

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ Σ. Ε. Υ. Π.  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ:

«Η ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗ  
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ  
ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ (AIDS)»

Σπουδάστριες:

Παπαγεωργίου Ελένη  
Χατζηγιαννάκη Βασιλική

Υπεύθυνος καθηγητής:

κ.Δετοράκης Ιωάννης

ΠΑΤΡΑ 2001

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	σελ.
v ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....	<b>6</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup></b> .....	<b>8</b>
<b>Ø ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ</b> .....	<b>8</b>
1.1 Ιστορία του <b>AIDS</b> .....	<b>8</b>
1.2 Προέλευση του ιού .....	<b>13</b>
1.3 Τι είναι <b>AIDS</b> .....	<b>14</b>
1.4 Παγκόσμια Επιδημιολογικά Πρότυπα .....	<b>15</b>
1.5 Τρόποι μετάδοσης του ιού και ομάδες υψηλού κινδύνου .	<b>17</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup></b> .....	<b>30</b>
<b>Ø ΑΛΛΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ – ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b> .....	<b>30</b>
2.1 Αιτιολογία .....	<b>30</b>
2.2 Πως δρα ο ιός του <b>AIDS</b> .....	<b>32</b>
2.2.1 Ποια μέρη του σώματος μολύνει ο ιός του <b>AIDS</b> .....	<b>33</b>
2.2.2 Χρόνος επώασης .....	<b>33</b>
2.3 Συμπτώματα .....	<b>34</b>
2.3.1 Παρακάτω τα συμπτώματα αναγράφονται πιο αναλυτικά .	<b>35</b>
2.4 Πως μπορούμε να εξακριβώσουμε αν ένα άτομο είναι φορέας του <b>AIDS</b> .....	<b>36</b>
2.5 Τι μέτρα έχουν παρθεί για το <b>AIDS</b> στον ελληνικό χώρο ..	<b>36</b>
2.6 Τα κρούσματα στην Ελλάδα .....	<b>37</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup></b> .....	<b>39</b>
<b>Ø ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ – ΕΜΒΟΛΙΟ</b> .....	<b>39</b>
3.1 Εργαστηριακές εξετάσεις .....	<b>39</b>
3.2 Η σημασία του <b>test</b> .....	<b>41</b>
3.2.1 Μερικές υπομνήσεις πάνω στο <b>test</b> .....	<b>41</b>
3.3 Ευκαιριακές λοιμώξεις .....	<b>42</b>
3.3.1 Πρωτόζωα .....	<b>44</b>
3.3.2 Μυκητιάσεις .....	<b>46</b>
3.3.3 Ιογενείς λοιμώξεις .....	<b>48</b>
3.3.4 Βακτηριακές λοιμώξεις .....	<b>50</b>
3.3.5 Νεοπλάσματα .....	<b>51</b>
3.4 Ταξινόμηση των Λοιμώξεων .....	<b>53</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup></b> .....	<b>59</b>
<b>Ø ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ</b> .....	<b>59</b>
4.1 Η αντιμετώπιση της Νόσου .....	<b>59</b>
4.2 Θεραπεία του <b>AIDS</b> .....	<b>60</b>
4.2.1 Τι είναι το νέο φάρμακο <b>A.Z.T.</b> .....	<b>60</b>
4.2.2 Πως λειτουργεί το φάρμακο <b>A.Z.T.</b> .....	<b>61</b>
4.2.3 Άλλα φάρμακα για τη θεραπεία του <b>AIDS</b> .....	<b>62</b>
4.3 Εμβόλιο .....	<b>62</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup></b> .....	<b>68</b>
<b>Ø ΠΡΟΛΗΨΗ</b> .....	<b>68</b>
5.1 Μέτρα πρόληψης του νοσηλευτικού προσωπικού .....	<b>68</b>

5.2	Μέτρα πρόληψης του οικογενειακού περιβάλλοντος .....	75
5.3	Προληπτικά μέτρα για τον άρρωστο και φορείς του AIDS	77
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο .....	79
	<b>Ø ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ</b> .....	79
6.1	Θεραπεία .....	79
6.2	Φραγμοί Επικοινωνίας .....	82
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο .....	84
	<b>Ø ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΜΟΛΥΝΣΗΣ</b>	
	<b>ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ HIV</b> .....	84
7.1	Συμβουλευτική .....	85
8.1	Προϋποθέσεις της Συμβουλευτικής .....	87
8.2	Φορείς του HIV και κοινωνικό περιβάλλον .....	90
	<b>Ø ΕΠΙΛΟΓΟΣ</b> .....	91
	<b>Ø ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
	<b>ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ</b>	
	<b>ΣΚΟΠΟΣ</b>	
	<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</b>	
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....	
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	137

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών/τριών πάνω στο θέμα της πρόληψης και της ικανοποιητικής παρέμβασης σε νοσηλευόμενους ασθενείς με **AIDS**.

Για το σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε αρχικά πιλοτική έρευνα. Δόθηκε ερωτηματολόγιο **28** ερωτήσεων κλειστού τύπου σε **100** νοσηλευτές. Από αυτούς οι **50** εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο "Άγιος Ανδρέας" και οι άλλοι **50** στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου.

## **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ**

Η έρευνα διεξήχθη στο νοσηλευτικό προσωπικό που υπηρετεί στα δυο μεγαλύτερα νοσοκομεία της Πάτρας (Αγ. Ανδρέας και Π.Π.Ν.Ρ.) Το συνολικό δείγμα αποτελείται από **100** νοσηλευτές/τριές που απάντησαν σε **28** ερωτήσεις. Θέλοντας να εξετάσουμε τις διαφοροποιήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού σε δυο νοσοκομεία (Αγ. Ανδρέας και Π.Π.Ν.Ρ.) ως προς τον τρόπο νοσηλείας ασθενών ή φορέων με **AIDS** εφαρμόσαμε μια στατιστική ανάλυση σε δείγμα **100** νοσηλευτών/τριών χρησιμοποιώντας το στατικό πακέτο **SPSS**. Εφαρμόσαμε το μη παραμετρικό τεστ **X<sup>2</sup>** για να εξετάσουμε αν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ διαφόρων μεταβλητών που προσδιορίζουν τον τρόπο νοσηλείας ασθενών με **AIDS** και μεταβλητών όπως στο νοσοκομείο στο οποίο εργάζονται, το φύλο, η ηλικία, η εκπαίδευση και άλλων παραγόντων που προσδιορίζουν την γνώση και την εμπειρία του νοσηλευτικού προσωπικού. Μετά την εμφάνιση μέσω των παραπάνω τεστ σημαντικών σχέσεων εξάρτησης μεταξύ των μεταβλητών εφαρμόσαμε τον μη παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης **Gamma** προκειμένου να μετρηθεί ο βαθμός εξάρτησης. Ο συντελεστής **Gamma** μας δείχνει τη σχέση που υπάρχει μεταξύ δυο παραμέτρων. Όταν ο ρυθμός αύξησης είναι ίδιος και για τις δυο παραμέτρους η τιμή του συντελεστή αυξάνεται, ενώ όταν ο ρυθμός αύξησης είναι αρνητικός η τιμή του ελαττώνεται. Ο συντελεστής δεν έχει μονάδες και παίρνει τιμές μεταξύ του **-1** και **1**. Όταν ο

συντελεστής παίρνει την τιμή  $0$  σημαίνει ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Για τον Μιχάλη πολύ πιο χειρότερο από την ανακάλυψη ότι είχε **AIDS** ήταν που είπε στους γονείς του για ολ' αυτά. Αν και ζούσε σαν ομοφυλόφιλος για τέσσερα χρόνια, οι γονείς του δεν το ήξεραν κι έτσι, το να τους το πει ήταν πραγματικά οδυνηρό.

Ένας εικοσιπεντάχρονος υπάλληλος της Τράπεζας ζούσε με τους γονείς του σε μια ήσυχη συνοικία, κάνοντας τη συμβατική αν και με καλλιτεχνικές τάσεις, ζωή ενός νέου άνδρα. Το Φεβρουάριο του **1985**, αποφάσισε να πάει στο νοσοκομείο για **check – up** γιατί παρατήρησε ένα σφίξιμο στο στήθος του και δυσκολία στην αναπνοή.

«Μου έκαναν ένα εισιτήριο αμέσως και μετά από μιάμιση μέρα εξετάσεις μου είπαν τα νέα. Ένωσα μεγάλη έκπληξη, γιατί προηγούμενα είχα εξετασθεί δύο φορές για την αρρώστια και ήμουν καθαρός. Μετά θεώρησα σωστό ότι έπρεπε να το πω στους γονείς μου. Οι γιατροί και οι νοσοκόμες προσφέρθηκαν να το κάνουν αυτοί για μένα, αν και μου είπαν ότι δεν όφειλα να τους το πω. Τελικά επικράτησε η δική μου άποψη.

«Οι γονείς μου ήρθαν περίπου στις τρεις το απόγευμα. Η μητέρα μου στριφογύριζε με λουλούδια και άλλα πράγμα που μου είχε φέρει. Της είπα να καθίσει. Ο πατέρας μου καθόταν ήδη. Είχα προετοιμαστεί όλο το πρωί για το τι επρόκειτο να τους πω. Τους είπα λοιπόν ότι είχα **AIDS**, ότι μου έμειναν ένα με δύο χρόνια ζωής, ότι ήμουνα τρομερά λυπημένος που τους προξενούσα μια τέτοια αναστάτωση και ότι ήξερα ότι δεν ήταν εύκολο γι' αυτούς να συνηθίσουν στη σκέψη.

«Η μητέρα μου συνέχισε να μιλά, αλλά ο πατέρας μου έστριψε πιο πέρα. Μπορούσα να δω στον καθρέφτη ότι έκλαιγε. Δεν τον είχα δει να κλαίει άλλη φορά και τόσο θλιμμένο. Σε λίγο έσπασε και η μητέρα μου και άρχισε κι αυτή να κλαίει. Αποφάσισα ότι έπρεπε να φύγουν, γιατί όλοι θα βρισκόμασταν σε λίγο σε άσχημη κατάσταση. Μετά έπεσα κάτω. Ήταν τρομερά σκληρό. Όλοι οι πόνοι που είχα υποφέρει δεν ήταν τίποτα συγκριτικά. Ήταν σκληρό γιατί τους πλήγωσα τόσο πολύ».

Οι γονείς του Μιχάλη, που ζουν τη ζωή μιας μικρής πόλης, χωρίς γεγονότα, το έχουν αντιμετωπίσει πολύ στωικά το ζήτημα, φροντίζοντάς τον στους άσχημους καιρούς και αφήνοντάς τον μακριά από τις μικροδουλειές του σπιτιού, γιατί συνεχώς αισθάνεται κουρασμένος. Επέμεναν όμως για την τήρηση πλήρους μυστικότητας από το φόβο για το μικρότερο αδελφό του, που είναι ακόμα στο σχολείο. Ο αδελφός του, η αδελφή του και όλοι, εκτός από δύο φίλους του, νομίζουν ότι έχει καρκίνο. Για να ευχαριστήσει τους γονείς του ο Μιχάλης παίζει σ' αυτό το σκηνικό, εφ' όσον ζει ακόμα στο σπίτι, αλλά, το να προσποιείται, είναι κάτι δύσκολο.

Ένας ευγενικός άνδρας με σπάνια καλοσύνη και αρκετό ταλέντο ζωγράφου με κύριο ενδιαφέρον του να προσπαθεί να κρατήσει το θυμικό όλων τους σε καλή κατάσταση και να μην προκαλεί πολλά προβλήματα στην οικογένειά του ή στους γιατρούς που τον φροντίζουν ερχόμενοι οι γονείς του στο νοσοκομείο μόνο όταν τα πράγματα χειροτερεύουν τον βρίσκουν τρομερά αδύνατο, έχοντας χάσει περίπου **30** κιλά από την αρρώστια του και προσπαθώντας να τα βγάλει πέρα με μια σειρά από ευκαιριακές λοιμώξεις. Η αρχική δυσχέρεια που είχε στο στήθος του, που τον έκανε να έλθει στο νοσοκομείο, αποδείχθηκε ότι ήταν βαριά πνευμονία και από τότε έπαθε βαριά στοματίτιδα, φυματίωση και αναιμία.

Παραξενεύτηκε που τον έχει επιλέξει η αρρώστια, γιατί δεν είχε κάνει καμιά ζωή με σχέσεις πολλές και χωρίς διάκριση. Συνειδητοποιώντας ότι ήταν ομοφυλόφιλος στην ηλικία των **19** με **20** ετών, κατέβαινε στην πόλη ελάχιστα, έχοντας δύο ή τρεις συντρόφους την εβδομάδα. Αλλά αυτό συνέβηκε για σχετικά μικρό διάστημα, περίπου μόνο για δύομισι μήνες. Μετά αρκέστηκε σε μια μονογαμική σχέση για δύο χρόνια με ένα μεγαλύτερο, πιο έμπειρο άνδρα, με εξαιρετική εμφάνιση<sup>30</sup>.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

### 1.1 ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ AIDS

**1872:**

Αναφέρεται για πρώτη φορά στην ιατρική βιβλιογραφία το Σάρκωμα Καπόζι (**Kaposi**).

**1919:**

Την περίοδο αυτή η γρίπη από τον ισπανικό ιό σκοτώνει **500.000** Αμερικανούς και **20.000.000** άτομα σ' όλο τον κόσμο. Οι αριθμοί αυτοί αναφέρονται για να φανεί το μέγεθος της καταστροφής που μπορεί να επιφέρει στην ανθρωπότητα μια ιογενής λοίμωξη.

**1937:**

Ανακαλύπτεται μέθοδος θεραπείας της αιμοφιλίας με μετάγγιση πλάσματος. (Σήμερα, οι αιμοφιλικοί στις Η.Π.Α., κατά **80%**, έχουν μολυνθεί από **AIDS**, εξαιτίας ιών συχνών μεταγγίσεων).

**1955:**

Περιγράφεται, για πρώτη φορά στην ιατρική βιβλιογραφία, η πνευμονία από τον μικροοργανισμό **Pneumocystis Carinii**, σε περιστατικά υποσιτιζόμενων βρεφών.

**1957-60:**

Άγνωστος ιός της ομάδας **Retro**, που προσβάλλει μόνο πιθήκους της οικογένειας «Πράσινος πίθηκος ο αφρικανικός», μεταλλάσσεται, δημιουργώντας μια εξελικτική μορφή, που μεταδίδεται στον άνθρωπο. Ο πίθηκος αυτός υπάρχει στα κράτη της Κ. Αφρικής Ζαΐρ (πρ. Βελγικό Κονγκό), Ρουάντα και Μπουρούντι (πρ. Γερμανική Ανατολική Αφρική), Ουγκάντα, Κένυα και Τανζανία (πρ. Τανγκανίκα – Ζανζιβάρη).



Οι χρονολογίες αυτές είναι κατά προσέγγιση, σύμφωνα με τη θεωρία των Αμερικανίδων ερευνητριών του Πανεπιστημίου **Harvard** ιολόγων **Myron Essex** και **Phyllis Kanki**, οι οποίες απέδειξαν ότι η ασθένεια **AIDS** ξεκίνησε από ιθαγενείς των περιοχών αυτών της Κ. Αφρικής, οι οποίοι είτε έσφαζαν και έτρωγαν τους πιθήκους αυτούς είτε μολύνονταν από δαγκώματα των πιθήκων αυτών<sup>17</sup>.

**Οι πρώτες περιπτώσεις AIDS σε ανθρώπους στο Ζαΐρ (πρώην Κονγκό), οι οποίες μένουν αδιάγνωστες.**

**1978:**

Οι πρώτες περιπτώσεις **AIDS** σε ανθρώπους στην Αϊτή, που, πάλι, μένουν αδιάγνωστες.

**1979:**

Ο Αμερικανός **Dr. Joel Weisman**, γιατρός του **Los Angeles**, παρατηρεί περιπτώσεις ασθενών με κλινική εικόνα παρόμοια με αυτή της «λοιμώδους μονοπυρήνωσης». Τα 4 πρώτα του κρούσματα είχαν κάτι κοινό. Ήταν ομοφυλόφιλοι.

**1980:**

Στις Η.Π.Α. υπάρχουν ήδη οι πρώτες εκατοντάδες κρουσμάτων **AIDS** που κανείς δεν τις διέγνωσε σωστά. Ανεπίσημα καλείται «νόσος των ομοφυλοφίλων» (**GRID**). Ο Αμερικανός ερευνητής **Dr. Robert Gallo** απομονώνει τον ιό **HTLV-1** που προκαλεί το σπάνιο είδος λευχαιμίας με το όνομα «Ανθρώπινη λεμφοκυτταρική λευχαιμία τύπου Τα, ή Λέμφωμα εξ ιού» (**HTLV-1**) σε ανθρώπους, με επιτυχία. Σημειώνεται ότι ο **Gallo** δημοσίευσε την έρευνα του σε ηλικία **45** ετών και ότι η αδελφή του είχε πεθάνει από λευχαιμία όταν αυτός ήταν **14** ετών.

### 1982:

Ο επικεφαλής του τμήματος μεταδοτικών νοσημάτων του Αντικαρκινικού Κέντρου της Νέας Υόρκης **Dr. Donald Armstrong** προτείνει το όνομα **AIDS** για τη νέα ασθένεια και ο όρος γίνεται διεθνώς αποδεκτός. Απομονώνεται ιός παρόμοιος με τον ιό **HLTV-1** της λευχαιμίας που προκαλεί ανοσοποιητική ανεπάρκεια στις γάτες (Ιός λευχαιμίας αιλουροειδών).

Ο **Robert Gallo** παίρνει το βραβείο **Albert Lasker** (ανώτατο βραβείο Ιατρικής στις Η.Π.Α.) για την ανακάλυψη του ιού **HLTV-1** και ταυτόχρονα διορίζεται διευθυντής ερευνών για το **AIDS**.

Η ομάδα του **Robert Gallo** (Η.Π.Α) απομονώνει τον ιό του **HLTV-1**, αλλά αμέσως τον απορρίπτει, σαν αίτιο του **AIDS** και συνεχίζει να ψάχνει για κάποιο **Retro** - ιό.

### 1983:

Ομάδα ερευνητών του Ινστιτούτου Παστέρ στο Παρίσι της Γαλλίας, με επικεφαλή τον καθηγητή Λυκ Μοντανιέ (**Luc Montagnier**), απομονώνουν και φωτογραφίζουν τον ιό της ασθένειας **AIDS** και τον ονομάζουν ιό **LAV**. (Προηγούνται κατά **6** μήνες από τους Αμερικάνους). Τον Μάιο του **1983**, δημοσιεύονται οι πρώτες φωτογραφίες του ιού **LAV**.

### 1960:

Το Βελγικό Κονγκό την χρόνια αυτή αποκτά την ανεξαρτησία του. Ο κυβερνήτης Τσόμπε όμως της επαρχίας Κατάγκα την κηρύσσει ανεξάρτητη με αποτέλεσμα να προκληθούν ταραχές.

### 1961:

Στο ανεξάρτητο πια Βελγικό Κονγκό, δολοφονείται ο ριζοσπάστης πρωθυπουργός Λουμούμπα, μετά από διαφωνίες με το μετριοπαθή πρόεδρο Καζαβούμπου. Οι ταραχές συνεχίζονται και επεμβαίνει ο Ο.Η.Ε. Ειρηνευτικό εκστρατευτικό σώμα μεταφέρεται από την Αιτή (νησί της Κραϊβικής), στο Βελγικό Κονγκό.

**1962:**

Σκληρές μάχες του Ο.Η.Ε. με τις δυνάμεις του κυβερνήτη της Κατάγκα Τσόμπε. Οι Αϊτινοί στρατιώτες έρχονται σε επαφές με ιθαγενείς γυναίκες και μολύνονται με τον ιό του **AIDS**.

**1964:**

Η ειρηνευτική στρατιωτική δύναμη του Ο.Η.Ε. από την Αϊτή, ξαναγυρίζει στην πατρίδα της, όπου μεταδίδει τον ιό στους Αμερικανούς τουρίστες, δεδομένου ότι η Αϊτή θεωρείται ο παράδεισος για τους Αμερικάνους ομοφυλόφιλους τουρίστες.

**1965:**

Μετά από πραξικόπημα, επικρατεί στο Βελγικό Κονγκό ο στρατηγός Μομπούτου.

**1971:**

Το Βελγικό Κονγκό μετονομάζεται σε Ζαΐρ, με πρωτεύουσα τη Κινσάσα.

**1972:**

Συντίθεται στη Γαλλία το φάρμακο **HPA-23** για τις ιογενείς εγκεφαλίτιδες.

**1976:**

Απομονώνεται η ουσία ιντερλευκίνη-2 (**Interleucin-2**, μεσολευκίνη-2), που επέτρεψε στους επιστήμονες να καλλιεργήσουν κύτταρα Τα στο εργαστήριο και να μελετήσουν τις ασθένειες που τα προσβάλλουν. Η πρώτη ασθένεια που ερευνήθηκε ήταν ένα είδος λευχαιμίας που οφειλόταν στον ιό **HTLV-1**.

Παρουσιάζεται το πρώτο θανατηφόρο κρούσμα στην Ελλάδα. Πρόκειται για μαύρο, τεχνητή από τη Ζάμπια, που ήρθε να εργασθεί στην Ελλάδα. Το ιστορικό του με λίγα λόγια περιλάμβανε «διόγκωση

αρθρώσεως γόνατος, πυρετό, διόγκωση λεμφαδένων, διάρροιες, γενικευμένη ερπητική λοίμωξη, ερπητική εγκεφαλίτιδα, κώμα, θάνατο». Μετά τον θάνατό του αποδείχθηκε ότι ήταν ομοφυλόφιλος.

#### **1984:**

Το **AIDS** αρχίζει να εξαπλώνεται γεωγραφικά και στατιστικά με τρόπο λογαριθμικό (διπλασιασμός κρουσμάτων ανά εξάμηνο). Αναφέρονται περιπτώσεις στην Ευρώπη, την Ιαπωνία, τη Σοβιετική Ένωση κλπ.

Οι Αμερικανοί ερευνητές του Πανεπιστημίου **Harvard** ιολόγοι **Myson Essex** και **Phyllis Kanki** αποδεικνύουν με δημοσιευμένη έρευνά τους ότι η ασθένεια ξεκίνησε από τον «Πράσινο πίθηκο τον αφρικανικό» των κωρών της Κ. Αφρικής, τον οποίο οι ιθαγενείς έσφαζαν και έτρωγαν, την εποχή **1960-1970**. (Διενέργησαν αιμοληψίες σε ιθαγενείς και σε πιθήκους, αλλά εξέτασαν και όρους αίματος από ψυγείο της εποχής του **1970**).

Την άνοιξη του **1984**, με ανεξάρτητες έρευνες, η ομάδα του Αμερικανού **Robert Gallo** στο Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου (**Bethesda-Maryland-USA**) απομονώνει τον ιό του **AIDS** και του δίνει το όνομα **HLTV-III**, διότι τον θεωρεί παραλλαγή του ιού της «λευκαιμίας από ιό» **HTLV-I**.

Κυκλοφορούν τα πρώτα **TEST** διάγνωσης της ασθένειας, όπως το Γαλλικό **ELISA-TEST** κλπ.

Ο Βρετανός ιολόγος **Richard Tender** ανακαλύπτει το βρετανικό **TEST** ανίχνευσης αντισωμάτων του ιού **AIDS** στο αίμα, εργαζόμενος στα εργαστήρια του **Midsex Hospital (England)**.

#### **1985:**

Ασθενεί από **AIDS** ο γνωστός ηθοποιός του Χόλυγουντ Ροκ Χάτσον (**Rock Hudson**), με αποτέλεσμα – επειδή έπαιζε πρωταγωνιστικό ρόλο στο μεγάλης ακροαματικότητας σήριαλ «Δυναστεία» – η ασθένεια να πάρει τεράστια δημοσιογραφική έκταση. Ήδη, στις Η.Π.Α., ένα στα τρία θεατρικά έργα που παίζονται έχει σαν κύριο θέμα του το **AIDS**.

Στο πρώτο Διεθνές Συνέδριο για το **AIDS** που έγινε στην Ατλάντα της Γεωργίας των Η.Π.Α η Υπουργός Υγείας των Η.Π.Α. κ. **M. Heckler**, κηρύσσει το **AIDS** σαν το υπ' αριθμόν **1** πρόβλημα υγείας των Η.Π.Α. (Απρίλιος **1985**).

Επιτρέπεται η κυκλοφορία του φαρμάκου **HPA-23** στις Η.Π.Α από τον Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων (**FDA**), ενώ η αντίστοιχη αίτηση των Γάλλων εκκρεμεί πάνω από **1** εξάμηνο (σκόπιμο μπουϊκοτάζ).

Το Υπουργείο Υγείας των Η.Π.Α. ανακοινώνει ότι έχουν καταγραφεί **12.736** κρούσματα **AIDS** και οι γνωστοί θάνατοι από την ασθένεια **6.376** άτομα (Ιούλιος **1985-USA**).

Το Ινστιτούτο Παστέρ της Γαλλίας ανακοινώνει ότι έχει έτοιμη τη μέθοδο παραγωγής του εμβολίου και ελπίζει να το κυκλοφορήσει το **1987**.

Έχουν καταμετρηθεί **9** κρούσματα **AIDS** στην Ελλάδα (Σεπτέμβριος **1985**).

Ο ερευνητής του Ινστιτούτου Παστέρ της Γαλλίας **Jean Claude Sherman** ανακοινώνει τα πρώτα ενθαρρυντικά αποτελέσματα από την εφαρμογή του **HPA-23** σε ασθενείς με **AIDS** (Σεπτέμβριος **1985**)<sup>17</sup>.

## **1.2 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 καθεμία διεκδικεί για τον εαυτό της το αλάθητο σε ότι αφορά την καταγωγή του ιού. Οι σημαντικότερες είναι:

### **A) Πράσινος πιθήκος**

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 Έσσεξ.

### **B) Από Ισημερινή Αφρική**

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 την Ισημερινή Αφρική, ταξίδεψε μέσω του δουλεμπορίου στη Λατινική Αμερική, Καραϊβική....

Κι αυτή η άποψη δέχθηκε 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 δεν θα συνέβαινε να προσβάλλει μόνο την Αμερική και μετά να έρθει στην Ευρώπη.

### **Γ) Προϊόν προετοιμασίας για τη διεξαγωγή βιολογικού πολέμου ή μανιπουλάρισμα ιών.**

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 Ντέτρικ του Μέριλαντ, σε μια προσπάθεια να παραχθούν ιοί εν όψει διεξαγωγής βιολογικού πολέμου.

Κατά τον καθηγητή οι παραγόμενοι ιοί δοκιμάζονται πάνω σε βαρυποινίτες που δέχονται σαν αντάλλαγμα τη μείωση της φυλάκισης τους, ή την αποφυλάκισή τους. Γι' αυτό κατά τον Ζεγκάλ, ο ιός κάνει την πρώτη του εμφάνιση σε ομοφυλόφιλους – φυλακισμένους ή παλιότερους τροφίμους των φυλακών.

### **Δ) Μετάλλαξη ιών**

Η τέταρτη θεωρία είναι αυτή που υποστηρίζει ο δικός μας καθηγητής κ. Γεώργιος Παπαευαγγέλου. Σύμφωνα με την άποψή του, ο ιός είναι δυνατό να προήλθε από μεταλλάξεις ιών. Αυτό μπορεί να συμβεί σε κάθε οργανισμό, αρκεί να βρεθεί σε κατάλληλες συνθήκες. Κατά τον Έλληνα καθηγητή, ο ιός ανήκει στην ίδια οικογένεια με την ηπατίτιδα. Η διαφορά τους έγκειται στο ότι ο ένας είναι πιο σκληρός και μεταδίδεται εύκολα, ενώ ο άλλος σαν πιο ευαίσθητος μεταδίδεται πιο δύσκολα<sup>26</sup>.

## **1.3 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ AIDS;**

Το AIDS προέρχεται από τα αρχικά των λέξεων: **ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME** (Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσο-

λογικής Ανεπάρκειας). Η ασθένεια αυτή οφείλεται στην δυσλειτουργία του ανοσολογικού συστήματος. Το σύστημα αυτό μας προστατεύει από τις ασθένειες. Το **AIDS** δεν είναι κληρονομική νόσος αλλά επίκτητη γιατί ο άνθρωπος δεν γεννιέται με αυτό αλλά το αποκτά από τη στιγμή που θα προσβληθεί από τον ιό του **AIDS**.

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

Το **AIDS**, το ίδιο, δεν σκοτώνει, αλλά άλλες ασθένειες σίγουρα θα σκοτώσουν. Και αυτές είναι οι ευκαιριακές λοιμώξεις που συνήθως παρουσιάζονται – όπως αναφέραμε πιο πάνω – σε άτομα με πρόβλημα στο ανοσοποιητικό τους σύστημα. Για παράδειγμα το Σάρκωμα του **Kaposi**, είναι ένας σπάνιος καρκίνος των αιμοφόρων αγγείων του δέρματος που δεν αναπτύσσεται σε άτομα με υγιή ανοσοποιητικό σύστημα. Η **Pneumocystis Carini** που προκαλεί πνευμονία, ο απλός έρπητας, αρκετές μορφές διάρροιας, η μηνιγγίτιδα, η τοξοπλάσμωση που προκαλείται από πρωτόζωο που παρασιτεί στα κατοικίδια ζώα – κυρίως στη γάτα – και προσβάλλει τον εγκέφαλο. Ακόμα και κάτι πιο απλό, όπως μυκητική στοματίτιδα, είναι κάτι συνηθισμένο για τους υγιείς οργανισμούς αλλά πολύ σοβαρό για άτομα που έχουν προσβληθεί από **AIDS**<sup>1</sup>.

#### **1.4 ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΤΥΠΑ**

Τα διαθέσιμα επιδημιολογικά στοιχεία για την κατανομή του **AIDS** σε όλο τον κόσμο υποδεικνύουν ορισμένα διακεκριμένα πρότυπα, καθένα από τα οποία χαρακτηρίζεται από το χρόνο που εμφανίστηκε το νόσημα και από τους προεξάρχοντες τρόπους μετάδοσης. Το επιδημιολογικό πρότυπο περιλαμβάνει τον τύπο πρόληψης και τις δραστηριότητες φροντίδας που απαιτούνται, καθώς και την προτεραιό-

τητα που χρειάζεται να δοθεί σε διάφορες πλευρές αυτών των δραστηριοτήτων.

### ***Πρότυπο I***

Στις περιοχές του προτύπου I, οι περισσότερες περιπτώσεις **HIV** – λοίμωξης και **AIDS** αφορούν ομοφυλοφίλους ή αμφιφυλόφιλους άνδρες και χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Η εκτεταμένη μετάδοση του **HIV** φαίνεται ότι άρχισε στα τέλη της δεκαετίας του **1970**. Η ετεροφυλική μετάδοση αυξάνεται, αλλά σε αυτήν οφείλεται μόνον ένα μικρό ποσοστό των περιπτώσεων. Μετάδοση μέσω του αίματος και των παραγώγων του έχει αναφερθεί, αλλά σήμερα ελέγχεται σε μεγάλο βαθμό με τον εκούσιο αποκλεισμό από την αιμοδοσία των ατόμων με συμπεριφορά υψηλού κινδύνου ή και με τον ομαδικό έλεγχο των αιμοδοτών για **HIV** στην καθημερινή πρακτική. Η αναλογία ανδρών προς γυναίκες στις περιπτώσεις **AIDS** κυμαίνεται από **10 : 1** έως **15 : 1**. Στο γενικό πληθυσμό, ο επιπολασμός του **HIV** είναι συνήθως αρκετά χαμηλότερα από **1%**, αλλά μπορεί να υπερβαίνει το **50%** σε ομάδες με συμπεριφορά υψηλού κινδύνου. Το πρότυπο αυτό είναι τυπικό για τη Β. Αμερική, τη Δ. Ευρώπη, την Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία.

Το επιδημιολογικό πρότυπο που αρχικά ταξινομήθηκε ως πρότυπο I σε πολλές χώρες συνεχίζει να διαμορφώνεται. Για παράδειγμα, σε πολλές λατινοαμερικανικές χώρες, από τα μέσα της δεκαετίας του **1980**, έχει παρατηρηθεί μετάδοση μεταξύ ετερόφυλων με πολλούς ερωτικούς συντρόφους, σε έκταση που να θεωρηθεί ο βασικός τρόπος μετάδοσης. Ως αποτέλεσμα αυτής της αλλαγής, η Λατινική Αμερική αναταξινομήθηκε ως πρότυπο I/II.

### ***Πρότυπο II***

Το πρότυπο II είναι τυπικό για τις περισσότερες από τις περιοχές της Αφρικής νοτιότερα της Σαχάρας και για ορισμένα τμήματα της Καραϊβικής. Οι περισσότερες περιπτώσεις σε αυτές τις περιοχές οφείλονται σε σεξουαλική μετάδοση μεταξύ ετερόφυλων και η αναλογία



ανδρών προς γυναίκες είναι περίπου 1 : 1 με αποτέλεσμα να είναι συνηθισμένη η μετάδοση από μολυσμένες γυναίκες στα έμβρυα ή στα βρέφη τους. Η εκτεταμένη μετάδοση φαίνεται ότι άρχισε στα μέσα ή στα τέλη της δεκαετίας του 1970 και, για ορισμένες χώρες, μπορεί η συνολική επίπτωση της οροθετικότητας στον πληθυσμό να υπερβαίνει σήμερα το 1%. Ακόμη, η μετάδοση γίνεται με μεταγγίσεις αίματος, χρήση βελονών και συριγγών που δεν είναι αποστειρωμένες και με άλλες πρακτικές που διατρυπούν το δέρμα. Ωστόσο, ο βασικό τρόπος μετάδοσης παραμένει σεξουαλικός. Δεν έχει διαπιστωθεί αν συμβαίνει σε πολύ μικρό βαθμό μετάδοση από χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών ή από ομοφυλόφιλους άνδρες. Σε μερικές αστικές περιοχές, έχουν μολυνθεί περισσότερα από 25% των σεξουαλικά ενεργών ατόμων.

