκιμάζει ανεξάρτητα από το πώς και πού θα καταλήξει. Με το ειλικρινές ενδιαφέρον και τις επιτυχείς διαπροσωπικές της δεξιότητες αναπτύσσει δημιουργικό διάλογο που τροφοδοτεί την

ελπίδα και προάγει την ψυχική ηρεμία, προϋποθέσεις απαραίτητες για την εξασφάλιση αξιοπρεπούς και ειρηνικού θανάτου.

Η περιποίηση του νεκρού πρέπει να γίνει με κάθε σεβασμό και με όλα τα προφυλακτικά μέτρα.

Η παρουσία της νοσηλεύτριας θεωρείται απαραίτητη την ώρα αυτή για την ψυχολογική υποστήριξη των συγγενών. Δυστυχώς η νόσος μέχρι τώρα είναι αθεράπευτη. Μέχρις ότου οι ασχολούμενοι με τη θεραπεία της κερδίσουν τη μάχη, εμείς οι νοσηλεύτριες θα είμαστε στην πρώτη γραμμή άμυνας.

3. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ AIDS.

Μέτρο	Πότε - πώς	Γιατί
1. Μοναχικό δωμάτιο	Άρρωστοι με σοβαρή διάρροια, έντονο βήχα, ευκαιριακές λοιμώξεις, με αιμορραγία ή με κίνδυνο αιμορραγίας, με εντερικές λοιμώξεις, όταν υπάρχουν ψυχολογικοί και κοινωνικοί λόγοι, στο τελικό στάδιο.	προστασία αρρώστων από νοσοκομειακές λοιμώξεις, προστασία προσωπικού και άλλων αρρώστων από μόλυνση με τον ιό ή από συνυπάρχουσες ευκαιριακές λοιμώξεις
2. Πλαστικές Ποδιές	Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, μεταφορά μολυσμένου υλικού, καθαριότητα δωματίου	προστασία αρρώστου από λοιμώξεις, προστασία προσωπικού και άλλων αρρώστων από μόλυνση με τον ιό.
3. Πλαστική ποδιά, μάσκα, γάντια, προστατευτικά ματιών	Βαρειές λοιμώξεις, συμμετοχή σε αιματηρές επεμβάσεις, έντονος βήχας, κίνδυνος διασποράς με σταγονίδια	προστασία προσωπικού από τον ιό ή άλλες ευκαιριακές λοιμώξεις
4. Πλύσιμο χεριών	Πριν και μετά από κάθε νοσηλευτική παρέμβαση έστω κι αν χρησιμοποιούνται γάντια	προστασία προσωπικού από τον ιό και τις συνοδούς, λοιμώξεις, πρόληψη μεταφοράς παθογόνων σ' άλλους αρρώστους
5. Βελόνες και άλλα αιχμηρά αντικείμενα	Οι βελόνες δεν τοποθετούνται στη θήκη, ρίπτονται αμέσως σε σκληρό πλαστικό κουτί αδιάβροχο και ανθεκτικό στα τρυπήματα. Ειδική φροντίδα χρειάζεται για τις συσκευές ενδοφλεβίου χορήγησης υγρών. Χρησιμοποιηθέντα εργαλεία τοποθετούνται σε πλαστικούς σάκκους και στέλνονται για αποστείρωση	πρόληψη τραυματισμού του προσωπικού και επομένως πρόληψη μόλυνσεως

Μέτρο	Πότε - πώς	Γιατί
6. Ιματισμός	Καταρχάς τοποθετούνται σε κόκκινο διαλυόμενο σάκκο ο οποίος τοποθετείται σε δεύτερο νάυλον κόκκινο σάκκο και στέλνονται για πλύσιμο αφού κλειστούν ασφαλώς. Κατά την αλλαγή χρησιμοποιούνται γάντια.	πρόληψη μόλυνσης του προσωπικού κατά την αλλαγή και μεταφορά του ιματισμού
7. Μολυσμένο υλικό	Τοποθετείται σε ανθεκτικούς κίτρινους πλαστικούς σάκκους που κλείνονται καλά και στέλνονται για αποτέφρωση	Ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να λαμβάνεται ώστε να μην τοποθετούνται αιχμηρά αντικείμενα στους σάκκους
8. Πιάτα, κουτάλια, μαχαίρια	Μπορεί να χρησιμοποιούνται τα συνήθη. Αν ο άρρωστος έχει πνευμονική φυματίωση, εντερική λοίμωξη ή λοίμωξη της στοματικής κοιλότητας μπορεί να έχει ατομικά είδη.	σπανίως απαιτούνται σκεύη μιας χρήσεως. Πρόληψη μετάδοσης λοιμώξεων
9. Δείγματα αίματος, ούρων κλπ.	Πάντοτε χρησιμοποιούνται γάντια. Τα σωληνάκια, δοχεία συλλογής καθώς και τα παραλαμπτικά επισημαίνονται με ειδικά προειδοποιητικά αυτοκόλλητα και μεταφέρονται μέσα σε μη διαπερατό πλαστικό δοχείο	προστασία προσωπικού. Η επισήμανση είναι απαραίτητη για την προστασία όσων πρόκειται να ασχοληθούν με την εξέταση των δειγμάτων. Το μη διαπερατό δοχείο απαιτείται για την πρόληψη της διασποράς
10. Ελευθερία κινήσεως, επισκέψεις	Ενθαρρύνονται οι επισκέψεις. Περιπατητικοί άρρωστοι μπορούν να επισκέπτονται οποιοδήποτε χώρο του νοσοκομείου	Πρόληψη απομόνωσης

Τι πρέπει όμως να κάνει ο νοσηλευτής ή ο γιατρός αν τραυματισθεί ή τσιμπηθεί ή πιστιλισθεί στα μάτια ή το στόμα με αίμα ή άλλα σωματικά υγρά αρρώστου ή αν είχε λύση της συνέχειας του δέρματος στα χέρια και αίμα του αρρώστου έμεινε πολλή ώρα πάνω στα χέρια του;

1. Έλεγχος του αρρώστου αν είναι διαγνωσμένος οροθετικός με αντισώματα στον ιό ή έχει τη νόσο του AIDS. Αν όχι, αξιολόγηση μήπως ανήκει στην ομάδα υψηλού κινδύνου για να μολυνθεί
2. Αν ο άρρωστος ανήκει στην ομάδα υψηλού κινδύνου πληροφορείται το γεγονός και ζητείται η συγκατάθεσή του να εξετασθεί το αίμα του.
3. Αν ο άρρωστος αποδειχθεί οροαρνητικός και δεν αναφέρει παράγοντες κινδύνου δεν χρειάζεται τίποτε άλλο. Αν όμως αναφέρει κάποιους παράγοντες κινδύνου τότε πρέπει να εξετασθεί ο νοσηλευτής ή ο γιατρός. Ο δε άρρωστος να επαναλάβει την εξέταση μετά 6 μήνες. Αν η δεύτερη εξέτάσή του είναι αρνητική δεν χρειάζεται τίποτε άλλο.
4. Αν ο άρρωστος έχει τα σχετικά αντισώματα στο αίμα του, πρέπει να εξετασθεί και το ενδιαφερόμενο άτομο όσο το δυνατόν συντομότερα. Αν αυτό αποδειχθεί οροαρνητικό εξετάζεται μετά 6 εβδομάδες και περιοδικά για 1 χρόνο. Αν δεν αναπτύξει αντισώματα σημαίνει ότι δεν μολύνθηκε και δεν θα παρουσιάσει AIDS.

Βέβαια η εξέταση αίματος για αντισώματα στον ιό του AIDS πρέπει να είναι διαθέσιμη για όλους τους εργαζόμενους σε υπηρεσίες Υγείας που φοβούνται μήπως έχουν μολυνθεί από τον ιό.

4. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΣΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS.

Οι παρασιτικές, ιογενείς και μυκητησιακές λοιμώξεις σπάνια θεραπεύονται πλήρως και συνήθως οφείλονται σε επαναδραστηριοποίηση παθογόνων μικροοργανισμών που ήδη βρίσκονται σε λανθάνουσα κατάσταση στον ασθενή. Οι νοσοκομειακές λοιμώξεις (Ν.Λ.) στην ομάδα αυτή των ασθενών παραμένουν η σπουδαιότερη αιτία νοσηρότητας και θνητότητας.

Με τον όρο “Νοσοκομειακή Λοίμωξη” ορίζεται η λοίμωξη που εμφανίζεται 72 ώρες μετά την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο, και οφείλεται σε μικροβιακά αίτια του νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Η λοίμωξη αυτή δεν πρέπει να είναι παρούσα ή να βρίσκεται στο στάδιο επώασης κατά την εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο.

Οι λοιμώξεις που σχετίζονται με το AIDS είναι βαριάς μορφής, οι δε θεραπευτικές τεχνικές που εφαρμόζονται για την άμεση αντιμετώπιση των ασθενών αποτελούν σημαντικούς παράγοντες λοίμωξης. Οι καθετήρες καταστρέφουν την ακεραιότητα του φραγμού του δέρματος και του βλενογόνου και επιτρέπουν την ανάπτυξη της λοίμωξης. Η χρήση ευρέος φάσματος αντιβιοτικών και οι εισπνευστικές συσκευές έχουν συνδυαστεί με τον αποικισμό του αναπνευστικού συστήματος με νοσοκομειακά παθογόνα τα οποία μπορεί να προκαλέσουν πνευμονία. Η έκθεση σε δυνητικά παθογόνα μπορεί να συμβεί με τα χέρια, την τροφή, το νερό, τις νοσοκομειακές συσκευές και το μολυσμένο αέρα.

Πρόληψη νοσοκομειακών λοιμώξεων:

Η πρόληψη των νοσοκομειακών λοιμώξεων στηρίζεται σε 3 άξονες:

1. Την παρεμπόδιση απόκτησης νοσοκομειακών παθογόνων.
2. Την καταστολή ή τον περιορισμό των ενδογενών παθογόνων και
3. την αναστροφή της ανοσολογικής ανεπάρκειας του ξενιστή.

Γενικά οι ασθενείς με AIDS πρέπει να νοσηλεύονται με τη σχολαστική χρήση προφυλάξεων οι οποίες δεν διαφέρουν μεν από τις τεχνικές ρουτίνας των άλλων ασθενών, όμως σ' αυτούς τους ασθενείς πρέπει να επιβάλλονται. Απαραίτητη είναι η επεξήγηση των γενικών προφυλάξεων στον ασθενή. Ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας απαιτεί χρόνο για το νοσηλευτή ώστε να μιλάει με τον ασθενή διότι απομονώνουμε τη λοίμωξη και όχι τον ασθενή.

Λοιμώξεις από ενδοαγγειακούς καθετήρες.

Ειδικότερα για την πρόληψη των λοιμώξεων από ενδοφλέβιους καθετήρες συνιστάται η καλή αντισηψία του δέρματος επί 30 δευτερολέπτων πριν από τη φλεβοκέντηση με οινόπνευμα ή betadine. Η αλλαγή των περιφερειακών καθετήρων, των γαζών και συσκευών έγχυσης πρέπει να γίνεται κάθε 48 ώρες. Όταν υπάρχει τοπική φλεγμονή ή

υποψία σηψαιμίας από καθετήρες, ο καθετήρας αφαιρείται με άσηπτη τεχνική και στέλνεται για καλλιέργεια στο εργαστήριο.

Πρόληψη λοιμώξεων ουροποιητικού συστήματος

Για την πρόληψη των ουρολοιμώξεων θα πρέπει ο καθετήρας κύστεως να εισάγεται με άσηπτη τεχνική.

Πρόληψη λοιμώξεων αναπνευστικού συστήματος.

Όσον αφορά την πρόληψη των αναπνευστικών λοιμώξεων οι μάσκες, οι ρινικοί καθετήρες κ.λπ. είναι μιας χρήσης και πρέπει να αλλάζουν καθημερινά. Οι υγραντήρες οξυγόνου εάν είναι μιας χρήσεως αλλάζουν όταν τελειώσει το περιεχόμενό τους. Γεμίζουν με απεσταγμένο ή αποστειρωμένο νερό.

Οι ενδοτραχειακοί σωλήνες και οι σωληνώσεις του αναπνευστήρα πρέπει να είναι μιας χρήσεως. Δεν υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης του ιού με τη σωστή χορήγηση οξυγόνου με συνεχή θετική πίεση λόγω της ταχείας ροής και της χρήσης μιας χρήσης βαλβίδων, υγραντήρων και σωληνώσεων. Πρέπει να θυμόμαστε ότι η τακτική χρήση των αποστειρωμένων εξαρτημάτων ή μιας χρήσης στις αναπνευστικές σωληνώσεις στοχεύει στην παρεμπόδιση μετάδοσης των αναπνευστικών παθογόνων και ότι ο ιός δεν μεταδίδεται με την αναπνευστική οδό.

Πρόληψη λοιμώξεων γαστρεντερικού συστήματος.

Αν και το AIDS δεν μεταδίδεται με το νερό και τις τροφές οι ασθενείς με AIDS είναι περισσότερο ευαίσθητοι στις ευκαιριακές λοιμώξεις που μεταδίδονται με τις τροφές όπως η σαλμονέλλα.

Οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν τους κανόνες υγιεινής των τροφίμων σχετικά με την κατάλληλη προετοιμασία για να εμποδίσουν την ανάπτυξη των λοιμώξεων που μεταδίδονται με τις τροφές.

Οι κανόνες αυτοί περιλαμβάνουν:

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΕΙΣΑΙΟΘΗΚΗ

- Σχολαστικό πλύσιμο των χεριών του προσωπικού που χειρίζεται τα τρόφιμα.
- Καλό πλύσιμο των λαχανικών και των φρούτων.
- Καλό μαγείρεμα του κρέατος και των αυγών.
- Να γίνεται χρήση παστεριωμένου γάλακτος.
- Οι τροφές να διατηρούνται στο ψυγείο.
- Τα σκεύη της κουζίνας να διατηρούνται καθαρά.

Πρόληψη Λοιμώξεων από ενδοσκόπια.

Επιδημίες λοιμώξεων από εύκαμπτα όργανα έχουν αποδοθεί στο ακατάλληλο πλύσιμο και την ακατάλληλη απολύμανση των οργάνων. Επίσης έχουν ενοχοποιηθεί η καταστροφή του αυλού των οργάνων, η παράλειψη αποσύνδεσης της βαλβίδας κατά τη διάρκεια του πλυσίματος. Το πλύσιμο πρέπει να γίνεται με ζεστό νερό και ουδέτερο απορρυπαντικό αμέσως μετά τη χρήση του για να αφαιρούνται το αίμα, οι ιστοί και οι εκκρίσεις.

Ο ιός του AIDS έχει προσφέρει νέο ενδιαφέρον στο παραμελημένο αντικείμενο ελέγχου λοιμώξεων. Όμως ο αποτελεσματικός έλεγχος της λοίμωξης θα επιτευχθεί όχι από την αυξημένη χρήση των νεότερων και καλύτερων απολυμαντικών αλλά από την καθημερινή χρήση των απλών φραγμών προφύλαξης και την υιοθέτηση αυτών των μεθόδων για κάθε ασθενή.

5. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ AIDS ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.

Έχει αποδειχθεί ότι οι άρρωστοι με AIDS μπορεί σε ορισμένα στάδια της νόσου να νοσηλεύονται με ασφάλεια και σε άλλα ιδρύματα όπως αναρρωτήρια κρατικά ή ιδιωτικά αλλά ακόμη και στο σπίτι αρκεί να τηρηθούν τα προφυλακτικά μέτρα.

Ο άρρωστος που νοσηλεύεται μέσα στη θαλπωρή του σπιτιού του δεν αποχωρίζεται το γνώριμο περιβάλλον του, περνά την αρρώστια και τις δυσκολίες της ανάμεσα στα προσφιλή του πρόσωπα και πράγματα με τα οποία είναι δεμένος. Μελέτες που έχουν γίνει στις οικογένειες των αρρώστων έδειξαν ότι όταν τηρούνται βασικές προφυλάξεις τα μέλη που δεν έχουν σεξουαλική σχέση με τον άρρωστο δεν μολύνονται. Ως εκ τούτου οι οικογένειες και εφόσον η γενική κατάσταση του αρρώστου το επιτρέπει πρέπει να ενθαρρύνονται να νοσηλεύουν τους αρρώστους με AIDS στο σπίτι δίνοντας όλη τη στοργή και θαλπωρή τους όπως θα έκαναν σε αρρώστους που πάσχουν από καρκίνο, ψυχικά και άλλα νοσήματα.

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

1. Ιατρική συγκατάθεση.
2. Οργανωμένη υπηρεσία για φροντίδα στο σπίτι.
3. Η οικονομική κατάσταση της οικογένειας.
4. Δυνατότητα παραχώρησης μοναχικού δωματίου.
5. Η προσαρμογή της οικογένειας στο νέο πρόγραμμα ζωής.
6. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις αρρώστου - οικογένειας.

Με κάθε λεπτομέρεια, εφόσον αποφασισθεί νοσηλεία στο σπίτι πρέπει να δίνονται πρακτικές οδηγίες που αφορούν:

1. την ατομική υγιεινή,
2. τα προσωπικά αντικείμενα του αρρώστου που είναι αυτονόητο ότι δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται από άλλους,
3. ο ακάθαρτος ματισμός πλένεται στο πλυντήριο στους 90 βαθμούς C ή στο χέρι υπό την προϋπόθεση ότι θα χρησιμοποιούνται γάντια για την αποφυγή μόλυνσης μέσω αμυχών του δέρματος. Δίνονται συμβουλές στους οικείους να αποφεύγουν τα καθαριστήρια,
4. τα αιχμηρά αντικείμενα συλλέγονται με προσοχή προς αποφυγή ατυχημάτων και καίγονται με τα υπόλοιπα απορρίματα εφόσον είναι δυνατόν (μονοκατοικίες, επαρχιακές πόλεις). Επί του παρόντος δεν έχει δοθεί λύση στο πρόβλημα της διάθεσης μολυσματικών απορριμάτων για τις μεγάλες πόλεις.

Με τον τρόπο αυτό και με τη σωστή πληροφόρηση ελπίζεται ότι μπορεί να επιτευχθεί σωστή φροντίδα στο οικείο περιβάλλον με τη σχετική ασφάλεια υγείας έτσι ώστε και τα νοσοκομεία να αποσυμφορηθούν αλλά και ο άρρωστος να έχει πραγματικά ανθρώπινη και αξιοπρεπή μεταχείριση ως το τέλος.

6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ AIDS.

Η χειρουργική επέμβαση για τον άρρωστο με AIDS είναι διαγνωσμένη ή επείγουσα. Η συστηματική νοσηλευτική αξιολόγηση των συμπτωμάτων, αναγκών και προβλημάτων και η πρώτη επαφή μαζί του είναι τα βασικά σημεία δια των οποίων εξατομικεύεται η φροντίδα του. Η προσεκτική λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού προσφέρει σημαντική βοήθεια στην εκτίμηση των συμπτωμάτων και αποτελεί βασική προϋπόθεση για το σχέδιο της φροντίδας του. Βάσει των ευρημάτων της νοσηλευτικής αξιολόγησης προγραμματίζονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις με δύο κυρίως σκοπούς:

- την προστασία του χειρουργικού αρρώστου από λοιμώξεις και άλλες επιπλοκές και
- την πρόληψη μεταδόσεως υπάρχουσας λοιμώξεως και του AIDS σε άλλα άτομα ή στο προσωπικό.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν:

- προσωπική νοσηλεία
- εφαρμογή προφυλακτικών μέτρων κατά των λοιμώξεων και της μεταδόσεως του AIDS και
- διδασκαλία αυτοπροστασίας στον άρρωστο, αναστήλωση και υποστήριξη του ηθικού του.

Προεγχειρητική ετοιμασία:

Ο άρρωστος με AIDS είναι άτομο υψηλού κινδύνου σε λοιμώξεις όχι μόνο λόγω της ανεπάρκειας του ανοσοποιητικού συστήματος αλλά και λόγω των διαταραχών θρέψης, ενυδάτωσης και ηλεκτρολυτών καθώς και ψυχολογικής εντάσεως. Η ενημέρωση για του τι πρόκειται να γίνει είναι απαραίτητη. Οι υπόλοιπες διαδικασίες είναι όμοιες με των άλλων ασθενών.

Ψυχολογική προετοιμασία:

Η ψυχολογική υποστήριξη και ενίσχυση του αρρώστου προεγχειρητικά είναι μεγάλης σπουδαιότητας. Η στάση του προς τη χειρουργική επέμβαση επηρεάζει τη μετεγχειρητική του πορεία.

Οι νοσηλευτές με το μοναδικό τους ρόλο έχουν τη δυνατότητα να παρατηρούν τη συμπεριφορά του και να ανιχνεύουν τα σημεία της αγωνίας ή βαρειάς κατάθλιψης. Πολλοί άρρωστοι εξωτερικεύουν τα αισθήματά τους πιο πολύ στους νοσηλευτές απ' ότι στους συγγενείς τους. Το αίσθημα ασφάλειας ενισχύεται ακόμη όταν η εκτέλεση των νοσηλευτικών τεχνικών γίνεται με δεξιότητες και αυτοπεποίθηση.

Φυσική προετοιμασία:

Η καλή κατάσταση θρέψης κατά την προεγχειρητική περίοδο βοηθά τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο χωρίς σοβαρές συνέπειες για τον οργανισμό του.

Ο άρρωστος με AIDS βρίσκεται σε μειονεκτική θέση διότι:

1. Έχει μικρή αντοχή στο χειρουργικό stress.
2. Είναι ιδιαίτερα επιρρεπής στις λοιμώξεις εξαιτίας μειωμένων αντισωμάτων.
3. Είναι επιρρεπής στο shock και την αιμορραγία εξαιτίας της υποπρωτεϊναιμίας που είναι αποτέλεσμα του παρατεταμένου αρνητικού ισοζυγίου.
4. Καθυστερεί η επούλωση του τραύματος εξαιτίας μειωμένων προμηθειών πρωτεΐνης και βιταμίνης C.

Οι νοσηλευτές προεγχειρητικά διδάσκουν τον άρρωστο πώς να αναπνέει βαθιά και να βήχει αποτελεσματικά με προφυλάξεις μετάδοσης μολύνσεων αν ο βήχας είναι παραγωγικός. Τη λειτουργία του εντέρου πρέπει να ρυθμίζουν πριν από την εγχείρηση. Η κατάλληλη διαίτα και η ατομική υγιεινή είναι νοσηλευτική ευθύνη μεγάλης σπουδαιότητας. Οι απαραίτητες εξετάσεις που γίνονται προεγχειρητικά είναι: γενικές σύρων, αίματος, ομάδα αίματος - διασταύρωση, ακτινογραφία θώρακος και ηλεκτροεγκεφαλογράφημα. Η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου πρέπει να γίνεται χωρίς πρόκληση ερεθισμού.

Ειδικά προφυλακτικά μέτρα χειρουργείου.

Μέτρα πριν την εγχείρηση.

1. Η μη επείγουσα εγχείρηση ασθενούς με AIDS προγραμματίζεται στο τέλος του προγράμματος χειρουργείου της ημέρας. Αυτό έχει σκοπό αφενός μεν να μην υπάρχουν άλλοι άρρωστοι στο χώρο του χειρουργείου και αφετέρου να υπάρχει χρόνος για απολύμανση και γενική καθαριότητα της χειρουργικής αίθουσας που θα χρησιμοποιηθεί γι' αυτόν τον άρρωστο.
2. Ο άρρωστος μεταφέρεται κατευθείαν στην αίθουσα χειρουργείου με το ίδιο φορείο που μεταφέρθηκε από το νοσηλευτικό τμήμα και δεν παραμένει στο χώρο αναμονής ασθενών ούτε στον προθάλαμο της χειρουργικής αίθουσας.
3. Η αίθουσα του χειρουργείου προετοιμάζεται όπως για κάθε σηπτική εγχείρηση. Απομακρύνονται όλα τα είδη εξοπλισμού που δεν πρόκειται να χρησιμοποιηθούν.
4. Το μηχάνημα αναισθησίας αν δεν χρησιμοποιηθεί απομακρύνεται. Αν χρησιμοποιηθεί εφαρμόζονται εξαρτήματα μιας χρήσεως.

Μέτρα κατά την εγχείρηση.

1. Στην αίθουσα χειρουργείου παραμένει μόνο το προσωπικό που είναι απαραίτητο. Μια νοσηλεύτρια επιπλέον βρίσκεται στην είσοδο της αίθουσας για να

προμηθεύει διάφορα είδη εξοπλισμού που πιθανόν να χρειαστούν, χωρίς να έρχεται σε άμεση επαφή με αντικείμενα της χειρουργικής αίθουσας.

2. Τα μέλη της χειρουργικής ομάδας καθώς και η νοσηλεύτρια κυκλοφορίας και ο αναισθησιολόγος είναι ενδεδυμένοι με πλήρη προστατευτική ενδυμασία που περιλαμβάνει προστατευτική ποδιά, ρόμπα, γυαλιά, ποδονάρια, γάντια.
3. Καλό είναι να χρησιμοποιείται ματιτσός μιας χρήσεως για το χειρουργικό τραπέζι.
4. Το παρασκεύασμα ρίπτεται από τη νοσηλεύτρια αιθούσης σε ειδικό δοχείο που κρατά η νοσηλεύτρια εισόδου η οποία φροντίζει για την κάλυψη, αναγραφή των στοιχείων του ασθενούς -αναγράφεται η λέξη AIDS- τοποθετεί το δοχείο σε πλαστική διάφανη σακούλα.
5. Η νοσηλεύτρια κυκλοφορίας φροντίζει ώστε όλα τα απορρίμματα κατά τη διάρκεια της εγχειρήσεως να πέφτουν κατευθείαν στους κουβάδες και όχι στο δάπεδο.

Μέτρα μετά την εγχείρηση.

1. Μετά το τέλος της εγχειρήσεως η νοσηλεύτρια κυκλοφορίας επιβλέπει ώστε όλα τα μολυσμένα ενδύματα γιατρών, νοσηλευτών κ.ά. να παραμείνουν μέσα στην αίθουσα.
2. Ο ασθενής ντύνεται με καθαρό ματιτσό και μεταφέρεται από το χειρουργικό τραπέζι στο φορείο, παραμένει δε μέσα στην αίθουσα έως ότου ανανήψει και επιστρέψει στο δωμάτιό του. Κατά την έξοδο οι τροχοί του φορείου διέρχονται πάνω από τάπετο με απολυμαντικό που έχει τοποθετηθεί στην είσοδο της χειρουργικής αίθουσας.
3. Οι νοσηλευτές κυκλοφορίας και εργαλειοδότες παραμένουν και ετοιμάζουν την αίθουσα για καθαριότητα και απολύμανση.
4. Αίμα και υγρά του σώματος που έχουν χυθεί σε επιφάνειες καθαρίζονται τοπικά με απολυμαντικό.
5. Η χειρουργική αίθουσα και όλα τα είδη εξοπλισμού καθαρίζονται σχολαστικά με διάλυμα Isoformin 3% σε βραστό νερό.

Μετεγχειρητική φροντίδα. Η μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου με AIDS είναι η ίδια με εκείνη των άλλων χειρουργημένων ασθενών. Επιπλέον:

1. Εφαρμόζονται πρόσθετα προφυλακτικά μέτρα για την προστασία του από νέες λοιμώξεις και επιπλοκές. Ο άρρωστος νοσηλεύεται σε μονόκλινο δωμάτιο με

- ατομικό χώρο υγιεινής. Δεν εκτείθεται σε άτομα με λοίμωξη, μεταδοτικό νόσημα ή πρόσφατο εμβολιασμό. Το επισκεπτήριο είναι περιορισμένο.
2. Ενισχύεται η άμυνα του οργανισμού με κατάλληλη διατροφή και ενυδάτωση. Ο άρρωστος παρακολουθείται για σημεία διαταραχής οξεοβασικής ισορροπίας.
 3. Ιδιαίτερη προσοχή καταβάλλεται στη φροντίδα του τραύματος να μην επιμολυνθεί καθώς και στο χειρισμό και τη διάθεση των υγρών παροχετεύσεων και του επιδεσμικού υλικού του τραύματος του αρρώστου.

Συμπερασματικά, πρέπει να λεχθεί ότι ο άρρωστος με AIDS μπορεί να νοσηλευθεί με ασφάλεια σε όλα τα τμήματα του νοσοκομείου όταν εφαρμοσθούν τα μέτρα προφύλαξης που έχουν διατυπωθεί διεθνώς και εφαρμόζονται και στη χώρα μας.

Ο Διεθνής Σύνδεσμος Νοσηλευτών (I.C.N.) με κοινή απόφαση με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (W.H.O.) εξέδωσαν μια διακήρυξη, η οποία αναφέρεται στα δικαιώματα και τις ευθύνες των νοσηλευτών σε όλο τον κόσμο κατά τη νοσηλεία του αρρώστου με AIDS.

Ιδιαίτερα τονίζεται το δικαίωμα των νοσηλευτών για την προάσπιση της υγείας τους και τη συνεχή ενημέρωσή τους για τις νέες εξελίξεις αναφορικά με το AIDS, όπως και η ευθύνη της αμέριστης νοσηλείας και βοήθειας των αρρώστων και των οικογενειών τους.

Σα νοσηλευτικός κλάδος έχουμε την αποστολή και το χρέος να υποστηρίξουμε την παγκόσμια μάχη κατά του AIDS και να βοηθήσουμε με διεπιστημονική συνεργασία στην επίλυση των προβλημάτων που δημιουργήσε η νέα αυτή αρρώστια.

7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ ΜΕ AIDS ΣΤΗΝ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ.

Ο νοσηλευτής οφείλει να είναι πλήρως ενημερωμένος για τις τελευταίες εξελίξεις των ερευνητικών και κλινικών μελετών που αφορούν το σύνδρομο, πρέπει επίσης να είναι γνώστης των κανόνων της Νοσηλευτικής που αφορούν την αντιμετώπιση αυτών των αρρώστων. Από την πρώτη περίοδο που το σύνδρομο διαπιστώθηκε είναι γνωστό ότι προσβάλλει σε μεγαλύτερη συχνότητα ειδικές ομάδες ανθρώπων. Εξάλλου σε τέτοιες (παρόμοιες) ομάδες που ονομάστηκαν “ομάδες υψηλού κινδύνου” το σύνδρομο πρωτοαναγνωρίστηκε.

Μεταξύ των ομάδων αυτών ιδιαίτερη θέση κατέχει εκείνη των νεφροπαθών που υποβάλλονται σε μια μορφή κάθαρσης (είτε αιμοκάθαρση είτε περιτοναϊκή κάθαρση). Τα άτομα αυτά απασχολούν σημαντικά τη νοσηλευτική όχι μόνο εξαιτίας του μεγάλου αριθμού τους, ο οποίος ανέρχεται σε τρεις περίπου εκατοντάδες χιλιάδες σ' όλο τον κόσμο, αλλά και λόγω των ειδικών προβλημάτων που παρουσιάζουν.

Καταρχήν ο κίνδυνος λοιμώξεων στα άτομα αυτά είναι σημαντικά υψηλότερος εξαιτίας της μειωμένης ανοσολογικής αντίστασης που παρουσιάζουν από τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (Χ.Ν.Α.).