### ***Πρότυπο III***

Στις περιοχές του προτύπου III, ο HIV εμφανίστηκε στις αρχές ή στα μέσα της δεκαετίας του 1980 και μέχρι το 1989 είχαν αναφερθεί μόνο μικροί αριθμοί περιπτώσεων AIDS. Σήμερα, αναφέρεται τόσο σε ομοφυλοφιλική όσο και σε ετεροφυλική μετάδοση. Οι περισσότερες πρώιμες περιπτώσεις οφείλονταν σε ταξίδια στις - ή σε επαφή με άτομα από - ενδημικές περιοχές ή προκλήθηκαν από εισαχθέντα παράγωγα αίματος. Σε μερικές περιοχές του προτύπου III, η κατάσταση έχει αρχίσει να αλλάζει ταχύτητα. Στην Ταϊλάνδη, για παράδειγμα, υπάρχουν ενδείξεις για ταχεία εσωτερική διασπορά του HIV τα τελευταία δύο χρόνια που σχετίζεται με τη χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Το πρότυπο καλύπτει τη Β. Αφρική, την Α. Ευρώπη, την Α. Μεσόγειο, την Ασία και το μεγαλύτερο μέρος της περιοχής του Ειρηνικού<sup>27</sup>.

## **1.5 ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΙΟΥ HIV ΚΑΙ ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Οι πιθανοί οδοί μετάδοσης του συνδρόμου της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS) είχαν ήδη εντοπιστεί, πριν ακόμη 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 **3** είναι οι κύριοι τρόποι μετάδοσης του ιού που συνδέονται με την παρουσία του ιού, κυρίως στο αίμα και τα προϊόντα αυτού, καθώς και στο σπέρμα. Οι τρόποι 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 τον πιο μεγάλο κίνδυνο, έτσι ώστε οι ομοφυλόφιλοι άνδρες να αποτελούν το **70-75%** των ασθενών του **AIDS**. Παρά ταύτα, πρόσφατες μελέτες από διάφορες χώρες έχουν αποδείξει ότι η ετερόφυλη σεξουαλική μετάδοση του ιού **HIV** είναι δυνατή, μάλιστα δε ο τρόπος αυτός μετάδοσης κερδίζει σταθερά έδαφος.

Η ετερόφυλη μετάδοση αποτελεί τον επικρατούντα τρόπο κυρίως στην Αφρική αλλά και την Καραϊβική και άλλες χώρες του Τρίτου Κόσμου. Στην Αφρική η σχέση με την οποία απαντά το **AIDS** μεταξύ ανδρών : γυναικών, είναι περίπου **1 : 1**, σε αντίθεση με τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, όπου η σχέση αυτή είναι **13 : 1**. Ενδιαφέροντα 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 συνήθως ανύπανδρες. Επί πλέον οι άνδρες της ομάδας αυτής συνήθως έχουν νοσήσει και από άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ενώ στην ομάδα των γυναικών οι πιο πολλές είναι εκδιδόμενες. Ο κίνδυνος εξάλλου μετάδοσης με ετερόφυλη σεξουαλική επαφή, είναι πιο μεγάλος, όσο πιο μεγάλος είναι ο αριθμός των ερωτικών συντρόφων. Παρά το γεγονός ότι η ετερόφυλη μετάδοση του ιού **HIV** στις ΗΠΑ δεν αντιπροσωπεύει σημαντικό ποσοστό, η συχνότητα μετάδοσης με τον τρόπο αυτό συνεχώς αυξάνει. Έτσι, ενώ μέχρι το **1985**, από τα στοιχεία του **CDC**, η ετερόφυλη σεξουαλική μετάδοση του **AIDS**

αντιπροσωπεύει το **1,7%** των ενηλίκων, το **1991** υπολογίζεται ότι έφθασε το **5%**.

Σημαντικές ερευνητικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι η ετερόφυλη σεξουαλική μετάδοση από άνδρες πάσχοντες από **AIDS** στις γυναίκες τους είναι υψηλή. Εξάλλου ο 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 **HIV** 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 πρόσφατη μελέτη σχετική με το πρόβλημα μετάδοσης του ιού **HIV** με ετερόφυλη σεξουαλική επαφή οι **Fischl** και συν. (**1987**) εξέτασαν **45** (**28** άνδρες και **17** γυναίκες) ενήλικα άτομα πάσχοντα από **AIDS** και τους ή τις συζύγους τους. Από τα **45** ανδρόγυνα, **26** (**58%**) είχαν ορολογικά αναπτύξει αντισώματα εναντίον του ιού **HIV**. Από αυτούς **12** (**71%**) ήταν άνδρες, από τους **17** που εξετάστηκαν, και **14** (**50%**) γυναίκες, από τις **28**. Από τους **12** οροθετικούς άνδρες, **9** ήταν οροθετικοί κατά την έναρξη της μελέτης, ενώ **3** έγιναν οροθετικοί μετά. Από τις **14** οροθετικές γυναίκες, **4** ήταν οροθετικές κατά την έναρξη της μελέτης και **10** έγιναν οροθετικές μετά. Σημαντική είναι η παρατήρηση ότι τα πιο πολλά από τα ζεύγη που μολύνθηκαν μετά την έναρξη της μελέτης δε χρησιμοποιούσαν φραγμούς αντισύλληψης και είχαν στοματογεννητικές επαφές. Τα ευρήματα της μελέτης δείχνουν χωρίς αμφιβολία ότι ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού **HIV** ανάμεσα σε ζεύγη με ετερόφυλη σεξουαλική επαφή είναι υψηλός. Παρά ταύτα, το μέγεθος του κινδύνου μετάδοσης του **AIDS** με ετερόφυλη σεξουαλική επαφή, καθώς και οι μηχανισμοί που παίρνουν μέρος σ' αυτού του είδους τη μετάδοση δεν είναι πλήρως γνωστοί.

Πολλές μελέτες έχουν επιχειρήσει να καταγράψουν επί μέρους παραμέτρους που συνδέονται και με τον κίνδυνο μετάδοσης του ιού **HIV** με τη σεξουαλική οδό. Εάν ο κίνδυνος μετάδοσης αυξάνει, όπως σε άλλα

σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ανάλογα με τον αριθμό των σεξουαλικών επαφών με άτομο που πάσχει, δεν είναι πλήρως γνωστό.

Σε ομοφυλοφίλους άνδρες ο κίνδυνος μόλυνσης είναι πιο μεγάλος, εάν υπάρχει μεγάλη εναλλαγή ερωτικών συντρόφων και εάν υπάρχουν πρωκτικές σεξουαλικές επαφές. Επί πλέον ο αριθμός των ερωτικών συντρόφων φαίνεται να σχετίζεται με τον κίνδυνο μόλυνσης και σε ετερόφυλες σεξουαλικές σχέσεις. Δεν έχει όμως αποδειχτεί συσχέτιση μεταξύ του κινδύνου μόλυνσης και του αριθμού των σεξουαλικών επαφών με το ίδιο άτομο, ούτε και με τη χρονική διάρκεια των σχέσεων αυτών. Η στοματογεννητική επαφή φαίνεται ότι αποτελεί δευτερεύουσα οδό μόλυνσης, αφού σε λίγες μόνο περιπτώσεις έχει ενοχοποιηθεί. Σε πειραματικό εξάλλου επίπεδο ο ιός μεταδίδεται, όταν τοποθετηθεί στο βλεννογόνο του κόλπου, ενώ δε συμβαίνει το ίδιο και με το βλεννογόνο του στόματος.

Η αδυναμία συσχέτισης του κινδύνου μετάδοσης του ιού **HIV** με εξωγενείς παραμέτρους που σχετίζονται με τον τρόπο των σεξουαλικών επαφών ενισχύει την άποψη ότι επί πλέον παράγοντες που σχετίζονται με τον ξενιστή, καθώς και τον ιό, παίζουν σημαντικό ρόλο στην πιθανότητα μόλυνσης από άνδρα σε γυναίκα είναι πιο μεγάλος από ότι από γυναίκα σε άνδρα από (εκτός από Αφρικής). Ένας παράγων που συνδέεται με την διαφορά αυτή είναι η παρουσία του ιού στο σπέρμα, ενώ η μετάδοση του ιού από τα κολπικά υγρά δεν έχει τεκμηριωθεί, παρά το γεγονός ότι ο ιός έχει απομονωθεί σ' αυτά. Επί πλέον παράγοντες που συνδέονται με επιδημιολογικά δεδομένα ευθύνονται ενδεχόμενα με τον μικρό επί του παρόντος κίνδυνο μετάδοσης του ιού **HIV** από γυναίκες σε άνδρες με σεξουαλική επαφή. 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 **HIV** αποτελεί τη δεύτερη σε συχνότητα πηγή μόλυνσης. Κίνδυνο αιματογενούς 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.

**Μετάγγιση αίματος και προϊόντων αυτού.** Ο τρόπος αυτός μετάδοσης του ιού **HIV** είναι ίσως ο πιο άδικος, αφού γίνεται με την μετάγγιση αίματος ή και προϊόντων αίματος σε άτομα που δεν είχαν ενεργητική συμμετοχή στη μόλυνση. Τον πιο μεγάλο κίνδυνο διατρέχουν πολυμεταγγιζόμενα άτομα και αιμοφιλικοί, και πιο σπάνια, άτομα που έκαναν περιστασιακά μετάγγιση. Στις ΗΠΑ η οδός αυτή αντιπροσωπεύει το **2%** περίπου των ενηλίκων και το **12%** των παιδιών με **AIDS**. Δεν είναι γνωστά τα ελάχιστα ποσά του ιού **HIV** που είναι απαραίτητα, για να αναπτυχθεί η λοίμωξη. Παρόλα αυτά ορισμένες πληροφορίες σχετικές με τον κίνδυνο μόλυνσης με μετάγγιση μολυσμένου αίματος είναι χρήσιμες. Πολύ αξιόλογα σχετικά με το πρόβλημα είναι τα ευρήματα πρόσφατης μελέτης των **Ward** και συν (**1987**) που παρακολούθησαν και μελέτησαν **59** άτομα που έλαβαν αίμα από **31** αιμοδότες οι οποίοι αποδείχτηκε ότι είχαν **AIDS** ή αντισώματα εναντίον του ιού **HIV**. Από τους **59** αιμολήπτες, οι **39 (66%)** ήταν θετικοί για **HIV** αντισώματα.

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 αιμοδότες. Όλοι οι μεταγγιζόμενοι ανέπτυξαν λοίμωξη μέσα σε **23** μήνες από την ανάπτυξη του **AIDS** στους αιμοδότες. Οι **Large** και συν (**1986**) εξάλλου περιέγραψαν **9** παιδιά που μολύνθηκαν με τον ιό **HIV** από μια μόνο μετάγγιση μολυσμένου αίματος από ένα αιμοδότη. Είναι γενικά παραδεκτό ότι, εφόσον μεταγγιστεί ενδοφλέβια σημαντική ποσότητα μολυσμένου αίματος, η λοίμωξη με τον ιό **HIV** είναι αναπόφευκτη. Ο μέσος χρόνος επώασης της νόσου αρχικά υπολογίστηκε σε **27,5** μήνες. Μετέπειτα όμως μελέτες, με πιο ακριβείς μεθόδους υπολογισμού, έδειξαν ότι είναι πιο μακρύς και ανέρχεται σε **54** μήνες.

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 και οι συμπυκνωμένοι παράγοντες της πήξεως **VIII** και **IX**. Αντίθετα η λοίμωξη δε μεταδίδεται με άλλα προϊόντα που προέρχονται από το αίμα όπως οι ανοσοσφαιρίνες, οι πρωτεΐνες του πλάσματος, τα λευκώματα, το εμβόλιο ηπατίτιδας Β κ.α.

Το πρόβλημα της μετάδοσης του ιού **HIV** με μετάγγιση αίματος και των προϊόντων αυτού μπορεί να αποτελέσει πρότυπο της μόλυνσης, εάν ληφθούν ορισμένα μέτρα. Τα μέτρα αυτά λαμβάνονται ήδη από το **1985** στις περισσότερες χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, και έχουν περιορίσει σε πολύ χαμηλά επίπεδα τον κίνδυνο, είναι δε κυρίως:

- α. ο υποχρεωτικός έλεγχος του αίματος και πλάσματος για αντισώματα εναντίον του ιού **HIV** όλων των αιμοδοτών, β. ο αποκλεισμός και από την αιμοδοσία ατόμων που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου του **AIDS** και γ. η αδρανοποίηση του ιού **HIV** με θερμότητα σε προϊόντα του αίματος που χρησιμοποιούνται σαν παράγοντα πήξεως. Παρόλα αυτά ένας μικρός κίνδυνος, που κυμαίνεται μεταξύ **1 : 100.000** έως **1 : 1.000.000** εξακολουθεί, να υπάρχει και οφείλεται σε ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα στην ανίχνευση **HIV** αντισωμάτων στο αίμα με τη μέθοδο **ELISA**. Ο μικρός αυτός κίνδυνος έχει εντοπιστεί στην πράξη με τη μετάδοση λοίμωξης **HIV** με μετάγγιση οροαρνητικού αίματος.

**Τοξικομανείς με ενδοφλέβια χρήση:** Η ενδοφλέβια λήψη ναρκωτικών ουσιών φαίνεται ότι αποτελεί τη δεύτερη σε συχνότητα οδό μετάβασης του ιού **HIV**, αφού αντιπροσωπεύει στις ΗΠΑ περίπου το **17%** και στην Ευρώπη το **8%** όλων των περιπτώσεων του **AIDS**. Εν τούτοις υπάρχουν διαφορές στα ποσοστά μεταξύ διαφόρων χωρών, καθώς και μεταξύ πόλεων της ίδιας χώρας που συνδέονται άμεσα με τις συνήθειες παρεντερικής χρήσης των ναρκωτικών και άλλα επιδημιολογικά δεδομένα (π.χ. ομαδική διαβίωση, σεξουαλικές συνήθειες κ.α.). Η αιτία μετάδοσης και κοινή χρήση μολυσμένων με αίμα και μη αποστειρωμένων βελονών και συριγγών. 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. Μελέτες έδειξαν ότι η συνήθεια αυτή απαντά τόσο σε ομοφυλόφιλους τοξικομανείς, όσο και σε ετερόφυλους. 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. Αντίθετα δε φαίνεται 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 αρκούν μικρές ποσότητες ανάλογες με εκείνες που είναι επικίνδυνες για μετάδοση του ιού με τρύπημα βελόνας κατόπιν ατυχήματος. Πρέπει να τονιστεί ότι οι τοξικομανείς με ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών αποτελούν τον πιο μεγάλο κίνδυνο για ετερόφυλη διασπορά του ιού **HIV**, 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 επί πλέον κίνδυνος είναι ότι το **30-50%** των γυναικών αυτών παράλληλα εκδίδεται και αποτελεί πηγή μόλυνσης ετεροφυλόφιλων ανδρών.

Η μετάδοση του ιού **HIV** 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 των τοξικομανών, σε ειδικά κέντρα κ.α.

**Μετάδοση από Μητέρα σε Παιδί.** Ο τρόπος αυτός μετάδοσης (κάθετος και περιγεννητικός) του ιού **HIV** αφορά μολυσμένες μητέρες και τα παιδιά τους. Ο κίνδυνος είναι μεγάλος αφού οι πιο πολλές περιπτώσεις του ιού κατά τη διάρκεια της κύησης ή αμέσως μετά. Περίπου **40-50%** των παιδιών που γεννιούνται από μητέρες μολυσμένες

με τον ιό **HIV** είναι επίσης μολυσμένα από τον ίδιο ιό. Στο **50%** των περιπτώσεων, η διάγνωση της λοίμωξης **HIV** γίνεται πριν από **1** έτος. Τα περισσότερα από τα παιδιά αυτά (περίπου **60%**) θα αναπτύξουν τελικά πλήρες **AIDS** και θα πεθάνουν.

Η μετάδοση του ιού **HIV** από μολυσμένες μητέρες στους απογόνους τους μπορεί να γίνει με τους πιο κάτω τρόπους: α. στο κύημα στη μήτρα μέσω της πλακούντιας κυκλοφορίας, β. στο βρέφος κατά τη διάρκεια του τοκετού με εμβολιασμό μολυσμένου αίματος και άλλων μολυσμένων βιολογικών υγρών και γ. στο βρέφος μετά τη γέννηση μέσω μολυσμένου μητρικού γάλακτος. Η οδός μόλυνσης μπορεί να είναι μια ή περισσότερες, χωρίς επί του παρόντος να είναι γνωστό ποια οδός έχει το μεγαλύτερο κίνδυνο μετάδοσης.

Ερευνητικά δεδομένα και κλινικές παρατηρήσεις έχουν αποδείξει τη δυνατότητα μόλυνσης του κυήματος κατά τη διάρκεια της ενδομήτριας ζωής, αφού ο ιός έχει απομονωθεί στο αίμα του ομφαλίου λώρου και έχει καταγραφεί περίπτωση μολυσμένου βρέφους που γεννήθηκε με καισαρική τομή. Ένα επί πλέον δεδομένο που συνηγορεί ότι η ενδομήτρια μόλυνση είναι υπαρκτή είναι η καταγραφή κρανιοπροσωπικών δυσπλασιών σε **20** μολυσμένα με τον ιό **HIV** νεογνά από τους **Marion** και συν. (**1986**), που σημαίνει ότι η μόλυνση έγινε μεταξύ **12<sup>ης</sup>** - **16<sup>ης</sup>** της εμβρυϊκής εβδομάδας. Τέλος 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 της νόσου. Στις πιο πολλές περιπτώσεις οι μητέρες κάνουν ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ή είναι εκδιδόμενες ή είναι σύζυγοι αμφιφυλόφιλων, αιμοφιλικών και τοξικομανών ανδρών.

**Τρόποι που δε 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 **HIV**. Παρά το γεγονός ότι ο ιός **HIV** έχει ανιχνευθεί σε πολλά βιολογικά υγρά του ανθρώπινου σώματος, όπως αίμα, σπέρμα, ορός, κολπικές εκκρίσεις, μητρικό γάλα, σάλιο, δάκρυα, ούρα, πλευρωτικό και κυψελιδικό υγρό, εγκεφαλονωτιαίο υγρό, δεν έχει αποδειχτεί ότι μπορεί μέσω αυτών να μεταδοθεί. Συσσωρευμένα επιδημιολογικά δεδομένα έχουν αποδείξει ότι μόνο το αίμα και το σπέρμα ευθύνονται άμεσα για τη μετάδοση της νόσου. Επί πλέον υπάρχουν ενδείξεις ότι είναι πιθανή η μετάδοση του ιού με τις κολπικές εκκρίσεις και το μητρικό γάλα. Το πρόβλημα που υπάρχει με το σάλιο αναπτύσσεται αμέσως πιο αναλυτικά. Ο ιός **HIV** δε μεταδίδεται με συνηθισμένες κοινωνικές επαφές όπως χειραψία, αθώα κοινωνικά φιλήματα, εναγκαλισμούς, κλάψιμο, βήχας, φτέρνισμα κ.α. Επί πλέον δε μεταδίδεται η νόσος από τηλεφωνικές συσκευές, πόμολα, τουαλέτες, πισίνες, θάλασσα, κοινό-χρηστα σκεύη (π.χ. πιάτα, ποτήρια, πιρούνια, κουτάλια κ.α), τρόφιμα, έπιπλα και άλλα αντικείμενα. Το πρόβλημα της πιθανής μετάδοσης του ιού **HIV** σε ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό, καθώς και σε μέλη οικογενειών πασχόντων από **AIDS**, αναλύεται στη συνέχεια σε ειδικό κεφάλαιο. Τέλος δεν υπάρχουν τεκμηριωμένες ενδείξεις ότι ο ιός μεταδίδεται με δήξη εντόμων, παρά το γεγονός ότι το θέμα έχει συζητηθεί στον τύπο (εφημερίδες και περιοδικά)<sup>26</sup>.

**Πιθανότητα Μετάδοσης με το Σάλιο.** Η ανεύρεση του ιού **HIV** σε διάφορα βιολογικά υγρά του ανθρώπινου οργανισμού δε σημαίνει απαραίτητα ότι μπορεί να μεταδώσει και τη λοίμωξη. Η ανίχνευση του ιού **HIV** στο ολικό σάλιο έγινε εντούτοις αφορμή μεγάλης ανησυχίας στην κοινή γνώμη και τους οδοντίατρους, σε ολόκληρο τον κόσμο. Μέχρι σήμερα δεν έχει αποδειχτεί ότι ο ιός **HIV**, σε αντίθεση με τον κυτταρομεγαλοϊό, μπορεί να περάσει ενεργητικά μέσω των κυττάρων του αδενικού επιθηλίου, αφού δεν έχει απομονωθεί σε αμιγή παρωδινική έκκριση. Η παρουσία του ιού **HIV** στο ολικό σάλιο μπορεί να οφείλεται στην παρουσία ολικού αίματος και ορού, λόγω λύσης της συνέχειας του επιθηλίου, ή να προέρχεται από το ουλικό υγρό. Επί πλέον βρογχικές

εκκρίσεις ή επιθηλιακά κύτταρα και άλλα στοιχεία που υπάρχουν στο ολικό σάλιο μπορεί να ευθύνονται για την παρουσία του ιού **HIV**<sup>26</sup>.

**Λοιποί Παράγοντες που Σχετίζονται με τη Μετάδοση.** Εκτός από τις κύριες οδούς μόλυνσης που αναπτύχθηκαν προηγούμενα και άλλοι παράγοντες ενδεχόμενα επηρεάζουν τη μετάδοση του ιού **HIV**. Η άποψη ότι ασυμπτωματικοί φορείς είναι πιο μολυσματικοί, γιατί έχουν περισσότερα **T4**-λεμφοκύτταρα στόχους, δε φαίνεται να ευσταθεί σήμερα.

Πράγματι, πρόσφατες ενδείξεις δείχνουν ότι η μολυσματικότητα ενός πάσχοντος από λοίμωξη **HIV** αυξάνει με την εξέλιξη της νόσου. Τούτο οφείλεται στο γεγονός ότι ο ιός **HIV** προσβάλλει, εκτός από τα λεμφοκύτταρα **T4** και τα μακροφάγα, και άλλες συγγενείς κυτταρικές σειρές που αποτελούν έτσι δεξαμενές πολλαπλασιασμού του ιού (Πίν. 1)<sup>26</sup>.

**Πίνακας 1. Τροπισμός του ιού HIV στον ανθρώπινο οργανισμό**

Κατανομή του ιού	Κύτταρα που προσβάλλει
Περιφερικό αίμα	<b>CD4 + T4</b> λεμφοκύτταρα
	<b>CD4 +</b> μονοκύτταρα
	<b>CD4 + B</b> -λεμφοκύτταρα
	εκτός κυττάρων σωματίδια ( <b>virions</b> ) στον όρο
Άλλα βιολογικά υγρά	
σπέρμα	λεμφοκύτταρα, εκτός κυττάρων
κολπικά υγρά	λεμφοκύτταρα, εκτός κυττάρων
σάλιο	λεμφοκύτταρα, εκτός κυττάρων
δάκρυα	εκτός κυττάρων
μητρικό γάλα	λεμφοκύτταρα
εγκεφαλονωτιαίο υγρό	λεμφοκύτταρα
Δέρμα	κύτταρα <b>Langerhans</b>
Βλεννογόνος στόματος	κύτταρα <b>Langerhans</b>
Πνεύμονες	Μακροφάγα κυψελίδων
ΚΝΣ	Μικρογλοία (μακροφά), αστροκύτταρα

Γενετικοί παράγοντες επίσης φαίνεται να παίζουν, όπως και σε άλλες λοιμώξεις και στη λοίμωξη **HIV** σημαντικό ρόλο. Υπάρχουν ενδείξεις ότι άτομα που έχουν φαινότυπο **Gclf** είναι πιο ευάλωτα στη λοίμωξη με τον ιό **HIV** και η νόσος εξελίσσεται πιο γρήγορα, σε αντίθεση με άτομα που έχουν φαινότυπο **Gc2**. Εφόσον τα ευρήματα αυτά επιβεβαιωθούν και με άλλες μελέτες στο μέλλον, ίσως δώσουν ερμηνεία στις διαφορές που υπάρχουν στη διασπορά της νόσου, τόσο σε φυλετικό επίπεδο, όσο και σε διάφορες πληθυσμιακές ομάδες. Σημαντικό ρόλο εξάλλου παίζει η ευαισθησία του ξενιστή στη λοίμωξη που σχετίζεται με τη λειτουργία του ανοσολογικού συστήματος. Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με τη μεταδοτικότητα του ιού είναι η ποσότητα αυτού που εισέρχεται στον οργανισμό, η ζωτικότητα του ιού, η οδός εισόδου, η είσοδος περισσότερων στελεχών, η συνύπαρξη άλλων λοιμώξεων κ.α<sup>26</sup>.

**Πίνακας 2. Κατανομή ασθενών με AIDS στις ομάδες υψηλού κινδύνου στους ενήλικες στις ΗΠΑ\* και την Ευρώπη\*\***

Ομάδα κινδύνου	Ευρώπη %	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
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

\*CDC, Ιούλιος 1986

\*\* WHO, Ιούνιος 1986

**Ομάδες Υψηλού Κινδύνου.** Τα άτομα που κινδυνεύουν περισσότερο να μολυνθούν με τον ιό **HIV** και να νοσήσουν χαρακτηρίζονται σαν ομάδες υψηλού κινδύνου του **AIDS**. Η διαμόρφωση των ομάδων αυτών αντανακλά ευθέως στους τρόπους μετάδοσης του ιού **HIV**, όπως αυτές αναπτύχθηκαν προηγουμένα. 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 των προηγούμενων ομάδων και, τέλος, άτομα που δεν μπορεί να προσδιοριστεί η οδός μόλυνσης και δεν ανήκουν στις προηγούμενες ομάδες. Στον πίνακα **3** βρίσκονται συγκεντρωμένα στοιχεία<sup>20</sup>.

**Οικογενειακό Περιβάλλον Πασχόντων.** Η πιθανότητα διασποράς του ιού **HIV** με κοινωνικές επαφές δημιουργεί τεράστια κοινωνικά, επαγγελματικά, νομικά και ηθικά προβλήματα. Εάν πραγματικά υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης του ιού άλλη, εκτός της σεξουαλικής επαφής και της παρεντερικής έκθεσης με μολυσμένο αίμα και τα προϊόντα του, τότε τα μέλη οικογενειών των πασχόντων από **AIDS** διατρέχουν τον πιο μεγάλο κίνδυνο, λόγω του παρατεταμένου, στενού και καθημερινού συγχρωτισμού. Σαν μέλη οικογενειών θεωρούνται άτομα τα οποία ζουν στο ίδιο περιβάλλον με ασθενείς, τουλάχιστον για **3** μήνες από τη μολυσματική φάση της λοίμωξης και χωρίς να έχουν σεξουαλικές επαφές μεταξύ τους. Μέχρι το τέλος του **1987** είχαν γίνει **9** αξιόλογες μελέτες που είχαν σαν αντικείμενο τον κίνδυνο τυχαίας μόλυνσης του οικογενειακού περιβάλλοντος ασθενών με λοίμωξη **HIV** (Πίν.6).

Συνολικά εξετάστηκαν **627** άτομα που ανήκαν στο στενό οικογενειακό περιβάλλον **281** πασχόντων από **AIDS**. Κανένα από τα άτομα αυτά δεν είχε αναπτύξει σώματα εναντίον του **HIV**, παρά το γεγονός ότι ο χρόνος συγχρωτισμού έφθανε μέχρι και **48** μήνες. Οι ασθενείς με **AIDS** ανήκαν σε όλες τις ομάδες κινδύνου της νόσου, ήταν δηλαδή ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι άνδρες, τοξικομανείς με ενδοφλέβια χρήση, αιμοφιλικά άτομα κ.α. Η μεγάλη πλειοψηφία των ατόμων που εξετάστηκαν, έκανε κοινή χρήση αντικειμένων και χώρων με τους ασθενείς (κρεβάτι, κλινοσκεπάσματα, τουαλέτες, μαγειρικά σκεύη, λερωμένα αντικείμενα με σάλιο ή και άλλα βιολογικά υγρά, οδοντόβουρτσες, πετσέτες, κ.α.). Τα ρούχα και των δύο ομάδων

πλένονταν μαζί. Επί πλέον πολλά άτομα είχαν εναγκαλισμούς με πάσχοντες, έδιναν και έπαιρναν φιλιά στα μάγουλα και τα χείλη και μερικά είχαν δαγκωθεί από αυτούς. Εντυπωσιακά είναι εξάλλου τα στοιχεία **CDC** των ΗΠΑ, όπου μέχρι το Φεβρουάριο του **1987**, στις **30.000** περιπτώσεις ασθενών με **AIDS**, δεν περιλαμβανόταν καμία περίπτωση μέλους οικογένειας πάσχοντος από **AIDS**, εκτός εάν είχαν σεξουαλικές επαφές ή ήταν παιδιά μολυσμένων μητέρων. Παρά, λοιπόν, τη συχνή και στενή επαφή, ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού **HIV** στο οικογενειακό περιβάλλον των πασχόντων από **AIDS** είναι μηδενικός. Τα υπάρχοντα ευρήματα είναι ομόφωνα και αξιόπιστα, ώστε να αποτελέσουν κριτήριο για να αποβάλει το κοινωνικό σύνολο τη φοβία και τον πανικό τυχαία μόλυνση με συνηθισμένες κοινωνικές σχέσεις.

Συμπερασματικά τα επιδημιολογικά δεδομένα που σχετίζονται με τον κίνδυνο τυχαίας μόλυνσης του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού, οδοντίατρων και μελών οικογενειών πασχόντων από **AIDS** που έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς, δείχνουν ότι ο κίνδυνος αυτός είναι ελάχιστος ή δεν υπάρχει καθόλου <sup>25</sup>.

**Πίνακας 3. Κίνδυνος τυχαίας μόλυνσης με τον ιό HIV σε μέλη οικογενειών πασχόντων από AIDS.**

Συγγραφείς	Πάσχοντες από AIDS	Μέλη οικογενειών	Οροθετικοί	Ομάδες κινδύνου AIDS	Τυχαία μόλυνση
Lawrence και συν. (1985)	29	42	0	0	0
Melbye και συν. (1985)	14	35	1	1	0
Redfield και συν. (1985)	7	11	1	1	0
Thomas και συν. (1985)	28	25	3	3	0
Friebland και συν. (1986)	39	101	1	1	0
Jason και συν. (1986)	34	45	0	0	0
Rogers και συν. (1986)	24	85	0	0	0
Saltzamn και συν. (1986)	61	145	1	1	0
Fisch και συν. (1987)	45	138	19	19	0
<b>Σύνολο</b>	<b>281</b>	<b>627</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>0</b>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

### ΑΙΤΙΑ – ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ - ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

#### 2.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, οφείλεται σε λοιμογόνο παράγοντα τον ιό **HIV**, ενώ φαίνεται να συνεργούν και υποβοηθητικοί παράγοντες. Ιστορικά αναφέρουμε την αρχική υπόθεση ότι ο λοιμογόνος παράγοντας ήταν ο ιός της ηπατίτιδας Β, υπόθεση, όμως, που γρήγορα εγκαταλείφθηκε. Το ίδιο έγινε με το μεγαλοκυτταρικό ιό και τον ιό **Epstein – Barr** δεδομένου ότι οι δύο αυτοί ιοί ανευρίσκονται και σε ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού ή σε καρκινοπαθείς που παίρνουν ανοσοκατασταλτικά. Έτσι η έρευνα στράφηκε στους ρετροϊούς, που είναι πολύ διαδεδομένοι στα ζώα.

Οι ρετροϊοί είναι **RNA** – ιοί μεγάλου μοριακού βάρους, με σφαιρικό σχήμα και αποτελούνται από περίβλημα και πυρηνοκαψίδιο. Το λιποπρωτεϊνικό περίβλημα περιέχει ιϊκά στοιχεία, που βοηθούν στην προσκόλληση στους υποδοχείς των κυττάρων, ενώ το πυρηνοκαψίδιο περιέχει την νουκλεοπρωτεΐνη (πίνακας 15).

Οι ρετροϊοί έχουν την ικανότητα να αναπαράγονται με τη μεταφορά γενετικών πληροφοριών από το **RNA** στο **DNA**, με τη μεσολάβηση ενός ενζύμου της ανάστροφης τρανσκριπτάσης. Με τον τρόπο αυτό ενσωματώνονται στο γενετικό υλικό του κυττάρου – στόχου και προκαλούν έτσι διάφορες νεοπλασματικές παθήσεις στα ζώα. Τελευταία διαπιστώθηκε ο αιτιολογικός ρόλος των ανθρώπινων ρετροϊών στην εμφάνιση νεοπλασματικών ασθενειών και του **AIDS** στον άνθρωπο.

Η ανακάλυψη του ιού του λεμφαδενικού συνδρόμου (**LAV**) και του όμοιου ιού **HTLV – III**, έλυσε το πρόβλημα της αιτιολογίας της νόσου μετά από πολλές προσπάθειες. Σήμερα είναι γνωστό ότι ο ιός **LAV / HTLV . III** δεν προϋπήρχε, αλλά είναι προϊόν μεταλλάξεων παρόμοιων ιών, χάρη στις οποίες ο ιός μπόρεσε να αντιμετωπίζει την άμυνα του οργανισμού, όπως περιγράφεται παρακάτω.