Η καταγραφή τόσο των νοσούντων όσο και των φορέων με σύνδρομο AIDS παρόλες τις προσπάθειες που γίνονται από τους επιστημονικούς φορείς προσκρούει ακόμα σε κοινωνικοϊατρικά προβλήματα με αποτέλεσμα να χωλαίνει. Συγκεκριμένα, στις μονάδες αιμοκάθαρσης δεν έχει γίνει ακόμα σε καμιά χώρα πλήρη και πειστική καταγραφή σε εκτεταμένη κλίμακα. Με αποτέλεσμα αυτό να αποτελεί ένα ουσιαστικό εμπόδιο τόσο στην επιδημιολογική μελέτη της νόσου όσο και στη νοσηλευτική αντιμετώπισή της. Από τα υπάρχοντα στοιχεία διαφαίνεται ότι ο αριθμός των νεφροπαθών με κλινικά έκδηλο το σύνδρομο AIDS δεν πρέπει να είναι μεγάλος. Υπολογίζεται ότι στις ΗΠΑ υποβάλλονται σήμερα σε αιμοκάθαρση πάνω από 250 ασθενείς που πάσχουν από AIDS. Μέχρι πρόσφατα έχουν διαπιστωθεί γύρω στις 20 περιπτώσεις λοίμωξης του νοσηλευτικού προσωπικού από οροθετικούς ασθενείς.

Έτσι, ουσιαστικά, όσον αφορά την αιμοκάθαρση η αιματογενής οδός με τη χρήση βελονών είναι σχεδόν ο μόνος τρόπος μετάδοσης και πάνω σ' αυτό το βασικό στοιχείο έχει στηριχθεί η προσπάθεια δημιουργίας νοσηλευτικού πλαισίου προφύλαξης αυτής της ομάδας των αρρώστων. Με βάση τα επιδημιολογικά δεδομένα έχουν προταθεί διάφορα σχήματα νοσηλευτικής αντιμετώπισης των νεφροπαθών που πάσχουν από AIDS και υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Παρόλο που μέχρι σήμερα δεν υπάρχει ομοφωνία όσον αφορά συγκεκριμένο πλαίσιο νοσηλευτικής αντιμετώπισης, υπάρχουν ορισμένες απόψεις που θεωρούνται ως επικρατέστερες. Θα μπορούσε κανείς να σχηματίσει αυτές διαιρώντας σε μια ομάδα γενικών νοσηλευτικών φροντίδων και σε μια άλλη ειδικών.

Γενικοί κανόνες νοσηλείας νεφροπαθών με AIDS στην αιμοκάθαρση.

Οι γενικοί κανόνες μπορούν να διακριθούν σε ανθρωπιστικούς και ιατρικούς. Στους ανθρωπιστικούς πρέπει να τονισθεί η ανάγκη να μη θιγεί η αξιοπρέπεια του αρρώστου και να προστατευθεί η ψυχική του κατάσταση. Στους ιατρικούς κανόνες συμπεριλαμβάνονται καταρχήν η πλήρης και άμεση ενημέρωση του προσωπικού για την ειδική περίπτωση. Επίσης απαραίτητη είναι η ενημέρωση των επισκεπτών του αρρώστου για τις αρχές που πρέπει να τηρούν και για τη νοσηλευτική φροντίδα που εφαρμόζει η μονάδα για τη συγκεκριμένη νόσο. Τέλος είναι σημαντικό να ενημερωθεί και να εκπαιδευτεί ο ίδιος τόσο για τους χειρισμούς που αφορούν την ατομική υγιεινή όσο και για τους τρόπους της συμπεριφοράς του.

Στις περιπτώσεις που η νόσος είναι κλινικά έκδηλη με βαριά συμπτωματολογία απαιτούνται ειδικές συνθήκες νοσηλείας υψηλής στάθμης και εντατικής θεραπείας με κατάλληλα εκπαιδευμένο και επαρκές προσωπικό.

Ειδικοί κανόνες νοσηλείας νεφροπαθών με AIDS στην αιμοκάθαρση.

Στο θέμα αυτό υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις. Κυρίως συζητούνται δύο εκ διαμέτρου αντίθετες αντιλήψεις.

Η πρώτη υποστηρίζει ότι ο νεφροπαθής θα πρέπει να αντιμετωπισθεί πλήρως απομονωμένος από τους υπολοίπους. Συγκεκριμένα αναφέρουν ότι ο νεφροπαθής με AIDS θα πρέπει να υποβάλλεται σε κάθαρση σε ιδιαίτερους χώρους, με χωριστά μηχανήματα και από το ίδιο πάντοτε νοσηλευτικό προσωπικό.

Η δεύτερη άποψη, η οποία σήμερα θεωρείται και η επικρατέστερη, υποστηρίζει ότι ο ασθενής με AIDS μπορεί να υποβάλλεται σε κάθαρση μαζί με τους άλλους ασθενείς. Αρκεί μόνο να τηρούνται με επιμέλεια και σχολαστικότητα όλοι οι κανόνες της Νοσηλευτικής που έχουν θεσπισθεί για τη λειτουργία των Μονάδων Τεχνητού Νεφρού. Είναι αναγκαίο να αναφερθούν στο σημείο αυτό οι κανόνες προστασίας. Επιγραμματικά είναι:

1. Εφαρμογή όλων των απαραίτητων προστατευτικών φραγμών προς αποφυγή επιμόλυνσης (αποστειρωμένα γάντια, χειρουργική μπλούζα μιας χρήσεως, μάσκα, ποδονάρια, γυαλιά, σκούφος).
2. Προσεκτικό πλύσιμο των χεριών πριν και μετά από κάθε νοσηλευτική πράξη.
3. Αποφυγή τραυματισμών από αιχμηρά αντικείμενα που χρησιμοποιούνται στη μονάδα.
4. Προφύλαξη από τα εκκρίματα του αρρώστου.
5. Εργαζόμενοι με τραύματα ή δερματικές αλλοιώσεις να αποφεύγεται να ασχολούνται με τους αρρώστους.

Η παρακέντηση της fistula και η αφαίρεση των βελονών στο τέλος κάθε κάθαρσης αποτελούν πηγές κινδύνου για πιθανή μετάδοση του ιού. Είναι προτιμότερη η τοποθέτηση και των δύο βελονών στην ίδια κατεύθυνση, αφού κάτι τέτοιο ελαττώνει τον κίνδυνο τυχαίου τρυπήματος των νοσηλευτών. Σε Μ.Τ.Ν (Μονάδα Τεχνητού Νεφρού)

των ΗΠΑ, χρησιμοποιείται ειδικός “κλωβός” που καλύπτεται με διαφανές υλικό και μέσα στον οποίο τοποθετείται το άκρο του ασθενούς που φέρει τη fistula δεδομένου ότι τα σημεία παρακέντησης αποτελούν σημεία υψηλού κινδύνου για μετάδοση.

Εκτός όμως από αυτή ειδική φροντίδα πρέπει να υπάρχει για το χώρο, για τα μηχανήματα και για την απομάκρυνση των διαφόρων υλικών που χρησιμοποιούνται για τον άρρωστο. Δύο μέθοδοι χρησιμοποιούνται για την απολύμανση των μηχανημάτων:

- α. Η χημική μέθοδος όπου εφαρμόζεται ισχυρό διάλυμα φορμαλδεΰδης 1,5-2% όλη τη νύχτα ή υποχλωριώδες νάτριο.
- β. Η θερμική μέθοδος με την οποία διοχετεύεται νερό θερμαινόμενο στους 85-95 βαθμούς C μέσα στο κύκλωμα του υγρού αιμοκάθαρσης.

Η απολύμανση πρέπει να αφορά και τις εξωτερικές επιφάνειες του μηχανήματος. Το αίμα ή τα βιολογικά υγρά του αρρώστου πρέπει να καθαρίζονται με διάλυμα φορμαλδεΰδης 6% ή με διάλυμα χλωρίνης 1:10 σε ζεστό νερό.

Η νοσηλευτική φροντίδα φορέων ή πασχόντων από AIDS που υποβάλλονται σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση απαιτεί γνώση, εγρήγορη και υπερβολική προσοχή σε κάθε βήμα.

Περιτοναϊκή κάθαρση.

Η μέθοδος της Συνεχούς Φορητής Περιτοναϊκής Κάθαρσης (ΣΠΦΚ) μετράει μικρότερη χρονική περίοδο ζωής από ότι η χρόνια αιμοκάθαρση. Και ενώ για τη χρόνια αιμοκάθαρση υπάρχουν τεκμηριωμένοι κανόνες λειτουργίας και εφαρμογής της δεν συμβαίνει το ίδιο και για την Συνεχή Φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση. Είναι επόμενο λοιπόν για το θέμα του AIDS να υπάρχει πιο συγκεχυμένη εικόνα όσον αφορά τη μέθοδο της Συνεχούς Φορητής Περιτοναϊκής Κάθαρσης. Άλλωστε πολύ λίγα περιστατικά με AIDS έχουν αναφερθεί πως υποβάλλονται στη μέθοδο αυτή, οι δε επιστημονικές μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία για αρρώστους με AIDS υπο Περιτοναϊκή Κάθαρση είναι σποραδικές.

Από τα μέχρι τώρα στοιχεία διαφαίνεται ότι το βασικό πρόβλημα που απασχολεί τις μονάδες που εφαρμόζουν Συνεχή Φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση είναι η απομάκρυνση των περιτοναϊκών υγρών από αρρώστους με AIDS είτε αυτοί αντιμετωπίζονται ενδονοσοκομειακά είτε στο σπίτι τους. Δεν υπάρχουν μέχρι σήμερα εμπειριστατωμένες μελέτες για την ευαισθησία του ιού του AIDS στα περιτοναϊκά υγρά είτε αυτά είναι διαυγή είτε όπως όχι σπάνια μπορεί να συμβεί, αιματηρά. Όπως επίσης δεν έχει απαντηθεί επακριβώς ποιος είναι ο ασφαλής τρόπος αχρήστευσης αυτών των υγρών. Ένας επιπρόσθετος παράγοντας που δημιουργεί ερωτηματικά προέρχεται από τη φύση της μεθόδου της Συνεχούς Φορητής Περιτοναϊκής Κάθαρσης, η οποία ουσιαστικά αποτελεί μέθοδο κατ'οίκον κάθαρσης. Εξαιτίας αυτής της ιδιαιτερότητας δεν έχουν διευκρινισθεί οι ειδικές συνθήκες προφύλαξης που θα πρέπει να ληφθούν για το άμεσο περιβάλλον, χώρων και οικογένειας του αρρώστου. Το σύνολο αυτών των δυσκολιών δημιουργεί ένα πλαίσιο αμφιβολιών για την αντιμετώπιση αυτών των αρρώστων με AIDS.

8. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS.

Ο άνθρωπος όταν αρρωστήσει αναζητά την εισαγωγή του σε ένα από τα μεγάλα νοσοκομεία που του εμπνέουν ασφάλεια λόγω της υψηλής τεχνολογίας και γνώσης που διαθέτουν. Η τάση αυτή ενισχύεται από την επίσημη πολιτεία με το υπάρχον παραδοσιακό σύστημα υγείας που επικεντρώνει το ενδιαφέρον στην κλειστή περίθαλψη. Έτσι εξηγείται το γεγονός ότι ένας σημαντικός αριθμός παραμένει στο νοσοκομείο αν και δεν έχει ανάγκη για άμεση ιατρονοσηλευτική περίθαλψη. Οι άρρωστοι αυτοί θα μπορούσαν να νοσηλευθούν στο φυσικό τους οικογενειακό περιβάλλον εάν έχουν την υποστήριξη από οργανωμένα προγράμματα υγείας της Κοινότητας.

Η υπηρεσία υγείας που απομακρύνει σταδιακά τον άρρωστο από το νοσοκομείο και μεταθέτει το κέντρο νοσηλείας στο σπίτι είναι ο θεσμός της “νοσηλείας στο σπίτι” που εφαρμόζεται με επιτυχία σε όλες τις προηγμένες χώρες.

Ιστορική διαδρομή - Οργάνωση νέων υπηρεσιών.

Η νοσηλεία στο σπίτι χρονολογείται τόσο παλιά όσο και η παρουσία του ανθρώπου στη γη. Η αρχή όμως της προγραμματισμένης νοσηλείας στο σπίτι γίνεται στην πόλη Liverpool της Αγγλίας το 1859 με τον William Rathbone.

Ο θεσμός αναπτύχθηκε σε διεθνή κλίμακα. Σε πολλά προηγουμένα κράτη όταν ο άρρωστος βγαίνει από το νοσοκομείο και χρειάζεται φροντίδα στο σπίτι, παραπέμπεται στην αρμόδια υπηρεσία που ανήκει στο νοσοκομείο ή και σε ειδικές υγειονομικές οργανώσεις που ανήκουν σε ιδιωτικό φορέα. Στον Καναδά, στην χώρα αυτή που το σύστημα υγείας είναι από τα πιο προηγμένα στον κόσμο, η νοσηλεία στο σπίτι εφαρμόζεται με μεγάλη επιτυχία. Χρόνιοι άρρωστοι μένουν στο περιβάλλον τους μετά από εκπαίδευση των ιδίων και των οικείων τους.

Το νοσοκομείο και το Κέντρο Υγείας συνεργάζονται για την εφαρμογή του προγράμματος “Νοσηλεία στο σπίτι” με τη νοσηλεύτρια σύνδεσμο -liaison nurse- που έχει το γραφείο της στο νοσοκομείο. Επικοινωνεί η Προϊσταμένη κάθε νοσηλευτικού τμήματος και της δίνει παραπομπές και το ιστορικό των αρρώστων με οδηγίες για συνέχιση της νοσηλείας τους στο σπίτι. Την ίδια μέρα η “liaison nurse” δίνει τις παραπομπές της στις συναδέλφους της ανάλογα με την περιοχή προκειμένου να γίνει η πρώτη επίσκεψη αμέσως την επομένη ημέρα από την έξοδο του αρρώστου. Πολλές φορές όταν χρειάζεται διαμόρφωση των χώρων του σπιτιού για βασικές εξυπηρετήσεις του αρρώστου η επίσκεψη γίνεται πριν από την έξοδο του αρρώστου από το νοσοκομείο.

Όταν ο ασθενής επιλέγει το σπίτι του, αν στερείται οικογενειακό περιβάλλον, τότε η νοσηλεύτρια τον επισκέπτεται καθημερινά και τον συνδέει με άλλες υπηρεσίες για την κάλυψη βασικών αναγκών.

Τέτοιες υπηρεσίες είναι:

- Τα γεύματα τροχού. Φθάνει καθημερινά με αυτοκίνητο πακεταρισμένο ζεστό και την ίδια πάντα ώρα το ειδικό γεύμα του αρρώστου.
- Η υπηρεσία των “Οικιακών Βοηθών του Ερυθρού Σταυρού”. Ο Ερυθρός Σταυρός εκπαιδεύει κυρίες σε θέματα οικιακής φροντίδας ή απλών Πρώτων Βοηθειών που υποκαθιστούν τη νοικοκυρά σε ώρα αρρώστιας.
- Σύλλογοι ασθενών ανάλογα με την περίπτωση
- Ανοιχτή τηλεφωνική γραμμή SOS.

Με την πείρα και υποδομή που διέθεταν αυτές οι υπηρεσίες επέκτειναν τις οργανωμένες δραστηριότητές τους και στους ασθενείς που πάσχουν από τη νόσο του AIDS όταν τους το ζήτησαν.

Έτσι όταν το κέντρο παροχής νοσηλείας στο σπίτι στο Τορόντο δέχθηκε το Μάρτιο του 1985 το πρώτο τηλεφώνημα από ασθενή με AIDS που με δική του πρωτοβουλία βγήκε από το νοσοκομείο για να πεθάνει στο σπίτι του, αμέσως τέθηκε σε κίνηση μια σειρά μεγάλων συζητήσεων και δραστηριοτήτων από το πρόγραμμα.

Έτσι για να επιλεγεί ο ασθενής υποβάλλει αίτηση που αναφέρει ό,τι χρειάζεται ένα από τα τέσσερα κριτήρια των επαγγελματικών υπηρεσιών υγείας δηλαδή ανάγκη νοσηλείας ή φυσιοθεραπείας ή παθολογικής αντιμετώπισης ή εργασιοθεραπείας και επιβεβαιώνεται από το θεράποντα γιατρό. Τα μέλη της ομάδας οι οποίοι είναι επαγγελματίες με υποδομή νοσηλευτικής, φυσικοθεραπείας, εργασιοθεραπείας και παθολογίας εκτιμούν αν το σπίτι είναι το πιο κατάλληλο μέρος για τις ζητούμενες υπηρεσίες σύμφωνα με τις δυνατότητες που έχει το πρόγραμμα μέσω του προσωπικού του ή και σε συνεργασία με άλλες “κοινοτικές υπηρεσίες”.

Ενόψει αυξημένων αναγκών το 1988 ιδρύθηκε στο κέντρο του Τορόντο ένα άσυλο το Casty House που λειτουργεί σαν αυτόνομος δορυφόρος του νοσοκομείου και έχει σχέση με το Πανεπιστήμιο της περιοχής. Σκοπός της ιδρύσεώς του ήταν να παρέχει ένα πλήρες φάσμα ανακουφιστικών φροντίδων σε οποιοδήποτε ασθενή του AIDS βρισκόταν στο τελευταίο στάδιο της αρρώστιας. Το Casty House δεν αναφέρεται βέβαια σαν μια ιδανική λύση για την πατρίδα μας, αλλά σαν ίδρυμα που συνεργάζεται με τα προγράμματα “νοσηλεία στο σπίτι”.

Ένα άλλο μοντέλο ανθρωπιστικών φροντίδων παρέχει το πρόγραμμα της υγείας στο σπίτι στο Άσυλο του San Francisco. Το 1982 το ίδρυμα δέχθηκε τις πρώτες αιτήσεις από ασθενείς με AIDS. Οι νοσηλεύτριες ανέλαβαν να διαπιστώσουν τις βασικές και ειδικές ανάγκες που έχουν οι πάσχοντες από AIDS στο σπίτι.

Βεβαίως όποια μορφή οργάνωσης και αν έχει το ανώτερο διοικητικό όργανο η επιτροπή λήψεως αποφάσεων για “νοσηλεία στο σπίτι” θα πρέπει οπωσδήποτε να έχει μέλη της προερχόμενα από τον επίσημο φορέα για θέματα AIDS που ορίζει η πολιτεία.

Συντελεστές επιτυχίας της υπηρεσίας είναι:

1. Το εξειδικευμένο ανθρώπινο δυναμικό απαρτιζόμενο από υγειονομικές, κοινωνικές και διοικητικές υπηρεσίες, γιατρό, νοσηλεύτη, επισκέπτη υγείας, κοινωνικό λειτουργό, ψυχίατρο, νομικό, ιερέα, εργαστηριακό και οικιακό βοηθό. Το

- μόνιμο δυναμικό που πλαισιώνεται με εθελοντές κατάλληλα εκπαιδευμένους αυξάνει τις δυνατότητες και παροχές της υπηρεσίας.
2. Ο καθορισμός της γεωγραφικής ακτίνας που θα καλύπτει η υπηρεσία με προηγούμενη διερεύνηση των αναγκών της.
 3. Η ενημέρωση του κοινού για αλλαγή νοοτροπίας στην παροχή υπηρεσιών υγείας.
 4. Η οικονομική κάλυψη για την κτιριακή υποδομή και λειτουργία της υπηρεσίας και
 5. Η νομική κάλυψη.

Συστήματα Νοσηλείας: Το παραδοσιακό σύστημα νοσηλείας είναι αυτό που επικρατεί σε πολλά μέρη και βέβαια και στην Ελλάδα. Ξεκινάει από το νοσοκομείο από το οποίο μπαίνει και βγαίνει ο άρρωστος, έχει κύριο συντονιστή το γιατρό και αποσκοπεί να στείλει τον άρρωστο στο σπίτι με την υποστήριξη της οικογένειας. Η ιατρική αντιμετώπιση του AIDS μπορεί να είναι επιτυχής στα αρχικά στάδια, περιορίζονται όμως οι παρεμβάσεις της στο τελευταίο στάδιο. Όλοι σχεδόν οι πάσχοντες από AIDS έχουν ανάγκη κοινοτικών υπηρεσιών υγείας στην πορεία της ασθένειάς τους. Με την παρουσία της νοσηλείας στο σπίτι τροποποιείται ουσιαστικά το σύστημα, γίνεται πιο απλό με κύριο και βασικό συντονιστή το νοσηλευτή της κοινότητας.

9. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ.

Ο ρόλος είναι πολυδύναμος και καθοριστικός μέσα στο τροποποιημένο σύστημα νοσηλείας, στο οποίο έχει συσταθεί ο ρόλος του γιατρού, δεδομένου ότι έχουν περιοριστεί τα περιθώρια για ουσιαστικές θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Υπάρχει διεθνής εμπειρία για την παροχή υψηλού επιπέδου προσφοράς υπηρεσιών από την κοινοτική νοσηλεύτρια. Απαιτείται υψηλό επίπεδο κατάρτισης, κλινική επιστημονική εμπειρία, οργανωτικές, ηγετικές, διαπροσωπικές και διδακτικές ικανότητες που να ανατροφοδοτούνται συνεχώς προκειμένου να ανταποκριθεί στο πολυδιάστατο ρόλο της που είναι:

1. Να ελέγχει κατά πόσο τηρούνται τα θεσπισμένα κριτήρια για τη νοσηλεία του αρρώστου στο σπίτι και,
2. Να παρέχει νοσηλεία.

Στόχος της στην αντιμετώπιση των αναγκών του αρρώστου είναι η ταυτόχρονη ενεργοποίηση του αρρώστου και του περιβάλλοντός του κατά τρόπο ώστε να μην περιορίζονται οι προσπάθειές του για αυτοφροντίδα. Ενημερώνει τους οικείους για τα πιθανά συμπτώματα που μπορεί να παρουσιασθούν ιδιαίτερα από το πεπτικό σύστημα, το ουροποιητικό, το αναπνευστικό, το δέρμα, το νευρικό σύστημα και δίνει έμφαση στον κίνδυνο των λοιμώξεων.

Νοσηλεύοντας τον άρρωστο διδάσκει τους οικείους τα μέτρα προφύλαξης όταν φροντίζουν τον άρρωστό τους. Προκειμένου για ασθενή με AIDS ισχύουν τα ίδια μέτρα όπως όταν φροντίζεται ο άρρωστος στο νοσοκομείο σχετικά με το πότε χρειάζεται ποδιά, μάσκα και γάντια, για το πλύσιμο του ματιομού στο πλυντήριο ή στο χέρι, το πλύσιμο των πιάτων, τη χρησιμοποίηση κοινού μπάνιου και τουαλέτας. Δίνει στην οικογένεια το ενημερωτικό φυλλάδιο που κυκλοφορεί και αναφέρει τις πρακτικές οδηγίες με λεπτομέρεια. Εξασφαλίζει προτεραιότητες προκειμένου να μειώσει την ταλαιπωρία του αρρώστου π.χ. ρυθμίζει επείγουσες ιατρικές ή εργαστηριακές εξετάσεις, προετοιμάζει τον άρρωστο για εισαγωγή σε κλινική ημέρας για να υποβληθεί σε έλεγχο.

Σημαντικός είναι ο ρόλος της όταν συμβεί ο θάνατος στο σπίτι. Σε αντίθεση με τον αρχικό σκοπό της "νοσηλεία στο σπίτι" που είναι η διατήρηση και παράταση της ζωής έρχεται ο θάνατος. Οι αντιδράσεις του αρρώστου ποικίλλουν από αγωνία και κατάθλιψη μέχρι συμφιλίωση και αποδοχή της ιδέας του θανάτου. Βέβαια όταν ο άρρωστος αντιμετωπί-

ζει το θάνατο στο σπίτι πλαισιωμένος από την παρουσία των δικών του, η αντιμετώπιση του θανάτου είναι λιγότερο οδυνηρή.

Με την εφαρμογή του θεσμού είναι ευκολονόητα τα ωφέλη:

1. Ο άρρωστος παραμένει στο γνώριμο περιβάλλον του με όλα τα πλεονεκτήματα νοσηλείας αρρώστου στο οικογενειακό περιβάλλον και ανεξάρτητος από τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις.
2. Δίνει την ευκαιρία στην κοινότητα να εκφράσει τα αισθήματά της.
3. Μειώνει το κόστος νοσηλείας του αρρώστου.
4. Απελευθερώνονται κρεβάτια για τα επείγοντα περιστατικά.
5. Αναπτύσσει και βελτιώνει ποιοτικά τη νοσηλεία.

Μέσα από το άρθρο 15 του Νόμου 1397 προβλέπεται να λειτουργήσει ο θεσμός μέσα από τα Κέντρα Υγείας. Βεβαίως χρειαζόμαστε ανθρώπινο δυναμικό, αλλά και νέο πνεύμα δουλειάς. Ο νόμος το προβλέπει, Κέντρα Υγείας υπάρχουν, σε μας μένει να πάρουμε τη δύναμη της Νοσηλευτικής στα χέρια μας και να τη βγάλουμε και έξω από το γνωστό και εύκολο για όλους χώρο του νοσοκομείου και να σταθούμε στο πλευρό της ελληνικής οικογένειας που δεν θα αρνηθεί να φροντίσει και τον άρρωστο με AIDS, όπως δεν αρνήθηκε τη φροντίδα του αρρώστου με καρκίνο, φυματίωση ή άλλο χρόνιο νόσημα.

10. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ - ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ AIDS.

Βασική διάσταση της νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί και η διαδασκαλία του αρρώστου με AIDS: πώς να προστατεύει τον εαυτό του για να μην μολύνεται από τους άλλους και πώς να προσέχει να μην μεταδίδει την αρρώστια του στους άλλους. Η πληροφόρηση πρέπει να εκτείνεται και στους συγγενείς και σε όλες τις κοινωνικές ομάδες με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, ειδικά προγράμματα και διδασκαλία στα σχολεία.

Ιδιαίτερα η διδασκαλία ατόμου με αντισώματα προς τον ιό HIV ή με τη νόσο του AIDS περιλαμβάνει τα εξής:

1. Να παρακολουθείται από γιατρό έστω κι αν είναι ασυμπτωματικός.
2. Να αναφέρει έγκαιρα τυχόν σημεία του AIDS δηλαδή πυρετό, απώλεια βάρους, διόγκωση λεμφαδένων στο λαιμό και στις μασχάλες και επίμονο βήχα ή διάρροια.
3. Να μην έχει κοινές με άλλους ξυριστικές λεπίδες και οδοντόβουρτσες.
4. Να μην προσφέρει ποτέ αίμα σαν αιμοδότης ή όργανά του για μεταμόσχευση.
5. Να μην χρησιμοποιεί κοινές σύριγγες και βελόνες.
6. Να ενημερώνει το γενικό του γιατρό και τον οδοντίατρό του για την κατάστασή του ώστε να παίρνουν τις απαραίτητες προφυλάξεις.

11. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ AIDS.

Η Νοσηλευτική είναι η μόνη επιστήμη υγείας που ασχολείται με ολόκληρο τον άνθρωπο. Είναι ολιστική επιστήμη. Προσεγγίζει, νοσηλεύει, ανακουφίζει τον άνθρωπο υγιά ή άρρωστο και τον αντιμετωπίζει ως βιοψυχοκοινωνική, πνευματική, μοναδική και αδιαίρετη οντότητα. Αποτελεί νοσηλευτική ευθύνη η ψυχοκοινωνική φροντίδα των αρρώστων με AIDS στη μεγαλύτερη αυτή κρίση της υγείας του αιώνα μας. Το AIDS είναι μια αρρώστια που αποτελεί καταστροφική απειλή σε όλες τις διαστάσεις της ανθρώπινης ζωής, τη σωματική, ψυχολογική, πνευματική, κοινωνική και οικονομική. Η απειλή αυτή μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα συμπτώματα ψυχικής διαταραχής. Λόγω της εισβολής του ιού στο ΚΝΣ μπορεί να συμβούν νευροψυχικές διαταραχές ακόμη και οξύ οργανικό ψυχοδύσδρομο με ποικιλία συμπτωμάτων π.χ. νοητική έκπτωση ανοϊκού τύπου, διαταραχές συμπεριφοράς κ.λπ. Ερευνητικές μελέτες δείχνουν ότι θύματα του AIDS όταν πληροφορούνται τη διάγνωσή τους παθαίνουν κατάθλιψη. Φαίνεται ότι υπάρχει μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ των σωματικών, ψυχικών και κοινωνικών παραγόντων που αφενός επιδρούν στην πορεία της αρρώστιας και αφετέρου ωθούν τον άνθρωπο σε παθολογικό τρόπο αντιμετώπισης του stress.

Ψυχοκοινωνικά προβλήματα των αρρώστων:

Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των αρρώστων με AIDS απορρέουν από την αδυναμία αντιμετώπισης του stress που σχετίζεται με τη διάγνωση, την πρόγνωση, τη θεραπεία, το πιθανό οικογενειακό και κοινωνικό σκάνδαλο. Τα συνηθέστερα προβλήματα που παρουσιάζει ο άρρωστος είναι:

- απόρριψη, αποξένωση, αυτο-υποτίμηση
- απώλεια δυνάμεων, ρόλων, αυτονομίας
- φόβοι, ενοχές, ιδέες αυτοκτονίας
- απελπισία, άγχος, κατάθλιψη
- αμείλικτα ερωτήματα, "γιατί ο πόνος, η αρρώστια, ο θάνατος;"
- υπαρξιακή αγωνία.

Εξάλλου η διάγνωση μπορεί να υποχρεώσει τον άρρωστο να ομολογήσει ότι ήταν ομοφυλόφιλος στην οικογένειά του, η οποία το ακούει με φόβο, θυμό ή και απέχθεια. Και το κοινωνικό σύνολο τον αποστρέφεται και τον εξοστρακίζει γι' αυτό.

Και όμως μέσα στα άδυτα της ψυχής μερικών αρρώστων διαδραματίζεται με τεκτονική πνευματική αναμόχλευση και γίνονται τέτοιοι αξιολογικοί μετασχηματισμοί ώστε βγαίνουν αναγεννημένοι με ψυχικό σθένος έτοιμοι να διδάξουν οι ίδιοι στην κοινωνία πώς προλαμβάνεται αποτελεσματικά το AIDS. Οι νοσηλεύτριες και οι νοσηλευτές γίνονται συχνά σιωπηλοί παραστάτες και μάρτυρες τέτοιων αναγεννήσεων στους αρρώστους.

Ο άρρωστος με AIDS απειλείται από τη χαλάρωση ή και την απώλεια των στενών προσωπικών του σχέσεων λόγω του υψηλού κινδύνου μετάδοσης της λοίμωξης στην ή στον σύζυγο, αλλά και λόγω αδυναμίας των δικών του να ανταποκριθούν στις ψυχολογικές, σωματικές και οικονομικές απαιτήσεις της αρρώστιας του. Είναι πιθανή και η διάσπαση μέσα στην οικογένεια. Ένα ή δύο μέλη συνεχίζουν να ενδιαφέρονται, ενώ τα υπόλοιπα μέλη τον εγκαταλείπουν ίσως για να εκφράσουν την απόρριψη του τρόπου ζωής του ή για να αποφύγουν το κοινωνικό στίγμα. Με άλλα λόγια οι αντιδράσεις των συγγενών μπορούν να κινούνται ανάμεσα σε δύο πόλους: ο ένας είναι η υπερπροστασία και ο άλλος η απόρριψη, η απομόνωση και η αποξένωσή του. Είναι ευνόητο γιατί η απόφαση του αρρώστου να το πει ή να μην το πει ότι έχει AIDS, τότε και σε ποιούς, δεν είναι εύκολη υπόθεση. Βιώνεται ως δίλημμα. Αν το πει μπορεί να έχει απρόβλεπτες συνέπειες. Αν πάλι δεν το πει πουθενά είναι σαν να κινείται στο άγνωστο. Θα τα βγάλει πέρα μόνος του; Ένας άρρωστος μόλις υποπτεύθηκε ότι έχει AIDS άρχισε να παρακαλεί τη νοσηλεύτρια να μην το πει πουθενά ούτε στη σύζυγό του. Κάποιος άλλος όταν έμαθε για την αρρώστια του, έκανε ένα πλήθος τηλεφωνημάτων σε φίλους και συναδέλφους για να βεβαιωθεί ότι θα έχει την αποδοχή και την υποστήριξή τους. Πράγματι διάφοροι άρρωστοι αντιδρούν προς την ίδια αρρώστια με διαφορετικό τρόπο και δεν πρέπει να περιμένει κανείς ομοιότητα αντιδράσεων.

Σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα είναι και η απώλεια της εργασίας. Αν απουσιάζουν για μεγάλο χρονικό διάστημα λόγω νοσηλείας στο νοσοκομείο είναι πιθανό όταν επιστρέψουν να βρουν τη θέση τους κατειλημμένη από άλλο άτομο, την υπηρεσία τους να λειτουργεί κανονικά και τον εαυτό τους να μην χρειάζεται πλέον.

Το AIDS όμως εκτός των όσων αναφέρθηκαν προκαλεί στον άρρωστο και μια έντονη υπαρξιακή αγωνία. Πολλά ερωτήματα τον κατακλύζουν: γιατί ο πόνος; γιατί η αρρώστια; γιατί ο θάνατος; Παλεύει ο άρρωστος να βρει το νόημα της ζωής και το νόημα του θανάτου. Κι όπως όλοι οι άνθρωποι και αυτός διακατέχεται από τον ίδιο πόθο να ζήσει με αξιοπρέπεια και ακεραιότητα και να πεθάνει με αρμονία ανάμεσα σ' αυτούς που αγαπά. Εντούτοις πολλοί άρρωστοι με AIDS ομολογούν ότι ο θάνατος δεν είναι ο μεγαλύτερος πόνος γι' αυτούς. Το τραγικότερο είναι ότι η αγωνία του θανάτου σ' αυτούς συνοδεύεται και από τον κοινωνικό φόβο της αυστηρής κριτικής, της αποξένωσης.

Το ζήτημά είναι πώς μπορεί η νοσηλευτική να συμβάλλει στην ψυχολογική αναστήλωση και την κοινωνική αποδοχή των αρρώστων αυτών;

Στη φροντίδα των αρρώστων με AIDS πρέπει να καταλάβουμε ότι η βελτίωση και η θεραπεία δεν είναι συνώνυμες με την ψυχική ευεξία. Όταν η βελτίωση δεν είναι κατορθωτή, υπάρχουν πολλές παρεμβάσεις που μπορούν να διατηρήσουν την ψυχική ευεξία του αρρώστου. Όταν αυτοί βασανίζονται από τον πόνο και τη δύσπνοια, όταν έχουν παραμορφωθεί, πράγμα που τους τραυματίζει ψυχικά, μπορεί να πιστέψουν ότι είναι ανάξιοι της φροντίδας μας και ότι ποτέ δεν θα αναρρώσουν. Και τότε ακόμη μπορούμε να τους βοηθήσουμε. Να τους βοηθήσουμε στην ανακατάταξη των αξιών και προτεραιοτήτων στη ζωή τους και στο προσανατολισμό της ελπίδας τους στο σήμερα και στο άμεσο αύριο.

Η βοήθεια προς τον άρρωστο που πιστεύει ότι δεν υπάρχει ελπίδα να αισθανθεί καλύτερα, ενώ συνεχίζει να καταλαβαίνει ότι δεν υπάρχει ελπίδα θεραπείας, είναι αληθινή πρόσκληση προς όλους μας, νοσηλεύτριες και γιατρούς. Αυτό όμως δεν μπορεί να επιτευχθεί χωρίς ορισμένες αξιολογικές προϋποθέσεις από το χώρο της νοσηλευτικής δεοντολογίας.

Αρχές νοσηλευτικής δεοντολογίας:

Πρώτα-πρώτα πρέπει να λυθούν οι συγκρούσεις μέσα στην καρδιά μας μεταξύ των προσωπικών μας αξιών και της νοσηλευτικής μας ευθύνης. Να καταλάβουμε ότι μπορούμε να νοσηλεύσουμε με θερμό ενδιαφέρον και ευαισθησία τους αρρώστους με AIDS χωρίς να επιδοκμάζουμε τον τρόπο ζωής τους.

Ο φόβος της μόλυνσης των νοσηλευτών από αρρώστους με AIDS είναι ένα πρόβλημα που πρέπει να μας κάνει να τηρούμε με ακρίβεια και απόλυτη πειθαρχία τα καθορισμένα προφυλακτικά μέτρα και να ενημερωνόμαστε συνεχώς για τα νέα δεδομένα.

Ιατρονοσηλευτικό δίλημμα αποτελεί το αν πρέπει να λεχθεί η διάγνωση στον άρρωστο, πώς να λεχθεί και ποιος πρέπει να την ανακοινώσει. Τι πρέπει να γίνει όταν ο άρρωστος δεν θέλει να το μάθει κανείς ούτε σύζυγος ούτε παιδιά, αλλά ούτε και η επισκέπτρια νοσηλεύτρια του Κέντρου Υγείας όπου παραπέμπεται για εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση και νοσηλεία; Πάντως με κάθε τρόπο και μέσο δικαιούται να προστατεύεται ο άρρωστος με AIDS και η οικογένειά του από το κοινωνικό στίγμα και τον εξοστρακισμό. Αρκεί βέβαια να είναι σε θέση υπεύθυνα να προστατεύσουν το περιβάλλον τους από τη μόλυνση, και το περιβάλλον να γνωρίζει και να εφαρμόζει τα μέτρα αυτοπροστασίας του. Η τήρηση του απορρήτου για τη διάγνωση του AIDS είναι ηθική και νομική υποχρέωση. Η δήλωση των κρουσμάτων στις αρμόδιες κρατικές αρχές επιβάλλεται να γίνεται με εμπιστευτική διαδικασία.

Δεν υπάρχει χώρος για κατακριτική στάση στη φροντίδα αρρώστου με AIDS, αλλά χώρος μόνο για κατανόηση, συμπάθεια ανθρωπιστική και επιστημονική νοσηλευτική φροντίδα της υψηλότερης δυνατής στάθμης σύμφωνα με το αξιολογικό τρίπτυχο της ολιστικής νοσηλείας που ακολουθεί:

1. Θεώρηση του αρρώστου ως μοναδική, αδιαίρετης βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας.
2. Πίστη στην ατίμητη αξία και την αξιοπρέπεια του αρρώστου.
3. Θερμό ενδιαφέρον για την προσωπική εξυπηρέτηση των αναγκών της υγείας και των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων του αρρώστου.

Αληθινή πρόσκληση είναι η ευκαιρία να νοσηλεύουμε τους αρρώστους με AIDS και μ' αυτό τον τρόπο κτίζουμε ανθρώπινες γέφυρες κι όχι διαχωριστικά τείχη μεταξύ των ανθρώπων του τεχνκρατικού αιώνα μας.

Τώρα είναι η ευκαιρία να αποδείξουμε την πολιτιστική αξία της νοσηλευτικής φροντίδας της υγείας του ανθρώπου ως επιστήμης και τέχνης.

12. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ, ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ.

Η ψυχοκοινωνική νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με AIDS είναι πολυδιάστατη. Επιδιώκεται με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας της οποίας τα στάδια είναι:

- Αξιολόγηση των προβλημάτων, αντιδράσεων και θετικών στοιχείων του αρρώστου. Ιδιαίτερα διευκρινίζονται τα εξής:
 - Ύπαρξη και ένταση τυχόν ψυχολογικής κρίσης.
 - Επίπεδα αυτο-εκτίμησης και ελέγχου της κατάστασης που δημιούργησε η αρρώστια.
 - Συμπεριφορά και στάσεις στη μετάδοση του ιού του AIDS.
 - Σημαντικές για τον άρρωστο απώλειες λόγω της νόσου.
 - Βαθμός επηρεασμού των σημαντικών προσωπικών σχέσεων του αρρώστου.
 - Αισθήματα ενοχής, φόβου, άγχους.
 - Συμπτώματα μελαγχολίας.
 - Σημεία απόπειρας αυτοκτονίας.
- Διατύπωση νοσηλευτικών σκοπών και προγραμματισμός της ψυχοκοινωνικής νοσηλευτικής φροντίδας βάσει των ευρημάτων της αξιολόγησης.
- Εφαρμογή του προγράμματος των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων από τις οποίες οι κυριότερες είναι:
 - Ολιστική φροντίδα με άνευ όρων αποδοχή.
 - Ανοιχτός νοσηλευτικός διάλογος.
 - Ψυχοθεραπευτική ακρόαση.
 - Παρουσία με ενδιαφέρον και κατανόηση.
 - Υποστήριξη θετικών στοιχείων.
 - Προστασία των δικαιωμάτων του αρρώστου.
 - Διδασκαλία αυτοφροντίδας και ψυχικής υγείας.
- Εκτίμηση των αποτελεσμάτων, των παρεμβάσεων και ανάλογη αναπροσαρμογή της φροντίδας.
- Μελέτη και έρευνα σχετικά με τις κλινικές νοσηλευτικές εφαρμογές για τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητά τους.

Τώρα είναι η μοναδική ευκαιρία να αποδείξουμε τι αξίζει η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, τώρα που η θεραπεία δεν βρέθηκε ακόμη και μόνη υπάρχει η φροντίδα! Νοσηλευτική σημαίνει φροντίδα, φροντίδα υψηλού επιπέδου, φροντίδα αμερόληπτη στον κάθε άρρωστο ανεξαρτήτου θρησκείας, καταγωγής, τρόπου ζωής ή αρρώστιας.

Τα ηθικά - δεοντολογικά διλήμματα που βιώνει ο νοσηλευτής κατά τη φροντίδα του αρρώστου με AIDS δεν είναι τίποτε άλλο παρά η μαρτυρία του ύψους της ευθύνης, του μεγαλείου και του πνεύματος της νοσηλευτικής επιστήμης και τέχνης. Τα διλήμματα αυτά συνήθως αφορούν:

1. Τις συγκρούσεις μεταξύ προσωπικών αξιών και της νοσηλευτικής ευθύνης προς την κοινωνία.
2. Τον κίνδυνο μόλυνσης του ίδιου του νοσηλευτή και
3. Την ηθική και νομική υποχρέωση για την τήρηση του νοσηλευτικού απορρήτου.

Αυτά τα διλήμματα αντιμετωπίζονται στα πλαίσια του χάρτη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και λύνονται προσωπικά μέσα στη φωτισμένη συνείδηση του νοσηλευτή και συλλογικά σε συνεργασία με το Εθνικό και Διεθνές Νοσηλευτικό Σώμα. Αληθινή προσήλωση είναι η ευκαιρία να νοσηλεύουμε τους αρρώστους με AIDS.

Κι ασ μην ξεχνάμε σε όλους τους τομείς της νοσηλευτικής στην εκπαίδευση, στην κλινική φροντίδα και στην έρευνα ότι: Η εκπλήρωση του νοσηλευτικού χρέους προς τον άνθρωπο πάντοτε ανέκαθεν, αλλά και σήμερα προϋποθέτει: γνώση και σοφία, ευαίσθητη και πολιτισμένη φροντίδα, τόλμη και ηρωισμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΕΞ ΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΔΥΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ AIDS

Α' ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Νέος ασθενής προσήλθε στην κλινική με το παρακάτω ιστορικό

Όνομα:

Επώνυμο:

Ημερομηνία γέννησης: 9-1-1956 ετών 45.

Τόπος γέννησης: Θεσσαλονίκη

Επάγγελμα: Τραπεζικός Υπάλληλος

Εισαγωγή: 1-8-89 (HIV + Σύνδρομο Kaposi)

Κληρονομικό ιστορικό: Δεν αναφέρει.

Ατομικό ιστορικό:

α) TBC διαγνωσθείσα το 1983 ενώ υπηρετούσε τη στρατιωτική του θητεία. Νοσηλεύτηκε στο 251 ΓΝΑ από 6/6/83 ως 17/6/83 με διάγνωση "TBC πλευρίτις δεξιά αποδρομούσα, υπό αγωγή". Έλαβε αντιφυματική αγωγή στο νοσοκομείο (Diacetyl + Rifadin + Myanibutol) για ένα χρόνο.

β) Γονοκοκκική ουρηθρίτιδα δυο φορές (1980, 1988). Θεραπεία με Tnobicin.

Παρούσα νόσος: Ο ασθενής δεν αναφέρει στο ιστορικό του χειρουργική επέμβαση με μετάγγιση ή χρήση τοξικών ουσιών. Διατηρούσε από μικρή ηλικία ομοφυλοφιλικές

σχέσεις και περιστασιακά και ετεροφυλικές. Τον Μάιο του 1985 ύστερα από "ύποπτη" επαφή ελέγχεται για HIV και εγκρίνεται οροθετικός (ο ερωτικός του σύντροφος αναπτύσσει AIDS και πεθαίνει το 1987). Από το 1987 παρακολουθείται στη Θεσσαλονίκη (δερματολογική κλινική) και στην Αθήνα. Από το 1987 εμφανίζει διόγκωση των τραχηλικών λεμφαδένων. Καθ' όλο το διάστημα αυτό (85-89) δεν εμφανίζει διάρροια, πυρετό, λοιμώξεις, μυκητιάσεις ή δερματικές εκδηλώσεις.