Ένας παρόμοιος, δηλαδή, ιός, ο ιός του πράσινου πιθήκου της Αφρικής (**STLV - III**), που αργότερα ονομάστηκε και **LAV - 2** απομονώθηκε σε ανθρωποειδή, χωρίς να προκαλεί νόσο. Με την πάροδο του χρόνου ο ιός **STLV - III** χάρη σε νέες μεταλλάξεις έγινε παθογόνος για τον άνθρωπο και ίσως προκάλεσε τοπικές μικροεπιδημίες, οι οποίες λόγω αποικιοκρατίας και δυσχερειών στις μετακινήσεις των ιθαγενών δεν επεκτάθηκαν. Η αναδρομική ερευνά, όμως, έδειξε ότι τα πρώτα κρούσματα της νόσου εμφανίσθηκαν στο διάστημα μεταξύ των τελευταίων **10 - 20** ετών. Η χρονική αυτή περίοδος, συμπίπτει με την ελεύθερη διακίνηση των πληθυσμών, με κοινωνικές και περιβαλλοντικές αλλαγές, που βοήθησαν να επικρατήσει η μετάλλαξη του ιού. Ο ιός από την Κεντρική Αφρική μεταδόθηκε στην Ευρώπη και από το Ζαΐρ στον Αϊτινό στρατό, ο οποίος επιστρέφοντας στην Αϊτή διέσπειρε τον ιό στο γενικό πληθυσμό.

Από την Αϊτή ο ιός μετανάστευσε το τέλος της δεκαετίας του **1970** στους ομοφυλόφιλους των ΗΠΑ, όπου βρήκε εξαιρετικά πρόσφορο έδαφος για ανάπτυξη και από εκεί εξαπλώθηκε σε όλο τον κόσμο. Στην εξαπλώση βοήθησαν και οι διάφορες ιατρικές πράξεις, όπως οι εγχειρήσεις, λόγω των μεταγγίσεων αίματος ή παραγώγων αίματος.

Στις ΗΠΑ το **50%** των πασχόντων από **AIDS** έχουν αντισώματα κατά του **STLV - III**, ενώ στη Δυτική Αφρική έχουν όλοι οι πάσχοντες από **AIDS**.

Σήμερα είναι παραδεκτό ότι ο ιός **LAV** και ο ιός **HTLV - III** είναι πανομοιότυποι, ταξινομήθηκαν στην ομάδα των ανθρώπινων ρετροϊών και καθιερώθηκαν με την ονομασία **HIV** (ιός ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας).

Είναι πλέον γνωστή λεπτομερώς η σύνθεση του γενετικού υλικού του ιού, ώστε να είναι δυνατή η μελέτη της μεταβλητότητας των στελεχών του ιού, που απομονώνονται ανά τον κόσμο.

Άλλοι άνθρωποι ρετροϊοί που έχουν ανακαλυφθεί μέχρι σήμερα, είναι ο ιός **HTLV - I**, που είναι ο πρώτος ρετροϊός που απομονώθηκε σε καλλιέργεια λεμφοκυττάρων πάσχοντος από T - κυτταρική λευχαιμία των ενηλίκων. Είναι αρκετά σπάνιος στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ. Μπορεί να

προκαλέσει T – κυτταρική λευχαιμία ενηλίκων στην Ιαπωνία ή T – κυτταρικό λεμφοσάρκωμα και λευχαιμία στην Καραϊβική, όπως, επίσης, χρονιές μυελογενείς λευχαιμίες.

Επίσης ο ανθρώπινος ρετροϊός **HTLV – II** απομονώθηκε για πρώτη φορά σε ασθενή με λευχαιμία τριχωτών κυττάρων, ενώ μαζί με τον **HTLV – I** φαίνεται να έχουν ομοιότητες στη δομή και στη μορφολογία με τον ιό της λευχαιμίας των βοοειδών. Αντισώματα έναντι του ιού **HTLV – II** έχουν βρεθεί σε ελάχιστους ασθενείς με **AIDS**.

Τέλος, ένας άλλος ανθρώπινος ρετροϊός, ο ιός **HTLV – IV**, που κυριαρχεί στη Δυτική Αφρική και μοιάζει περισσότερο με τον **STLV – III** παρά με τον **HIV**, έχει ονομασθεί **HIV 2** και έχει απομονωθεί σε κατοίκους της Σενεγάλης, χωρίς να προκαλεί νόσο.

Ο ακριβής μηχανισμός με τον οποίο οι ρετροϊοί προκαλούν το **AIDS** δεν είναι πλήρως γνωστός. Έχει διαπιστωθεί, επίσης, γενετική προδιάθεση, δεδομένου ότι βρέθηκαν σε αυξημένο ποσοστό **HLA – DR<sub>5</sub>** αντισώματα. Οι ομοφυλόφιλοι δηλαδή με **HLA – DR<sub>5</sub>** αντισώματα εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης λεμφαδενοπάθειας ή σαρκώματος **Kaposi**. Εκτός από τον ειδικό **HLA –** τύπο, οι νεαροί ομοφυλόφιλοι έχουν ελαττωματικό ανοσολογικό μηχανισμό, που τους καθιστά ευάλωτους στις λοιμώξεις<sup>17</sup>.

## **2.2 ΠΩΣ ΔΡΑ Ο ΙΟΣ ΤΟΥ AIDS**

Ο ιός του **AIDS** αποτελείται από ένα νημάτιο γενετικού υλικού που είναι γνωστό σαν **RNA** και περιβάλλεται από λεπτό κάλυμμα πρωτεΐνης. Μπορεί να μολύνει μερικά από τα κύτταρα του σώματος και κατ' αρχήν τα λεμφοκύτταρα (λευκά αιμοσφαίρια) μέσα στο αίμα, εισάγοντας το γενετικό του υλικό μέσα στα χρωμοσώματα (στο γενετικό υλικό των κυττάρων που έχει προσβάλλει). Στη συνέχεια παράγεται περισσότερος ιός, διασκορπίζεται από την επιφάνεια του κυττάρου μέσα στο αίμα και προσβάλλει άλλα κύτταρα.



Από τη στιγμή που ένα κύτταρο μολύνεται από τον ιό του **AIDS** καταστρέφεται προοδευτικά χάνοντας όλες τις δυνατότητες του να λειτουργήσει ανοσολογικά<sup>3</sup>.

### **2.2.1 ΠΟΙΑ ΜΕΡΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΜΟΛΥΝΕΙ Ο ΙΟΣ ΤΟΥ AIDS**

Ο ιός του **AIDS**, **HTLV – III**, πρωταρχικά μολύνει τα λεμφοκύτταρα (τα λευκά αιμοσφαίρια του αίματος) και ιδιαίτερα ένα υποπληθυσμό των λεμφοκυττάρων τα T- βοηθητικά λεμφοκύτταρα.

Αυτά είναι κύτταρα πολύ κριτικά για τον συντονισμό του ανοσολογικού συστήματος.

Εκτός από τα T λεμφοκύτταρα ο ιός του **AIDS** μπορεί να βρεθεί και ελεύθερος μέσα στο αίμα. Είναι επίσης παρά πολύ πιθανόν ότι τα εγκεφαλικά κύτταρα μπορούν κατευθείαν να μολυνθούν από τον ιό του **AIDS**. Η έρευνα δεν έχει δείξει ακόμα εάν και άλλα κύτταρα του σώματος μολύνονται αλλά ο ιός έχει απομονωθεί από υγρά του σώματος όπως είναι το σάλιο, το σπέρμα, το μητρικό γάλα και τα δάκρυα<sup>7</sup>.

### **2.2.2 ΧΡΟΝΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ**

Η περίοδος ανάμεσα στη λοίμωξη και στην ανάπτυξη αντισωμάτων στον ιό του **AIDS** φυσιολογικά είναι **40 – 50** μέρες. Μετά από την επιβεβαίωση της λοίμωξης με τον ιό, μπορεί να μεσολαβήσει μεγάλο χρονικό διάστημα που η αρρώστια παραμένει εντελώς λανθάνουσα. Στη διάρκεια αυτού του σταδίου το άτομο μπορεί να αισθάνεται εντελώς καλά, ενώ έχει τον ιό μέσα στο αίμα του και να προκαλεί λοιμώξεις στους άλλους. Αυτή η λανθάνουσα περίοδος μπορεί πραγματικά να κρατήσει για πολλά χρόνια. Η αιτία είναι αυτή η μακρά διάρκεια όπου μπορεί να μην υπάρχουν σημεία ή συμπτώματα λοίμωξης που κάνει το **AIDS** να προκαλεί τρομερό φόβο. Οι μολυσμένοι άνθρωποι μπορεί άθελά τους να μεταδώσουν την αρρώστια<sup>7</sup>.

## 2.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Δεν είναι όλοι οι φορείς του **AIDS** που εκδηλώνουν την πλήρη εικόνα της ασθένειας. Μερικοί είναι φορείς επί μήνες ή χρόνια χωρίς να εκδηλώνουν όλα τα συμπτώματα – και ίσως να μην τα εκδηλώσουν ποτέ, αν και είναι πολύ νωρίς για να είμαστε βέβαιοι.

Το **AIDS** είναι 'σύνδρομο', που σημαίνει ότι είναι μια μορφή ασθένειας με διάφορα συμπτώματα.

Στα πρώτα στάδια μερικοί παρουσιάζουν μόνιμο πρήξιμο των λεμφαδένων στο λαιμό, στις μασχάλες και στο βουβώνα. Συχνά αισθάνονται κουρασμένοι, αλλά κατά τα άλλα είναι φυσιολογικοί. Άλλοι παρουσιάζουν συμπτώματα υπερβολικής εξάντλησης, διάρροιας, απώλειας βάρους, καθώς και πυρετούς και στοματίτιδα – μια μυκητοειδή μόλυνση του στόματος.

Περίπου **15-20%** αυτών των δύο ομάδων φορέων εμφανίζουν όλα τα συμπτώματα του **AIDS** μετά από τρία χρόνια. Η συχνότερη ευκαιριακή λοίμωξη είναι μια ασυνήθιστη μορφή πνευμονίας, που εμφανίζεται σε παραπάνω από τους μισούς ασθενείς με **AIDS**.

Αυξημένη δύσπνοια, επίμονος ξερόβηχας και πυρετός είναι όλα τα σημάδια αυτής της πνευμονίας **PCP**, που υποχωρούν αν η κατάσταση διαγνωστεί στα πρώτα στάδια.

Πολλοί ασθενείς με **AIDS** παρουσιάζουν έναν όγκο που λέγεται Σάρκωμα Καπόζι. Συνήθως εμφανίζεται με ροζ ή μοβ κηλίδες στο δέρμα, αλλά μπορεί επίσης να προσβάλλει και εσωτερικά όργανα. Αυτό το σύμπτωμα είναι συνηθέστερο στους ομοφυλόφιλους ασθενείς με **AIDS**, για λόγους που δεν ξέρουμε ακόμα. Μερικοί ασθενείς υποφέρουν επίσης από εγκεφαλική βλάβη. Τα συμπτώματα είναι απώλεια μνήμης, δυσκολία στην ομιλία και απώλεια ελέγχου ορισμένων μερών του σώματος.

Αντίθετα με άλλες ασθένειες που συνδέονται με το **AIDS**, αυτή προκαλείται από τον ιό **HIV**<sup>9</sup>.

### 2.3.1 ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΝΑΓΡΑΦΟΝΤΑΙ ΠΙΟ ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ

1. Πονοκέφαλος, πυρετός και μυϊκή αδυναμία μπορεί να προέρχονται από βλάβες του εγκεφαλικού ιστού. Αυτές μπορούν επίσης να προσβάλλουν την όραση του ασθενή, μερικές φορές πολύ σοβαρά.
2. Οι ασθενείς συχνά αισθάνονται εξάντληση και σηκώνονται με δυσκολία από το κρεβάτι. Νυκτερινές εφιδρώσεις και πυρετοί διακόπτουν τον ύπνο. Αλλά και η αγωνία για το **AIDS** μπορεί να προκαλέσει τα ίδια συμπτώματα.
3. Το **AIDS** προκαλεί γρήγορη απώλεια βάρους, συχνά 5 ή παραπάνω κιλά, σε λιγότερο από δύο μήνες. Όσο η κατάσταση επιδεινώνεται ο ασθενής χάνει κι άλλο βάρος, ώσπου εξαντλείται εντελώς.
4. Συνηθισμένο σύμπτωμα επίσης είναι μικρές φουσκάλες (σαν αυτές που προκαλεί ο ιός του έρπητα ζωστήρα) στην πλάτη, στο λαιμό και στο πρόσωπο. Είναι πολύ επώδυνες και επίμονες αν δεν θεραπευτούν.
5. Κηλίδες στο δέρμα, συνήθως μοβ, είναι συμπτώματα του σαρκώματος Καπόζι, που εμφανίζεται σε μερικά θύματα του **AIDS**. Είναι αντιαισθητικά, αλλά ανώδυνα.
6. Ο ιός του **AIDS**, μπορεί να προσβάλλει τον εγκέφαλο. Στους ενήλικες προκαλεί άνοια (την απώλεια μνήμης και ελέγχου που συνίσταται συνήθως σε υπερήλικες) και στα παιδιά αναστέλλει την ανάπτυξη του εγκεφάλου.
7. Επίσης προκαλεί στοματίτιδα : ένα πηχτιό επίχρισμα που καλύπτει το στόμα και τη γλώσσα, και εμποδίζει τη μάσηση και την κατάποση. Μπορεί να απλωθεί ως τον οισοφάγο, το σωλήνα που μεταφέρει την τροφή στο στομάχι.
8. Οι περισσότεροι ασθενείς με **AIDS** υποφέρουν από μια αρρώστια των πνευμόνων, την πνευμονοκυστική πνευμονία, **PCP**. Προκαλεί πυρετό, ξηρό βήχα και δύσπνοια.
9. Η επίμονη διάρροια, που διαρκεί εβδομάδες, είναι ένα κοινό σύμπτωμα. Δεν πρόκειται για μια σύντομη κατάσταση, αλλά για μακρόχρονης διάρκειας κατάσταση, που εμποδίζει την καλή πέψη των τροφών. Οφείλεται σε εντερικά πρωτόζωα και οχιζομύκητες.



3. Έλεγχος του εισαγόμενου από την Ελβετία αίματος.
4. Υποχρεωτικός ο έλεγχος των παραγώγων του αίματος.
5. Υποχρεωτική εξέταση των δοτών σπέρματος, οργάνων και ιστών.
6. Συστηματικός έλεγχος από τα Εθνικά μας Κέντρα Αναφοράς **AIDS**, για τον εντοπισμό των φορέων και των ατόμων που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου προσβολής από τη νόσο.
7. Έκδοση ενημερωτικών φυλλαδίων και αποστολή τους στις κατά τόπους Νομαρχίες, που με τη σειρά τους θα τα προωθήσουν στα Κέντρα Υγείας ή Υγειονομικούς σταθμούς.
8. Συνεχής συνεργασία με το Περιφερειακό Κέντρο Ελέγχου της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.).
9. Οργάνωση σεμιναρίων για την εκπαίδευση και μετεκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού.
10. Εντατικοποίηση των προγραμμάτων ενημέρωσης, κυρίως των νέων μονάδων ελέγχου μέσα στο **1987**.
11. Σύσταση και οργάνωση νέων μονάδων ελέγχου μέσα στο **1987**.
12. Διαρκής και αδιάλειπτη επαγρύπνηση και παρακολούθηση των διεθνών εξελίξεων στους τομείς θεραπείας και πρόληψης της νόσου, με σκοπό την άμεση εφαρμογή των νέων δεδομένων και στον Ελληνικό χώρο<sup>17</sup>.

## **2.6 ΤΑ ΚΡΟΥΣΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Ενώ σ' ολόκληρο τον κόσμο οι πάσχοντες και οι φορείς του **AIDS** ανέρχονται σε εκατομμύρια, στην Ελλάδα η καινούργια μάστιγα ευτυχώς δεν έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις, εξαιτίας των κοινωνικών συνθηκών, που δεν ευνοούν την εξάπλωση του ιού.

Ωστόσο ο εντοπισμός κρουσμάτων στη χώρα μας, προκάλεσε την επαγρύπνηση των αρμοδίων, με αποτέλεσμα να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα.

Παγκόσμια οι προσβεβλημένοι από **AIDS** υπολογίζονται από **30.000 - 100.000** σύμφωνα με τα στοιχεία που ανακοινώθηκαν στο πρόσφατο 2<sup>ο</sup> Διεθνές Συνέδριο για το **AIDS**.

Την ίδια ώρα ο αριθμός των φορέων που δεν έχουν εκδηλώσει συμπτώματα, ανέρχεται σε **5 – 10.000.000** άτομα σε όλο τον κόσμο. Ήδη η νέα ασθένεια έχει προσλάβει διαστάσεις επιδημίας με την παρουσία περιπτώσεων σε **77** χώρες. Στη χώρα μας η παρουσία του **AIDS** είναι πράγματι μικρή. Από τις **25** Οκτωβρίου **1983** που διαγνώστηκε το πρώτο κρούσμα μέχρι τις **31-12-1986**, σημειώθηκαν συνολικά **35** κρούσματα, ενώ υπάρχουν ενδείξεις ότι ο αριθμός αυτός ανέβηκε πολύ ψηλότερα κατά το **1987**. Από τα άτομα αυτά τα **20** υπέκυψαν σε διάφορα νοσοκομεία της χώρας, με την πιο τραγική περίπτωση του **8**χρονου Βασιλάκη που προσβλήθηκε από μετάγγιση αίματος, στην οποία υποβλήθηκε λόγω της Μεσογειακής αναιμίας από την οποία έπασχε. Από τα **35** άτομα που είναι φορείς του **AIDS** ή που πάσχουν από αυτό, μόνο δύο – η **20**χρονη κοπέλα που εμφανίστηκε στην εκπομπή "Κυριακάτικα" και η **13**χρονη Αγγελική Πουλή που έπασχε από Μεσογειακή αναιμία – είναι γυναίκες. Οι υπόλοιποι είναι άντρες, κυρίως ομοφυλόφιλοι ή ετερόφυλοι ναρκομανείς ή πολυμεταγγιζόμενοι. Αντίθετα ο αριθμός των φορέων, όπως προκύπτει από τον έλεγχο που έγινε όχι μόνο σε αιμοδότες, αλλά και σε άτομα υψηλού κινδύνου (ομοφυλόφιλοι, τοξικομανείς, πολυμεταγγιζόμενοι), πρέπει να φτάνει περίπου στις **5.000** άτομα<sup>16</sup>.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**

### **ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ - ΕΜΒΟΛΙΟ**

#### **3.1 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**

Ο προσδιορισμός των φορέων ή των πασχόντων από το **AIDS** επιτυγχάνεται με την ανεύρεση του ιού **HIV** στο αίμα και στα άλλα εκκρίματά τους ή με την ανίχνευση ειδικών αντισωμάτων. Αυτό μπορεί να γίνει, είτε με την καλλιέργεια με την απομόνωση του ιού, είτε με την ανίχνευση, με ορολογικές μεθόδους των αντισωμάτων.

##### **A. ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ**

Με την καλλιέργεια αναζητείται ο ιός του **AIDS** στα βιολογικά υγρά των ασθενών για την ανίχνευση των φορέων, για τη συγκριτική μελέτη στελεχών του ιού και για την παρακολούθηση της πορείας της λοίμωξης και της ακολουθούμενης θεραπευτικής αγωγής. Μέχρι σήμερα ο ιός έχει απομονωθεί στο σάλιο, στα δάκρυα, στον ιδρώτα, στον εγκέφαλο, στο σπέρμα, στα κολπικά υγρά, στο μυελό των οστών και στα λεμφοκύτταρα του περιφερικού αίματος φορέων ή πασχόντων με **AIDS**. Το αντιγόνο του ιού **HIV** ανευρίσκεται μόνο τις πρώτες δέκα ημέρες από τη μόλυνση, έπειτα δεν ανιχνεύεται παρά μόνο μετά την πάροδο μηνών.

Η καλλιέργεια γίνεται σε πρωτογενή λεμφοκύτταρα ή ειδικές T - λεμφοκυτταρικές σειρές. Οι κυριότερες μέθοδοι, που εφαρμόζονται στην καλλιέργεια, είναι η μικροσκόπηση με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο, ο ανοσοφθορισμός της επιφάνειας των λεμφοκυττάρων, η ανίχνευση της κυτταροπαθογόνου δράσεως της ανάστροφης τρανσκριπτάσης και η ραδιοανοσολογική ανίχνευση<sup>5</sup>.

##### **B. ΟΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ**

Οι ορολογικές μέθοδοι, που χρησιμοποιούνται για την ανίχνευση αντισωμάτων έναντι του ιού του **AIDS**, είναι η ανοσοενζυμική μέθοδος

**Elisa**, η μέθοδος **Western – Bolt** και η ραδιοανοσοϊζηματική μέθοδος **Ripa**<sup>5</sup>.

### **1. Ανοσοενζυμική μέθοδος (Elisa).**

Είναι η πιο ειδική, ευαίσθητη και πρακτική για καθημερινή χρήση μέθοδος και ανιχνεύει, σχεδόν, το σύνολο όσων έχουν αναπτύξει αντισώματα έναντι του ιού. Η ανίχνευση και τιτλοποίηση των αντισωμάτων ορού των ασθενών, που θα συνδεθούν με ειδικό ιϊκό αντιγόνο, γίνεται με την βοήθεια ειδικής αντιανθρώπινης σφαιρίνης σεσημασμένης με ένζυμο.

Η μέθοδος επηρεάζεται από την παρουσία στον ορό αντισωμάτων προς **HLA** – αντιγόνα ή αντιγόνα επιφανείας λεμφοκυττάρων. Πάντως στην Ελλάδα ανιχνεύθηκαν με αυτήν την μέθοδο αντισώματα προς τον **HIV** σε όλες τις περιπτώσεις **AIDS** και στο **88%** των περιπτώσεων λεμφαδενικού συνδρόμου.

Για την αποφυγή ψευδώς θετικών αντιδράσεων χρησιμοποιείται η επιβεβαιωτική διαδικασία **Elisa** που βασίζεται στην ίδια αρχή και ανιχνεύει αντισώματα έναντι της προτεΐνης του και του πυρήνα του **HIV**<sup>5</sup>.

### **2. ΜΕΘΟΔΟΣ Western – bolt**

Προσδιορίζει τα ειδικά πρωτεϊνικά κλάσματα, στα οποία είναι θετικός ο ορός. Αντιπροσωπεύει με την προσθήκη ειδικών αντισωμάτων τη μεταφορά σε χαρτί ηλεκτροφορητικά διαχωρισμένων πρωτεϊνών. Από τα αντισώματα αναγνωρίζεται η μοριακή φύση των αντιγόνων των ρετροϊών. Πάντως, σε θετικό αποτέλεσμα απαιτείται η επανάληψη μετά τρίμηνο ή επιβεβαίωση με τη μέθοδο **Ripa**<sup>5</sup>.

### **3. Μέθοδος Ripa**

Η ανίχνευση των ειδικών αντισωμάτων έναντι των δύο πρωτεϊνών του **HIV** με τη μέθοδο αυτή βασίζεται στη σύνδεσή τους με τις σε σημασμένες με **S35** μεθειονίνη πρωτεΐνες του ιού.

Με τη μέθοδο αυτή, που είναι ειδική, αλλά δε μπορεί να χρησιμοποιείται καθημερινά, ανιχνεύονται αντισώματα και προς πρωτεΐνες υψηλού μοριακού βάρους<sup>5</sup>.



## 3.2 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ TEST

Το test δεν ανιχνεύει την ασθένεια, αλλά, δια μέσου των αντισωμάτων, την παρουσία του ιού της.

Δεν χρησιμεύει παρά σαν ένα στοιχείο επιβεβαίωσης στα πρόσωπα που παρουσιάζουν τις αληθινές ενδείξεις της νόσου. Σ' όλες τις άλλες περιπτώσεις, όπως για τα κέντρα μετάγγισης αίματος, δεν μπορεί να είναι χρήσιμο παρά σαν προληπτικό μέσο. Πράγματι: Αν το αποτέλεσμα του test είναι θετικό (αν είμαστε οροθετικοί ή HIV +) αυτό δεν σημαίνει ότι είμαστε ή ότι θα είμαστε άρρωστοι. Αυτό σημαίνει ότι ήρθαμε σ' επαφή με τον ιό και μπορούμε να τον μεταδώσουμε σ' άλλους. Να είναι κανείς «οροθετικός» απ' την άλλη δεν εμποδίζει να μολυνθεί εκ νέου. Ως εκ τούτου οι επαναλαμβανόμενες μολύνσεις (επαναμολύνσεις) θα μπορούσαν να παίξουν έναν ρόλο στην ενδεχόμενη μετέπειτα ανάπτυξη της νόσου. Πρέπει λοιπόν να παίρνουμε προφυλάξεις, όχι μόνο για τους άλλους, αλλά για να προστατευθούμε εμείς οι ίδιοι. Αν το αποτέλεσμα του τεστ είναι αρνητικό (αν είμαστε «οροαρνητικοί» ή HIV) αυτό σημαίνει ότι δεν συναντήσαμε τον ιό. Όμως, δεν θα μείνουμε οροαρνητικοί, εάν δεν παίρνουμε τις κατάλληλες προφυλάξεις ή αποφεύγοντας να εκτεθούμε σε κινδύνους<sup>5</sup>.

### 3.2.1 Μερικές υπομνήσεις πάνω στο ΤΕΣΤ

Πρέπει να περιμένουμε 6 έως 12 βδομάδες τουλάχιστον, μετά την τελευταία «επικίνδυνη» επαφή πριν κάνουμε το τεστ. Το τεστ δεν δείχνει αν είμαστε άρρωστοι. Το τεστ δεν προφυλάσσει από τον ιό<sup>5</sup>.

## Γ. ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΣΑΡΚΩΜΑΤΟΣ ΚΑΡΟΣΙ

Ανάλογη με την κλινική εμφάνιση των δερματικών βλαβών είναι και η ιστολογική εικόνα του σαρκώματος **Kaposi**.

Στο κηλιδώδες στάδιο παρατηρείται εικόνα κοκκιωματώδη ιστού. Χαρακτηριστικά σημεία αποτελούν η εναπόθεση αιμοσιδηρίνης, η πλασματοκυτταρική διήθηση και η και η παρουσία πολλών διασταλ-μένων αγγείων στο χόριο.

Στο στάδιο των πλακών, που χαρακτηρίζεται από διάχυτη συμμετοχή του χορίου, παρατηρούνται αγγειακοί χώροι ποικίλου σχήματος και ατρακτοειδή κύτταρα μεταξύ των ινιδίων κολλαγόνου.

Στο οζώδες στάδιο παρατηρούνται ανώμαλοι χώροι με ενδοθηλιακά κύτταρα, εσωτερικά και ατρακτοειδή κύτταρα γύρω από τα αγγεία ή διάσπαρτα μεταξύ των ινιδίων κολλαγόνου<sup>5</sup>.

### **3.3 ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ**

Το φάσμα των ευκαιριακών λοιμώξεων που αναπτύσσονται πάνω σε έδαφος λοίμωξης **HIV** είναι εξαιρετικά μεγάλο. Επί πλέον η μεγάλη συχνότητα με την οποία εμφανίζονται, καθώς και η βαριά κλινική τους πορεία, αποτελούν χαρακτηριστικά σημεία. Η κυτταρική ανοσοανεπάρκεια, που είναι η θεμελιώδης διαταραχή που προκαλεί ο ιός **HIV**, ευθύνεται γι' αυτές τις λοιμώξεις και την πορεία τους. Το φάσμα των ευκαιριακών λοιμώξεων περιλαμβάνει (Πιν. 6): πρωτοζωϊκές, μυκητιάσεις, ιογενείς και βακτηριακές. Οι λοιμώξεις αυτές ταξινομούνται στα διαγνωστικά κριτήρια του πλήρους **AIDS (Wkly Epidem Rec 61:69, 1986)**, καθώς και στην κατηγορία **C-1** του σταδίου **IV** της νέας ταξινόμησης της λοίμωξης **HIV** από το **CDC**<sup>9</sup>.

**Πίνακας 5. Ευκαιριακές λοιμώξεις που απαντούν σε ασθενείς με AIDS**

Αίτιο	Κλινική εκδήλωση	Εργαστηριακή διάγνωση
<b>Πρωτόζωα</b>		
<b>Pneumocystis carinii</b>	πνευμονία	Μικροβιολογική ιστοπαθολογική
<b>Toxoplasma gondii</b>	ΚΝΣ, Οφθαλμοί, καρδιά	Μικροβιολογική ιστοπαθολογική
<b>Cryptosporidium</b>	Γαστρεντερικό σύστημα	Παρασιτολογική κοπράνων
<b>Entamoeba histolytica</b>	Γαστρεντερικό σύστημα	Παρασιτολογική κοπράνων
<b>Giardia lablia</b>	Γαστρεντερικό σύστημα	Παρασιτολογική κοπράνων
<b>Isospora belli και hominis</b>	Γαστρεντερικό σύστημα	Παρασιτολογική κοπράνων
<b>Μύκητες</b>		
<b>Candida albicans</b>	Οισοφάγος, στόμα	Μικροβιολογική, καλλιέργεια, ιστοπαθολογική
<b>Cryptococcus neoformans</b>	ΚΝΣ, πνεύμονες, λεμφαδένες, δέρμα, στόμα, μυελός οστών κ.ά.	Καλλιέργεια, ιστοπαθολογική
<b>Histoplasma capsulatum</b>	Πνεύμονες, λεμφαδένες, μυελός οστών, γαστρεντερικό, δέρμα, ήπαρ, σπλήν, κ.α.	Μικροβιολογική, καλλιέργεια, ιστοπαθολογική
<b>Βακτηρίδια</b>		
<b>Mycobacterium avium Intracellulare</b>	Πνεύμονες, λεμφαδένες, μυελός οστών, γαστρεντερικό, δέρμα, ήπαρ, σπλήν, κ.ά	Καλλιέργεια, ιστοπαθολογική
<b>Mycobacterium tuberculosis</b>	Πνεύμονες, λεμφαδένες, μυελός οστών, γαστρεντερικό, δέρμα, ήπαρ, σπλήν, κ.ά.	Καλλιέργεια ιστοπαθολογική
<b>Salmonella, Spiggella, Nocardia, Legionella</b>	Γαστρεντερικό, μήνιγγες. Πνεύμονες, εγκέφαλος	Καλλιέργεια Καλλιέργεια, ιστοπαθολογική
<b>Ιοί</b>		
<b>Cytomegalovirus</b>	Πνεύμονες, γαστρεντερικό, ήπαρ, σπλήν, λεμφαδένες, οφθαλμοί, σιαλογόνοι αδένες, επινεφρίδια, κ.ά.	Καλλιέργεια, ιστοπαθολογική
<b>Herpes simplex type I, II</b>	Βλεννογόνοι, δέρμα	Καλλιέργεια, ιστοπαθολογική, ορολογική
<b>Varicella - zoster</b>	Βλεννογόνοι, δέρμα	Καλλιέργεια, ιστοπαθολογική
<b>Epstein - Barr</b>	Λεμφαδένες, όγκοι, τριχωτή λευκοπλακία κ.ά	Καλλιέργεια, ιστοπαθολογική
<b>Human papillomavirus</b>	Βλεννογόνοι, δέρμα	Καλλιέργεια, ιστοπαθολογική, ανοσολογική.
<b>Polyomavirus</b>	ΚΝΣ	Καλλιέργεια, ιστοπαθολογική

### 3.3.1 ΠΡΩΤΟΖΩΑ

**Πνευμονία από Pneumocystis 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 πνευμονία από **Pneumocystis carinii** έχουν κακή πρόγνωση, αφού η λοίμωξη ευθύνεται για το 50-60% των θανάτων. Το ποσοστό αυξάνει σε 65-70%, εάν συνυπάρχουν ταυτόχρονα πνευμονία με **Pneumocystis carinii** και σάρκωμα **Kaposi**. Η **Pneumocystis 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 ή και της χημικής ανοσίας.

Η πνευμονία από το παράσιτο ήταν παλαιότερα σε καρκινοπαθείς σε προχωρημένο στάδιο, σε πάσχοντες από τη νόσο του **Hodgkin**, μη-**Hodgkin** λεμφώματα, λευχαιμίες, γενετικά πρωτοπαθή σύνδρομα ανοσοανεπάρκειας, ασθενείς που παίρνουν ισχυρά ανοσοκατασταλτικά φάρμακα για μεγάλο χρονικό διάστημα (π.χ. αυτοάνοσα νοσήματα, μεταμόσχευση οργάνων κ.α.) και γενικά σε έδαφος έντονης ανοσο-καταστολής. Με την εμφάνιση του **AIDS** η **Pneumocystis 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 παράσιτου στις εκκρίσεις και τους ιστούς. Η ακτινογραφία θώρακος εξάλλου, όπως και ο ορολογικός έλεγχος, συμπληρώνουν τον εργαστη-ριακό έλεγχο. Θεραπεία εκλογής είναι η χορήγηση τριμεθοπρίμης-σουλφαμεθοξαζόλης ή πενταμιδίνης.