Όμως από 3μήνου περίπου εμφανίζονται στους άκρους πόδας και κνήμες νέες ερυθροϊώδεις έως καστανόφαιες κηλίδες και ελαφρά διηθημένες πλάκες για τις οποίες προσέρχεται για εξέταση στο "Ανδρέα Συγγρού". Λαμβάνονται δύο τεμάχια (άκρο πους - δεξιά κνήμη) για ιστολογική εξέταση. Η απάντηση ήταν σύνδρομο Kaposi. Έτσι ο ασθενής εισάγεται στο νοσοκομείο. Πλην του Kaposi έχουμε λεμφαδένες τραχηλικούς μικρούς και ανώδυνους. Ήπαρ - σπλήνας: αψηλάφητοι. Κοιλία: φυσιολογική. Ακρόαση θώρακος: μικρή μείωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος - παρατεταμένη επνοή άμφω.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

<p>Αξιολόγηση αναγκών, προβλημάτων και συμπτωμάτων του αρρώστου</p>	<p>Φόβος, αγωνία, ανησυχία, άγχος, κατάθλιψη</p>	<p>Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας</p> <p>-Μείωση των συναισθημάτων του και ήρεμία</p> <p>-Δημιουργία ατιμωφαιρας εμπιστοσύνης προς τη νοσηλεύτρια</p>	<p>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</p> <p>-συζήτηση με τον άρρωστο</p> <p>-ηθική τόνωση</p> <p>-αίσθημα ασφάλειας</p>	<p>Εφαρμογή προγραμματισμού</p>	<p>-Εφαρμόσθηκε το πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας</p> <p>-άρνηση αρρώστου για συζήτηση των προβλημάτων του</p>	<p>Εκτίμηση αποτελεσμάτων</p>	<p>-Δεν υπάρχει ιδιαίτερη βελτίωση των συμπτωμάτων</p> <p>-μετά συμβουλή ψυχιάτρου άρχισε tabl Lexotanil για την αντιμετώπιση του άγχους</p>
<p>Δύσπνοια και κυάνωση</p>	<p>Ανακούφιση των συμπτωμάτων και αντιμετώπισή τους</p>	<p>-ενημέρωση για κατάλληλη θέση (ημικαθιστική)</p> <p>-χορήγηση οξυγόνου</p> <p>-παρακολούθηση του βαθμού δυσκολίας της αναπνοής και του χαρακτήρα της</p> <p>-διατήρηση χαμηλής της θερμοκρασίας δωματίου (15 βαθμούς C)</p> <p>-περιορισμός αριθμού επισκεπτών και παραγόντων που δημιουργούν συγκίνηση και φυσική κόπωση</p> <p>-γυμνάτα μικρα σε ποσότητα, συχνά, εύπεπτα</p>	<p>-ενημέρωση για κατάλληλη θέση</p> <p>-παρακολούθηση του βαθμού δυσκολίας της αναπνοής και του χαρακτήρα της</p> <p>-διατήρηση χαμηλής της θερμοκρασίας δωματίου (15 βαθμούς C)</p> <p>-περιορισμός αριθμού επισκεπτών και παραγόντων που δημιουργούν συγκίνηση και φυσική κόπωση</p> <p>-γυμνάτα μικρα σε ποσότητα, συχνά, εύπεπτα</p>	<p>-άρση εριεσίνωτου για ανύψωση του αρρώστου</p> <p>-χορήγηση οξυγόνου με μάσκα</p> <p>-μέτρηση αναπνοών ανά 30'</p> <p>-παρακολούθηση θερμοκρασίας δωματίου</p> <p>-διατήρηση αθέρυβου περιβάλλοντος και απομάκρυνση επισκεπτών από το χώρο</p> <p>-χορήγηση σούτας και υγρών</p> <p>-η ανακούφιση του αρρώστου από τη δύσπνοια περιορίζει και την κυάνωση</p>	<p>-άρση εριεσίνωτου για ανύψωση του αρρώστου</p> <p>-χορήγηση οξυγόνου με μάσκα</p> <p>-μέτρηση αναπνοών ανά 30'</p> <p>-παρακολούθηση θερμοκρασίας δωματίου</p> <p>-διατήρηση αθέρυβου περιβάλλοντος και απομάκρυνση επισκεπτών από το χώρο</p> <p>-χορήγηση σούτας και υγρών</p> <p>-η ανακούφιση του αρρώστου από τη δύσπνοια περιορίζει και την κυάνωση</p>	<p>-Μερική εξάλειψη της δύσπνοιας αρχικά</p> <p>-φυσιολογική αναπνοή μετά την πάροδο 2 ωρών</p>	<p>-Μερική εξάλειψη της δύσπνοιας αρχικά</p> <p>-φυσιολογική αναπνοή μετά την πάροδο 2 ωρών</p>
<p>Νυχτερινές εφιδρώσεις</p>	<p>-παραμονή του αρρώστου στεγνού</p> <p>-διατήρηση της άνεσής του</p>	<p>-παριτήρηση και καταγραφή των νυχτερινών εφιδρώσεων.</p> <p>-φροντίδα για πρόληψη κρυολογήματος</p> <p>-δημιουργία κατάλληλου δροσερού περιβάλλοντος</p> <p>-αλλαγή κλινοσκεπασμάτων και ρούχων ώστε να διατηρείται στεγνός</p> <p>-ακριβής μέτρηση προλαμφανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών</p> <p>-ανακούφιση από το αίσθημα δίψας με τη διατήρηση ισοϋγίου υγρών και το πλύσιμο του στόματος με δροσερό νερό.</p> <p>-καθαριότητα δέρματος για την απομάκρυνση κάκοσμων και τοξικών ουσιών</p>	<p>-Ανοχτήκαν τα παράθυρα για το σωστό αερισμό του χώρου</p> <p>-αλλάχθηκαν τα κλινοσκεπάσματα και ο ρουχισμός</p> <p>-μετρήθηκαν τα ούρα (1500 cc) και καταγράφηκαν τα υγρά που πήρε ο ασθενής</p> <p>-ο άρρωστος ενημερώθηκε για την αναγκαιότητα της καθαριότητάς του</p>	<p>-Ανοχτήκαν τα παράθυρα για το σωστό αερισμό του χώρου</p> <p>-αλλάχθηκαν τα κλινοσκεπάσματα και ο ρουχισμός</p> <p>-μετρήθηκαν τα ούρα (1500 cc) και καταγράφηκαν τα υγρά που πήρε ο ασθενής</p> <p>-ο άρρωστος ενημερώθηκε για την αναγκαιότητα της καθαριότητάς του</p>	<p>-Ανοχτήκαν τα παράθυρα για το σωστό αερισμό του χώρου</p> <p>-αλλάχθηκαν τα κλινοσκεπάσματα και ο ρουχισμός</p> <p>-μετρήθηκαν τα ούρα (1500 cc) και καταγράφηκαν τα υγρά που πήρε ο ασθενής</p> <p>-ο άρρωστος ενημερώθηκε για την αναγκαιότητα της καθαριότητάς του</p>	<p>-Αντιμετώπιστηκε σημαντικά το πρόβλημα των εφιδρώσεων</p> <p>-ο άρρωστος ένιωσε πολύ καλύτερα</p>	<p>-Αντιμετώπιστηκε σημαντικά το πρόβλημα των εφιδρώσεων</p> <p>-ο άρρωστος ένιωσε πολύ καλύτερα</p>

<p>Αξιολόγηση αναγκών, προβλημάτων και συμπτωμάτων του αρρώστου</p> <p>Διάρροιες (3)</p>	<p>Αντικεμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας</p> <p>-Φροντίδα του ασθενούς για να μην δημιουργηθούν περαιτέρω προβλήματα</p> <p>-Αντιμετώπιση της διάρροιας</p>	<p>Προγραμματισμένος νοσηλευτικής φροντίδας</p> <p>-καταγραφή των κενώσεων</p> <p>-στερεά τροφή σε μικρά και συχνά γεύματα</p> <p>-καθαριότητα δέρματος για την πρόληψη δερματίτιδας και κατακλάσεων</p>	<p>Εφαρμογή προγραμματισμού</p> <p>-Καταγράφηκαν 3 υδραρείς κενώσεις. Λήψη σκληρής τροφής</p> <p>-ο άρρωστος κάνει λουτρό καθαριότητας μόνος του</p>	<p>Εκτίμηση αποτελεσμάτων</p> <p>-Αντιμετώπιστηκε η διάρροια (έγινε παρασιτολογική εξέταση κοπράνων)</p>
<p>Πυρετός. Από 37,5° C- 39° C</p>	<p>-πρόκληση αγγειοσπασσης μείωση του πυρετού και φροντίδα του αρρώστου κατά τη διάρκειά του</p>	<p>-διατήρηση του σώματος δροσερού με ψυχρές περιτυλίξεις, λουτρό με δροσερό νερό στο οποίο διαλύεται αλάτι</p> <p>-χορήγηση άφθονων και δροσερών υγρών. Η ενυδάτωση μειώνει τη θερμοκρασία του σώματος με την αύξηση της διουρήσεως. Παράλληλα προλαμβάνεται η αφυδάτωση που προκαλεί ο πυρετός. Ο άρρωστος προστατεύεται από κρυολόγημα με:</p> <p>-την αλλαγή του ιδρωμένου ματισιμού, ρουχισμού</p> <p>-την προφύλαξη του αρρώστου από ρεύματα αέρα</p> <p>-την σταδιακή μείωση της θερμοκρασίας. Η εφαρμογή ψυχρού μέσου, η θερμοκρασία του οποίου είναι πολύ πιο χαμηλή απ' αυτή του σώματος μπορεί να προκαλέσει στον άρρωστο ψύξη</p> <p>-χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων μετά από οδηγίες γιατρού. Στη συνέχεια θα παρακολουθείται ο άρρωστος για εφίδρωση, εκτιμάται η διαφθοροποίηση της θερμοκρασίας, αξιολογείται η απώλεια υγρών και ηλεκτρολυτών</p>	<p>-Παραμονή κοντά στον άρρωστο και ταπαθέτηση κομπρεσών</p> <p>-αντίδραση (άρνηση) του αρρώστου για τη χορήγηση του αντιπυρετικού. Δόθηκε Deron.</p> <p>-αλλάχτηκε ο ματισιμός και ρουχισμός του αρρώστου</p> <p>-ανολύτηκαν τα παράθυρα για λίγη ώρα</p> <p>-καταγράφηκαν τα υγρά που πήρε (3 ποτήρια νερό και 1 ποτήρι πορτοκαλάδα)</p> <p>-παρακολουθείται η θερμοκρασία κάθε τρεις ώρες</p> <p>-η νοσηλεία του από φαρμακευτικής απόψεως είναι Serpin γιατί διαγνωσθηκε πνευμονία από Pneumocystis Carinii</p>	<p>-Μείωση του πυρετού στους 37° C</p> <p>-κατάσταση του αρρώστου ικανοποιητική</p>

<p>Αξιολόγηση αναγκών, προβλημάτων και συμπληρωμάτων του αρρώστου</p>	<p>Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Εφαρμογή προγραμματισμού</p>	<p>Εκτίμηση αποτελεσμάτων</p>
<p>Καταβολή δυνάμεων, ανορέξια, απώλεια βάρους</p>	<p>-ανakoύφιση από την κακουχία -σωματική τόνωση -αύξηση της διάθεσης για φαγητό</p>	<p>-Ενίσχυση του διατολογίου του αρρώστου με λευκώματα. -μείωση των φυσικών δραστηριοτήτων του αρρώστου -χορήγηση υγρών εμπλουτισμένα με ζάχαρη για την κάλυψη θερμιδικών αναγκών και πρόληψη του μεταβολισμού των λιπών Για την αύξηση της διαθέσεως του αρρώστου για φαγητό: -χορηγείται τροφή της προτιμήσεώς του -προσφέρεται σε περιποιημένο δίσκο καλά σερβιρισμένη τροφή για να είναι ελκυστική -εξασφαλίζεται ποικιλία στο διατολόγιο του αρρώστου -διατηρείται η στοματική κοιλότητα καθαρή -ενημερώνεται το δελτίο νοσηλείας του αρρώστου, καταγράφεται η ποσότητα της τροφής, οι παρατηρήσεις και νοσηλευτικές οδηγίες</p>	<p>-Χορήγηση αυγού, ψαριού, γάλακτος -παραμονή του αρρώστου στο κρεβάτι -δόθηκε πορτοκαλάδα (3 φορές τη μέρα) με ζάχαρη για την κάλυψη θερμιδικών αναγκών -ο άρρωστος έφαγε κανονική ποσότητα φαγητού -αύξηση με τον άρρωστο για το θέμα της διατροφής του -πλύθηκε το σώμα του αρρώστου από τον ίδιο με οδοντόκρεμα -καταγράφηκαν τα γεύματα του αρρώστου (3)</p>	<p>-Μείωση της ανορέξιας και ταυτόχρονα και της απώλειας βάρους -συνέχιστη της καταβολής δυνάμεων</p>
<p>Κεφαλαλγία και σύγχυση</p>	<p>-αντιμετώπιση της κεφαλαλγίας και της σύγχυσης</p>	<p>Για την ανακούφιση από την κεφαλαλγία: -περιορίζονται οι θόρυβοι του περιβάλλοντος -περιορίζεται το έντονο φως -δίνεται αναλγητικό μετά από εντολή γιατρού -για τη βοήθεια κατά τη διάρκεια απώλειας προσανατολισμού γίνεται προσπάθειες για μείωση του πυρετού που έχει -προσανατολίζεται στο χώρο και στο χρόνο -προστατεύεται από πτώση</p>	<p>-απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες -κλείστηκαν τα πατζούρια για να μειωθεί το φως -δόθηκε Medamol για την αντιμετώπιση της κεφαλαλγίας -τοποθετήθηκαν κομπρέσες -προστασία του αρρώστου με κάγκελα</p>	<p>-Η απώλεια προσανατολισμού δεν συνέβηκε ξανά -Η κεφαλαλγία υποχώρησε</p>

<p>Αξιολόγηση αναγκών, προβλημάτων και συμπτωμάτων του αρρώστου</p> <p>ερυθρότητα, οίδημα των ούλων, κακοσμία και αιμορραγία στοματικής κοιλότητας</p>	<p>Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας</p> <p>-αντιμετώπιση συμπτωμάτων</p>	<p>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</p> <p>-πλύσιμο της στοματικής κοιλότητας με αντισηπτικό διάλυμα και rosi-coitua κάθε τρεις ώρες -φροντίδα στόματος με ελαφρές κινήσεις -αποφυγή λήψεως ερεθιστικών τροφών</p>	<p>Εφαρμογή προγραμματισμού</p> <p>-Έγινε το πλύσιμο της στοματικής κοιλότητας από τη νοσηλεύτρια με αντισηπτικό Hexalen -έγινε διδασκαλία της τεχνικής της φροντίδας της στοματικής κοιλότητας -διαιτολόγιο χωρίς πολύ αλάτι, σάλτσες κ.λπ.</p>	<p>Εκτίμηση αποτελεσμάτων</p> <p>-Δεν παρατηρήθηκε υποχώρηση των συμπτωμάτων (μετά από μικροβιολογική, ιστοπαθολογική εξέταση και καλλιέργεια διαγνώστηκε μονιλάση)</p>
<p>αρθραλγίες</p>	<p>-ανακούφιση από τον πόνο</p>	<p>μείωση του βάρους κλινοσκελεσμάτων -κατάλληλη θέση στο κρεβάτι -ακινητοποίηση των αρθρώσεων -αλλαγή της θέσης του αρρώστου -χορήγηση παυσίπονων φαρμάκων -παραιμική κοντά στον άρρωστο και συζήτηση μαζί του</p>	<p>-Κάλυψη του αρρώστου μόνο με ένα σετόνι -ανάρροπη θέση (τοποθέτηση μιάξιλαριών κάτω από τα πόδια) καθώς και συχνή εναλλαγή θέσεων -προσαρμοσμένη στην ανάγκη του αρρώστου -δόθηκε Loperid για την αντιμετώπιση του πόνου -ουζήτηση νοσηλεύτριας και αρρώστου</p>	<p>-Περιορίστηκε ο πόνος -ο άρρωστος ήταν αρκετά ήρεμος</p>
<p>απλός έρπης και σάρκωμα Kaposi</p>	<p>-προφύλαξη από τις λοιμώξεις</p>	<p>-λουτρό καθαριότητας -διατήρηση κλινοσκελεσμάτων καθαρών -χρησιμοποίηση καθαρών αντικειμένων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του -λήψη όλων των προφυλακτικών μέτρων για την ίδια και τον άρρωστο -προσπάθεια για μείωση των φορέων μικροβίων (επισκέπτες ή άλλα άτομα που μπορεί να έχουν μικρόβια) -νοσηλεία του αρρώστου σε μοναχικό δωμάτιο. Η νοσηλεία του είναι: Acyclovir για τον έρπητα και για το σάρκωμα Kaposi το κυταροστατικό Bleomycin. Επίσης παίρνει το αντιικό AZT.</p>	<p>-Ο άρρωστος έκανε λουτρό καθαριότητας μόνος του -αλλάχτηκε ο ματισιός Εφαρμόστηκε: -πλύσιμο χεριών πριν και μετά τη νοσηλεία. Χρησιμοποιήθηκαν επίσης γάντια, μάσκα, ποδιά -Η νοσηλεία του αρρώστου έγινε από την ίδια νοσηλεύτρια για αποφυγή τυχόν μικροβιοφορέων</p>	<p>-Δεν εμφανίζεται ύφεση στις λοιμώξεις που παρουσίασε</p>

Αποκατάσταση του αρρώστου.

Η νοσηλεύτρια μετά από την έξοδο του αρρώστου της από το νοσοκομείο κατ' αρχήν δίνει ορισμένες οδηγίες. Τον ενημερώνει πώς να προστατεύει τον εαυτό του, αλλά και πώς να προσέχει να μην μεταδίδει την αρρώστια του στους άλλους.

Ο άρρωστος θα μείνει μόνος του στο σπίτι του, γι' αυτό ακριβώς η νοσηλεύτρια φροντίζει να: παρακολουθείται συχνά από τον γιατρό.

Ο άρρωστος ενημερώνεται επίσης για τα εξής:

- Να μην έχει με άλλους κοινές ξυριστικές λεπίδες και οδοντόβουρτσες.
- Να μην προσφέρει ποτέ αίμα σαν αιμοδότης.
- Να προσέχει τις σχέσεις του. Πάνω σ' αυτό το θέμα δόθηκε μεγάλη σημασία από τη νοσηλεύτρια. Και αυτό για το λόγο ότι ο άρρωστος είχε κάποιες ομοφυλοφιλικές σχέσεις σε μικρότερη ηλικία.

Επειδή ακριβώς ο άρρωστος θα έμενε μόνος του η νοσηλεύτρια θα έκανε συχνές επισκέψεις για να ενημερώνεται για την κατάστασή του, σωματική και ψυχολογική.

Η προσπάθεια που καταβάλλεται από τη νοσηλεύτρια είναι να χρησιμοποιήσει το άτομο όλες τις ικανότητες που έχει -βιοψυχολογικές- όσο κι αν αυτές φαίνονται μικρές για να ζήσει μια "ποιότητα ζωής" σήμερα, δηλαδή να μην κλαίει για το χθες και να μην τρέμει για το αύριο.

Τέλος, η νοσηλεύτρια φροντίζει ώστε ο άρρωστος να έχει επικοινωνία με την Κοινωνική Λειτουργό και να συζητά μαζί της οποιοδήποτε πρόβλημα που θα εμφανίσει κατά τη διάρκεια παραμονής στο σπίτι του.

Μετά από ένα μήνα περίπου ο άρρωστος παρουσιάζει ελαφρά μείωση των βλαβών του συνδρόμου Kaposi. Οι βλάβες Kaposi στα κάτω άκρα υπάρχουν με ελαφρά μείωση της χρωματικής εντάσεως. Η ξηροδερμία των μηρών είναι ιδιαίτερα έντονη λόγω ενέσεων interferon για το σύνδρομο Kaposi. Εμφανίζεται μια μικρή νέα βλάβη στο δεξιό κάτω άκρο. Παρά τις οδηγίες των γιατρών συνεχίζει το κάπνισμα. Αναφέρει βελτίωση των συμπτωμάτων (καταβολή, αδυναμία), μικρή αύξηση σωματικού βάρους. Αναφέρει επίσης παραμονή των συμπτωμάτων του από την ψυχική κατάσταση.

Β' ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Καινούργιος ασθενής εισάγεται στην κλινική από τα εξωτερικά Ιατρεία με το εξής ιστορικό:

Όνομα:

Επώνυμο:

Ημερομηνία γέννησης: 1935 ετών 55.

Τόπος γέννησης: Κοζάνη

Παρούσα διεύθυνση: Νέο Ηράκλειο. Οδός: Ωραιούπολη 52, Αθήνα.

Επάγγελμα: Μαραγκός.

Διάγνωση: Σύνδρομο Kaposi.

Παρούσα κατάσταση: Βλάβες υπόσκληρες, αγγειωματώδεις άνω ημιμορίου κορμού, άνω άκρων, τραχήλου και προσώπου. Στη στοματική κοιλότητα ερυθροειδείς βλάβες στην υπερώα και λευκωπό επίχρισμα στην επιφάνεια της γλώσσας. Ο ασθενής αναφέρει ότι οι βλάβες εμφανίστηκαν από 2μήνου με προοδευτική επέκταση. Επίσης καταβολή, απώλεια βάρους και βήχας (από 2μήνου) χωρίς πυρετό.

Πιθανή διάγνωση: σύνδρομο Kaposi. Δόθηκε ορολογικός έλεγχος.

Κληρονομικό αναμνηστικό: Δεν αναφέρει.

Ατομικό αναμνηστικό: Σεξουαλικά νοσήματα: Αναφέρει μια βλενόρροια όταν ήταν φαντάρος. Πήγε στο γιατρό και "με μια ένεση θεραπεύτηκε" καθώς αναφέρει. Δεν καπνίζει, δεν πίνει, δεν αναλώνει τοξικές ουσίες. Δεν έχει αρρωστήσει ποτέ από ότι αναφέρει (δεν ξέρει την ασπιρίνη). Δεν έχει κάνει ταξίδια στο εξωτερικό. Δεν έχει κάνει μεταγγίσεις αίματος. Σε ηλικία 28 ετών παντρεύτηκε με τη γυναίκα του και απέκτησε 2 παιδιά, ένα αγόρι 28 ετών και ένα κορίτσι 25 ετών. Πριν 5 χρόνια η γυναίκα του παρουσίασε ένα σοβαρό γυναικολογικό πρόβλημα όπου είχε μια σεξουαλική αποχή για 8 μήνες. Τότε άρχισε να πηγαίνει σε οίκους ανοχής, για μόνο λίγες φορές και πάντα με προφυλακτικό. Στην ίδια περίοδο έχει -όπως αναφέρει ο ίδιος- και μερικές ομοφυλόφιλες επαφές, πολύ λίγες και με προφυλάξεις.

Κλινική εξέταση:

αναπνευστικό: φυσιολογικό,

καρδιαγγειακό: καρδιακοί τόνοι, ολοσυστολικό φύσημα στην πνευμονική ε-
στία.

Πεπτικό: κοιλία μαλακή, ψηλαφητή,

ήπαρ: διογκωμένο,

λεμφαδένες: διογκωμένοι.

Δέρμα, στοματική κοιλότητα: παρατηρούνται βλάβες Kaposi και Candidas σε
όλη τη στοματική κοιλότητα.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Αξιολόγηση των αναγκών, προβλημάτων και συμπτωμάτων του αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>αγωνία και άγχος</p>	<p>Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας</p> <ul style="list-style-type: none"> -απαλλαγή από τα συναισθήματα αυτά -δημιουργία ατιμόσφαιρας εμπιστοσύνης προς τη νοσηλεύτρια 	<p>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</p> <ul style="list-style-type: none"> -φροντίδα για την ανάπαυση, την άνεση και την ανακούφιση του αρρώστου -εκανοποίηση των ιδιαίτερων προτιμήσεων του αρρώστου -διάθεση χρόνου για συζήτηση με τον άρρωστο -συμπάθεια και συμμετοχή στον πόνο του ενημέρωση της κατάστασής του και τι ακριβώς θα επακολουθήσει 	<p>Εφαρμογή προγραμματισμού</p> <ul style="list-style-type: none"> -Έγινε προσπάθεια για προσαρμογή του αρρώστου στο περιβάλλον του νοσοκομείου -συμβιβασμός με την ασθένεια -συζήτηση και ενθάρρυνση των ενδιαφερόντων του αρρώστου (μουσική, διάβασμα βιβλίων) 	<p>Εκτίμηση αποτελεσμάτων</p> <ul style="list-style-type: none"> -Απόκτηση εμπιστοσύνης προς τη νοσηλεύτρια -Μείωση του άγχους -Ενθάρρυνση του αρρώστου
<p>αδυναμία και κόπωση</p>	<p>Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας</p> <ul style="list-style-type: none"> -σωματική τόνωση του ασθενούς -διατήρηση ήρεμου περιβάλλοντος 	<p>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</p> <ul style="list-style-type: none"> -δημιουργείται δυνατότητα περιόδων ανάπαυσης -ενισχύονται δραστηριότητες που δεν προκαλούν κόπωση ή διαταράσσουν την ηουχία του αρρώστου -παραμονή του αρρώστου αρκετή ώρα στο κρεβάτι -ενισχύεται η διατροφή του (γεύματα ευχάριστα ώστε να τρέφεται σωστά και να αντιμετωπίζεται η αδυναμία του) -εκτιμάται ο βαθμός αδυναμίας και φυσικής κόπωσης του αρρώστου 	<p>Εφαρμογή προγραμματισμού</p> <ul style="list-style-type: none"> -παραμονή της νοσηλεύτριας κοντά στον άρρωστο -άρνηση ανταπόκρισης του αρρώστου για την παραμονή του στο κρεβάτι -δόθηκε γεύμα της προτίμησής του -συχνή ενημέρωση της νοσηλεύτριας για την κατάσταση του αρρώστου της. 	<p>Εκτίμηση αποτελεσμάτων</p> <ul style="list-style-type: none"> Η καταβολή δυνάμεων συνεχίστηκε ιδιαιτέρως έντονη
<p>νυχτερινές εφιδρώσεις</p>	<p>Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας</p> <ul style="list-style-type: none"> -παραμονή του αρρώστου στεγνού -διατήρηση της άνεσης 	<p>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</p> <ul style="list-style-type: none"> -παρακολούθηση της ποσότητας και πυκνότητας των ούρων -διάγνωση έγκαιρη της διαταραχής ισοζυγίου των υγρών (γίνεται αντιληπτή από το αίσθημα δίψας, δέρμα και βλενογόνοι στεγνοί, απώλεια βάρους, αύξηση συχνότητας σφυγμών και αναπνοών) -διατήρηση του δέρματος μαλακού (επάλειψη με Ιοτίον) -φροντίδα για την πρόληψη κρυολογήματος -περιορισμός της κακοσμίας -παρατήρηση και καταγραφή των νυχτερινών εφιδρώσεων -ακριβής τήρηση ιατρικών οδηγιών για τη λήψη υγρών από το στόμα 	<p>Εφαρμογή προγραμματισμού</p> <ul style="list-style-type: none"> -συλλογή ούρων και παρατήρηση αυτών (χρώμα σκούρο, πυκνά) -μετρήθηκε η ποσότητα των ούρων (1800 cc) καθώς και η λήψη υγρών (4 ποτήρια νερό) -προφυλάχθηκε ο άρρωστος από ρεύματα αέρος -έγινε αλλαγή κλινοσκεπασμάτων και λουτρό καθαριότητας -έγινε καταγραφή των εφιδρώσεων (4 επεισόδια όλη τη νύχτα) -λήψη γάλατος (1 ποτήρι) αρκετό νερό και ό,τι άλλο υγρό του είναι ευχάριστο 	<p>Εκτίμηση αποτελεσμάτων</p> <ul style="list-style-type: none"> -Αντιμετώπιστηκε σε μεγάλο βαθμό το πρόβλημα των εφιδρώσεων

<p>Αξιολόγηση των αναγκών, προβλημάτων και συμπτωμάτων του αρρώστου</p>	<p>Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Εφαρμογή προγραμματισμού</p>	<p>Εκτίμηση αποτελεσμάτων</p>
<p>διάρροιες (4)</p>	<p>-αντιμετώπιση του συμπτώματος -φροντίδα του ασθενούς</p>	<p>-καταγραφή των κενώσεων -στερεά τροφή σε μικρά και συχνά γεύματα -καθαριότητας δέρματος για την πρόληψη κατακλίσεως και δερματίτιδας</p>	<p>-καταγράφηκαν 4 κενώσεις -λήψη σκληρής τροφής (κρέας ψητό) σε 3 χρονικά διαστήματα -έγινε λουτρό καθαριότητας από τον ίδιο τον αρρώστο.</p>	<p>-Αντιμετώπιστηκε το πρόβλημα της διάρροιας -Ο άρρωστος παρέμεινε στεγνός</p>
<p>εξελκώσεις στοματικής κοιλότητας (απλός έρπης)</p>	<p>φροντίδα των εξελκώσεων</p>	<p>-πλύσιμο στοματικής κοιλότητας με αντισηπτικό διάλυμα και rosi-cotton κάθε τρεις ώρες -καθαριότητα στόματος με ελαφρές κινήσεις για την απομάκρυνση υπολειμμάτων τροφής και πηγμάτων αίματος -αποφυγή λήψεως ερεθιστικών τροφών</p>	<p>-Με τη λήψη όλων των απαραίτητων προφυλάξεων (γάντια, μάσκα, ποδιά) έγινε η καθαριότητα στόματος με Hexalen και κατόπιν γλυκερίνη στα χείλη -λήψη μαλακής τροφής (σούπα με κοτόπουλο) -δόθηκε Acyclovir ενδοφλέβια για την αντιμετώπιση του έρπη</p>	<p>Οι εξελκώσεις στη στοματική κοιλότητα δεν υποχώρησαν</p>
<p>ο άρρωστος έχει ανάγκη από μοναχικό δωμάτιο λόγω των συμπτωμάτων του</p>	<p>-αντιμετώπιση λοιμώξεων -πρόληψη μολύνσεων</p>	<p>-περιορισμός της επαφής του αρρώστου με άλλους αρρώστους, αλλά και άλλα άτομα της ομάδας υγείας που μπορεί να είναι μικροβιοφορείς. -σχολαστικό πλύσιμο χεριών πριν και μετά την είσοδο στο δωμάτιο του αρρώστου -λήψη όλων των προφυλακτικών μέσων (γάντια, μάσκα, ποδιά)</p>	<p>-Μεταφέρθηκε ο άρρωστος σε μοναχικό δωμάτιο -περιορίστηκαν οι επισκέπτες -λήφθηκαν όλα τα μέτρα (πλύσιμο χεριών, γάντια, μάσκα, ποδιά)</p>	<p>-Αρχική άρνηση του αρρώστου νοσηλείας του στο μοναχικό δωμάτιο -Μετά από συζήτηση αποδέχθηκε τη μεταφορά του σε μοναχικό δωμάτιο και κατάλαβε την αναγκαιότητά της</p>

<p>Αξιολόγηση των αναγκών, προβλημάτων και συμπτωμάτων του αρρώστου</p>	<p>Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Εφαρμογή προγραμματισμού</p>	<p>Εκτίμηση αποτελεσμάτων</p>
<p>δύσπνοια</p>	<p>-υποχώρηση του συμπτώματος σε μικρό χρονικό διάστημα</p>	<p>-δημιουργία συνθηκών φυσικής αναπαύσεως στο κρεβάτι -χορήγηση οξυγόνου -παρακολούθηση του βαθμού δυσκολίας της αναπνοής και του χαρακτήρα της διατήρηση θερμοκρασίας δωματίου χαμηλής (15° C) -περιορισμός αριθμού επισκεπτών και παραγόντων που δημιουργούν συγκινησιακές καταστάσεις -γεύματα μικρά σε ποσότητα, συχνά, εύπεπτα -απασχόληση του αρρώστου -ωσστή και επαρκή ενημέρωση για ό,τι τον αφορά -εξασφάλιση ήρεμου ύπνου με χορήγηση ηρεμιστικού φαρμάκου</p>	<p>-Άρση ερισιένωτου για την κατάλληλη θέση (ημικαθιστική) -Χορήγηση οξυγόνου με μάσκα για 2 ώρες. -Μέτρηση και καταγραφή αναπνοών κάθε ώρα -Παρακολούθηση θερμοκρασίας δωματίου -Διατηρήθηκε αδύρνο το περιβάλλον του αρρώστου και απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες -Χορήγηση σούπας, υγρών -Έγινε διεξοδική συζήτηση με τον άρρωστο για το πρόβλημά του -Χορηγήθηκε TAVOR</p>	<p>-Υποχώρηση του συμπτώματος -Καλή λειτουργία του αναπνευστικού</p>
<p>-ανάγκη αποδοχής της αρρώστιας από τον ασθενή -βοήθεια της οικογένειας να αποδεχθεί τη νόσο</p>	<p>-ωσστή ενημέρωση του ασθενή και της οικογένειας για τη φύση και την εξέλιξη της ασθένειας</p>	<p>-συζήτηση με τον άρρωστο και την οικογένεια για την κακή πρόγνωση της ασθένειας -συζήτηση με την οικογένεια για τις υποχρεώσεις της απέναντι στον ασθενή (ψυχολογική υποβάσταξη, αποδοχή) -προσπάθεια για εξωτερικευση των συναισθημάτων του ασθενή και της οικογένειας -ενθάρρυνση της οικογένειας για συμμετοχή στη φροντίδα του αρρώστου της -ενθάρρυνση της κοινωνικότητας και δράσης του αρρώστου -χορήγηση ηρεμιστικού - αγχολυτικού φαρμάκου</p>	<p>-Έγινε διεξοδική συζήτηση νοσηλεύτριας - ασθενούς - οικογένειας -Η οικογένεια και ασθενής εξωτερικεύσαν το φόβο και το άγχος τους -Ενημερώθηκε η οικογένεια για τις προφύλαξεις που πρέπει να παίρνει (γάντια κατά το πλύσιμο ρούχων, καθαριότητα και ακριβή τήρηση των ιατρικών οδηγιών) -Χορηγήθηκε TAVOR</p>	<p>-Ηρεμία του ασθενούς -Αποβολή άγχους της οικογένειας και του ασθενούς -Ο άρρωστος ένιωσε ασφάλεια κοντά στην οικογένειά του που τον είχε αποδεχθεί</p>

Αποκατάσταση του αρρώστου.