**Τοξοπλάσμωση.** Οφείλεται στο **Toxoplasma gondii** που μεταδίδεται στον άνθρωπο με τρόφιμα, κυρίως κρέας ή από κόπρανα γάτας. Το πρωτόζωο εγκαθίσταται στους ιστούς και πολλαπλασιάζεται φτιάχνοντας ψευδοκύστες. Κλινικά η τοξοπλάσμωση ταξινομείται σε 4 ποικιλίες τη

συγγενή, την επίκτητη, την οφθαλμική και τη διάσπαρτη, που εκδηλώνεται πάνω σε έδαφος ανοσοκαταστολής. Η επίκτητη μορφή είναι συχνά συμπτωματική ή εκδηλώνεται με πυρετό, καταβολή δυνάμεων, λεμφαδενοπάθεια, σπληνομεγαλία και κηλιδοαβλατιδώδες εξάνθημα, πολυαδενικό σύνδρομο, που θυμίζει λοιμώδη μονοπυρήνωση και αυτοϊάται. Σε περιπτώσεις όμως έντονης κυτταρικής ανοσο-καταστολής, όπως συμβαίνει στο **AIDS**, η νόσος παίρνει μεγάλες διαστάσεις.

Κύριο χαρακτηριστικό τότε είναι η προσβολή κυρίως του κεντρικού νευρικού συστήματος, των οφθαλμών, που μαζί με τη γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια, τις μυαλγίες, την καταβολή των δυνάμεων, τον πυρετό κ.α. 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 παράσιτου στο αίμα. Θεραπευτικά η σουλφαδιαζίνη και η πυριμεθαμίνη είναι τα φάρμακα εκλογής.

**Κρυπτοσποριδίωση:** Το **Cryptosporidium** είναι πρωτόζωο που παρασιτεί στο επιθήλιο του γαστρεντερικού συστήματος. Προσβολή του γαστρεντερικού συστήματος με διάφορα στελέχη **Cryptosporidium** είναι μια από τις πιο συχνές ευκαιριακές λοιμώξεις σε πάσχοντες από **AIDS**. Κλινικά η λοίμωξη εκδηλώνεται με επίμονες υδαρείς διαρροϊκές κενώσεις και χολοκυστίδα που οδηγούν σε σύνδρομο δυσαπορρόφησης, αφυδάτωση και καχεξία. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με παρασιτολογική εξέταση των κοπράνων. Θεραπευτικά χορηγούνται γλινταμυκίνη, σπιραμθκίνη, φουραζολιδόνη και άλλα χημειοθεραπευτικά με αμφίβολη απάντηση.

**Αμοιβάδωση και Λαμβλίαση.** Πρόκειται για παρασιτικές λοιμώξεις του γαστρεντερικού συστήματος, που οφείλονται στην **Entamoeba Histolytica** και στη **Giardia Iambilia** αντίστοιχα. Και οι δύο λοιμώξεις είναι σχετικά συχνές σε πάσχοντες από **AIDS**. Κλινικά χαρακτηρίζονται από κοιλιακούς πόνους και χρόνια διάρροια, που επιμένει για πολύ χρόνο, ανθίσταται στη θεραπεία και μπορεί να οδηγήσει σε σύνδρομο δυσαπορρόφησης και απώλεια βάρους. Σε βαριές περιπτώσεις υπάρχει

προσβολή και άλλων οργάνων. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με παρασιτολογική εξέταση κοπράνων. Θεραπευτικά χορηγούνται μετρονιδαζόλη, χλωροκίνη, εμετίνη, οξυτετρακυκλίνη, υδροχλωρική κινακρίνη (λαμβίαση) κ.α.

**Ισοσπορίωση:** Είναι σπάνια παρασιτική λοίμωξη που οφείλεται στα **Isospora belli** και **hominis**. Απαντά συχνά σε τροπικές χώρες και σποραδικά σε Ευρωπαϊκές χώρες και στις ΗΠΑ. Πρόσφατα η λοίμωξη έχει καταγραφεί σε πάσχοντες από **AIDS**. Κλινικά η νόσος χαρακτηρίζεται από μέτριο πυρετό, καταβολή δυνάμεων, διάρροια και ασαφή κοιλιακά συμπτώματα. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με παρασιτική εξέταση κοπράνων<sup>9</sup>.

### 3.3.2 ΜΥΚΗΤΙΑΣΕΙΣ

**Μονιλίαση.** Η μονιλίαση οφείλεται στο μύκητα **Candida albicans**. Πρόκειται για ευκαιριακό μύκητα, που η ανάπτυξη του ευνοείται σε ορισμένες καταστάσεις, όπως μακροχρόνια λήψη ορισμένων φαρμάκων, (κορτικοστεροειδή, ανοσοκατασταλτικά, αντιβιοτικά ευρέως φάσματος, αντισυλληπτικά κ.α.), νόσων αίματος (αναιμία, λευχαιμία), λεμφώματα, καρκινώματα, με ελεγχόμενο σακχαρώδη διαβήτη, πρωτοπαθή σύνδρομο ανοσοανεπάρκειας κ.α. Κλινικές εκδηλώσεις μινιλίασης απαντούν στο στόμα, οισοφάγο και λοιπό γαστρεντερικό σύστημα, γεννητικά όργανα, δέρμα, αναπνευστικό σύστημα κ.α. 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**. Εξαιρετική συχνή (**60-90%**) είναι εξάλλου η μονιλίαση στο στόμα σε άτομα με **ARC** και **AIDS**, χωρίς εν τούτοις να ταξινομείται στα κύρια διαγνωστικά κριτήρια του **AIDS**. Επί πλέον, 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, ιστοπαθολογική εξέταση και χρώση **PAS** και με οισοφαγοσκόπηση, προκειμένου για μονιλίαση του οισοφάγου. Θεραπεία είναι τοπική χρήση

νυστατινης ή μυκοναζόλης και, εκεί όπου ενδείκνυται, συστηματική χορήγηση κετοναζόλης ή αμφοτερικίνης -B.

**Κρυπτοκοκκίωση.** Η νόσος οφείλεται στον **Cryptococcus neoformans**, που βρίσκεται σε υψηλές συγκεντρώσεις στα περιτώματα των περιστερών. Η ευκαιριακή αυτή λοίμωξη είναι αρκετά συχνή σε πάσχοντες με **AIDS**, που ευνοείται από την κυτταρική ανοσοανεπάρκεια. Στις περιπτώσεις αυτές η νόσος, μετά τους πνεύμονες που είναι η κύρια εντόπιση, γενικεύεται και προσβάλλει κυρίως το κεντρικό νευρικό σύστημα, με αποτέλεσμα χρόνια μηνιγγίτιδα και πολυεστιακή εγκεφαλοπάθεια. Επί πλέον, μπορεί να προσβληθούν λεμφαδένες, δέρμα, νεφρά, μυελός των οστών, οστά, αρθρώσεις και άλλα όργανα. Πρόσφατα έχουν περιγραφεί βλάβες και στο βλεννογόνο του στόματος σε πάσχοντες από **AIDS**.

Η διάγνωση τεκμηριώνεται με μικροβιολογική εξέταση, καλλιέργεια, ιστοπαθολογική εξέταση και ανοσολογικές τεχνικές. Η θεραπεία είναι δύσκολη και στηρίζεται στη χορήγηση 5-φλουοροκυτοσίνης, αμφοτερικίνης-B, μυκοναζόλης και κετοκοναζόλης.

**Ιστοπλάσμωση.** Η ιστοπλάσμωση είναι νόσος που ενδημεί σε ανατολικές και κεντρικές περιοχές των ΗΠΑ, Κεντρική Αμερική, Νότιο Αμερική, Αφρική, Ασία και οφείλεται στο μύκητα **Histoplasma capsulatum**. Τρεις μορφές ιστοπλάσμωσης έχουν περιγραφεί η οξεία πρωτοπαθής. Η χρόνια πνευμονική και γενικευμένη ή διάσπαρτη. Η γενικευμένη μορφή της νόσου παρατηρείται όχι σπάνια πάσχοντες από **AIDS**, ιδίως σε περιοχές όπου η ιστοπλάσμωση ενδημεί και έχει κακή συνήθως πρόγνωση. Κλινικά στην αρχή παρατηρούνται γενικά συμπτώματα (πυρετός, ρίγη, ιδρώτες, καταβολή δυνάμεων, λήθαργος), βήχας, σθηθαγικοί πόνοι και, πιο σπάνια, αιμόπτυση. Προσβολή του ήπατος αποτελεί την κύρια εκδήλωση της γενικευμένης μορφής. Επί πλέον ελκώσεις στο στόμα (κυρίως στη μαλακή υπερώα), φάρυγγα, επιγλωτίτιδα και γαστρεντερικό σύστημα είναι συχνές με ανάλογη

συμπτωματολογία. Κηλιδοβλατιδώδεις εξάλλου δερματικό εξάνθημα δεν είναι σπάνιο.

Η διάγνωση της νόσου επιβεβαιώνεται εργαστηριακά κυρίως με άμεση μικροβιολογική εξέταση και καλλιέργεια υλικού, ενώ οι δερματικές και ορολογικές δοκιμασίες δεν είναι πάντα αξιόπιστες. Η θεραπεία της ιστοπλάσματωσης στηρίζεται στην παρεντερική χορήγηση αμφοτερικίνης-B και στη λήψη κετοκοναζόλη, από το στόμα ενώ έχουν χρησιμοποιηθεί και σουλφοναμίδες<sup>28</sup>.

### 3.3.3 ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Αποτελούν συχνές ευκαιριακές λοιμώξεις που απαντούν σε έδαφος πασχόντων με **AIDS** και καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα εκδηλώσεων.

**Κυτταρομεγαλοϊός.** Ο κυτταρομεγαλοϊός είναι **DNA** ιός, που ταξινομείται στην ομάδα των ερπητοϊών. Λοιμώξεις με τον κυτταρομεγαλοϊό είναι πολύ συχνές σε ασθενείς με **AIDS**. Ο ιός βρίσκεται σε μεγάλη συχνότητα σε ομοφυλόφιλους και αμφιφυλόφιλους, καθώς και στις λοιπές ομάδες κινδύνου του **AIDS**. Στις ομάδες αυτές ο ιός έχει απομονωθεί στο σάλιο, δάκρυα, αίμα, λεμφοκύτταρα, σπέρμα, ούρα, μητρικό γάλα, κόπρανα και πολλά όργανα (πνεύμονες, ήπαρ). Λόγω της ανοσοανεπάρκειας που συνοδεύει τη λοίμωξη **HIV**, η λοίμωξη με τον κυτταρομεγαλοϊό εκδηλώνεται με διάσπαρτες συστηματικές εκδηλώσεις από τους πνεύμονες, τα επινεφρίδια, το γαστρεντερικό σύστημα, το ήπαρ και το σπλήνα, τους οφθαλμούς, τους σιαλογόνους αδένες, το αίμα και το κεντρικό νευρικό σύστημα. Εργαστηριακές εξετάσεις που βοηθάνε στη διάγνωση είναι η απομόνωση του ιού, η ιστοπαθολογική εξέταση προσβλημένων ιστών που αποκαλύπτει ενδοκυτταρικά έγκλειστα του ιού. Η ορολογική ανίχνευση αντισωμάτων εναντίον του ιού δεν είναι αξιόπιστος διαγνωστικός δείκτης. Θεραπεία αποτελεσματική δεν υπάρχει. Περιορισμένα αποτελέσματα έχει η χορήγηση της **9-12** υδροξυλ **-1-**εθοξυμεθυλογουανίνης.

**Ιός του Απλού Έρπητα.** Παρατηρείται αυξημένη εμφάνιση ερπητολοιμώξεων σε ασθενείς με **AIDS**, **ARC** ακόμα και υγιείς



οροθετικούς. Και οι δύο τύποι (I και II) απλού έρπητα ευθύνονται για τις βλάβες. Χαρακτηριστικό της ερπητικής λοίμωξης σε πάσχοντες από **AIDS** είναι οι συχνές υποτροπές, η τάση για γενίκευση, οι βαθιές και επίμονες βλάβες. Ο βλεννογόνος του στόματος προσβάλλεται συχνά από τον τύπο I του και οι κλινικές εκδηλώσεις περιγράφονται με λεπτομέρεια στο κεφάλαιο των στοματικών εκδηλώσεων του **AIDS**. Επί πλέον, επίμονες ερπητικές βλάβες παρατηρούνται συχνά στην περιπρωκτική περιοχή, τη γεννητική και περιγεννητική χώρα, στο δέρμα των δακτύλων και άλλες θέσεις. Πιο σπάνια είναι η προσβολή του ρινικού βλεννογόνου, του οισοφάγου, της τραχείας και των βρόγχων. Επί πλέον, προσβολή του νωτιαίου μυελού και του εγκεφάλου μπορεί να συμβεί πάνω σε έδαφος έντονης κυτταρικής ανοσοανεπάρκειας.

Η διάγνωση στηρίζεται ως επί το πλείστον στους κλινικούς χαρακτήρες και σπάνια χρειάζεται εργαστηριακή επιβεβαίωση. Κυτταρολογική εξέταση επιχρίσματος από για βλάβες ή ακόμη και ιστοπαθολογική εξέταση βοηθούν στη διάγνωση αμφίβολων περιπτώσεων. Η απομόνωση εξάλλου του ιού είναι διαγνωστικός δείκτης. Θεραπευτικά η χορήγηση **acyclovir** τοπικά από το στόμα ή και ενδοφλέβια, ανάλογα με τη θέση προσβολής, και τη βαρύτητα της νόσου, είναι η σωστή κίνηση.

**Ιός Ανεμοευλογιάς - Ζωστήρα.** Ο ιός ανεμοευλογιάς - ζωστήρα προκαλεί στους ενήλικες έρπητα ζωστήρα. Η νόσος έχει καταγραφεί σε αρκετές περιπτώσεις λοίμωξης **HIV**, είτε στο προ - **AIDS** στάδιο είτε στο πλήρες **AIDS**. Ο έρπητ ζωστήρα δεν ανήκει στις κύριες ευκαιριακές λοιμώξεις σύμφωνα με τα κριτήρια ορισμού του **AIDS**. Στη νέα όμως ταξινόμηση της λοίμωξης **HIV** του **CD (1986)** κατατάσσεται στην κατηγορία **C-2**. Η νόσος είναι συνήθως εντοπισμένη σε ορισμένα νευροτόμια, ενώ μπορεί να γενικευθεί. Προσβάλλοντας διάφορα περιφερικά νεύρα με ανάλογες δερματικές ή και βλεννογόνιες εκδηλώσεις. Περιπτώσεις προσβολής του τρίδυμου νεύρου με κλινικές βλάβες στο βλεννογόνο του στόματος έχουν περιγραφεί σε πάσχοντες με **AIDS**. Η θεραπεία του έρπητα ζωστήρα που συνυπάρχει με λοίμωξη **HIV** στηρίζεται στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και τη χορήγηση **acyclovir** και **vidarabine**.

**Ιός Epstein - Barr.** Πρόκειται για ποικιλία ερπητοϊού, που σε πάσχοντες με **AIDS** έχει ενοχοποιηθεί για την εκδήλωση λεμφωμάτων - Β, και ρινοφαρυγγικού καρκινώματος. Τέλος ο ιός **Epstein - Bra** έχει ανεβρεθεί στα επιθηλιακά κύτταρα της τριχωτής λευκοπλακίας<sup>26</sup>.

### 3.3.4 ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Ευκαιριακές βακτηριακές λοιμώξεις έχουν επίσης καταγραφεί σε αυξημένη συχνότητα σε έδαφος λοίμωξης **HIV**.

**Μυκοβακτηρίδιο Avian - Intracellular.** Λοιμώξεις με το μυκοβακτηρίδιο **avian - intracellular** παρουσιάζονται σε αυξημένη συχνότητα σε πάσχοντες από **AIDS**, ενώ είναι εξαιρετικά σπάνιες σε άτομα που έχουν άλλης μορφής ανοσολογικές ανεπάρκειες. Λόγω της μεγάλης ανοσοκαταστολής, η λοίμωξη, που θεωρείται και άτυπη μορφή φυματίωσης, είναι συνήθως γενικευμένη, αφού προσβάλλονται οι πνεύμονες, το γαστρεντερικό σύστημα, οι λεμφαδένες, ο μυελός των οστών, το δέρμα, οι βλεννογόνοι και στα τελικά στάδια, λόγω βακτηριαιμίας, μπορεί να προσβληθεί κάθε σπλάχνο. Η διάγνωση της λοίμωξης τεκμηριώνεται με καλλιέργεια, ιστοπαθολογική και ανοσολογική εξέταση. Η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση αντιφυματικών φαρμάκων με περιορισμένη όμως επιτυχία.

**Μυκοβακτηρίδιο Φυματίωσης.** Λοίμωξη με το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης απαντά αρκετά συχνά σε πάσχοντες από **AIDS**, ειδικά σε εκείνους που προέρχονται από περιοχές όπου ενδημεί η φυματίωση (π.χ. κεντρική Αφρική). Λόγω της μεγάλης ανοσοκαταστολής, η φυματίωση είναι γενικευμένη με προσβολή των πνευμόνων, λεμφαδένων, γαστρεντερικού συστήματος, κεντρικού νευρικού συστήματος, μυελού των οστών και άλλων οργάνων. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με μικροβιολογική και ιστοπαθολογική εξέταση, καθώς και καλλιέργεια. Θεραπευτικά χορηγούνται αντιφυματικά φάρμακα.

**Σαλμονέλα – Σιγγέλα.** Τα μικρόβια αυτά προκαλούν, σε ασθενείς με AIDS, βαρύ διαρροϊκό σύνδρομο. Επί πλέον, μπορεί να προσβληθούν οι μήνιγγες του εγκεφάλου και άλλων οργάνων<sup>28</sup>.

**Πίνακας 6. Νεοπλάσματα που απαντούν σε πάσχοντες με AIDS**

Νεόπλασμα	Κλινική εκδήλωση	Εργαστηριακή διάγνωση
Σάρκωμα <b>Kaposi</b>	Δέρμα, βλεννογόνοι, σπλάχνα, λεμφαδένες	Ιστοπαθολογική
Λέμφωμα <b>Hodgkin</b> και μη - <b>Hodgkin</b>	Λεμφαδένες, εγκέφαλος, βλεννογόνοι, δέρμα, σπλάχνα κ.α.	Ιστοπαθολογική, Ανοσολογική
Ακανθοκυτταρικό και βασικοκυτταρικό καρκίνωμα	Βλεννογόνοι, δέρμα	Ιστοπαθολογική

**Νοκάρδια – Λεγγιονέλα.** Τα μικρόβια αυτά σε άτομα με AIDS μπορεί να προκαλέσουν βαριές γενικευμένες λοιμώξεις με προσβολή των πνευμόνων, εγκεφάλου και άλλων οργάνων.

### 3.3.5 ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

#### A. ΣΑΡΚΩΜΑ ΚΑΡΟΣΙ

Ο όγκος που περιέγραψε το **1872** για πρώτη φορά ο Ούγγρος **Murices Kaposi** σαν 'ιδιοπαθές μελαγχρωματικό σάρκωμα του δέρματος', αποτελεί σήμερα τη συνηθέστερη και χαρακτηριστική βλάβη του δέρματος ασθενών με AIDS. Σε γενικές γραμμές χαρακτηρίζεται από δερματικά οζίδια ενδοθηλιακής προέλευσης, που επεκτείνονται προοδευτικά με βραδύ ρυθμό.

Μέχρι το **1980** πιστευόταν ότι προσβάλλει ηλικιωμένα άτομα καταγόμενα από τις μεσογειακές χώρες και ήταν σπάνιο σε χώρες όπως στην Αμερική σε συχνότητα 1 ατόμου σε 2 εκατομμύρια πληθυσμού. Είχαν βέβαια αναφερθεί και περιπτώσεις σε ασθενείς, που βρίσκονταν σε θεραπεία με ανοσοκατασταλτικά φάρμακα ή είχαν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού. Από το **1980** και μετά η συχνότητα του σαρκώματος **Kaposi** αυξάνεται θεαματικά και με ταχύτατο ρυθμό ιδίως στους ομοφυλόφιλους, που προσβάλλονται από το Σύνδρομο Επίκτητης

Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, χωρίς ακόμη να έχει εξακριβωθεί η αιτιολογική συσχέτιση του γεγονότος αυτού. Το πιθανότερο πάντως είναι ότι ο ιός προκαλεί καρκινωματοώδη μεταλλαγή των ενδοθηλιακών κυττάρων.

Με βάση κλινικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά το σάρκωμα **Kaposi** ταξινομείται στο κλασικό ή Μεσογειακό σάρκωμα, στο ενδημικό σάρκωμα της Κεντρικής Αφρικής, το σάρκωμα που σχετίζεται με καταστάσεις ανοσοκαταστολής και το επιδημικό σάρκωμα που συνδέεται με το AIDS.

**α) Το κλασικό ή Μεσογειακό σάρκωμα Kaposi** παρατηρείται σε άνδρες ηλικίας 50 – 70 ετών και χαρακτηρίζεται από κυανέρυθρα οζίδια και πλάκες στο δέρμα των κάτω άκρων. Προσβάλλει τα σπλάχνα και σπάνια τους λεμφαδένες, έχοντας βραδεία εξέλιξη.

**β) Το ενδημικό σάρκωμα Αφρικάνικου τύπου** παρατηρείται σε νέα άτομα 20 – 40 ετών και με 4 κλινικές μορφές : την οζώδη, τη βλαστική, τη διηθητική και τη λεμφαδενοπαθητική μορφή. Η οζώδης μορφή αποτελεί το 85% των περιπτώσεων, εκδηλώνεται με οζίδια και πλάκες του δέρματος των κάτω άκρων και έχει βραδεία εξέλιξη. Η βλαστική μορφή φθάνει μέχρι τη μυϊκή περιγόνια, ενώ η διηθητική μπορεί να επεκταθεί και στους υπόλοιπους ιστούς. Η λεμφαδενοπαθητική παρατηρείται σπάνια σε παιδιά και χαρακτηρίζεται από λεμφαδενίτιδα, λεμφοίδημα και ελάχιστες δερματικές βλάβες. Έχει κεραυνοβόλο πορεία και ταχεία κατάληξη.

**γ) Το σάρκωμα του Kaposi που σχετίζεται με ανοσοκαταστολή** είναι δυνατό να παρατηρηθεί σε νοσήματα του κολλαγόνου, σε ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού ή και σε όσους παίρνουν ανοσοκατασταλτικά φάρμακα. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι μετά την απομάκρυνση του αίτιου της ανοσοκαταστολής παρουσιάζεται βελτίωση των κλινικών βλαβών.

**δ) Το σάρκωμα Kaposi που σχετίζεται με το AIDS** παρατηρείται στο 35% των ασθενών και προσβάλλει συχνότερα άνδρες με μέσο όρο ηλικίας 40 ετών. Σε αντίθεση με τα τρία προηγούμενα είδη, οφείλεται στον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV). Οι αλλοιώσεις εμφανίζονται στο δέρμα και στο 50-55% των περιπτώσεων και στο στόμα, ιδίως δε στην

υπερώα. Οι δραματικές αλλοιώσεις χαρακτηρίζονται από κηλίδες, βλατίδες, διηθημένες πλάκες, οζίδια και όγκους.

Οι κηλίδες και οι βλατίδες μπορεί να είναι ερυθρές, ή μελαγχρωματικές, ενώ άλλοτε συνεννούνται και σχηματίζουν ερυθρηματώδεις πλάκες

Οι διηθημένες πλάκες έχουν άλλοτε χρώμα ερυθρό και άλλοτε καστανόμαυρο. Σε ορισμένες περιπτώσεις οι πλάκες παρουσιάζουν ελκώδεις ή και νεκρώσεις.

Τα οζίδια έχουν διάφορο μέγεθος και χρώμα μέχρι καστανόμαυρο. Τα μεγάλα οζίδια γίνονται όζοι ή όγκοι οι οποίοι σε ορισμένες περιπτώσεις παρουσιάζουν βλαστική επιφάνεια.

Οι βλάβες του σαρκόματος **Kaposi**, που σχετίζεται με το **AIDS**, εντοπίζονται διάσπαρτα στον κορμό, στα άκρα και στο πρόσωπο, ενώ είναι δυνατό να προσβάλλουν και τη στοματική κοιλότητα. Οι βλάβες συνοδεύονται από πολλές ευκαιριακές λοιμώξεις, γι' αυτό η εξέλιξη είναι ταχύτατη με κακή πρόγνωση.

Η διάγνωση του σαρκόματος **Kaposi** επιβεβαιώνεται με την ιστολογική εξέταση<sup>29</sup>.

## **B. ΑΛΛΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ**

Εκτός από το σάρκωμα **Kaposi**, που απαντάται στη συντριπτική πλειοψηφία των πασχόντων από **AIDS**, έχουν παρατηρηθεί και άλλα νεοπλασμάτα, όπως ακανθοκυτταρικά καρκινώματα, λεμφώματα **Hodgkin** και **non - Hodgkin**, λεμφώματα **Burt**, τα οποία έχουν σχέση με τον μεγαλοκυτταροϊό, όπως επίσης και καρκινώματα του εντέρου, ιδιαίτερα μάλιστα του ορθού, καθώς και της περιπρωκτικής χώρας<sup>29</sup>.

### **3.4 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ**

Η λοίμωξη με τον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (**Human Immunodeficiency Virus - HIV**) μπορεί να οδηγήσει σε ένα φάσμα κλινικών εκδηλώσεων όπου στο ένα άκρο βρίσκονται μολυσμένα άτομα που έχουν αναπτύξει αντισώματα, χωρίς όμως κλινικές εκδηλώσεις (υγιείς

φορείς), και στο άλλο άκρο βρίσκονται άτομα με πλήρες **AIDS** που συνοδεύονται από πληθώρα ευκαιριακών λοιμώξεων και νεοπλασιών. Μεταξύ των δύο άκρων τοποθετούνται ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις και ανοσολογικές μεταβολές που συνοδεύουν την νόσο. Για επιδημιολογικούς και κλινικούς λόγους, οι εκδηλώσεις της λοίμωξης με τον ιό **HIV** ταξινομούνται με κλινικά και εργαστηριακά κριτήρια στις πιο κάτω ομάδες.

**Ασυμπτωματικοί Φορείς της Νόσου.** Στην ομάδα αυτή ταξινομούνται άτομα που έχουν μολυνθεί με τον ιό **HIV**, δεν παρουσιάζουν όμως καμία κλινική εκδήλωση ούτε εργαστηριακές διαταραχές, ανιχνεύονται όμως ορολογικά αντισώματα εναντίον του ιού **HIV** ή και απομονώνεται ο ιός **HIV** με καλλιέργεια.

**Επίμονη Γενικευμένη Λεμφαδενοπάθεια (Lymphadenopathy Associated Syndrome LAS).** Στην ομάδα αυτή ανήκουν άτομα που παρουσιάζουν λεμφαδενοπάθεια τουλάχιστον σε δύο θέσεις εκτός των βουβωνικών, που επιμένει πάνω από 3 μήνες και δεν μπορεί να αποδοθεί σε άλλη νόσο ή αιτία. Σ' αυτό το στάδιο δεν υπάρχουν κλινικά σημεία και συμπτώματα ενδεικτικά της νόσου. Οι ασθενείς είναι οροθετικοί και υπάρχει αντιστροφή στη σχέση **T4 /T8** λεμφοκυττάρων. Τα άτομα της ομάδας αυτής αναπτύσσουν **AIDS** σε αναλογία 7-30% μετά από 6-36 μήνες.

**Σύμπλεγμα Σημείων και Συμπτωμάτων που Συνδέονται με το AIDS (AIDS - related complex ARC).** Στην ομάδα αυτή ταξινομούνται άτομα που παρουσιάζουν 2 ή περισσότερα από τα συμπτώματα και τα σημεία και 2 ή περισσότερες εργαστηριακές διαταραχές.

**Νέα Ταξινόμηση της Λοίμωξης HIV.** Το 1986, το **CDC (Centers for Disease Control)** πρότεινε ένα νέο σχήμα ταξινόμησης της λοίμωξης **HIV** (Πιν. 2) Η ταξινόμηση αυτή γίνεται μόνο σε άτομα που έχουν μολυνθεί με τον ιό **HIV** και αντανakλά στην πορεία και τις εκδηλώσεις της λοίμωξης. Η σταδιοποίηση της λοίμωξης έχει πρακτική εφαρμογή κυρίως για επιδημιολογικές μελέτες, πρόληψη της νόσου, δήλωση κρουσμάτων και

γενικότερους σχεδιασμούς και εφαρμογές προγραμμάτων δημόσιας υγείας. Σύμφωνα με τη νέα αυτή ταξινόμηση, η πορεία της λοίμωξης με αύξουσα βαρύτητα χωρίζεται σε τέσσερα στάδια **I**, **II**, **III**, και **IV**. Μετά τη σταδιοποίηση κάθε περίπτωσης, δεν πρέπει να γίνεται ανακατανομή, έστω και εάν οι κλινικές εκδηλώσεις βελτιωθούν ή υποχωρήσουν, γιατί αυτό δεν είναι δείκτης ότι υπάρχει και αναστολή της πορείας της λοίμωξης **HIV**.

Τα κριτήρια σταδιοποίησης αναλύονται στη συνέχεια :

**Πίνακας 7. Νέα ταξινόμηση της λοίμωξης HIV σύμφωνα με το CDC (MRU 35: 334, 1986).**

Στάδιο <b>I</b> .	Οξεία λοίμωξη
Στάδιο <b>II</b> .	Συμπτωματική λοίμωξη*
Στάδιο <b>III</b> .	Επίμονη γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια*
Στάδιο <b>IV</b> .	Άλλες νόσοι που εκδηλώνονται επί <b>AIDS</b>
Υποομάδα <b>A</b> .	Γενικές εκδηλώσεις.
Υποομάδα <b>B</b> .	Νευρολογικές εκδηλώσεις.
Υποομάδα <b>C</b> .	Δευτερεύουσες λοιμώξεις νόσοι
Κατηγορία <b>C -1</b> .	Δευτερεύουσες λοιμώξεις που υπάρχουν στα κριτήρια ορισμού του <b>AIDS</b> από το <b>CDC</b> .
Κατηγορία <b>C - 2</b> .	Άλλες ειδικές δευτερεύουσες λοιμώξεις.
Υποομάδα <b>D</b> .	Νεοπλάσματα που εμφανίζονται δευτεροπαθώς και πληρούν τα κριτήρια ορισμού του <b>AIDS</b> από το <b>CDC</b> .
Υποομάδα <b>E</b> .	Λοιπές καταστάσεις αποτέλεσμα της λοίμωξης <b>HIV</b> .

\* Ανάλογα με τις εργαστηριακές μεταβολές το στάδιο αυτό υποταξινομείται σε υποστάδια.

**Στάδιο I.** Οξεία λοίμωξη. Στο στάδιο αυτό ταξινομούνται άτομα που αμέσως μετά τη λοίμωξη **HIV** παρουσιάζουν παροδικά σημεία και συμπτώματα που υποδύονται λοιμώδη μονοκυρήνωση (π.χ. μέτριος πυρετός, κυνάγχη, καταβολή δυνάμεων, υπεριδρωσία, κηλίδωσες δερματικό εξάνθημα, κεφαλαλγία, γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια, διόγκωση σπλήνας κ.ά.) και διαρκούν 1-3 εβδομάδες. Κλινικά στο στάδιο αυτό είναι πολύ δύσκολη η υποψία της λοίμωξης. Η διάγνωση γίνεται εργαστηριακά με την ορολογική ανίχνευση του αντιγόνου **HIV** και **HIV** αντισωμάτων. Το στάδιο αυτό είναι συχνό σε άτομα που μολύνθηκαν με τον ιό **HIV** με μετάγγιση μολυσμένου αίματος και παραγώγων του, ενώ στους τοξικομανείς συνήθως δεν απαντά, γιατί ο ιός έχει πολύ μεγάλη περίοδο επώασης.

**Στάδιο II.** Συμπτωματική λοίμωξη. Στο στάδιο αυτό ταξινομούνται ασθενείς που δεν παρουσιάζουν κλινικά σημεία και συμπτώματα λοίμωξης **HIV**. Είναι απαραίτητος αιματολογικός και ανοσολογικός έλεγχος, όπου μπορεί να διαπιστωθεί λεμφοπενία, θρομβοκυττοπενία, μείωση του αριθμού T- λεμφοκυττάρων (**T4**), καθώς και αντιστροφή στη σχέση **T4** λεμφοκυττάρων : κατασταλτικών **T8** λεμφοκυττάρων. Ανάλογα με τις αιματολογικές και ανοσολογικές διαταραχές, το στάδιο αυτό υποδιαιρείται.

**Στάδιο III.** Επίμονη γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια. Οι ασθενείς στο στάδιο αυτό παρουσιάζουν λεμφαδενοπάθεια σε περισσότερες από μια θέσεις, εκτός των βουβωνικών εντοπίσεων, χωρίς να υπάρχουν άλλες εκδηλώσεις που απαντούν στο στάδιο **IV**. Οι διογκωμένοι λεμφαδένες έχουν μέγεθος **1cm** ή μεγαλύτερο και επιμένουν τουλάχιστον **3** μήνες. Ανάλογα με τις αιματολογικές και ανοσολογικές μεταβολές, το στάδιο αυτό μπορεί να υποδιαιρεθεί περαιτέρω.

**Στάδιο IV.** Άλλα νοσήματα που εκδηλώνονται. Στο στάδιο αυτό ταξινομούνται ασθενείς που εκδηλώνουν κλινικά σημεία και συμπτώματα λοίμωξης **HIV** με ή χωρίς λεμφαδενοπάθεια. Ανάλογα με τις κλινικές εκδηλώσεις, τα άτομα που ανήκουν στο στάδιο αυτό χωρίζονται σε πέντε υποομάδες (**A, B, C, D, E**).