Ο άρρωστος ενημερώνεται από τη νοσηλεύτρια για τον τρόπο προφύλαξης του εαυτού του, αλλά και των άλλων από την αρρώστια του. Θα ζήσει μαζί με την οικογένειά του γι' αυτό ακριβώς χρειάζεται η λήψη όλων των προφυλακτικών μέτρων με κάθε λεπτομέρεια.

- Ατομική υγιεινή (συχνό λουτρό καθαριότητας).
- Τα προσωπικά αντικείμενα του αρρώστου είναι ευνόητο ότι δε θα χρησιμοποιούνται από άλλους.
- Ο ακάθαρτος μιατισμός θα πλένεται στο πλυντήριο στους 90 βαθμούς C ή στο χέρι με την προϋπόθεση ότι θα χρησιμοποιούνται γάντια. Να αποφεύγεται το καθαριστήριο.
- Ο άρρωστος θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός στις σχέσεις του.

Πραγματικό πρόβλημα του αρρώστου είναι η οικονομική δυσχέρεια και η συναισθηματική κατάρρευση από την απώλεια της εργασίας του. Η νοσηλεύτρια εκτιμά με το ιστορικό και τη φυσική κατάσταση της υγείας του την επίδραση της απουσίας του από την εργασία του.

Για την οικονομική κατάσταση η νοσηλεύτρια μπορεί να μεσολαβήσει ώστε να συζητηθεί το πρόβλημα με την Κοινωνική Λειτουργό (επίδομα ανεργίας). Ο άρρωστος πέφτει σε μελαγχολίες, έχει έμμονη ιδέα ότι τιμωρείται για τα λάθη του τόσο που εκφράζει ιδέες αυτοκτονίας. Στην περίπτωση αυτή η νοσηλεύτρια εργάζεται με τη βοήθεια του ψυχολόγου.

Επειδή όμως στη φάση αυτή -βοήθειας αποκαταστάσεως- του αρρώστου, ασκεί επίδραση η οικογένειά του και το κοινωνικό του περιβάλλον θα πρέπει στις διαστάσεις της αποκαταστάσεως να συμπεριλαμβάνονται κι αυτές οι ομάδες του πληθυσμού.

Έτσι η αποκατάσταση με τη σύγχρονη αυτή τάση θα βοηθήσει τον άρρωστο να εναρμονίσει τη ζωή του με την ποιότητα ζωής που μπορεί να έχει με τις ικανότητες που του έχουν μείνει.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ -
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Από τη σφαιρική ανάλυση της νόσου του AIDS επισημαίνονται οι δυσκολίες και τα προβλήματα που έχουμε να αντιμετωπίσουμε στη νοσηλεία των αρρώστων αυτών.

Στην περίπτωση του AIDS ο σοβαρός εχθρός δεν είναι μόνο ο ιός, αλλά εξίσου σοβαροί είναι οι παράγοντες της άγνοιας και του φόβου του κόσμου και του υγειονομικού προσωπικού.

Στο νοσοκομείο πρέπει να οργανωθεί συντονισμός της νοσηλείας του αρρώστου από ομάδα που περιλαμβάνει εκτός από τα μέλη της επιτροπής λοιμώξεων, διαιτολόγο, ψυχολόγο, κοινωνική λειτουργό και επισκέπτρια αδελφή αν υπάρχει.

Η διοίκηση του νοσοκομείου από την άλλη πλευρά, πρέπει να ορίσει τη φιλοσοφία της φροντίδας του αρρώστου. Σύμφωνα με τη φιλοσοφία αυτή πρέπει να ταυτισθεί το προσωπικό, ο άρρωστος και η οικογένεια.

Το προσωπικό πρέπει να πληροφορηθεί με εκπαιδευτικά προγράμματα για τα αίτια, τον τρόπο μετάδοσης, τα προφυλακτικά μέτρα που πρέπει να παίρνονται κατά τη νοσηλεία και βέβαια απαραίτητο είναι να υπάρξει ο ανάλογος εφοδιασμός των υλικών και μέσων προφύλαξης. Η εκπαίδευση αυτή γίνεται με ομιλίες, σεμινάρια και συζητήσεις επί τόπου στα νοσηλευτικά τμήματα κατά κατηγορίες προσωπικού.

Από την Αγγλία μας λένε, ότι κατά τις πρόσληψεις προσωπικού και συμβάσεις εργασίας πρέπει να τονίζεται ότι απαγορεύεται από το προσωπικό η άρνηση εξυπηρέτησης και φροντίδας σε οποιοδήποτε άρρωστο ανεξάρτητα από το είδος της νόσου και τις λοιπές διακρίσεις που αναφέρονται στα δικαιώματα του αρρώστου.

Όσον αφορά την εχεμύθεια για τον άρρωστο η νοσηλευτική ομάδα πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένη στη λεπτή ισορροπία που απαιτείται για την εφαρμογή των προφυλακτικών μέτρων από τη μια μεριά και τη διατήρηση της ανάλογης εχεμύθειας και εμπιστευτικότητας του αρρώστου από την άλλη.

Η φροντίδα των ατόμων με AIDS (όπως και στα παραπάνω παραδείγματα) αποτελεί πρόκληση για όλα τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας που παρέχουν υπηρεσίες υγείας.

- Αποτελεί πρόκληση γιατί φέρνει κάθε εργαζόμενο και ιδιαίτερα το νοσηλευτή αντιμέτωπο με τις προκαταλήψεις που έχει σχετικά με το AIDS και τον ωθεί να αναθεωρήσει τη στάση και τη συμπεριφορά του απέναντι στους ασθενείς και το περιβάλλον τους.
- Αποτελεί πρόκληση γιατί παράλληλα φέρνει τον εργαζόμενο αντιμέτωπο με τους φόβους του για το θάνατο και τον ωθεί να τους επεξεργαστεί ώστε να μπορέσει να στηρίξει τον ασθενή στην πορεία της αρρώστιας του και στην τελική φάση της ζωής του.
- Επίσης η φροντίδα ατόμων με AIDS αποτελεί μια πρόκληση για το ίδιο το σύστημα υγείας και το ρόλο που αναλαμβάνει το υγειονομικό προσωπικό μέσα σ' αυτό. Είναι καιρός να πάψουμε να μιλάμε για "πόλεμο", "εκστρατεία" και "μάχη" κατά του AIDS όπου συχνά -και ασυνείδητα- ο εχθρός γίνεται ο ίδιος ο ασθενής ο οποίος

αντιπροσωπεύει το θάνατο. Ας αναθεωρήσουμε λοιπόν τους στόχους μας και το ρόλο που αναλαμβάνουμε όταν φροντίζουμε αυτούς τους ασθενείς. Εάν μοναδικός μας στόχος είναι να “σώζουμε ζωές” και να κερδίζουμε τη μάχη με το θάνατο -τον οποίο θεωρούμε ως προσωπική μας ήττα και αποτυχία- τότε θα δυσκολευτούμε να στηρίξουμε ψυχολογικά τον άρρωστο, το περιβάλλον του, αλλά και τον εαυτό μας. Το AIDS μας ωθεί να συνειδητοποιήσουμε ότι οι ικανότητες και γνώσεις μας έχουν όρια και ότι ο ρόλος μας δεν σταματά εκεί που τελειώνουν τα φάρμακα και οι θεραπείες. Αντίθετα, οι επιδιώξεις μας πρέπει να αποβλέπουν διαρκώς σε μια ΖΩΗ ΜΕ ΠΟΙΟΤΗΤΑ, ΝΟΗΜΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑ, τόσο για τον άρρωστο όσο και για το στενό του περιβάλλον.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- ° Η εξατομικευμένη φροντίδα του αρρώστου με AIDS χρειάζεται επιδεξιότητα και ακρίβεια. Γι' αυτό ακριβώς το προσωπικό θα πρέπει να είναι κατάλληλο εκπαιδευμένο ώστε να παρέχουν στους αρρώστους υψηλή ποιότητα νοσηλείας.
- ° Η φύση της νόσου και οι απαιτήσεις για τη νοσηλεία είναι τέτοια που χρειάζονται επιστράτευση των γνώσεων, της παρατήρησης, του προγραμματισμού, της αξιολόγησης και της εκτίμησης.
- ° Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να νοσηλεύσει τον άρρωστο όποιος κι αν είναι αυτός, μέχρι το τελικό στάδιο της ζωής του. Ευνόητο είναι ότι παίρνει όλα τα προφυλακτικά μέτρα και σε καμιά περίπτωση δεν εγκαταλείπει το νοσηλευτικό της καθήκον.
- ° Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώνεται συνεχώς τι είδους υποστηρικτικά συστήματα αναπτύσσεται σε διάφορα μέρη, ώστε να μπορεί κι αυτός να δημιουργεί ανάλογα, στα πλαίσια της νοσηλευτικής του εργασίας π.χ. έχει δοκιμασθεί με αρκετή επιτυχία το σύστημα ενός εθελοντή συνοδού που επισκέπτεται συχνά τον εγκαταλελειμένο άρρωστο, του κάνει συντροφιά και τον βοηθά στη λύση των προβλημάτων του.

Τέλος μπορούμε να πούμε ότι η νοσηλευτική χρειάζεται ανθρώπινο δυναμικό με όρεξη και νέο πνεύμα δουλειάς ώστε να αντιμετωπισθούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τα άτομα που πάσχουν από τη θανατηφόρα αρρώστια. Και αυτό ακριβώς γιατί εμείς οι νοσηλευτές έχουμε μεγάλη ευθύνη αν τα άτομα αυτά καταδικαστούν χωρίς την παροχή καμιάς φροντίδας.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με AIDS χρειάζεται επιδεξιότητα, ακρίβεια και εχεμύθεια. Αυτά βασίζονται στην πραγματική γνώση των συγχρόνων μοντέλων νοσηλευτικής που προορίζονται να δώσουν στους αρρώστους υψηλή ποιότητα νοσηλείας με πραγματικό ενδιαφέρον και χωρίς κριτική.

Ο άρρωστος με AIDS είναι ίσως ο απαιτητικότερος σε ποσότητα και ποιότητα νοσηλείας. Αυτός είναι πραγματικά βαρεια άρρωστος που η αρρώστια του απαιτεί και προκαλεί την κάθε εκπαιδευμένη νοσηλεύτρια να σκύψει και να θέσει σε εφαρμογή όλα όσα έμαθε στα χρόνια της εκπαίδευσής της.

Μόνο η νοσηλεύτρια μπορεί να δώσει τη φροντίδα που απαιτεί ο άρρωστος με AIDS γιατί χρειάζεται επιστράτευση των γνώσεών της, των παρατηρήσεών της, του προγραμματισμού, της αξιολόγησης και συνεχώς αναθεώρηση των νοσηλευτικών ενεργειών.

Η Νοσηλευτική Διοίκηση έχει την ευθύνη της ανάθεσης της φροντίδας σε νοσηλεύτριες αξίες, ικανές και αριθμητικά επαρκείς να ανταπεξέλθουν με προγραμματισμό, καθοδήγηση και γενναιότητα στη σύγχρονη μεγάλη μάχη για την υγεία και τη ζωή.

Εμείς οι νοσηλεύτριες, παρά τις αισιόδοξες μέχρι τώρα προγνώσεις για την εξέλιξη της καταστραπτικής επιδημίας, δεν έχουμε παρά να ευχηθούμε τη γρήγορη ανακάλυψη κάποιας επιτυχημένης θεραπείας που θα δώσει άλλο θάρρος και προοπτικές στο να κερδίσουμε τη μάχη.

Στην περίπτωση του AIDS μπορούμε να ξαναπούμε κάτι που ένας απ' τους μεγάλους πολιτικούς είπε στις παραμονές του 2ου Παγκοσμίου Πολέμου "δεν έχουμε να φοβηθούμε τίποτα περισσότερο από τον ίδιο το φόβο".

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ Δ: "Υγεία και αρρώστια. Κοινωνικο - πολιτιστικές διαστάσεις", εκδόσεις "Λίτσας", Αθήνα 1988.
- ΑΛΙΜΠΟΥΤΑΚΗ Τ.: "AIDS: Η Ελληνική Πραγματικότητα", εκδόσεις: "Νέα Σύνορα", Αθήνα 1985.
- ΒΟΓΙΑΤΖΑΚΗ Δ: "Πρόληψη, Δημόσια Υγιεινή, Κρατικά μέτρα και συστάσεις". ΙΔ Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο Πρακτικά 1987, σελ. 67-72, ιατρικές εκδόσεις: "Βήτα", 1-3 Σεπτεμβρίου, Θεσσαλονίκη 1987.
- CHARLES F FRATHINE, SIMON E. BROWN: "Έγχρωμος χάρτης για το AIDS", έκδοση 2η, εκδόσεις: "Ελευθερουδάκης", Αθήνα 1988.
- ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ Ι: "Βλενόρροια, σύφιλη, AIDS", εκδόσεις "Βούλαρης", τόμος 2ος, Πάτρα 1987.
- ΖΟΥΜΠΟΥΛΑΚΗΣ Δ: "Νοσηλευτική - Θεραπευτική αντιμετώπιση του AIDS", Παιδιατρική θεραπευτική ενημέρωση, εκδόσεις: "Εθνική Φαρμακοβιομηχανία", Αθήνα 1988.
- HAWKES NIGEL: "AIDS", μετάφραση Α. Πολυχρόνη, εκδόσεις: "Κέδρος", Αθήνα 1988.
- ΚΑΛΟΤΑΙΡΑΚΗΣ Α: "AIDS: Θεραπευτική Αντιμετώπιση - Νοσηλευτικά Προβλήματα". AIDS-ιός της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, εκδόσεις: "Ε.Ο.Φ.", Αθήνα 1989.
- ΛΑΣΚΑΡΑΚΗΣ Γ - ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Γ: "AIDS και Οδοντιατρική", Επίτομος, Ιατρικές εκδόσεις: "Ζήτα", Αθήνα 1988.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.: "Νοσηλευτική: Παθολογική, Χειρουργική", Μέρος 2ο, Τόμος 2ος, έκδοση 10η, εκδόσεις: "ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1988.
- ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Γ. - ΚΑΛΛΙΝΙΚΟΣ Γ: "AIDS - Διεθνή Επιστημονικά δεδομένα - Ελληνική εμπειρία", ιατρικές εκδόσεις: "Λίτσας", Αθήνα 1986.

ΡΑΓΙΑ Α: "Ψυχοκοινωνική νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με AIDS", Νοσηλευτική, τόμος 29, τεύχος 134, σελ. 288-294, ιατρικές εκδόσεις: "Βήτα", Αθήνα, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 1990.

READ -A, BARRIT-D, HEWER-R: "Σύγχρονη Παθολογία", έκδοση 2η, ιατρικές εκδόσεις: "Πέτσας", Αθήνα 1984.

TONNY HARRISON: "Children with AIDS", Nursing Times, Vol 85, No 43 p. 64, 65, October 25, London 1989.

ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ Α. - ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ: "Προληπτική ιατρική", Επιστημονικές εκδόσεις: "Γρηγόριος Παρισιάνος", Αθήνα 1986.