Α. Γενικά συμπτώματα. Περιλαμβάνονται πυρετός που επιμένει πάνω από 1 μήνα, απώλεια βάρους πάνω του 10% και διάρροια που επιμένει πάνω από 1 μήνα.

Β. Νευρολογικές εκδηλώσεις. Περιλαμβάνονται διανοητικές διαταραχές, μυελοπάθεια και περιφερική νευροπάθεια.

Γ. Δευτεροπαθείς λοιμώξεις. Οι ασθενείς της υποομάδας αυτής χωρίζονται σε δύο υποκατηγορίες : C - 1 και C - 2, που κάθε μια περιλαμβάνει συγκεκριμένες λοιμώξεις.

C-1	C-2
Πνευμονία από πνευμοκύστη <b>carinii</b>	Τριχωτή λευκοπλακία στόματος
Χρόνια κρυπτοσποριδίωση	Μονιλίαση στόματος
Τοξοπλάσμωση	Έρπητς ζωστήρ
Στρογγυλοειδίωση (εκτός εντέρων)	Φυματίωση
Ισοσπορίωση	Νοκαρδίωση
Μονιλίαση (οισοφάγου, βρόγχων, πνευμόνων)	Σαλμονέλωση (βακτηριαμία)
Κρυπτοκοκκίωση	
Ιστοπλάσμωση	
Λοιμώξεις από <b>Mycobacterum avium intracellulare</b> και <b>kansasii</b>	
Λοίμωξη με κυτταρομεγαλοϊό	
Λοίμωξη με τον ιό του έρπητα	
Πολυεστιακή προοδευτική λευκοεγκεφαλοπάθεια	

Δ. Δευτεροπαθή νεοπλάσματα. Περιλαμβάνονται νεοπλάσματα που συνυπάρχουν με λοίμωξη HIV και η εμφάνισή τους συνδέεται με κυτταρική ανοσοκαταστολή και είναι: το σάρκωμα **Kaposi**, μη-**Hodgkin** λέμφωμα και πρωτοπαθές λέμφωμα του εγκεφάλου.

Ε. Λοιπές καταστάσεις που συνοδεύουν τη λοίμωξη HIV. Στην ομάδα αυτή ανήκουν κλινικές εκδηλώσεις ή νοσήματα που δεν περιλαμβάνονται στις άλλες υποομάδες και που είναι ενδεικτικές κυτταρικής ανοσοανεπάρκειας π.χ. χρόνια διάμεση λεμφοειδής πνευμονία (στα παιδιά) και άλλες κλινικές εκδηλώσεις.

**Σταδιοποίηση κατά Walter Reed.** Η σταδιοποίηση της λοίμωξης HIV κατά **Walter Reed** βοηθά στην καλύτερη κλινική εκτίμηση και στην επιλογή της αντιϊκής θεραπείας.

Στον πίνακα παρατίθεται τα διάφορα στάδια της λοίμωξης και τα αντίστοιχα εργαστηριακά και κλινικά ευρήματα<sup>19</sup>.

**Πίνακας 8. Σταδιοποίηση λοίμωξης HIV κατά Walter Reed**

Στάδιο	0	1	2	3	4	5	6
HIV αντισωμάτων ή ανίχνευση ιού	-	+	+	+	+	+	+
Αριθμός T4-λεμφοκυττάρων/ανα 1ml	>400	>400	>400	<400	<400	<400	<400
Έλεγχος επιβραδυνόμενης υπερευαισθησίας	ενεργός	ενεργός	ενεργός	ενεργός	ενδιάμεση ανεργός	ανεργός ή ενεργός	Ανεργός ή ενδιάμεση
Λεμφαδενοπάθεια	-	-	+	±	±	±	±
Μονιλίαση στόματος	-	-	-	-	-	-	±
<b>Ευκαιριακές λοιμώξεις</b>	-	-	-	-	-	-	+

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°**

### **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

#### **4.1 Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Η αντιμετώπιση της επιδημίας από τα αρχαία χρόνια γίνονταν με την αντίστοιχη για την εκάστοτε εποχή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Τα πρώτα χρόνια εμφάνισης της νόσου ο ασθενής ήταν υποχρεωμένος να μένει αποξενωμένος, απομονωμένος από το γύρω περιβάλλον.

Πολύ αργότερα η κοινωνία άρχισε να αντιμετωπίζει τους νοσούντες και να ψάχνει να βρει τρόπους για τυχόν θεραπεία. Έτσι, φτάνουμε στο παρόν που το άτομο-ασθενής αντιμετωπίζεται σαν μέλος της κοινωνίας και παρακολουθείται στενά από ιατρούς και νοσηλευτές.

Ιδιαίτερα στα πρώτα στάδια της νόσου, που το άτομο-φορέας είναι κλινικά υγιές, είναι απαραίτητη η ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς.

Αργότερα όμως απαιτείται και η εξωνοσοκομειακή φροντίδα για το λόγο ότι τα άτομα αυτά είναι πιο προσφιλή σε ασθένειες. Σε προχωρημένο στάδιο, βέβαια πια, το άτομο-πάσχον είναι αναγκασμένο να εισάγεται στο νοσοκομείο, ώστε να παρακολουθείται στενά από ιατρούς σε ειδικές μονάδες λοιμώξεων. Σ' αυτούς τους ασθενείς με κλινικό **AIDS** απαιτείται η συνεχής εφόρου ζωής χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων για την πρόληψη ευκαιριακών λοιμώξεων. Έτσι σήμερα αντιμετώπιση-πρόληψη ευκαιριακών λοιμώξεων, η θεραπεία των νεοπλασιών και η φαρμακευτική αγωγή εναντίον του ιού αποτελούν τα τρία βασικά στάδια αντιμετώπισης της νόσου.

Όταν οι ασθενείς με **AIDS** πρόκειται να ταξιδέψουν σε κάποια άλλη χώρα δίνεται ιδιαίτερη προσοχή. Κι' αυτό γιατί είναι πιο εκτεθειμένοι σε ευκαιριακές λοιμώξεις. Έτσι γίνεται ο ανάλογος εμβολισμός σε σχέση με τον προορισμό του ταξιδιού τους.

Πέρα από τη φαρμακευτική αγωγή που δίδεται στους ασθενείς που πάσχουν από την **HIV** λοίμωξη, παρέχονται κι εναλλακτικές θεραπείες όπως η χρήση βοτάνων, ψυχοθεραπεία.

Αυτή η ψυχολογική προσέγγιση του ασθενούς από τους ειδικούς, η συμπαράσταση των συγγενών του, οδηγούν στις πιο απίθανες θεραπευτικές επεμβάσεις.

Ο Ελληνικός και Παγκόσμιος κόσμος της Ιατρικής είναι ενάντια στην εφαρμογή ευθανασίας στους ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νόσου<sup>18</sup>.

## **4.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ AIDS**

Δεν υπάρχει μέχρι στιγμής αποτελεσματική θεραπεία. Στην καλύτερη περίπτωση - όπως συμβαίνει με το Α.Ζ.Τ. - μπορεί να αναβληθεί για κάποιο διάστημα το μοιραίο.

Πάντως ως τώρα κανένας ασθενής με πλήρη **AIDS**, δε γλίτωσε από το θάνατο. Υπάρχει η ελπίδα ότι θα παραχθεί ένα εμβόλιο κατά των μικροβίων, αλλά όλοι οι ειδικοί συμφωνούν ότι αυτό δεν μπορεί ν' αναμένεται σύντομα. Αλλά και τότε θα πρέπει να δούμε κατά πόσο θα αποδειχθεί αποτελεσματικό το εμβόλιο μπροστά στις απότομες αλλαγές που στο μεταξύ θα έχουν προκύψει μέσα στον οργανισμό.

Το κακό όμως είναι, ότι αν τελικά βρεθεί το εμβόλιο στα επόμενα έτη, δε θα μπορέσει να βοηθήσει και να αποσπάσει από τις αρπαγές του θανάτου, αυτούς που έχουν ήδη μολυνθεί ή θα μολυνθούν μέχρι τον παραπάνω χρόνο.

Κι αυτοί κατά τις εκτιμήσεις των ειδικών δε θα είναι λιγότεροι από μερικά εκατομμύρια (**2,5** εκατομμύρια στην Αμερική και **800.000** στη Δυτική Ευρώπη, **25,6** εκατομμύρια φορείς σύνολο. 'Μπροστά σ' αυτούς τους αριθμούς, ωχριά η βόμβα της Χιροσίμα' λει χαρακτηριστικά ο καθηγητής Ζέγκαλ)<sup>17</sup>.

### **4.2.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΝΕΟ ΦΑΡΜΑΚΟ Α.Ζ.Τ.**

Το πρώτο αισιόδοξο μήνυμα για την καταπολέμηση του **AIDS**, άρχισε ήδη να προβάλλει στον ορίζοντα. Βρέθηκε από ένα ερευνητικό κέντρο των Η.Π.Α. ένα πειραματικό φάρμακο, που χάρη στα ενθαρ-

ρυντικά του αποτελέσματα τη χρονιά που μας πέρασε, τέθηκε πια σε κυκλοφορία και αναμένεται να ανακουφίσει πολλούς αρρώστους από τον ιό του **AIDS**. Πρόκειται για ένα παλιό φάρμακο που πρωτοκατασκευάστηκε στα **1964** από το αντικαρκινικό ίδρυμα του Μίσιγκαν. Επειδή όμως αποδείχθηκε αναποτελεσματικό για την καταπολέμηση των όγκων, εγκαταλείφτηκε και μόλις πριν λίγα χρόνια ήρθε πάλι στην επικαιρότητα, για να χρησιμοποιηθεί αυτή τη φορά κατά του **AIDS**.

Οι προκαταρκτικές έρευνες σε δοκιμαστικούς σωλήνες έδειξαν, ότι η ουσία ανέστειλε την ανάπτυξη του ιού και σύντομα οι δοκιμές επεκτάθηκαν σε ανθρώπους. Μέχρι τα μέσα του Σεπτεμβρίου του **1986**, οι **137** ασθενείς στους οποίους χορηγείτο υποκατάστατο, είχαν πεθάνει όλοι, ενώ από τους **145** που έπαιρναν A.Z.T., πέθανε μόνο ένας. Κι ακόμα διαπιστώθηκε ότι οι τελευταίοι βελτιώθηκαν, κέρδισαν βάρος και παρουσίασαν αύξηση του αριθμού των κυττάρων τα οποία καταστρέφει ο ιός του **AIDS**<sup>12</sup>.

#### **4.2.2 ΠΩΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙ ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟ (A.Z.T.)**

Ο τρόπος ενέργειας του A.Z.T. – της αζινοθυμιδίνης όπως αλλιώς λέγεται – είναι βιοχημικός και εμποδίζει την αναπαραγωγή των ιών του **AIDS**. Πως γίνεται αυτό; Ο ιός για να πολλαπλασιαστεί πρέπει να βρει ένα ζωντανό κύτταρο. Τέτοιο κύτταρο στην προκείμενη περίπτωση, είναι το T4 βοηθητικό λεμφοκύτταρο, που έχει την ευθύνη της άμυνας του οργανισμού ενάντια σε κάθε επιδρομέα – μικρόβιο ή ιό. (Σύστημα ανοσολογικής δυνατότητας). Αλλά δεν φτάνει μόνο αυτό. Για να αναπτυχθεί παραπέρα ο ιός, πρέπει να εισέλθει στην τροχιά του γενετικού μηχανισμού και με τη βοήθεια ενός ενζύμου (ανάστροφη τρανσκρύπτασσα) να υποχρεώσει το μηχανισμό να αναπαράγει αντίγραφα του εαυτού του, καταστρέφοντας το τελικά.

Ακριβώς εδώ κάνει τη δουλειά του το νέο φάρμακο. Το A.Z.T. παρεμβαίνει στη δράση του ενζύμου και παρεμποδίζει την παραπέρα παραγωγή του ιού. Με άλλα λόγια το A.Z.T. μπορεί να ξεγελάσει τον ιό του **AIDS**, ο οποίος μαζί με το συγκεκριμένο ένζυμο χρησιμοποιεί και το

A.Z.T., πράγμα που καθιστά αδύνατο το D.N.A. και κατά συνέπεια την παραγωγή του ιού<sup>12</sup>.

#### 4.2.3 ΑΛΛΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ AIDS

Φάρμακα πρόληψης : (Υπό έρευνα)	1. Εμβόλιο – Vaccine AIDS
Φάρμακα ιστατικά : (Υπό έρευνα)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. HRA – 23* (Institut Pasteur – Γαλλία)</li> <li>2. Acyclonir Sodium (ZOVIRZAX*)</li> <li>3. Methisoprinol (ISOPRINOSINE*)</li> <li>4. Idoxuridine (HERPLEX* - STOXIL*)</li> <li>5. Adeninearabinoside (VIDARABINE*)</li> <li>6. Amantadine Hydrochloride (SYMMETRTREL*)</li> <li>7. Nonoxynol – 9 (ΗΠΑ)</li> <li>8. Methisazon (MARBORAN*)</li> <li>9. Foscarnet (Καναδάς – Σουηδία)</li> <li>10. Rifamycin – SV (RIFOCIN*)</li> </ol>
Χημειοθεραπευτικά για τις επιμέρους λοιμώξεις :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pentamidine Isethionate</li> <li>2. Nystatin (MYCOSTATIN*)</li> <li>3. Co – Trimazole (SEPTRIN* BACTRIMEL*)</li> <li>4. Διάφορα αντιβιοτικά - αντιμικροβιακά</li> </ol>
Κυτταροστατικά για το Σάρκωμα Kaposi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Doxorubicin Hydrochl. (ADRIBLASTINA*)</li> <li>2. Dacarbazine (DETICENE* - DTIC*)</li> <li>3. Vinblastine Sulfate (VELBE*)</li> </ol>
Διάφορα υπό έρευνα :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Imreg – I</li> <li>2. Fosfonoformat</li> <li>3. Suramin</li> </ol>
Ανοσοδιεγερτικά φάρμακα υπό έρευνα :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Interleucine – 2 (IL 2)</li> <li>2. Interferon Human Alpha (IF a)</li> <li>3. Interferon Human Gamma (IF γ)</li> <li>4. Levamisole (STIMAMIZOL*)</li> <li>5. Special Immunoglobulin AIDS</li> <li>6. Trymozine Alpha I</li> <li>7. Trymopoeetine</li> <li>8. Transfer Factor</li> <li>9. T – Cell Growth Factor (TCGF)</li> <li>10. Therafactin</li> <li>11. Corynobacterium Parvum</li> </ol>

#### 4.3 ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ

Η λέξη «εμβόλιο» είναι μια λέξη μαγική επειδή παραπέμπει στη νίκη κατά των μεγάλων λοιμωδών νοσημάτων. Η ερώτησή μου έχει τεθεί χιλιάδες φορές: «πότε θεωρείτε ότι θα διαθέτουμε εμβόλιο κατά του

**AIDS»;** Σήμερα ουδείς μπορεί να απαντήσει στην ερώτηση αυτή, διότι, παρά τις εντατικές έρευνες που γίνονται στον τομέα, οι δυσκολίες όσον αφορά τον **HIV** είναι μεγάλες. Ωστόσο, οι επιστήμονες δεν αποθαρρύνονται και οι έρευνες συνεχίζονται προς κάθε κατεύθυνση. Ήδη δοκιμάζονται διάφορα εμβόλια στον άνθρωπο. Έπειτα από πολλά χρόνια δισταγμών και αβεβαιότητας, μπορούμε λογικά να θεωρούμε ότι η ελπίδα αναγεννάται. Δεν είναι ώρα για την αυτοπεποίθηση των πρώτων καιρών. Ούτε όμως και δικαιολογείται πλέον η απαισιοδοξία που ακολούθησε.

Τα εμβόλια παρέχουν προληπτική προστασία κατά της προσβολής από λοιμώδη νοσήματα. Το εμβόλιο υπενθυμίζει στο ανοσοποιητικό σύστημα τα ίχνη ενός λοιμώδους παράγοντος, με τη μορφή αντισωμάτων ή κυττάρων-φονέων: έτσι, εάν το μικρόβιο επανεμφανισθεί, το ανοσοποιητικό σύστημα πυροδοτεί αμέσως την προστατευτική αντίδραση. Ένα εμβόλιο προλαμβάνει την ανάπτυξη μιας νέας λοιμώξεως και δεν πρέπει να συγχέεται με την εμβολιοθεραπεία, σκοπός της οποίας είναι να τονώσει την εξασθενημένη ανοσολογική μνήμη σε ένα άτομο που έχει ήδη μολυνθεί<sup>8</sup>.

## **A. Οι δυσκολίες**

Το θεμελιακό πρόβλημα που πρέπει να λυθεί ώστε να τελειοποιηθεί ένα εμβόλιο κατά του **HIV** αφορά κατ' αρχάς την ίδια τη ρετροϊκή φύση του. Οι ρετροϊοί προωθούν τα γονίδιά τους μέσα στα χρωμοσώματα των κυττάρων τα οποία μολύνουν. Τα γονίδια αυτά μπορούν τότε είτε να λειτουργήσουν (να εκφρασθούν, όπως συνηθίζουμε να λέμε) είτε όχι. Εάν τα γονίδια εκφρασθούν, το κύτταρο παράγει σωματίδια του ιού, αναγνωρίζεται από το ανοσοποιητικό σύστημα και καταστρέφεται από αυτό. Αντιθέτως, εάν τα γονίδια του ιού δεν εκφρασθούν, το κύτταρο παραμένει φαινομενικώς φυσιολογικό και δεν αναγνωρίζεται από το ανοσοποιητικό σύστημα. Το γεγονός αυτό εξηγεί τη δυσκολία να εκριζώσουμε τη μόλυνση από τα πρώτα στάδιά της.

Αυτή όμως δεν είναι η μόνη δυσκολία. Ο **HIV** μεταβάλλεται συνεχώς, και η μεταβλητότητά του αφορά ιδίως την επιφανειακή του πρωτεΐνη **gp 120**, αυτήν ακριβώς που χρησιμεύει για να προσδεθεί ο ιός στα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος. Πάνω στην πρωτεΐνη αυτή υπάρχουν πέντε υπερμεταβλητές περιοχές : η ακολουθία των αμινοξέων τους μεταβάλλεται από τον έναν ασθενή στον άλλο, αλλά και στον ίδιο ασθενή κατά τη διάρκεια της νόσου. Μια από τις περιοχές αυτές, ο βρόχος **V3** (ονομάζεται έτσι επειδή είναι η τρίτη υπερμεταβλητή περιοχή - το **V** είναι αρχικό της λέξεως **variable**), είναι απαραίτητη για τη διείσδυση του ιού στο κύτταρο και προκαλεί ισχυρή ανοσολογική αντίδραση, η οποία περιλαμβάνει και την έκκριση αντισωμάτων για την εξουδετέρωσή της. Φυσικό ήταν η περιοχή αυτή να χρησιμοποιηθεί για την παρασκευή πιθανών εμβολίων : θα ήλπιζε κανείς ότι η εξουδετέρωση του ανοσολογικού αυτού τύπου θα εμπόδιζε τη διείσδυση του ιού στο κύτταρο. Αρκεί όμως να μεταλλάξει ο ιός ένα μοναδικό αμινοξύ αυτής της περιοχής για να γλιτώσει από το ειδικό αντίσωμα. Πράγματι, ο **HIV** δεν παύει να το πράττει. Έχουν καταμετρηθεί μέχρι σήμερα περίπου χίλια διαφορετικά στελέχη του ιού, που κατατάσσονται σε οκτώ ή εννέα μεγάλες οικογένειες. Μήπως άραγε αυτό σημαίνει ότι χρειαζόμαστε εννέα εμβόλια ; Και τι θα γίνει εάν οι εννέα οικογένειες γίνουν τελικά είκοσι ;

Η περιοχή της επιφανειακής πρωτεΐνης του ιού, η οποία δεσμεύεται στον υποδοχέα **CD4**, δεν μεταβάλλεται. Θα μπορούσε να είναι καλή "υποψήφια" για την παρασκευή εξουδετερωτικών αντισωμάτων. Δυστυχώς, η περιοχή αυτή είναι κρυμμένη σε μια πτυχή του μορίου της πρωτεΐνης και επομένως δεν βρίσκεται σε σημείο αρκετά ευπρόσιτο ώστε να εντοπισθεί από το ανοσοποιητικό σύστημα.

Η τρίτη δυσκολία έγκειται στο γεγονός ότι το εμβόλιο πρέπει να προστατεύει από τη μετάδοση δια της σεξουαλικής οδού, η οποία αποτελεί και τον σημαντικότερο τρόπο μεταδόσεως του ιού σε ολόκληρο τον κόσμο. Η τοπική ουρογεννητική ανοσία δεν είναι ακόμη γνωστή με λεπτομέρειες και έχουμε ελάχιστη εμπειρία από εμβόλια που προκαλούν τέτοιου είδους ανοσολογική απόκριση. Επιπλέον, η μετάδοση δεν γίνεται κατ' αποκλειστικότητα μέσω του ιού, αλλά και μέσω



μολυσμένων κυττάρων. Σήμερα, μόλις αρχίζουμε να λαμβάνουμε υπόψη μας την προοπτική αυτή στα πιθανά εμβόλια, τα οποία βρίσκονται στο στάδιο της κλινικής δοκιμής.

Μια ακόμη δυσκολία πηγάζει από το ίδιο το γεγονός ότι ο ιός προσβάλλει ακριβώς εκείνα τα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος τα οποία εμπλέκονται στην ανοσολογική απόκριση μετά τον εμβολιασμό.

Τέλος, δεν διαθέτουμε καλά πειραματικά πρότυπα, τα οποία να επιτρέπουν τη μελέτη της νόσου σε πειραματόζωα. Μόνον ο χιμπαντζής είναι ευαίσθητος στον **HIV - 1**, και ακόμη κι αυτός αναπτύσσει οροθετικότητα χωρίς να εκδηλώνει ασθένεια, επομένως αποτελεί ατελές πρότυπο. Οι δόκιμες εμβολίων στον χιμπαντζή δεν μπορούν να ελέγξουν παρά μόνο την πρόληψη της μόλυνσεως και όχι την πρόληψη της νόσου. Ο μακάκος ρήσος δεν προσβάλλεται από τον **HIV** αλλά από τον **SIV**, ο οποίος είναι συγγενικός με τον **HIV - 2** και προκαλεί μια νόσο ανάλογη του ανθρώπινου **AIDS**. Επομένως, τα εμβόλια τα οποία έχουν δοκιμασθεί στον εν λόγω πίθηκο μπορούν να παράσχουν πληροφορίες και για τις δύο φάσεις της νόσου (πρόληψη της λοιμώξεως και καθυστέρηση της εκδηλώσεως των συμπτωμάτων) στον πίθηκο, αλλά τότε είναι δύσκολο να παρεκτείνουμε τις πληροφορίες αυτές στον άνθρωπο.

Έπειτα από δέκα χρόνια προσπαθειών, το αποτέλεσμα των ερευνών μπορεί να φαίνεται πενιχρό. Ωστόσο, έχουμε διδαχθεί πολλά<sup>5</sup>.

## **B. Ηθικά – Νομικά – Δεοντολογικά και Κοινωνικά Προβλήματα**

Η ανάπτυξη του εμβολίου θα πρέπει να λάβει υπόψη τις ηθικές, νομικές και κοινωνικές ιδιομορφίες του **AIDS**. Τα πειράματα θα πρέπει να γίνουν αρχικά σε πειραματόζωα. Οι εθελοντές θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι, όσον αφορά τους πιθανούς κινδύνους που θα αντιμετωπίσουν. Η πολιτεία οφείλει να δώσει κίνητρα και παροχές, ενώ η δωρεάν ιατρική περίθαλψη και η τήρηση της απόλυτης εξεμύθειας είναι επιβεβλημένες. Υπάρχουν επιφυλάξεις και δισταγμοί για την τήρηση των απαραίτητων μέτρων κατά τη διάρκεια των δοκιμών. Η παρεχόμενη

πλημμελής περίθαλψη και ο πιεστικός χαρακτήρας της νόσου δεν παρέχουν αρκετό χρόνο για σωστή ολοκλήρωση των προκαταρκτικών πειραμάτων. Κατά τη διάρκεια των πειραμάτων όχι μόνο θα πρέπει να παρέχεται υψηλού βαθμού ιατρική περίθαλψη, αλλά και να τηρούνται οι προϋποθέσεις, ώστε να εξάγονται έγκυρα επιστημονικά συμπεράσματα. Οι προϋποθέσεις από ηθικής, νομικής και δεοντολογικής άποψης για τον εξασφάλιση ενός ασφαλούς και αποτελεσματικού εμβολίου, όπως την καθόρισε ο Π.Ο.Υ., είναι οι ακόλουθες :

**Πλήρης σχεδιασμός των κλινικών πειραμάτων.** Το εμβόλιο θα πρέπει να ελεγχθεί *in nitro* ως προς την χημική του σύνθεση, την καθαρότητά του και τη σταθερότητά του. Η ανοσοποιητική του δύναμη και η απουσία οποιασδήποτε τοξικότητας πρέπει να αποδεικνύεται με τη χρησιμοποίηση πρότυπων πειραματοζώων. Στις επόμενες φάσεις θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί μικρός αριθμός υγιών ενηλίκων εθελοντών (10 – 20 άτομα). Στο τέλος, θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί μεγαλύτερος αριθμός εθελοντών (100 – 200 άτομα), ώστε να αποκτηθεί εμπειρία ως προς την ανοσογονικότητα και αποτελεσματικότητα του εμβολίου. Θα προσδιοριστεί επίσης το μέγεθος της δόσης ως και το σχήμα των εμβολιασμών.

**Ακριβείς εκτιμήσεις εργαστηριακών και κλινικών αποτελεσμάτων.** Η ανοσογονικότητα του εμβολίου θα συνεκτιμηθεί με τα κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα (φυσική εξέταση, αιματολογικός – βιοχημικός έλεγχος).

**Επιλογή των κατάλληλων πληθυσμιακών ομάδων για εμβολιασμό.** Απαραίτητη προϋπόθεση είναι οι συμμετέχοντες να είναι υγιείς και να μην έχουν προσβληθεί από τον ιό HIV. Οι συμμετέχοντες, αρχικά, πρέπει να ανήκουν σε ομάδες χαμηλού κινδύνου, ώστε τα αποτελέσματα της ανοσοποιητικής ικανότητας του εμβολίου να μη συγχέονται με φυσική λοίμωξη, που πιθανόν να έχει συμβεί κατά την περίοδο του εμβολιασμού. Σε δεύτερη φάση, οι συμμετέχοντες πρέπει να ανήκουν σε ομάδες υψηλού και χαμηλού κινδύνου. Τα άτομα που ανήκουν στις ομάδες χαμηλού κινδύνου θα προσδιορίσουν την ανοσοποιητική ικανότητα του εμβολίου, ενώ για τα άτομα υψηλού

κινδύνου η χρησιμοποίησή τους είναι μια προκαταρκτική δόκιμη για την τρίτη φάση, που χρησιμοποιούνται αποκλειστικά άτομα υψηλού κινδύνου (νεαρά ενήλικα άτομα με σεξουαλική δραστηριότητα, πολυμεταγγιζόμενα παιδιά και νεογνά που κινδυνεύουν από κάθετη μετάδοση), για εξακρίβωση της αποτελεσματικότητας του εμβολίου.

**Δοκιμασία του εμβολίου σε διαφορετικές περιοχές και πληθυσμιακές ομάδες.** Οι υποψήφιοι πρέπει να προέρχονται από διάφορες χώρες (τροπικές, εύκρατες ζώνες κ.λπ.) και να ανήκουν σε διάφορες πληθυσμιακές ομάδες.

**Χρησιμοποίηση κατάλληλου ερευνητικού προσωπικού.** Η τήρηση της εξεμύθειας ως προς την κατάσταση της υγείας ή της κοινωνικής συμπεριφοράς των εθελοντών είναι επιβεβλημένη. Επί πλέον πρέπει να ληφθεί πρόνοια για τις κοινωνικές επιπτώσεις που θα έχει το γεγονός της αποκάλυψης, κατά τη διάρκεια των πειραμάτων, ότι ένα άτομο ανήκει στις ομάδες υψηλού κινδύνου ή πάσχει από **AIDS**. Είναι εξάλλου πιθανό κάποιο άτομο να καταστεί φορέας κατά τη διάρκεια των δοκιμών. Το προσωπικό πρέπει να έχει ενημερώσει τους εθελοντές και να έχει πάρει μέτρα για τη δωρεάν παροχή οποιασδήποτε ιατρικής υπηρεσίας στο μέλλον.

Συμπερασματικά, έστω και αν κάποιο δραστικό εμβόλιο παραχθεί, δεοντολογικοί λόγοι θα εμποδίσουν τη σύντομη προκαταρκτική δοκιμή και εφαρμογή του. Γι' αυτό δε θα πρέπει να αναμένεται η εφαρμογή εμβολίου, πριν περάσουν 5-7 χρόνια.

Συντονισμένες προσπάθειες πρέπει να γίνουν στη βασική και εφαρμοσμένη έρευνα. Είναι σαφές ότι ένα δραστικό εμβόλιο στηρίζεται στις γνώσεις και στην αποκτηθείσα εμπειρία. Στην έρευνα απαιτείται η συμμετοχή της πολιτείας, του επιστημονικού δυναμικού και της βιομηχανίας. Η πολιτεία θα πρέπει να παρέχει νομική κάλυψη και οικονομική ενίσχυση, ώστε να υποστηριχτεί η έρευνα και η παραγωγή<sup>26</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

### ΠΡΟΛΗΨΗ

#### 5.1 ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

+ ***Αρχές και προφυλακτικά μέτρα κατά τη νοσηλεία αρρώστων με AIDS στο Νοσοκομείο***

- Νοσηλεύετε τον άρρωστο με AIDS σε μοναχικό δωμάτιο με σκοπό την προφύλαξη του από μετάδοση λοιμώξεων σ' αυτόν από το προσωπικό ή άλλους ασθενείς, διότι η άμυνα του οργανισμού του είναι μειωμένη.
- Φοράτε γάντια και μπλούζα κατά τη νοσηλεία, ατομική καθαριότητα, αλλαγή λευχειμάτων, ενέσεις, ορούς, χειρισμό σωματικών υγρών κ.α. για την πιθανότητα ύπαρξης στοιχείων αίματος. Μετά τη χρήση τους απορρίψτε τα αμέσως. Αν ο άρρωστος έχει αναπνευστική λοίμωξη με βήχα, σωστό είναι να φοράτε προφυλακτικά και γυαλιά.
- Πλένετε καλά τα χέρια σας και ξεπλύνετε με άφθονο νερό πάντοτε και πριν και μετά τη χρήση γαντιών. Διότι μπορεί να υπήρχε τρύπα στο γάντι και να μολυνθήκατε. Προτιμάτε υγρή σαπουνάδα. Διότι στην πλάκα του σαπουνιού μπορεί να μείνουν σταγόνες σωματικού υγρού, π.χ. αίματος.
- Αποφεύγετε τους τραυματισμούς, τα τσιμπήματα βελόνας ή αιχμηρών αντικειμένων, μολυσμένων εργαλείων με αίμα ή εκκρίματα του αρρώστου. Αν σας συμβεί τραυματισμός, πιάστε το σημείο εκείνο μέχρις ότου αιμορραγήσει. Πλύνετε καλά με άφθονο νερό, στεγνώστε και καθαρίστε με οινόπνευμα, αφήνοντας να στεγνώσει. Ενημερώστε το γιατρό σας και πάρτε οδηγίες. Αν πέσουν κηλίδες αίματος στο δέρμα σας ή δεχθείτε φτύσιμο ή δάγκωμα από ασθενή που βρίσκεται σε σύγχυση, κάνετε το ίδιο όπως παραπάνω. Το αυτό ισχύει και για

πιπίλισμα στα μάτια, με τη διαφορά αντί για οινόπνευμα χρησιμοποιείτε φυσιολογικό ορό.

- Απορρίψτε βελόνες, σύριγγες και άλλο μολυσμένο υλικό σε ειδικούς αδιάτρυτους κάδους. Μη ξαναβάζετε το κάλυμμα της βελόνας μετά τη χρήση της, γιατί μπορεί να τρυπηθείτε.
- Χρησιμοποιείτε χονδρά αδιάτρυτα γάντια για τη φροντίδα των εργαλείων πριν αποστειρωθούν.
- Απολυμαίνετε επιφάνειες, συσκευές, μηχανήματα, που ήλθαν σε επαφή με αίμα ή άλλα σωματικά υγρά, με πρόσφατη χλωρίνη σε διάλυση **1:10**.
- Μη πιάνετε οπασμένα γυάλινα αντικείμενα χωρίς γάντια. Χρειάζεται ειδική μέριμνα, διότι αν πεταχτούν στα κοινά σκουπίδια μπορεί να συμβεί ατύχημα και μόλυνση.
- Ειδοποιείτε τα εργαστήρια σε υποψία λοίμωξης με **HIV**, για να λάβουν τα μέτρα τους.
- Στέλνετε τα δείγματα αίματος σε πλαστικά φιαλίδια με σκέπασμα αφού τοποθετηθούν σε διαφανή πλαστική σακούλα. Έχετε όμως χωριστά τα χρεωστικά σημειώματα για να μην υπάρχει πιθανότητα επίδρασης μολυσματικού υλικού σ' αυτά.
- Παίρνετε τα κατάλληλα προφυλακτικά μέτρα, ιδιαίτερα όταν έχετε λύση συνέχειας δέρματος και για τις γυναίκες κατά την εγκυμοσύνη, διότι είναι δυνατόν να μολυνθεί το κύημα<sup>19</sup>.

+ ***Ειδικά μέτρα προφύλαξης προσωπικού εργαστηρίων***

- Κάνετε τη λήψη αίματος πάντοτε με γάντια, καθώς και το χειρισμό άλλων σωματικών υγρών.
- Φοράτε μπλούζα κλειστή και μάσκα κατά την επεξεργασία των δειγμάτων, όταν μάλιστα υπάρχει πιθανότητα δημιουργίας αεροζόλ.
- Περιοριζέσθε με ακρίβεια στην απαιτούμενη λήψη ποσότητας αίματος, για να μη χρειασθεί απόρριψη του περισσεύματος.
- Αποφεύγετε τη μόλυνση του εξωτερικού τοιχώματος του σωληναρίου, όταν μεταφέρετε αίμα ή άλλα βιολογικά υγρά.

- Χρησιμοποιείτε αυτόματη μιας χρήσεως πιπέτα.
- Φυγοκεντρίτε με κλειστά σωληνάρια, προσέχοντας τη δημιουργία αεροζόλ κατά τη φυγοκέντρωση. Ο έλεγχος των δειγμάτων πρέπει να γίνεται σε βιολογικούς θαλάμους υψηλής ασφάλειας και σε ειδικούς πάγκους, όταν υπάρχει πιθανότητα δημιουργίας αεροζόλ.
- Απολυμαίνετε καλά όλες τις επιφάνειες που χρησιμοποιήσατε πριν και μετά την εργασία σας.
- Μη χρησιμοποιείτε φαγώσιμα, καφέ, αναψυκτικά κ.α. στους χώρους εργασίας για προληπτικούς λόγους.
- Αποφεύγετε τρυπήματα με βελόνα ή αιχμηρά αντικείμενα.
- Ασφαλίστε τα σωληνάρια κατά τη μεταφορά τους όταν πρόκειται για θετικά ή ύποπτα υγρά<sup>15</sup>.

+ ***Μέτρα προφύλαξης για τη διασπορά του HIV κατά τις ενδοσκοπήσεις***

- Απολυμαίνετε τα ενδοσκόπια και άλλα εργαλεία μετά από κάθε χρήση, αφού προηγηθεί καλός καθαρισμός σε διάλυμα γλουταραλδεϋδης 0, 0125 επί 5' τουλάχιστον.
- Φοράτε μπλούζα, γάντια και μάσκα κατά τη διάρκεια της εξέτασης και την φροντίδα των συσκευών και εργαλείων.
- Ενημερώστε το εργαστήριο προτού στείλετε βιοψία ή άλλη εξέταση.

+ ***Μέτρα προφύλαξη κατά την αιμοδιύλιση φορέων ή αρρώστων με AIDS***

Σήμερα, παρόλο που δεν κρίνεται απαραίτητη η απομόνωση των φορέων από τους άλλους αιμοδιυλιζόμενους όμως πρέπει και εδώ να τηρούνται όλες οι γενικές προφυλάξεις των λοιμωδών νοσημάτων, όπως αναφέρθηκαν αλλά και άλλων ειδικών, όπως οι εξής:

- Απορρίπτετε μετά τη χρήση τους αιμοδιυλιστήρες και αγωγούς αίματος.

- Απολυμαίνετε τους διαύλους των υγρών κάθαρσης με φορμαλδεΐδη 1,5 - 2% για μια νύκτα ή υποχλωριώδες νάτριο 500-750 ppm για 30' - 40'.

#### + **Απομάκρυνση μολυσμένων σκουπιδιών**

- Ρίχνετε στην τουαλέτα κενώσεις, ούρα, εμέτους, όταν ο άρρωστος χρησιμοποιεί δοχείο - ουροδοχείο, τα οποία πρέπει να διατηρούνται ατομικά.
- Μαζεύετε τα στερεά απορρίμματα, γάζες, βαμβάκι, χαρτοβάμβακο, πλαστικά ή τρύπια γάντια, χαρτιά και πανιά καθαριότητας κ.α. σε γερό πλαστικό σάκο φορώντας γάντια και όταν γεμίσει δέστε τον πολύ καλά και τοποθετήστε τον σε δεύτερο σάκο και ασφαλίστε τον.
- Μην εκθέτετε για πολύ ώρα αυτόν το σάκο στο πεζοδρόμιο ή άλλου, παρά μόνον λίγο πριν περάσει το απορριμματοφόρο του Δήμου. Διότι υπάρχει κίνδυνος να ανοιχθεί από ζώα, να τρυπηθεί και κάποιος να διασπείρει τη μόλυνση. Σε περιοχές που δεν υπάρχει απορριμματοφόρο του Δήμου, θα πρέπει να καίγονται με προσοχή για τον κίνδυνο πυρκαγιάς. Για αντικείμενα αιχμηρά, βελόνες, σύριγγες, υπάρχουν ειδικοί αδιάτρητοι κάδοι<sup>2</sup>.

#### + **Αποστείρωση - απολύμανση των αντικειμένων**

Για την αποστείρωση χρησιμοποιούνται κλίβανοι ξηρής θερμότητας ή με οξείδιο του αιθυλενίου ή με χημικούς κλιβάνους. Για την απολύμανση εργαλείων, που δεν αποστειρώνονται λόγω ευαισθησίας τους σε υψηλές θερμοκρασίες, μπορεί να χρησιμοποιηθεί:

- Διάλυμα αιθυλικής αλκοόλης 70% για 1'
- Διάλυμα γλουταραλδεΐδης 1% για 15'
- Διάλυμα β προπιονολακτόνης 0,25% για 1'
- Διάλυμα NaOH πυκνότητα 40 mmol/l για 5'

Υψηλού επιπέδου απολύμανση γίνεται σε βραστό ύδατος για 10' τουλάχιστον<sup>2</sup>.

## **Καθαρισμός χυμένου αίματος**

Το χυμένο αίμα πρέπει να απορροφηθεί με απορροφητικό υλικό, όπως ύφασμα, ένα κουρέλι, χαρτί τουαλέτας ή πριονίδι, προσέχοντας να αποφευχθεί η απευθείας επαφή με το δέρμα. Το διαποτισμένο με αίμα υλικό πρέπει να απορριφθεί προσεκτικά σε πλαστικό σάκο και να καεί σε αποτεφρωτικό κλίβανο ή να θαφτεί. Η περιοχή που μολύνθηκε με το χυμένο αίμα, πρέπει να πλυθεί με κάποιο απολυμαντικό (κατά προτίμηση με υποχλωριώδες νάτριο – λευκαντικό οικιακής χρήσης – διαλυμένο σε νερό σε αναλογία **1:10**, ώστε να δώσει **0,1-0,5%** ελεύθερο χλώριο), για να καθαριστεί το υπόλοιπο αίμα. Αν υπάρχουν διαθέσιμα γάντια οικιακής χρήσης, είναι προτιμότερο να χρησιμοποιούνται για τον καθαρισμό του υπόλοιπου αίματος. Αν δεν υπάρχουν, τότε θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί μεγάλη ποσότητα χαρτιού τουαλέτας, ώστε να αποφευχθεί η απευθείας επαφή του δέρματος με το μολυσμένο αίμα. Τα χέρια πρέπει να πλένονται πάντα με σαπούνι και νερό μετά τον καθαρισμό του αίματος ή άλλων υγρών του σώματος.

Ρούχα αλλά και υφάσματα που είναι εμφανώς μολυσμένα με αίμα, δεν πρέπει να πιάνονται με γυμνά χέρια. Αν υπάρχουν διαθέσιμα γάντια οικιακής χρήσης, πρέπει να χρησιμοποιούνται και τα ρούχα και τα υφάσματα πρέπει να μαζεύονται και στη συνέχεια να τοποθετούνται και να μεταφέρονται σε αδιάτρητους σάκους. Τα ρούχα αυτά πρέπει να πλυθούν με απορρυπαντικό και ζεστό νερό (τουλάχιστον στους **70°C – 160°F**) επί **25** λεπτά ή, αν το νερό είναι χαμηλότερης θερμοκρασίας (μικρότερης των **70°C – 160°F**), με απορρυπαντικό κατάλληλο για χαμηλή θερμοκρασία πλυσίματος<sup>15</sup>.

## **Πρόσθετα μέτρα**

Το προσωπικό των Πρώτων Βοηθειών πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικό όσον αφορά σπασμένα γυαλιά ή άλλα αιχμηρά αντικείμενα που πιθανόν βρίσκονται στο χώρο του ατυχήματος. Θα πρέπει να βεβαιωθούν ότι κάθε ανοικτή πληγή ή τραύμα που έχουν, είναι



καλυμμένα, ώστε να μην εκτεθούν στο αίμα, όταν θα παρέχουν τις Πρώτες Βοήθειες<sup>6</sup>.

### **Εργαζόμενοι που έχουν εκτεθεί στο αίμα**

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

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

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

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

Σε σπάνια περιστατικά, ένα άτομο κατά τη χορήγηση των Πρώτων Βοηθειών μπορεί να υποστεί τραυματισμό αρκετά σοβαρό, που να δικαιολογεί επιπλέον διερεύνηση, συμπεριλαμβανομένης και εξέταση αίματος για **HIV** ή άλλες λοιμώξεις, όπως ηπατίτιδα Β. Αν ένα άτομο που χορήγησε Πρώτες Βοήθειες, ζητήσει εξέταση αντισωμάτων για τον **HIV**, αυτό πρέπει να εκτελεσθεί το ταχύτερο δυνατό μετά την έκθεση. Αν η αρχική εξέταση είναι αρνητική, είναι επιβεβλημένη η παρακολούθηση και η υποβολή του ατόμου σε εργαστηριακές εξετάσεις **3** και **6** μήνες αργότερα. Στο μεσοδιάστημα πρέπει να είναι διαθέσιμη στο προσωπικό των Πρώτων Βοηθειών, η παροχή συμβουλών που θα έχουν σχέση με το μειωμένο κίνδυνο να υποστεί λοίμωξη καθώς και με τυχόν ανησυχίες του. Πρέπει να τους συμβουλευόμαστε για την ανάγκη πρόληψης πιθανής μετάδοσης του **HIV**, κατά την περίοδο αυτή, μεταξύ των άλλων, με τη σεξουαλική επαφή, την ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών και την εγκυμοσύνη. Αν, τελικά, η εργαστηριακή εξέταση αποβεί θετική, θα πρέπει να παρασχεθεί επαρκής καθοδήγηση. Αν η εργαστηριακή εξέταση, αμέσως μετά την έκθεση, είναι θετική αυτό δεν θεωρείται αποτέλεσμα της έκθεσης. Το άτομο πρέπει να μολυνθεί προηγουμένως από τον ιό **HIV**. Θα πρέπει να παραπεμφθεί για καθοδήγηση που θα περιλαμβάνει συμβουλές για την αποτροπή της διασποράς του **HIV**<sup>23</sup>.

### **Εκπαίδευση στην παροχή Πρώτων Βοηθειών**

Η εκπαίδευση στην παροχή Πρώτων Βοηθειών προσφέρει μια ευκαιρία να διαδοθούν ακριβείς πληροφορίες για τη λοίμωξη από τον **HIV** και το **AIDS** στο κοινωνικό σύνολο. Άτομα που εκπαιδεύονται στην παροχή Πρώτων Βοηθειών θα έχουν τη δυνατότητα τα ίδια να μεταδώσουν ακριβείς πληροφορίες στην κοινότητα.

Η εκπαίδευση στην παροχή Πρώτων Βοηθειών στους χώρους εργασίας πρέπει να περιλαμβάνει σαφείς πληροφορίες για τους τρόπους, με τους οποίους μεταδίδεται ο **HIV** και πως δεν μεταδίδεται. Αυτό είναι εξαιρετικά σημαντικό, αφού οι μύθοι που περιβάλλουν αυτό το θέμα,

μπορεί να εμποδίζουν την παροχή Πρώτων Βοηθειών που δυνητικά είναι απαραίτητες για τη διάσωση της ζωής.

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

Γενικά, οι Πρώτες Βοήθειες παρέχονται για να ανακουφίσουν τους πάσχοντες και με πνεύμα συμπάθειας. Αυτό πρέπει να υπογραμμισθεί ιδιαίτερω. Έτσι, το προσωπικό των Πρώτων Βοηθειών πρέπει να παροτρυνθεί να σταθμίσει τον εξαιρετικά αλλά και θεωρητικά μικρό κίνδυνο της λοίμωξης από τον **HIV**, όταν παρέχει Πρώτες Βοήθειες, με το όφελος που αποκομίζεται από το άτομο που δέχεται τις Πρώτες Βοήθειες.

Ένας αριθμός οργανώσεων σε αρκετές χώρες εκπαιδεύει μεγάλο αριθμό ατόμων στις Πρώτες Βοήθειες, μέσα και έξω από τους χώρους εργασίας. Οι εργοδότες πρέπει να ενθαρρύνουν την αξιοποίηση της πείρας των οργανώσεων σχεδιάζοντας σειρές μαθημάτων Πρώτων Βοηθειών στους χώρους εργασίας<sup>6</sup>.

## **5.2 ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ**

### **+ Προφυλακτικά μέτρα για αρρώστους με AIDS που νοσηλεύονται στο σπίτι**

Έχει αποδειχθεί ότι άρρωστοι με **AIDS** μπορεί σε ορισμένα στάδια της νόσου να νοσηλεύονται με ασφάλεια εκτός του Νοσοκομείου σε αναρρωτήρια κρατικά ή ιδιωτικά, αλλά και στο σπίτι τους ακόμα με την προϋπόθεση να τηρούνται τα ενδεικνυόμενα προφυλακτικά μέτρα.

Ο άρρωστος που νοσηλεύεται στη θαλπωρή του σπιτιού του και δεν αποχωρίζεται το οικείο περιβάλλον, αλλά περνά την αρρώστια και τις

δυσκολίες ανάμεσα στα προσφιλή πρόσωπα και πράγματα με τα οποία συνδέεται, αισθάνεται ασφαλής ψυχικά και ενισχύεται να χρησιμοποιήσει όλες τις εσωτερικές δυνάμεις που διαθέτει για την προσαρμογή του στην ασθένεια. Γι' αυτό οι οικογένειες πρέπει να ενθαρρύνονται να νοσηλεύουν τους αρρώστους αυτούς στο σπίτι με στοργή και κατανόηση, όπως θα έκαναν για τον ψυχικά άρρωστο, τον καρκινοπαθή ή άρρωστο με άλλα νοσήματα.

Στις περιπτώσεις αυτές συνιστούνται τα παρακάτω:

- Κρατείστε το ιατρικό απόρρητο. Πληροφορίες πρέπει να δίνονται μόνον όπου είναι απαραίτητο.
- Ενισχύετε τον άρρωστο ψυχολογικά και αποδεχθείτε τον όπως κι' αν αντιδρά.
- Βοηθείστε τον να καταλάβει, ότι έχει υποχρέωση να προφυλάξει τον εαυτό του, την οικογένεια και το περιβάλλον του γενικότερα.
- Ενημερωθείτε για τα πιθανά συμπτώματα της νόσου για να μπορείτε:
  - Να πληροφορείτε σωστά το γιατρό
  - Να φροντίζετε τον άρρωστό σας
  - Να παίρνετε τα ανάλογα προφυλακτικά μέτρα.
- Εφαρμόστε τις προφυλάξεις που σημειώνονται παραπάνω για τη φροντίδα του αρρώστου στο Νοσοκομείο για προληπτικούς λόγους και επί πλέον.
  - Απορρίψτε τον ακάθαρτο ιματισμό του αρρώστου σε χωριστό διπλό πλαστικό σάκο. Χρησιμοποιείστε γάντια κατά τη μεταφορά του στο πλυντήριο και απορρίψτε τον πλαστικό σάκο στα μολυσμένα σκουπίδια.
  - Προσέχετε τη διασπορά των σωματικών υγρών, εμέτους, ούρα, κόπρανα, άλλες μολυσμένες ουσίες. Καθαρίζονται αν ρίξτε επάνω πρόσφατο διάλυμα χλωρίνης **1:10** σε ζεστό νερό. Σκεπάστε με χαρτοβάμβακο ή άλλο απορροφητικό υλικό. Αφήστε το **30'** και με γάντια καθαρίστε και στεγνώστε καλά. Πετάξτε το χρησιμοποιημένο υλικό στα μολυσμένα σκουπίδια και πλύνετε καλά τα χέρια σας.
  - Καθαρίστε με το συνήθη τρόπο τους χώρους του αρρώστου. Δεν χρειάζονται ειδικά απολυμαντικά για το μπάνιο και την τουαλέτα, αν

ο αρρώστος δεν έχει δερματικές λοιμώξεις. Όταν υπάρχουν, χρειάζονται απολύμανση με πρόσφατο διάλυμα χλωρίνης **1:10**. Χρησιμοποιείτε για την καθαριότητα πάντοτε υλικό μιας χρήσεως και απορρίψτε το στα μολυσμένα σκουπίδια<sup>11</sup>.

+ **Θάνατος αρρώστου με AIDS στο σπίτι**

- Αποφεύγετε την επαφή με το νεκρό σώμα του αρρώστου.
- Ειδοποιείτε το γιατρό, ο οποίος θα ενημερώσει το γραφείο κηδειών για την αρρώστια του νεκρού. Το γραφείο κηδειών τακτοποιεί το νεκρό σύμφωνα με ειδικές οδηγίες.
- Ενημερώστε τους συγγενείς ότι ο νεκρός δεν μπορεί να ταριχευτεί.
- Εξηγείστε στους συγγενείς και φίλους να χαιρετήσουν το νεκρό στο σπίτι, χωρίς επαφή με το σώμα του και ότι το φέρετρο δεν θα ανοίξει στο νεκροφυλάκειο ή άλλου<sup>20</sup>.

### **5.3 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΚΑΙ ΦΟΡΕΙΣ ΤΟΥ AIDS**

+ **Γενικές οδηγίες**

- Μην εκτίθεστε σε αρρώστους που έχουν κάποιο λοιμώδες νόσημα.
- Μη παίρνετε φάρμακα (ναρκωτικά, οιοπνευματώδη) παρά μόνον ότι σας συνιστά ο γιατρός σας.
- Μη ταλαιπωρείτε άσκοπα ή υπερβολικά τον οργανισμό σας. Συνεχίστε μια κανονική ζωή τηρώντας τους βασικούς κανόνες υγιεινής διατροφής και διαβίωσης. Έτσι επιβραδύνετε την εξέλιξη της λοίμωξής σας. Γενικότερα:
- Αποφεύγετε τους τραυματισμούς.
- Έχετε πάντοτε ατομικά είδη – ποτέ κοινά – οδοντόβουρτσα, οδοντόπαστα, ψαλίδι νυχιών, ξυριστική μηχανή, καλλυντικά κ.λπ. Φροντίστε να μη χρησιμοποιούν άλλοι σερβίτσια ή ποτήρια σας πριν πλυθούν καλά με ζεστή σαπουνάδα.

- Μη παραμελείτε την ατομική σας υγιεινή, λουτρό καθαριότητας και ιδιαίτερα πλύσιμο χεριών μετά την τουαλέτα ή την επαφή με υγρά του σώματός σας.
- Αποφεύγετε τις σεξουαλικές επαφές. Είναι ο κύριος τρόπος μετάδοσης.
- Προσέχετε να μην έρχονται σε επαφή άλλα άτομα με τα εκκρίματά σας (σάλιο, ιδρώτα, εμέτους, ούρα, κόπρανα, σπέρμα) δια τυχόν ύπαρξη στοιχείων αίματος εντός αυτών.
- Απορρίπτετε με ασφαλή τρόπο σεβιέτες υγείας ή ταμπόν γυναικών φορέων.
- Ενημερώστε τον οδοντίατρο ή άλλο γιατρό και υγειονομικό προσωπικό για το θέμα σας<sup>18</sup>.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

#### **6.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

1. Πάλη κατά των μολύνσεων – λοιμώξεων – βιολογικής υποβαστάξεως
- 1.1 Εφαρμόζεται η θεραπεία που έχει περιγράψει για τις διάφορες μολύνσεις / λοιμώξεις. Μερικές λοιμώξεις δεν αντιμετωπίζονται με τα γνωστά μέχρι σήμερα φάρμακα.
- 1.2 Έστω κι αν ο άρρωστος δεν παρουσιάζει σημεία λοίμωξης, παρακολουθείται γι' αυτά και αντιμετωπίζεται έγκαιρα και ανάλογα.
- 1.3 Γίνεται αιματολογικός έλεγχος και έλεγχος του μυελού των οστών.
- 1.4 Παρακολουθείται ο άρρωστος για υποτροπή, μετά τη διακοπή της θεραπείας.
- 1.5 Διερευνάται ο άρρωστος για συμπτώματα άλλου ιάσιμου νοσήματος, που μπορεί να συνυπάρχει και σε ανεύρεση αντιμετωπίζεται ανάλογα.
- 1.6 Γίνεται προσπάθεια να επανέλθει το ανοσοβιολογικό σύστημα του αρρώστου σε ισορροπία, με την σχετική θεραπεία.  
Μπορούν να δοκιμασθούν τα πιο κάτω θεραπευτικά σχήματα:
  - 1.6.1 Ιντερφερόνη – είναι γνωστή η δράση της πρωτεΐνης αυτής κατά των ιών και του καρκίνου
  - 1.6.2 Ορμόνες **thymic**.
  - 1.6.3 Ο παράγων **transfer**.
  - 1.6.4 Ιντερλευκίνη II – Διεγείρει την παραγωγή της γ-ιντερφερόνης και την διαφοροποίηση των Τ-λεμφοκυττάρων.
  - 1.6.5 Αφαίρεση πλάσματος και μεταμόσχευση μυελού των οστών.

1.7 Υποβοηθείται ο άρρωστος που κάνει θεραπεία για καρκίνο και **non-Hodgkin's** λέμφωμα.

1.7.1 Σάρκωμα **Kaposi – non Hodgkin** λέμφωμα.

- Ακτινοθεραπεία για τους αρρώστους με περιορισμένη έκταση της αρρώστιας.
- Χημειοθεραπεία – Για τον άρρωστο με βραδεία εξέλιξη της νόσου χρησιμοποιείται ένα χημειοθεραπευτικό φάρμακο, ενώ για τους αρρώστους με ταχεία εξέλιξη χρησιμοποιείται συνδυασμός φαρμάκων.

1.7.2 Άλλοι κακοήθεις όγκοι αντιμετωπίζονται συμπτωματικά.

2. Προσφορά ψυχοκοινωνικής υποβάσταξης

2.1 Τα άτομα που χρησιμοποιούν ναρκωτικά και οι ομοφυλόφιλοι φοβούνται τις υγειονομικές υπηρεσίες. Αυτό οφείλεται στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται από το προσωπικό, το οποίο δεν έχει αποδεχτεί το κοινωνικό αυτό πρόβλημα και έτσι δεν συμβάλλει στην αντιμετώπισή του.

2.2 Πλησιάστε τον άρρωστο με πολύ συμπάθεια. Οι περισσότεροι από τους αρρώστους αυτούς στερούνται οικογενειακών δεσμών.

2.3 Δημιουργήστε συνθήκες για τη βοήθεια αρρώστου με ψυχολογική αντίδραση προς τη φύση της αρρώστιας του (**A.I.D.S.**).

2.4 Περιορίστε σε απλές απαντήσεις στα ερωτήματα του αρρώστου. Διερευνήστε περιοχές άγχους που εξωτερικεύονται με ερωτήματα του.

2.5 Βοηθήστε τον άρρωστο να μειωθεί η συναισθηματική του διέγερση, η κοινωνική του απομόνωση και το άγχος.

2.6 Είστε έτοιμη(ος) για προσφορά συναισθηματικής και ηθικής βοήθειας στον άρρωστο.

Συγκεκριμένα οι ασχολούμενοι με την νοσηλεία ασθενών με **AIDS** θα πρέπει να γνωρίζουν και να εφαρμόζουν τα ακόλουθα, σύμφωνα με οδηγίες που εκδόθηκαν από το Εθνικό Κέντρο Ηπατίτιδας (Διευθυντής ο καθηγητής κ. Γ. Παπαευαγγέλου).



1. Οι ασθενείς με **AIDS** λόγω της ανοσολογικής τους ανεπάρκειας, χρειάζονται μέτρα προφύλαξης, όπως απομόνωση από άλλους ασθενείς με λοιμώδη νοσήματα ή από νοσηλευτικό προσωπικό που έχει κάποια λοίμωξη.
2. Το προσωπικό που νοσηλεύει ασθενείς με **AIDS** θα πρέπει να πλένει σχολαστικά τα χέρια του πριν και μετά από την άμεση επαφή με αυτούς τους ασθενείς.
3. Πρέπει να αποφεύγονται οι τραυματισμοί ή νύξεις με αιχμηρά αντικείμενα ή και με εργαλεία μολυσμένα με υλικά ή εκκρίματα ή απεκκρίματα των ασθενών. Οι βελόνες, μετά τη χρήση τους, θα πρέπει να τοποθετούνται στους ειδικούς υποδοχείς ώστε να αποφεύγεται πιθανή μόλυνση του λοιπού νοσηλευτικού και υπηρεσιακού προσωπικού.
4. Γάντια και ιατρικές μπλούζες είναι απαραίτητα κατά την νοσηλεία των ασθενών και πρέπει να αλλάζονται αμέσως μετά.
5. Το αίμα ως και τα εκκρίματα των ασθενών θα πρέπει να επισημαίνονται με προειδοποιητικές ετικέτες.
6. Υλικά ή αντικείμενα που έχουν μολυνθεί με εκκρίματα ασθενών πρέπει να τοποθετούνται σε ειδικά δοχεία όπου αναγράφεται η ανάγκη αποστείρωσης. Η αποστείρωση, ανάλογα με το αντικείμενο, μπορεί να γίνεται με αποτέφρωση ή στο αυτοκαυστο.
7. Ιατρικά όργανα ή λοιπά αντικείμενα που μπορεί να έχουν μολυνθεί πρέπει να απολυμαίνονται.
8. Οι ασχολούμενοι με την νοσηλεία ασθενών με **AIDS** θα πρέπει να δώσουν μεγάλη σημασία στην ψυχολογική υποστήριξη των πασχόντων. Οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζουν προβλήματα απορρίψεως από την κοινωνία, απόλυση από τη δουλειά τους και απομάκρυνση από φίλους και συναδέλφους.

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να κερδίσει την εμπιστοσύνη των ασθενών αυτών και να τους συμπαρασταθεί. Ιδιαίτερη μεταχείριση χρειάζονται οι ομοφυλόφιλοι και τοξικομανείς που ως επί το πλείστον έχουν απομονωθεί από το κοινωνικό σύνολο<sup>9</sup>.

## 6.2 ΦΡΑΓΜΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Μια από τις βασικότερες αιτίες που το προσωπικό υγείας δυσκολεύεται ή/και αποτυγχάνει και να κατανοήσει τον άρρωστο είναι η χρήση φραγμών επικοινωνίας. Οι φραγμοί επικοινωνίας πηγάζουν τόσο από κάποιες κοινωνικές ή προσωπικές συνήθειες, όσο και από τις προσωπικές ανάγκες του επαγγελματία της υγείας να λειτουργήσει ως «δάσκαλος», «σύμβουλος», «γονέας», «σωτήρας», με αποτέλεσμα να συμβουλεύει, να καθοδηγεί να ηθικολογεί και να κρίνει τη συμπεριφορά του συνομιλητή του (Lauver & Harvey, 1995). Έτσι πολύ σύντομα από «ακροατής» μετατρέπεται σε «ομιλητή», εμποδίζοντας τον άρρωστο να εκφράσει αυτό που τον απασχολεί. Ορισμένοι από τους συνηθέστερους φραγμούς περιλαμβάνουν:

1. Αλληπάλληλες ερωτήσεις. Συχνά επικρατεί η λανθασμένη πεποίθηση ότι όσες περισσότερες ερωτήσεις θέσει επαγγελματίας της υγείας, τόσες περισσότερες πληροφορίες θα συλλέξει για να κατανοήσει τον άρρωστο. Οι πολλές ερωτήσεις δίνουν την αίσθηση της ανάκριση και εμποδίζοντας την ελεύθερη έκφραση.
2. Κήρυγμα, ηθικολογία. Συχνά το προσωπικό υγείας ηθικολογίας καθοδηγώντας τον άρρωστο στο πως «πρέπει» να νιώθει, να σκέπτεται ή να συμπεριφέρεται.
3. Κριτική. Η κριτική μειώνει τον άρρωστο και εμποδίζει την ανεπιφύλακτη αποδοχή του, και συγχρόνως έχει ως αποτέλεσμα να ενισχύει την αμυντική ή την επιθετική στάση του ασθενή. Μερικές φορές η κριτική συνοδεύεται από αρνητικούς χαρακτηρισμούς που τον υποβιβάζουν (π.χ. «Είστε πολύ δύσκολος και απαιτητικός ασθενής»).
4. Συμβουλή, καθοδήγηση. Η ευκολία με την οποία το προσωπικό υγείας δίνει συμβουλές, συστάσεις, απαντήσεις ή λύσεις στα προβλήματα του αρρώστου είναι εντυπωσιακή. Η καθοδήγηση δρα αρνητικά στη διαπροσωπική σχέση και δημιουργεί στον ασθενή την αίσθηση ότι δεν ορίζει τις καταστάσεις και δεν είναι ικανός να αντεπεξέλθει στις δυσκολίες.

5. Εφησυχασμός, παρηγοριά. Συχνά με τη χρήση προώρου εφησυχασμού (π.χ. «Μην ανησυχείτε, όλα θα πάνε καλά») το προσωπικό υγείας αποφεύγει να αναγνωρίσει και να συζητήσει τα οδυνηρά συναισθήματα ή τις δυσάρεστες σκέψεις του αρρώστου, με αποτέλεσμα να παραγνωρίζονται οι βαθύτερες αιτίες των προβληματισμών του.
6. Εκλογίκευση ή ελαχιστοποίηση των ανησυχιών. Όταν ο άρρωστος βρίσκεται σε συναισθηματική φόρτιση, το προσωπικό υγείας επιδιώκει με λογικά επιχειρήματα να τον «συνετίσει», αγνοώντας τα συναισθήματά του ή/και υποτιμώντας τις ανησυχίες του.
7. Απειλή, προειδοποίηση. Με την απειλή το προσωπικό υγείας επιδιώκει να ελέγξει τη συμπεριφορά του αρρώστου, γεγονός που έχει αρνητικές επιπτώσεις στη συνεργασία μαζί του.
8. Αποφυγή ή αλλαγή στο θέμα της συζήτησης. Όταν ο επαγγελματίας νιώθει αμηχανία σε κάποιο σημείο της συζήτησης ή αδυναμία να χειριστεί τις αντιδράσεις του αρρώστου, αποφεύγει συχνά το θέμα, θέτει ερωτήσεις που αποπροσανατολίζουν τον άρρωστο ή αρχίζει να μιλά ο ίδιος.

Αν και οι παραπάνω φραγμοί μπορεί να μοιάζουν ανώδυνοι, στην πραγματικότητα αποτελούν «συμπεριφορές υψηλού κινδύνου», καθώς παρεμποδίζουν την επικοινωνία και αποξενώνουν τους συνομιλητές<sup>28</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°

### ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΜΟΛΥΝΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ HIV

*«Ανθρώποις αρμόδιον ψυχής μάλλον ή σώματος λόγου ποιείσθαι»*

Δημόκριτος, Β187

Η γνώση ότι κάποιος έχει μολυνθεί από τον ιό **HIV**, ότι είναι δηλαδή φορέας του ιού (**HIV POSITIVE**), προκαλεί τεράστια ψυχολογική αναστάτωση. Αυτή η κατάσταση επιδεινώνεται από τη γνώση, ότι οι περισσότεροι φορείς του ιού θα αναπτύξουν αργότερα τα προχωρημένα στάδια του **AIDS**, για τα οποία δεν υπάρχει θεραπεία, έτσι που μέσα σε **10** με **15** χρόνια τους περιμένει ο θάνατος. Η αποδοκιμαστική συμπεριφορά της κοινωνίας απέναντι στα άτομα φορείς και η μεροληψία ενάντια σ' εκείνους που τολμούν να το φανερώσουν, επιτείνει αυτή τη συναισθηματική διαταραχή. Η μεγαλύτερη ψυχολογική αναστάτωση προέρχεται από τη γνώση του ότι θα μολυνθεί πιθανότατα και ο ερωτικός σύντροφος, άντρας ή γυναίκα. Η συναισθηματικά διαταραχή μπορεί να είναι τόσο σοβαρή, που να οδηγεί το άτομο σε σκέψεις αυτοκτονίας, ενώ μερικοί την επιχειρούν κιόλας.

Οι άνθρωποι που έχουν μολυνθεί από τον ιό του **HIV** χρειάζονται συμβουλευτική υποστήριξη, καθώς και τη δυνατότητα να συζητούν με μη εμπαθή και κριτικά άτομα, όταν τα προβλήματα τους οξύνονται. Έπειτα από έρευνα υπάρχουν αποδείξεις, πως η γνώση του ότι κάποιος είναι φορέας του ιού είναι το ίδιο καταστροφική για το συναισθηματικό του κόσμο, όσο και η γνώση του ότι κάποιος πάσχει από **AIDS**.

Κυρίως όμως το άτομο που πάσχει από **AIDS** χρειάζεται φίλους κι είναι πάρα πολύ σπουδαίο να ξέρει ότι έχει έναν πραγματικό φίλο και

στηρίζεται σ' αυτόν. Πέρα από όλα όσα διαβάζει ή ακούει από τα μέσα ενημέρωσης και που μπορεί να είναι αρκετά κατατοπιστικά και διαφωτιστικά πάνω στην αρρώστια του, θέλει ένα φίλο που θα τον αγκαλιάσει, θα τον φιλήσει, θα του δείξει αγάπη και στοργή.

Πρέπει να τον πάρει τηλέφωνο, να του μιλήσει και να τον ρωτήσει αν θέλει να τον δεχτεί, γιατί σαν άρρωστος που είναι ή θέλει πολύ την παρέα ή επιθυμεί την απομόνωση και την ησυχία.

Ποτέ δεν πρέπει να ξεχνάμε να του δείχνουμε πόσο ενδιαφερόμαστε γι' αυτόν, πόσο θα θέλαμε μια βόλτα μαζί του. Όταν επιχειρεί να κάνει μια εργασία χειρονακτική ή πνευματική και δεν μπορεί να την καταφέρει, με διακριτικότητα βοήθησέ τον να τη φέρει σε πέρας. Όσο να δημιουργηθεί μέσα του το αίσθημα της ικανοποίησης και η χαρά της δημιουργίας.

Αν θέλει να μιλήσει για την αρρώστια του, δε θα τον αποθαρρύνουμε. Αντιθέτως του δίνουμε κουράγιο να συνεχίσει.

Γιατί μπορεί με όλη τούτη τη συμπεριφορά μας, να γίνουμε γι' αυτόν ο ιδανικός άνθρωπος που θα μπορέσει να τον βοηθήσει να ξεπεράσει το πρόβλημα.

Με λίγα λόγια, θα πρέπει να τον αντιμετωπίζουμε σαν να είναι ολότελα φυσιολογικός και υγιής. Γιατί ο μεγαλύτερος εχθρός του ασθενούς του **AIDS** είναι η απομόνωση και γενικότερα η αποβολή του από τους κόλπους της κοινωνίας<sup>21</sup>.

## **7.1 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ**

Η συμβουλευτική είναι μια διαδικασία διαλόγου και αλληλεπίδρασης που έχει σκοπό να βοηθήσει στη λύση και στην κατανόηση προβλημάτων και να αυξήσει τα κίνητρα. Στη συμβουλευτική, οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ατόμων λαμβάνονται υπόψη μαζί και με τον ίδιο τρόπο, όπως οι ιατρικές, οι οικονομικές και οι νομικές ανάγκες. Η συμβουλευτική έχει σχεδιασθεί, για να προσφέρει υποστήριξη σε κρίσιμες στιγμές, να προωθεί αλλαγές, όταν χρειάζεται, να προτείνει ρεαλιστικές λύσεις σε σχέση με διάφορες καταστάσεις της ζωής και να

βοηθάει τα άτομα να δέχονται πληροφορίες για την υγεία τους και την καλή τους κατάσταση και να προσαρμόζονται στην εφαρμογή τους. Η συμβουλευτική μπορεί να είναι διαδικασία που παρέχει συμβουλές ή εκπαίδευση, ή μπορεί να ανταποκρίνεται στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ατόμων. Στην πράξη, οι διάφοροι τύποι της συμβουλευτικής συχνά έχουν επικαλύψεις.

Η συμβουλευτική ενδιαφέρεται για τα άτομα, τα ζευγάρια, τις οικογένειες και τις ομάδες. Όλοι αυτοί έχουν παρόμοια ενδιαφέροντα, υποχρεώσεις, αισθήματα και ανάγκες, αν και ο καθένας μπορεί να χρειάζεται διαφορετικό τρόπο υποστήριξης.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες της συμβουλευτικής που δίνονται εδώ, βασίζονται στην εμπειρία που έχει αποκτηθεί από αριθμό κωρών, αναπτυσσόμενων και αναπτυγμένων. Ειδικότερα, οι οδηγίες αυτές αναφέρονται σε άτομα που:

- | Σκέπτονται να κάνουν τη δοκιμασία για **HIV**- λοίμωξη
- | Είναι σε κίνδυνο για **HIV**-λοίμωξη και έχουν άγχος για τη μείωση αυτού του κινδύνου
- | Έχουν ήδη κάνει τη δοκιμασία και περιμένουν τα αποτελέσματα
- | Έχει διαγνωσθεί ότι έχουν **HIV**-λοίμωξη, **AIDS** ή **ARC** ή
- | Μπορεί να υποπτεύονται ότι έχουν μολυνθεί, αλλά η δοκιμασία δεν είναι εύκολη ή πρακτική γι' αυτούς.

Επίσης, αναφέρονται στην οικογένεια, στους φίλους και στους ερωτικούς συντρόφους των ατόμων που βρίσκονται σε οποιαδήποτε από τις παραπάνω καταστάσεις και σε οποιονδήποτε άλλον χρειάζεται συμβουλή και βοήθεια με παρεμφερές περιεχόμενο<sup>21</sup>.

Η συμβουλευτική πρέπει πάντα να έχει σκοπό να βοηθάει τους ανθρώπους να αναλαμβάνουν την ευθύνη της υγείας τους και της υγείας των άλλων.

## **7.2 ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Οι τεχνικές της συμβουλευτικής ενδέχεται να διαφέρουν από χώρα σε χώρα και μεταξύ των κοινωνικών ομάδων, ανάλογα με τα διαθέσιμα μέσα και τον πατροπαράδοτο τρόπο, με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται την αρρώστια και το θάνατο. Μπορεί, επίσης, να διαφέρει ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του ατόμου και του περιβάλλοντος του. Βασίζεται, όμως σε κάποιες γενικές παραδοχές και προϋποθέσεις.

### **Εμπιστευτικότητα**

Ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που επιδρά στην ανάπτυξη σχέσεων μεταξύ του νοσηλευτή και του προσώπου που έχει ανάγκη συμβουλευτικής είναι η εμπιστοσύνη. Η εμπιστοσύνη στο νοσηλευτή επισπεύδει τις σχέσεις και αυξάνει τις πιθανότητες να εφαρμοστούν από το άτομο οι συμβουλές του που του προσφέρονται. Μπροστά στο ενδεχόμενο της διάκρισης, του εξοστρακισμού και της αυτοκατηγορίας, που αναφύεται μόλις τεθεί η διάγνωση ότι ένα άτομο είναι οροθετικό ή έχει **AIDS**, η εξασφάλιση της εμπιστευτικότητας είναι ότι σημαντικότερο πρέπει να γίνει. Η σχέση ανάμεσα στο νοσηλευτή και στο άτομο που δέχεται τη συμβουλευτική, πρέπει να αναπτύσσεται στη βάση της κατανόησης του γεγονότος πως ότι συζητείται μεταξύ τους παραμένει απόρρητο.

### **Ευχέρεια προσπέλασης**

Η συμβουλευτική πρέπει να είναι προσιτή σε όλα τα πρόσωπα που έχουν προσβληθεί από **HIV**-λοίμωξη ή σχετικές νόσους και τα οποία έχουν την ανάγκη της. Σημαίνει, επίσης, ότι έχει τη δυνατότητα να καλεί για βοήθεια νέα πρόσωπα που με κάποια βασική εκπαίδευση, θα μπορούν να προσφέρουν συμβουλευτική σε περιοχές, όπου η συμβουλευτική υποστήριξη δεν είναι διαθέσιμη με άλλο τρόπο. Η διαθεσιμότητα δεν πρέπει να συγχέεται με την ευχέρεια προσπέλασης. Πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα, ώστε να εξασφαλιστεί ότι όλοι όσοι βρίσκονται σε

κίνδυνο να μολυνθούν με **HIV** ή έχουν ανάγκη συμβουλευτικής, έχουν αντιληφθεί ότι υπάρχουν διαθέσιμες και εύκολα προσπελάσιμες συμβουλευτικές υπηρεσίες.

### **Συγκατάθεση μετά από ενημέρωση**

Οποιοδήποτε ένα άτομο ζητάει δοκιμασία για **HIV**-αντισώματα ή ενθαρρύνεται να κάνει τη δοκιμασία, πρέπει να του παρέχεται πλήρης πληροφόρηση για τις προσωπικές, ψυχολογικές, νομικές και κοινωνικές επιπτώσεις ενός θετικού αποτελέσματος.

### **Συνέπεια**

Οι τεχνικές της συμβουλευτικής ποικίλλουν ανάλογα με το πρόσωπο στο οποίο αναφέρονται, και με την υποδομή του νοσηλευτή. Είναι σημαντικό οι πληροφορίες για την **HIV**-λοίμωξη, τον κίνδυνο μόλυνσης και τους τρόπους μείωσης του κινδύνου να είναι συνεπείς.

### **Αυτοδιάθεση**

Τα άτομα είναι υπεύθυνα να καθορίσουν πώς θα ρυθμίζουν τη ζωή τους και πώς θ' αντιμετωπίσουν την αρρώστια τους. Ο νοσηλευτής υποστηρίζει αυτή την αυτοδιάθεση αντιλαμβανόμενος παράλληλα ότι τα φοβισμένα ή άρρωστα άτομα νιώθουν συχνά θυμό, λύπη, ενοχή και ντροπή. Ο νοσηλευτής πρέπει πάντα να βοηθάει αυτού του είδους τα άτομα να παίρνουν αποφάσεις για τους εαυτούς τους ενθαρρύνοντάς τα να συνεχίσουν την προσπάθειά τους για όσο διάστημα είναι δυνατό και παρέχονται πληροφορίες, στη βάση που είναι απαραίτητο, ώστε να είναι δυνατή η λήψη των αποφάσεων.



## **Κατανόηση της λύπης, του πένθους και της απώλειας**

Ο νοσηλευτής που εργάζεται με αρρώστους που πάσχουν από HIV-λοιμώση και τις οικογένειές τους. Θα συναντά συχνά το πένθος και την απώλεια. Πρέπει να έχει γνώσεις γύρω από τους αναμενόμενους και πολιτιστικά αποδεκτούς τρόπους έκφρασης της λύπης.

Ο νοσηλευτής πρέπει να έχει την ικανότητα να βοηθάει τους ασθενείς με HIV-λοιμώση και τους φίλους τους, ώστε να αντιμετωπίσουν κατά πρόσωπο τον επικείμενο θάνατο. Ο ασθενής πρέπει να υποστηρίζεται, για όσο διάστημα είναι δυνατό, ώστε να παίρνει μόνος τις αποφάσεις και να φροντίζει μόνος του τον εαυτό του. Ο νοσηλευτής πρέπει να σέβεται και να υποστηρίζει τις πνευματικές αξίες του ασθενή και να διευκολύνει την τήρηση των πατροπαράδοτων τελετών που σχετίζονται με το τελικό στάδιο της νόσου, το θάνατο και την απώλεια, από τον ασθενή, την οικογένεια και τους φίλους, αν αυτό είναι επιθυμητό. Ο θάνατος προξενεί άγχος και διάσπαση στην οικογένεια και γι' αυτό ο νοσηλευτής ίσως χρειαστεί να προσφέρει συμβουλευτικές υπηρεσίες, για να απαλύνει τον πόνο από την απώλεια ή τη θλίψη.

Ο νοσηλευτής πρέπει να έχει την υποστήριξη για την αντιμετώπιση της δικής του λύπης και ιδιαίτερα ο νοσηλευτής που ασχολείται με αρρώστους με AIDS και, κατά συνέπεια αντιμετωπίζει μεγάλο αριθμό αρρώστων τελικού σταδίου και τους συγγενείς τους<sup>20</sup>.

Η συμπεριφορά και η στάση διαμορφώνονται από την παράδοση και την πολιτιστική υποδομή. Ο νοσηλευτής πρέπει να σέβεται την πολιτιστική ποικιλομορφία που υπάρχει σε έναν τόπο, σε μια ομάδα, σε μια χώρα ή σε μια περιοχή.

**« Ε, χάρε, γέρο καπετάνιε, ήρθε η ώρα !  
βίρα την άγκυρα ! Αυτή η χώρα μας  
γεμίζει πλήξη, Χάρε ! Ας κάνουμε πανιά !  
Αν είναι μαύρος ο ουρανός κι η θάλασσα  
σαν το μελάνι, οι καρδιές μας, το ξέρεις,  
είναι γεμάτες ακτίδες !»**

ΣΑΡΑ ΜΠΩΛΑΝΤΑΙΡ

### **7.3 ΦΟΡΕΙΣ ΤΟΥ HIV ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ**

Σύμφωνα με απόφαση της Εθνικής Επιτροπής AIDS, φορείς που είναι ασυμπτωματικοί του HIV δεν θα πρέπει να απομακρύνονται από τον εργασιακό χώρο, κοινωνικό, οικογενειακό, οικιακό και σχολικό περιβάλλον, παρά μόνον όταν υπάρχουν ειδικοί λόγοι. Επομένως και νοσηλευτικό προσωπικό θετικό για αντί-HIV δεν θα πρέπει να απομακρύνεται από την εργασία του, βάσει της ίδιας απόφασης. Εκτός αν παρουσιάζει κάποια άλλη λοίμωξη, για την οποία ο οποιοσδήποτε νοσηλευτής αν παρουσίαζε θα απομακρυνόταν από την εργασία του. Επειδή δε τα άτομα αυτά είναι επιρρεπή σε λοιμώξεις, λόγω μειωμένης αντίστασης του οργανισμού τους, διατρέχουν σοβαρό κίνδυνο προσβολής από λοιμογόνους παράγοντες, που συχνά είναι ανθεκτικοί.

Σε περίπτωση όμως που παρουσιάζουν δερματικές βλάβες ή τραυματισμούς θα πρέπει να αποκλείονται από την άμεση επαφή με αρρώστους, μέχρι την αποκατάσταση των βλαβών. Απαραίτητα είναι ανάγκη να φορούν γάντια στην επαφή τους με αρρώστους για ευνόητους λόγους. Για την προστασία τους, εξατομικεύοντας την κάθε περίπτωση και σύμφωνα με τη συμβουλή έμπειρου στο ειδικό αυτό θέμα γιατρού, μπορεί να προτείνετε μεταβολή καθηκόντων τέτοια που να μην εγείρει υπόνοιες ή αμφιβολίες για το θετικό άτομο<sup>22-25</sup>.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

*«Στ' αλήθεια, έκλαψα πολύ !  
Οι αυγές μας γεμίζουν πόνο.  
Το φεγγάρι είναι φρικτό και ο  
ήλιος πικρός.  
Ο στυφός έρωτας με γέμισε  
με μια νάρκη μεθυστική  
Ω ! ας άνοιγε το σκαρί μου !  
Ω ! ας βρισκόμουνα στη θάλασσα»*

PEMΠΩ

Το ότι η αλλαγή προκαλεί άγχος είναι ηλίου φαεινότερο, όμως τις περισσότερες φορές τείνουμε να αγνοούμε τη συναισθηματική φόρτιση και το άγχος, ακόμα και τον φόβο, που πηγάζουν από τις αλλαγές στη ζωή μας. Διότι πράγματι, η αλλαγή συνοδεύεται από φόβο: τι είναι αυτό το νέο πράγμα, τι θα έρθει να αντικαταστήσει το παλιό; Μπορεί το παλιό να μην ήταν και τόσο καλό, μπορεί μάλιστα να μας ενοχλούσε κιόλας, αλλά τουλάχιστον το ξέρουμε, ενώ το καινούριο είναι άγνωστο.

Και το άγνωστο γεννά φόβο.

Όλοι μας βιώνουμε το άγχος και το φόβο της αλλαγής σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό στην καθημερινή μας ζωή.

Στην αρχή όλα φαίνονται ανυπέρβλητα, τεράστια και τρομερά κι εμείς νιώθουμε σαν παιδάκια χαμένα στο δάσος. Όταν όμως μπούμε στον χορό ανακαλύπτουμε δυνάμεις και αποθέματα ενέργειας που δεν τα υποψιαζόμασταν στην αρχή, τότε που η αλλαγή ακόμα μας τρομοκρατούσε.

Κάπως έτσι είναι και με το **AIDS**. Στην αρχή όλα φαντάζουν τόσο φριχτά που ο θάνατος ίσως να είναι και λύτρωση. Σιγά σιγά όμως βλέπουμε ότι είμαστε μικροί ήρωες. Απλώς, την ώρα του φόβου, την ώρα που η αλλαγή φαίνεται απειλητική και μας κάνει να μαζευόμαστε, είναι καλό να έχουμε κάποιον πλάι μας να μα θυμίσει ότι είμαστε δυνατοί, ότι και αυτό θα το ξεπεράσουμε<sup>16</sup>.

# **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

## **ΔΕΚΑΛΟΓΟΣ AIDS ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

Με αφορμή την 1<sup>η</sup> Δεκεμβρίου, Παγκόσμια Ημέρα αφιερωμένη στην οικογένεια και τον αγώνα κατά του **AIDS**, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας εξέδωσε **10**λόγο.

1. Η ασθένεια του **AIDS** αποτελεί το τελευταίο στάδιο της μόλυνσης από τον ιό **HIV**. Η ασθένεια μπορεί να απαιτήσει περισσότερο από δέκα χρόνια για να εκδηλωθεί, αν και οι περισσότεροι ασθενείς πεθαίνουν σε διάστημα τριών χρόνων από τη διάγνωση.
2. Οι περισσότερες μολύνσεις επίσης από τον ιό οφείλονται στη σεξουαλική επαφή. Ο ιός μπορεί επίσης να μεταδοθεί από μολυσμένο αίμα και από τη μολυσμένη μητέρα στο παιδί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού ή του θηλασμού. **ΔΕΝ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΦΗ.**
3. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της ΠΟΥ, έως τα μέσα περίπου του '94 περισσότεροι από **16** εκ. ενήλικοι και **1** εκ. παιδιά σ' όλο τον κόσμο έχουν μολυνθεί. Περίπου **4** εκ. ενήλικοι και παιδιά έχουν ήδη εκδηλώσει την ασθένεια.
4. Η μετάδοση του ιού μέσω της σεξουαλικής επαφής μπορεί να προληφθεί με την ερωτική αποχή, με την επιλογή μόνιμου ερωτικού συντρόφου (μη μολυσμένου) – μονογαμική σχέση και με την ασφαλή ερωτική επαφή (χωρίς διείσδυση ή με προφυλακτικό).
5. Η έννοια της οικογένειας δεν περιορίζεται μόνο στους δεσμούς αίματος, γάμου, ερωτικής σχέσης ή υιοθεσίας. Οποιαδήποτε ομάδα ανθρώπων της οποίας οι δεσμοί βασίζονταν στην εμπιστοσύνη, αλληλοϋποστήριξη ή σε κοινό πεπρωμένο, μπορεί να θεωρηθεί οικογένεια.
6. Περίπου **6** εκ. νέα άτομα μολύνονται καθημερινά από τον ιό του **AIDS**. Όμως, ασθένεια επηρεάζει πολύ περισσότερους, αν λογαριάσουμε την επίδραση που έχει στο κοινωνικό περιβάλλον των μολυσμένων.

7. Πολλές οικογένειες, στη δεκαετία του '90, έχουν διασπαστεί λόγω πολιτικών και κοινωνικών αναταραχών, μετανάστευσης και άλλων καταστάσεων. Για εκατομμύρια από αυτές η μόλυνση από τον ιό του **AIDS** είναι ένας επιπλέον κίνδυνος.
8. Οι μισές περίπου περιπτώσεις νέων μολύνσεων από τον ιό αφορούν γυναίκες. Καθώς όμως οι γυναίκες είναι εκείνες που παραδοσιακά «φροντίζουν» την οικογένεια, ακόμη και όσες δεν έχουν μολυνθεί, επηρεάζονται έμμεσα όταν ο ιός μολύνει κάποιο μέλος της οικογένειας.
9. Αυξάνεται συνεχώς ο αριθμός των παιδιών που πληρώνουν το τίμημα του **AIDS**: είτε επειδή έχουν τα ίδια μολυνθεί είτε βιώνουν την επίδραση της μόλυνσης σε κάποιο μέλος της οικογένειας.
10. Όλες οι οικογένειες – παραδοσιακές και μη – μπορούν να εμποδίζουν την εξάπλωση της ασθένειας, αν τα μέλη τους κατανοήσουν όσα σχετίζονται με το **AIDS** και την ασφαλή σεξουαλική συμπεριφορά και δράσουν ανάλογα. Στην περίπτωση όμως που κάποιο μέλος της οικογένειας ασθενήσει από **AIDS**, τότε η ίδια οικογένεια αποτελεί την καλύτερη πηγή συμπαράστασης και υποστήριξης.

## **ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΠΟΛΙΤΩΝ ΜΕ AIDS**

Ο Εθνικός Οργανισμός AIDS της Βρετανίας έχει συντάξει μια διακήρυξη των δικαιωμάτων των ατόμων τα οποία έχουν προσβληθεί από τον ιό του AIDS, η οποία έχει ήδη εγκριθεί από το Υπουργείο Υγείας. Η διακήρυξη αυτή διαλαμβάνει τα ακόλουθα δικαιώματα:

1. Δικαίωμα στην προσωπική ελευθερία και την ασφάλεια.
2. Το δικαίωμα της ιδιωτικής ζωής.
3. Δικαίωμα ελευθερίας κινήσεως.
4. Δικαίωμα στην εργασία
5. Δικαίωμα στην κατοικία, τροφή, ασφάλιση και ιατρική βοήθεια.
6. Δικαίωμα αποφυγής απάνθρωπης ή εξευτελιστικής μεταχείρισης και δικαίωμα προστασίας από διακρίσεις.
7. Δικαίωμα να συνάπτει γάμο και να δημιουργεί οικογένεια.
8. Δικαίωμα στη μόρφωση.

Παρέχει, δηλαδή, ο πίνακας αυτός στους φορείς και στους πάσχοντες από AIDS τα δικαιώματα που έχουν και όλοι οι Βρετανοί πολίτες. Και όλων γίνεται εκτεταμένη ανάλυση στη Διακήρυξη αυτή των Δικαιωμάτων.

Η Ελληνική Εθνική Επιτροπή AIDS (Πρόεδρος ο Καθηγητής Ν. Ματσανιώτης) συνέταξε και αυτή ανάλογο ΔΕΚΑΛΟΓΟ στον οποίο, επιπλέον των δικαιωμάτων, αναφέρονται και οι υποχρεώσεις ενός φορέα του AIDS. Πράγμα, βεβαίως, πολύ ορθό και γεγονός, πράγματι, πολύ θετικό (30.11.91).



## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο σύνολο του δείγματος το **50%** το αποτελούν νοσηλευτές/ τριές από το νοσοκομείο Άγ. Ανδρέας και το υπόλοιπο **50%** του δείγματος αποτελούν νοσηλευτές /τριες του Π.Π.Ν.Ρ

Στο νοσοκομείο Άγ. Ανδρέας το **94%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού το αποτελούν γυναίκες νοσηλεύτριες και το **6%** το αποτελούν άνδρες νοσηλευτές. Στο Π.Π.Ν.Ρ. το **66%** του δείγματος είναι γυναίκες νοσηλεύτριες και το **34%** είναι άνδρες νοσηλευτές.

Στο νοσοκομείο του Άγ. Ανδρέα το **58%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού το αποτελούν άτομα από **20** έως **30** ετών και το **30%** του δείγματος είναι νοσηλευτές /τριες από **30** έως **40** ετών. Ενώ στο Π.Π.Ν.Ρ. το **26%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι από **20** έως **30** ετών και το **60%** του δείγματος είναι άτομα ηλικίας από **30** έως **40** ετών.

Το **68,8%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στο νοσοκομείο του Άγ. Ανδρέα είναι τετραετούς εκπαίδευσης και το **27,1%** του δείγματος είναι διετούς εκπαίδευσης. Στο Π.Π.Ν.Ρ. το **62%** του δείγματος των νοσηλευτών/τριών είναι τετραετούς εκπαίδευσης και το **34%** του δείγματος είναι διετούς εκπαίδευσης.

Στο νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας το **44%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι έγγαμοι, ενώ το **28%** του δείγματος απάντησαν ότι ζουν μόνοι τους. Στο Π.Π.Ν.Ρ το **64%** του δείγματος των νοσηλευτών/τριών απάντησαν ότι είναι έγγαμοι και το **18%** του δείγματος απάντησαν ότι ζουν μόνοι τους.

Στο νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας το **98%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησαν ότι το **AIDS** οφείλεται σε ιο.Το ίδιο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού του Π.Π.Ν.Ρ. έδωσε την ίδια απάντηση.

Στο νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας το **98%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησαν ότι το **AIDS** είναι διαταραχή του ανοσοποιητικού συστήματος. Το ίδιο ποσοστό των νοσηλευτών/τριών του

Π.Π.Ν.Ρ θεωρεί ότι το **AIDS** είναι διαταραχή του ανοσοποιητικού συστήματος .

Το **68%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας θεωρεί ότι όλα τα παραπάνω συμπτώματα είναι ενδείξεις ότι το άτομο έχει προσβληθεί από τον ιό του **AIDS**, ενώ το **14%** του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησε ότι μόνο η απώλεια βάρους, η καταβολή δυνάμεων και η ανορεξία είναι ενδείξεις ότι το άτομο έχει προσβληθεί από τον ιο. Στο Π.Π.Ν.Ρ. το **78%** του δείγματος των νοσηλευτών/τριών, απάντησε ότι όλα τα παραπάνω συμπτώματα είναι ενδείξεις ότι το άτομο έχει προσβληθεί από τον ιό του **AIDS**.

Το **44,7%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας απάντησαν ότι ο χρόνος που χρειάζεται για να εκδηλωθούν τα συμπτώματα από τον ιό του **AIDS** είναι μετά από ένα χρόνο από την προσβολή ,ενώ το **23,4%** του δείγματος απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν πόσος χρόνος χρειάζεται για να εκδηλωθούν τα συμπτώματα. Στο Π.Π.Ν.Ρ. το **62%** του δείγματος των νοσηλευτών/τριών απάντησαν ότι μετά από ένα χρόνο από την προσβολή εκδηλώνονται τα συμπτώματα.

Το **56%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας απάντησαν ότι τα οροθετικά άτομα τον πρώτο χρόνο έχουν σταδιακή εξέλιξη. Ενώ το **52%** του δείγματος των νοσηλευτών /τριών του Π.Π.Ν.Ρ. απάντησαν ότι τα οροθετικά άτομα τον πρώτο χρόνο είναι σε καλή φυσική κατάσταση.

Το **88%** του νοσηλευτικού προσωπικού του Π.Π.Ν.Ρ. απάντησαν ότι σε όλα τα παραπάνω βρίσκεται ο ιός σε ασθενή με **AIDS**.Ενώ το **46,9%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας απάντησαν ότι σε όλα τα παραπάνω βρίσκεται ο ιός του **AIDS** και το **26,5%** των νοσηλευτών /τριών απάντησαν ότι ο ιός σε ασθενή με **AIDS** βρίσκεται στο αίμα.

Το **100%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας καθώς και το **100%** του νοσηλευτικού προσωπικού του Π.Π.Ν.Ρ. απάντησαν ότι ο ιός του **AIDS** κυρίως μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή.

Το **100%** του δείγματος των νοσηλευτών /τριών του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας καθώς και το **100%** του νοσηλευτικού προσωπικού του Π.Π.Ν.Ρ. απάντησαν ότι για να διαπιστώσει κάποιος αν έχει μολυνθεί από **AIDS** πρέπει να κάνει ειδική εξέταση αίματος.

Στο νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας το **48%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησαν ότι η ειδική εξέταση αίματος θα πρέπει να γίνεται σε διάστημα από **30** ημέρες έως **6** μήνες .Το **58%** του δείγματος των νοσηλευτών /τριών του Π.Π.Ν.Ρ. έδωσε την ίδια απάντηση σχετικά με το χρονικό διάστημα που πρέπει να γίνεται η ειδική αυτή εξέταση

Το **26%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του Π.Π.Ν.Ρ απάντησαν ότι έχουν νοσηλεύσει ασθενή με **AIDS**.Στο νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας το **16%** του δείγματος των νοσηλευτών /τριών απάντησαν ότι έχουν νοσηλεύσει ασθενή με **AIDS**.

Στο νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας το **87,5%** του νοσηλευτικού προσωπικού που έχουν νοσηλεύσει ασθενείς με **AIDS** απάντησαν ότι δεν έχουν λάβει κάποια ειδική εκπαίδευση. Το **76,9%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του Π.Π.Ν.Ρ. που έχουν νοσηλεύσει ασθενείς με **AIDS** απάντησαν ότι δεν έχουν λάβει ειδική εκπαίδευση για τη νοσηλεία αυτών των ασθενών.

Το **100%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας καθώς και το **100%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του Π.Π.Ν.Ρ. που έχουν νοσηλεύσει ασθενή με **AIDS** και έχουν λάβει ειδική εκπαίδευση απάντησαν ότι ο χρόνος εκπαίδευσης ήταν από **15** ημέρες μέχρι **1** μήνα.

Το **78%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας απάντησαν ότι τα μέτρα που παίρνουν κατά την νοσηλεία φορέα με **AIDS** είναι η μάσκα ,τα γάντια και η προστατευτική μπλούζα. Το **92%** του δείγματος των νοσηλευτών /τριών του Π.Π.Ν.Ρ. έδωσαν την ίδια απάντηση σχετικά με τα μέτρα που παίρνουν κατά τη νοσηλεία φορέα με **AIDS**.

Στο νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας το **61,4%** του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησαν ότι αισθάνονται μερικώς ασφαλή με τα μέτρα

που λαμβάνουν κατά τη νοσηλεία φορέα με **AIDS**. Στο Π.Π.Ν.Ρ. το **58%** του δείγματος των νοσηλευτών /τριών απάντησαν ότι κατά τη διάρκεια νοσηλείας φορέα με **AIDS** αισθάνονται μερικώς ασφαλής.

Το **92%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας απάντησαν ότι αισθάνονται υποχρεωμένοι να φροντίζουν ασθενείς με **AIDS**. Στο Π.Π.Ν.Ρ. Το **44%** του δείγματος των νοσηλευτών/τριών απάντησαν ότι αισθάνονται υποχρεωμένοι να φροντίζουν ασθενείς με **AIDS**, ενώ το **38%** του δείγματος απάντησαν ότι αισθάνονται σχετικά υποχρεωμένοι να φροντίζουν ασθενείς με **AIDS**.

Το **56%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας απάντησαν ότι πρέπει να τιμωρούνται πάντα όσοι αρνούνται να νοσηλεύσουν φορέα του **AIDS**. Στο Π.Π.Ν.Ρ. το **40%** του δείγματος των νοσηλευτών /τριών απάντησαν ότι δεν πρέπει να τιμωρούνται όσοι αρνούνται να νοσηλεύσουν φορέα του **AIDS**, ενώ μόνο το **26%** του δείγματος απάντησαν ότι πρέπει να τιμωρούνται όσοι αρνούνται να νοσηλεύσουν φορέα του **AIDS**.

Στο νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας το **50%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησαν ότι σε περίπτωση έκθεσης στον **HIV** από ατύχημα θα έρχονταν σε επαφή με μονάδα ειδικών λοιμώξεων για την λήψη χημειοπροφύλαξης. Στο Π.Π.Ν.Ρ. το **44%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησαν ότι σε περίπτωση έκθεσης στον **HIV** από ατύχημα θα έπαιρναν αίμα για εξέταση.

Το **50%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας απάντησαν ότι οι πάσχοντες από **AIDS** σήμερα νοσηλεύονται σε νοσοκομεία λοιμωδών νόσων .Στο Π.Π.Ν.Ρ. το **40%** του δείγματος των νοσηλευτών /τριών απάντησαν ότι οι πάσχοντες από **AIDS** νοσηλεύονται σε νοσοκομεία λοιμωδών νόσων.

Στο νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας το **81,6%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησαν ότι το νοσοκομείο στο οποίο εργάζονται δεν διαθέτει ούτε πτέρυγα λοιμωδών νόσων ούτε ειδικά δωμάτια για τους ασθενείς με **AIDS**. Στο Π.Π.Ν.Ρ. το **48%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησαν ότι το νοσοκομείο στο οποίο εργάζονται διαθέτει ειδικά δωμάτια για ασθενείς με **AIDS**.

Το **32,6%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Άγ. Ανδρέας απάντησαν ότι λαμβάνονται όλα τα παραπάνω μέτρα όταν εισαχθεί στην πτέρυγα που εργάζονται άτομο με ηπατίτιδα Β. Την ίδια απάντηση έδωσε και το **72%** του δείγματος των νοσηλευτών /τριών του Π.Π.Ν.Ρ.

Στο νοσοκομείο Άγ. Ανδρέας το **65,3%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν αν υπάρχει στο νοσοκομείο που εργάζονται υπεύθυνος λοιμωδών νοσημάτων .Στο Π.Π.Ν.Ρ. το **74%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησαν ότι υπάρχει στο νοσοκομείο που εργάζονται υπεύθυνος λοιμωδών νοσημάτων

Το **79,6%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Άγ. Ανδρέας απάντησαν ότι ο υπεύθυνος λοιμωδών νόσων πρέπει να έχει όλα τα παραπάνω χαρακτηριστικά (δηλ. νοσηλευτική εμπειρία, εμπειρία στα λοιμώδη νοσήματα, εμπειρία στην δημόσια υγιεινή).Στο Π.Π.Ν.Ρ. το **80%** του νοσηλευτικού προσωπικού έδωσε την ίδια απάντηση σχετικά με τα χαρακτηριστικά που θα πρέπει να διαθέτει ο υπεύθυνος των λοιμωδών νόσων.

Το **100%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του Π.Π.Ν.Ρ. απάντησαν ότι βγάζουν αμέσως την ποδιά που φοράνε στην νοσηλεία ατόμου με λοιμώδες νόσημα όταν βγουν από το θάλαμο του ασθενούς .Την ίδια απάντηση έδωσε και το **90,9%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Άγ. Ανδρέας.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Παρατηρούμε ότι το **23,4%** του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Άγ. Ανδρέας απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν πόσος χρόνος χρειάζεται για να εκδηλωθούν τα συμπτώματα, ενώ μόνο το **4%** του νοσηλευτικού προσωπικού του Π.Π.Ν.Ρ. απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν τον χρόνο που χρειάζεται για την εκδήλωση των συμπτωμάτων.

Παρατηρούμε ότι το **92%** του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Άγ. Ανδρέας απάντησαν ότι είναι υποχρεωμένοι να φροντίζουν ασθενείς με **AIDS** ενώ μόνο το **44%** του νοσηλευτικού προσωπικού του Π.Π.Ν.Ρ. απάντησε το ίδιο .Αξίζει να σημειώσουμε ότι το **18%** του δείγματος των νοσηλευτών /τριών του Π.Π.Ν.Ρ. απάντησαν ότι δεν είναι καθόλου υποχρεωμένοι να φροντίζουν ασθενείς με **AIDS** ενώ μόνο το **6%** του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Άγ. Ανδρέας έχει την ίδια άποψη.

Το **56%** του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Άγ. Ανδρέας απάντησαν ότι θα πρέπει να τιμωρούνται πάντα όσοι αρνούνται να νοσηλεύσουν φορέα του **AIDS** , ενώ μόνο το **26%** του δείγματος των νοσηλευτών /τριών του Π.Π.Ν.Ρ. πιστεύει το ίδιο .Επίσης το **40%** του δείγματος των νοσηλευτών /τριών του Π.Π.Ν.Ρ. απάντησαν ότι δεν πρέπει να τιμωρούνται καθόλου οι νοσηλευτές που αρνούνται να φροντίσουν άτομα με **AIDS**, ενώ μόνο το **14%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Άγ. Ανδρέας έδωσε την ίδια απάντηση.

Διαπιστώνουμε ότι το **81,6%** του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Άγ. Ανδρέας απάντησε ότι το νοσοκομείο στο οποίο εργάζονται δε διαθέτει ούτε πτέρυγα λοιμωδών νόσων ούτε ειδικά διαμορφωμένα δωμάτια, ενώ μόνο το **38%** του νοσηλευτικού προσωπικού του Π.Π.Ν.Ρ. απάντησε το ίδιο για το νοσοκομείο στο οποίο εργάζονται.

Το **74%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του Π.Π.Ν.Ρ. απάντησαν ότι γνωρίζουν ότι υπάρχει υπεύθυνος λοιμωδών νοσημάτων στο νοσοκομείο που εργάζονται, ενώ μόνο το **34,7%** των νοσηλευτών /τριών του νοσοκομείου Άγ. Ανδρέας απάντησαν ότι γνώριζαν ότι υπήρχε υπεύθυνος λοιμωδών νοσημάτων στο νοσοκομείο τους.

Το 72% του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του Π.Π.Ν.Ρ. απάντησαν ότι αν εισαχθεί στην πτέρυγα τους άτομο με ηπατίτιδα Β θα εφαρμόσουν όλα τα παραπάνω (δηλ. θα φιλοξενήσουν τον ασθενή σε ιδιωτικό δωμάτιο , θα χρησιμοποιήσουν ετικέτες που γράφουν "προσοχή AIDS" και συνοδεύουν κάθε έγγραφο και δείγμα του ασθενούς που στέλνεται στο εργαστήριο και ο υπεύθυνος λοιμωδών νόσων ενημερώνει τους εργαζόμενους για τους κινδύνους μετάδοσης και τα μέτρα προφύλαξης ) ενώ μόνο το 32,6% του δείγματος των νοσηλευτών /τριών του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας θα αντιδρούσε με τον ίδιο τρόπο.

Παρατηρούμε ότι το 75% του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού που είναι γυναίκες απάντησαν ότι είναι υποχρεωμένοι να φροντίζουν ασθενείς με AIDS, ενώ μόνο το 40% των ανδρών του νοσηλευτικού προσωπικού έχει την ίδια γνώμη.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

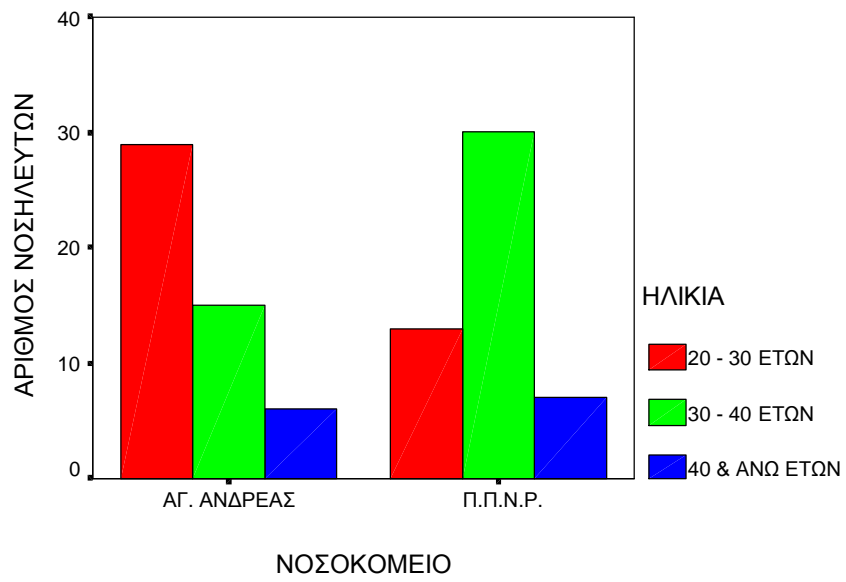
Το νοσηλευτικό προσωπικό που προσφέρει φροντίδα πρώτης γραμμής εργαζόμενο άμεσα με άτομα με HIV-λοίμωξη, τις οικογένειές τους και την κοινότητα τους, αντιμετωπίζει μια πρόκληση που απαιτεί απροσδιόριστη δημιουργικότητα, ενεργητικότητα και πόρους. Η έκταση ,στην οποία το νοσηλευτικό προσωπικό είναι διαθέσιμο και τη δυνατότητα να ανταποκριθεί σε αυτή την πρόκληση, θα έχει βαθιά επίπτωση στη μελλοντική πορεία της επιδημίας του HIV.

Ø Από την εργασία μας είδαμε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό και των δυο νοσοκομείων χρειάζεται περισσότερη επιστημονική ενημέρωση όχι πάνω στον ιό του AIDS αλλά και σε πολλά άλλα λοιμώδη νοσήματα τα οποία είναι αιτίες διασποράς πολλών επιδημιών .Έχει παρατηρηθεί επίσης ότι μόνο το 2% έχει πάρει ειδικά σεμινάρια ,τα οποία είναι απαραίτητα για τη σωστή φροντίδα ασθενών με λοιμώδη νοσήματα .Η σωστή ενημέρωση των νοσηλευτών /τριών στηρίζεται στη σωστή εκπαίδευση για να μπορούν να αντεπεξέλθουν στις σημερινές ανάγκες της νοσηλευτικής επιστήμης.

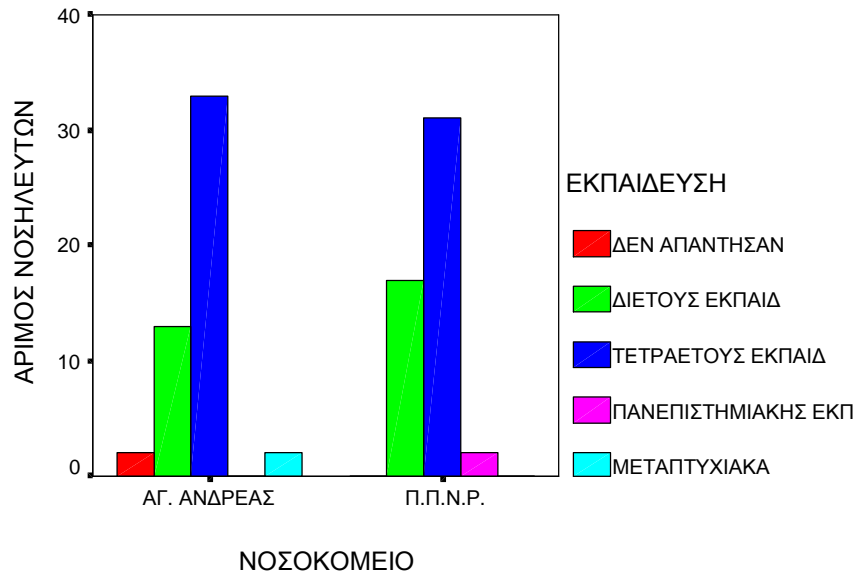
- Ø Σε αμφότερα τα νοσοκομεία το προσωπικό που γνώριζε τον ακριβή χρόνο εμφάνισης των συμπτωμάτων ήταν **29,8%** στο νοσοκομείο του Άγ. Ανδρέα και **34%** στο Π.Π.Ν.Ρ.
- Ø Η πλειοψηφία των νοσηλευτών και στα δυο νοσοκομεία δεν γνώριζε τον ακριβή χρόνο εξέτασης για την ανακάλυψη του ιού του **AIDS** στο άτομο. Θα πρέπει να γίνουν ειδικά σεμινάρια από κάποιο υπεύθυνο για να μπορούν οι νοσηλευτές να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις της σύγχρονης εποχής.
- Ø Υπήρχε αντίφαση μεταξύ των δυο νοσοκομείων σχετικά με τον τρόπο αντίδρασης του νοσηλευτικού προσωπικού στη νοσηλεία των ασθενών με **AIDS**. Η ενημέρωση θα επιτρέψει στο νοσηλευτικό προσωπικό να είναι ψύχραιμο και να προσφέρει την κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα στα άτομα που την έχουν ανάγκη.
- Ø Χρειάζονται περισσότερα μέτρα προφύλαξης για το νοσηλευτικό προσωπικό διότι τα ήδη υπάρχοντα είναι ελλιπή ή δεν εφαρμόζονται οι σωστοί κανόνες υγιεινής. Με τον τρόπο αυτό θα αποφευχθεί η μετάδοση των λοιμωδών νόσων.
- Ø Παρατηρείται έλλειψη ειδικών δωματίων για την φροντίδα ασθενών με **AIDS**. Όλα τα νοσοκομεία θα πρέπει να διαθέτουν δυο δωμάτια τουλάχιστον για τη νοσηλεία των ασθενών. Δυστυχώς στο νοσοκομείο του Άγ. Ανδρέα δεν υπάρχει ειδικός θάλαμος.

Άρα λοιπόν ,αν θέλουμε να πορευτούμε προς μια κατεύθυνση, όπου οι νοσηλευτές θα αντιμετωπίζουν με το πλέον κατάλληλο τρόπο νοσηλευόμενους με **AIDS**, θα πρέπει να είναι ορμητική και αποφασιστική.

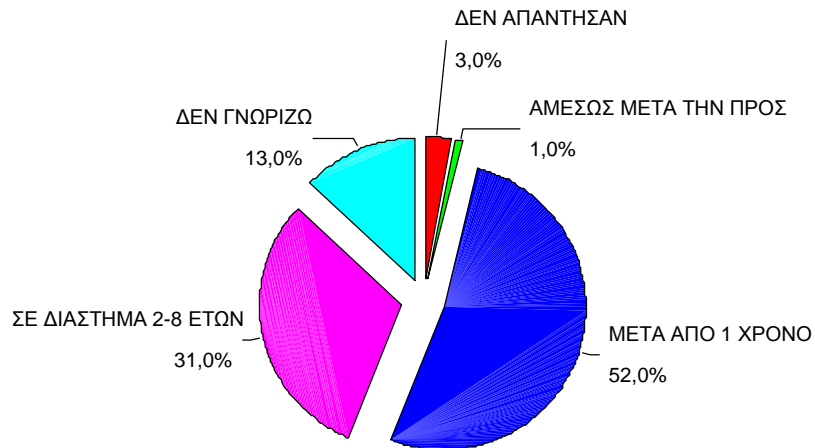




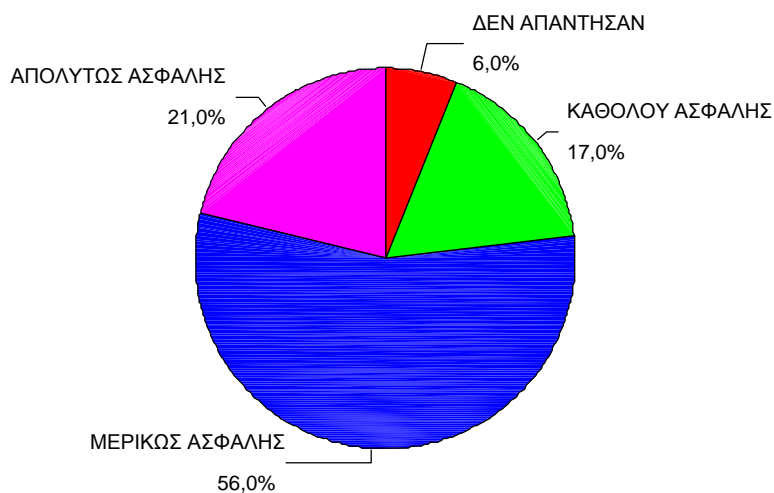
Σχήμα 1. Κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού ανάλογα με το νοσοκομείο που εργάζονται και την ηλικία τους



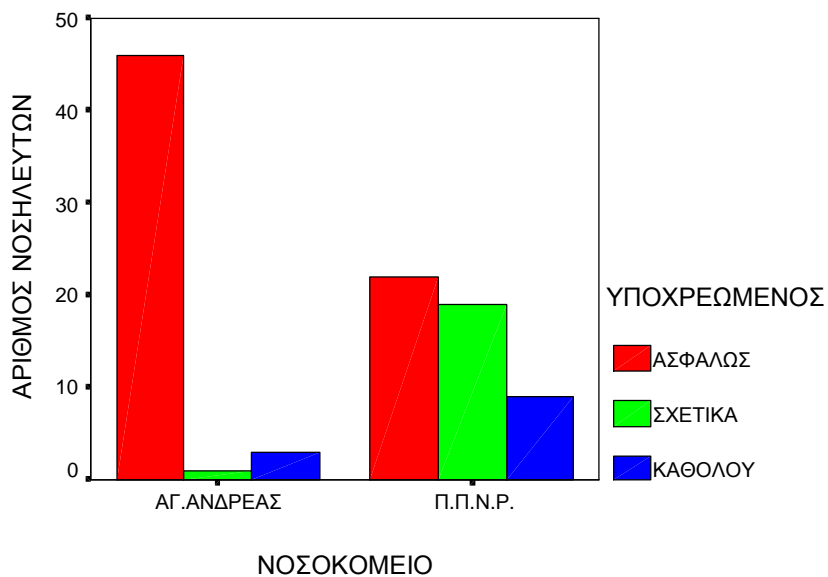
Σχήμα 2. Κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού ανάλογα με το νοσοκομείο που εργάζονται και την εκπαίδευσή τους



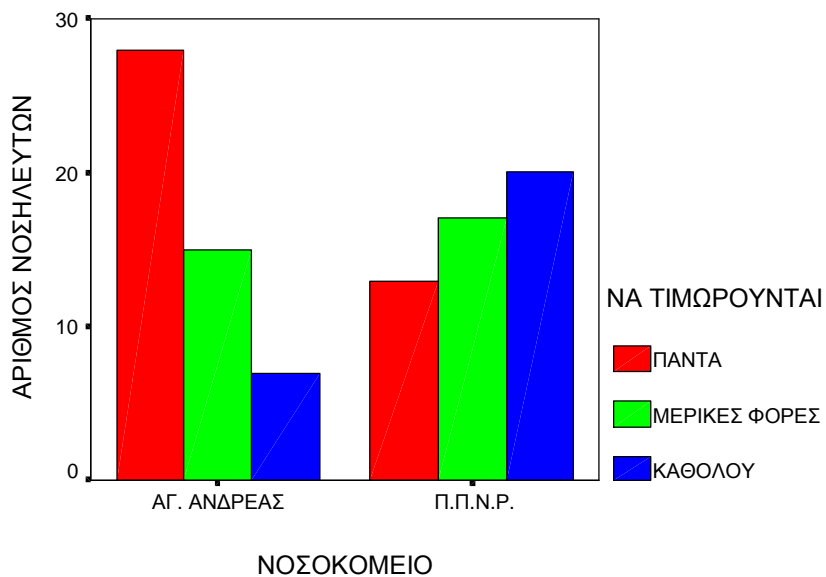
Σχήμα 3. Κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού ανάλογα με το πόσος χρόνος χρειάζεται για να εκδηλωθούν τα συμπτώματα



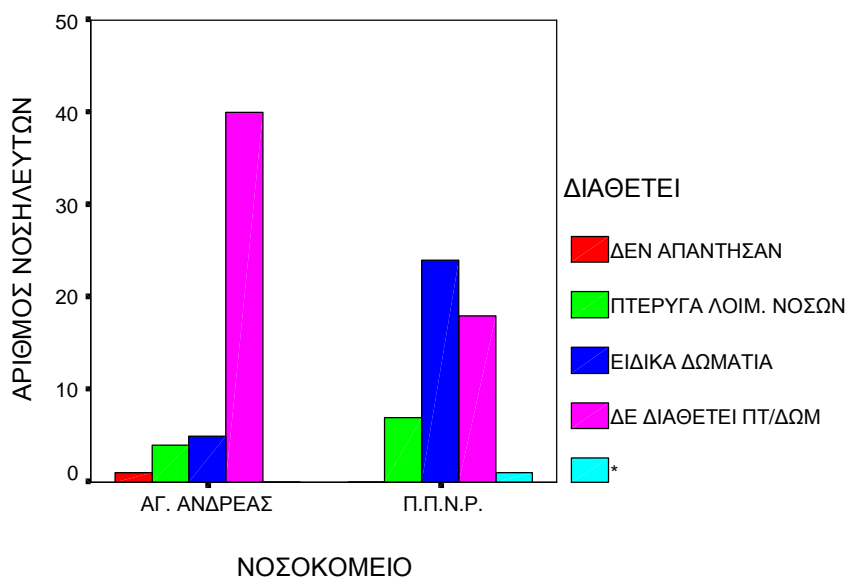
Σχήμα 4. Κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού ανάλογα με το πόσο ασφαλής αισθάνονται με τα μέτρα προφύλαξης κατά την νοσηλεία ασθενή με AIDS



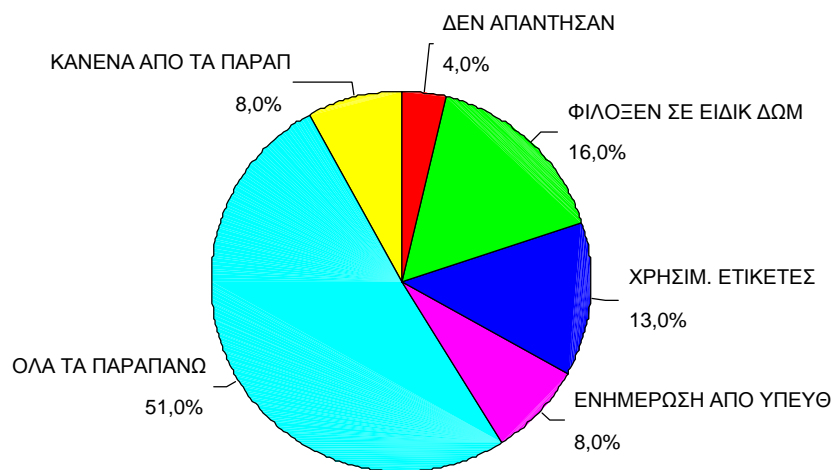
Σχήμα 5. Κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού ανάλογα με το νοσοκομείο και αν αισθάνονται υποχρεωμένοι να φροντίζουν ασθενείς με AIDS



Σχήμα 6. Κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού ανάλογα με το νοσοκομείο και αν πρέπει να τιμωρούνται όσοι αρνούνται να νοσηλεύσουν φορέα AIDS



Σχήμα 7. Κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού ανάλογα με το νοσοκομείο και αν διαθέτει ειδικούς χώρους ή πτέρυγες για τους ασθενείς με AIDS



Σχήμα 8. Κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού ανάλογα με τι μέτρα εφαρμόζουν αν εισαχθεί άτομο με ηπατίτιδα Β στην πτέρυγά τους

## **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΥ ΚΡΑΤΑΤΕ ΣΤΑ ΧΕΡΙΑ ΣΑΣ ΠΡΟΟΡΙΖΕΤΑΙ ΓΙΑ ΜΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ ΤΟ AIDS ΤΩΝ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΤΟΥ Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΩΝ, ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΑΚΗ & ΕΛΕΝΗΣ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ. ΕΙΝΑΙ ΑΝΩΝΥΜΟ. ΓΓΑΥΤΟ ΣΑΣ ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ ΜΕ ΕΙΛΙΚΡΙΝΕΙΑ, ΒΑΖΟΝΤΑΣ Χ ΣΕ ΜΙΑ ΜΟΝΟ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΠΟΥ ΚΡΙΝΕΤΕ ΕΞΕΙΣ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΩΣΤΗ.

1.ΦΥΛΛΟ:

- ΑΡΡΕΝ**
- ΘΗΛΥ**

2.ΗΛΙΚΙΑ:

- 20-30
- 30-40
- 40 & άνω

3.ΤΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΧΕΤΕ:

- ΔΕ (διετούς εκπαίδευσης)**
- ΤΕ (τετραετούς εκπαίδευσης)**
- ΠΕ (πανεπιστημιακής εκπαίδευσης)**
- ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ**

4.ΠΟΙΑ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΣΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

- ΕΓΓΑΜΟΣ**
- ΑΓΑΜΟΣ**
  - α)ΖΩ ΜΟΝΗ/ΟΣ ΜΟΥ**
  - β)ΖΩ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΜΟΥ**
  - γ)ΖΩ ΜΕ ΤΟ ΦΙΛΟ/Η ΜΟΥ**

5.ΤΟ AIDS ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΕ:

- ΙΟ**
- ΜΥΚΗΤΑ**

**ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ**

**ΑΛΛΟ**

6.ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ AIDS:

**ΜΟΡΦΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

**ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΒΛΑΒΗ ΣΤΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

**ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

7.ΠΟΙΟ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΙΝΑΙ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΟΤΙ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΠΡΟΣΒΛΗΘΗΚΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΟΥ AIDS:

**ΔΙΑΡΚΗΣ ΠΥΡΕΤΟΣ, ΕΦΙΔΡΩΣΗ, ΕΠΙΜΟΝΗ ΔΙΑΡΡΟΙΑ**

**ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ, ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΔΥΝΑΜΕΩΝ, ΑΝΟΡΕΞΙΑ**

**ΔΙΟΓΚΩΜΕΝΟΙ ΑΔΕΝΕΣ, ΔΕΡΜΑΤΙΚΑ ΕΞΑΝΘΗΜΑΤΑ, ΕΠΙΜΟΝΟΣ ΚΝΗΣΜΟΣ**

**ΤΡΙΧΟΠΤΩΣΗ**

**ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ**

8.ΠΟΣΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΓΙΑ ΝΑ ΕΚΔΗΛΩΘΟΥΝ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:

**ΑΜΕΣΩΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ**

**ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΧΡΟΝΟ**

**ΣΕ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 2-8 ΕΤΩΝ**

**ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ**

9.ΤΑ ΟΡΟΘΕΤΙΚΑ ΑΤΟΜΑ ΤΟΝ ΠΡΩΤΟ ΧΡΟΝΟ:

**ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΚΑΛΗ ΦΥΣΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

**ΕΙΝΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΗ ΣΕ ΒΑΡΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

**ΕΧΟΥΝ ΣΤΑΔΙΑΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ**

10.ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΤΟΥ AIDS Ο ΙΟΣ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ:

**ΣΤΟ ΣΑΛΙΟ, ΔΑΚΡΥΑ & ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΑ ΣΤΙΣ ΕΚΚΡΙΣΕΙΣ**

**ΣΤΟ ΣΠΕΡΜΑ & ΤΙΣ ΚΟΛΠΙΚΕΣ ΕΚΚΡΙΣΕΙΣ**

**ΣΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΓΑΛΑ**

**ΣΤΑ ΟΥΡΑ**

- ΣΤΟ ΑΙΜΑ
- ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ
- ΚΑΝΕΝΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ

11. ΜΕ ΠΟΙΟΝ ΤΡΟΠΟ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ ΚΥΡΙΩΣ Ο ΙΟΣ ΤΟΥ AIDS:

- ΜΕ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ
- ΜΕ ΤΟ ΦΙΛΙ (ΣΤΟΜΑ ΜΕ ΣΤΟΜΑ)
- ΜΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΑΝΑΣΤΡΟΦΕΣ (π.χ: ΧΕΙΡΑΨΙΑ, ΟΜΙΛΙΑ)

12. ΓΙΑ ΝΑ ΔΙΑΠΙΣΤΩΘΕΙ ΑΝ ΚΑΠΟΙΟΣ ΕΧΕΙ ΜΟΛΥΝΘΕΙ ΑΠΟ AIDS ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΙ:

- ΕΞΕΤΑΣΗ ΟΥΡΩΝ
- ΕΙΔΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ-ΚΟΛΠΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ
- ΕΙΔΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ

13. Η ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΥΤΗ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ:

- 0-30 ΜΕΡΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟΝ ΙΟ
- 30 ΜΕΡΕΣ ΕΩΣ 6 ΜΗΝΕΣ
- 6 ΜΗΝΕΣ ΚΑΙ ΠΑΝΩ

14. ΕΧΕΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΣΕΙ ΠΟΤΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ AIDS:

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

15. ΑΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΤΕ ΝΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΡΩΤΗΣΗ ΠΩΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΑΤΕ:

- ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΗΘΗΚΑ



- ΖΗΤΗΣΑ ΝΑ ΠΑΡΩ ΑΔΕΙΑ Ή ΝΑ ΑΛΛΑΞΩ ΤΜΗΜΑ**
- ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ**

16.ΑΝ ΕΧΕΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΣΕΙ ΑΤΟΜΑ ΜΕ AIDS ΕΧΕΤΕ ΛΑΒΕΙ ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ:

- ΝΑΙ**
- ΟΧΙ**

17.ΑΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΤΕ ΝΑΙ ΣΤΗ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΡΩΤΗΣΗ ΠΟΣΟ ΚΑΙΡΟ ΕΙΔΙΚΕΥΤΗΚΑΤΕ:

- 15 ΜΕΡΕΣ-1 ΜΗΝΑ**
- 3-6 ΜΗΝΕΣ**
- 6 ΜΗΝΕΣ-1 ΧΡΟΝΟ**

18.ΤΙ ΜΕΤΡΑ ΘΑ ΠΑΙΡΝΑΤΕ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΦΟΡΕΑ ΜΕ AIDS:

- ΜΑΣΚΑ-ΓΑΝΤΙΑ-ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΗ ΜΠΛΟΥΖΑ**
- ΠΛΥΣΙΜΟ ΧΕΡΙΩΝ ΠΡΙΝ & ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΘΕ ΝΟΣΗΛΕΙΑ**
- ΠΛΥΣΙΜΟ ΧΕΡΙΩΝ ΜΟΝΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΘΕ ΝΟΣΗΛΕΙΑ**
- ΚΑΝΕΝΑ ΜΕΤΡΟ(ΔΕΝ ΤΟ ΘΕΩΡΩ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ)**

19.ΠΟΣΟ ΑΣΦΑΛΗΣ ΑΙΣΘΑΝΘΗΚΑΤΕ ΜΕ ΤΑ ΜΕΤΡΑ ΠΟΥ ΠΗΡΑΤΕ:

- ΜΕΡΙΚΩΣ ΑΣΦΑΛΗΣ**
- ΑΠΟΛΥΤΩΣ ΑΣΦΑΛΗΣ**
- ΚΑΘΟΛΟΥ ΑΣΦΑΛΗΣ**

20.ΕΙΜΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΜΕΝΟΣ/Η ΝΑ ΦΡΟΝΤΙΖΩ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS:

- ΑΣΦΑΛΩΣ**
- ΣΧΕΤΙΚΑ**
- ΚΑΘΟΛΟΥ**

21.ΝΑ ΤΙΜΩΡΟΥΝΤΑΙ ΟΣΟΙ/ΕΣ ΑΡΝΟΥΝΤΑΙ ΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΣΟΥΝ ΦΟΡΕΑ AIDS:

- ΠΑΝΤΑ
- ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΚΑΘΟΛΟΥ

22.ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟ HIV ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ(π.χ:ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΑΠΟ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΒΕΛΟΝΑ):

- ΚΑΘΑΡΙΖΟΥΜΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ ΤΟ ΤΡΑΥΜΑ
- ΠΑΙΡΝΟΥΜΕ ΑΙΜΑ ΓΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗ
- ΕΡΧΟΜΑΣΤΕ ΣΕ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ

23.ΟΙ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ AIDS ΣΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΣΕ:

- ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ
- ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
- ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΕ ΤΜΗΜΑΤΑ ΛΟΙΜΩΔΩΝ

24.ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΑΣ ΔΙΑΘΕΤΕΙ:

- ΠΤΕΡΥΓΑ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ
- ΕΙΔΙΚΑ ΔΩΜΑΤΙΑ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS
- ΔΕ ΔΙΑΘΕΤΕΙ ΟΥΤΕ ΠΤΕΡΥΓΑ ΟΥΤΕ ΕΙΔΙΚΑ ΔΙΑΜΟΡΦΩΜΕΝΑ ΔΩΜΑΤΙΑ

25.ΑΝ ΕΙΣΑΧΘΕΙ ΣΤΗΝ ΠΤΕΡΥΓΑ ΣΑΣ ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β:

- ΦΙΛΟΞΕΝΕΙΤΑΙ ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΔΩΜΑΤΙΟ
- ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΕΤΙΚΕΤΕΣ ΠΟΥ ΓΡΑΦΟΥΝ «ΠΡΟΣΟΧΗ AIDS» ΚΑΙ ΣΥΝΟΔΕΥΟΥΝ ΚΑΘΕ ΕΓΓΡΑΦΟ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΣΤΕΛΝΕΤΑΙ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ
- ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΙ Ο ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ & ΤΑ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

- ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ**
- ΚΑΝΕΝΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ**

26.ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΑΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ:

- ΝΑΙ**
- ΟΧΙ**

27.Ο ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΧΕΙ:

- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ**
- ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΑ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**
- ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΙΕΙΝΗ**
- ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ**
- ΚΑΝΕΝΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ**

28.ΤΗΝ ΠΟΔΙΑ ΠΟΥ ΦΟΡΑΤΕ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΛΟΙΜΩΔΕΣ ΝΟΣΗΜΑ ΤΗΝ ΒΓΑΖΕΤΕ ΑΜΕΣΩΣ ΟΤΑΝ ΒΓΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΟ ΘΑΛΑΜΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

- ΝΑΙ**
- ΟΧΙ**

29.ΕΑΝ ΝΑΙ ΠΟΙΑ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΕ(αριθμήστε τη σειρά που θεωρείτε σωστή με 1,2,3,4,5)

- ΑΦΑΙΡΕΙΤΕ ΤΗΝ ΠΟΔΙΑ**
- ΑΦΑΙΡΕΙΤΕ ΤΗΝ ΜΑΣΚΑ**
- ΑΦΑΙΡΕΙΤΕ ΤΑ ΓΑΝΤΙΑ**
- ΠΕΤΑΤΕ ΤΗ ΠΟΔΙΑ ΣΕ ΕΙΔΙΚΟ ΚΑΔΟ**
- ΠΛΕΝΕΤΕ ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΣΑΣ**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ

## ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Θέλοντας να εξετάσουμε τις διαφοροποιήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού σε δύο νοσοκομεία (Αγ. Ανδρέας και Π.Π.Ν.Ρ.) ως προς τον τρόπο νοσηλείας ασθενών ή φορέων με AIDS εφαρμόσαμε μια στατιστική ανάλυση σε δείγμα 100 νοσηλευτών-τριών χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο SPSS και καταλήξαμε στα ακόλουθα συμπεράσματα.

**Πίνακας 1. Κατανομή 100 ατόμων ως προς το νοσοκομείο που εργάζονται**

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ-ΤΡΙΩΝ
ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	50 (50%)
Π.Π.Ν.Ρ.	50 (50%)

Στο σύνολο του δείγματος το 50% το αποτελούν νοσηλευτές-τριες από το νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας και το υπόλοιπο 50% του δείγματος το αποτελούν νοσηλευτές-τριες του Π.Π.Ν.Ρ.

**Πίνακας 2. Κατανομή 100 ατόμων ως προς το φύλο**

ΦΥΛΟ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
	ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	Π.Π.Ν.Ρ.
ΑΡΡΕΝ	3 (6%)	17 (34%)
ΘΗΛΥ	47 (94%)	33 (66%)

Στο νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας το 94% του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού το αποτελούν γυναίκες νοσηλεύτριες και το 6% το αποτελούν άνδρες νοσηλευτές. Στο Π.Π.Ν.Ρ. το 66% του δείγματος είναι γυναίκες νοσηλεύτριες και το 34% είναι άνδρες νοσηλευτές.

**Πίνακας 3. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την ηλικία**

ΗΛΙΚΙΑ (ΣΕ ΕΤΗ)	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
	ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	Π.Π.Ν.Ρ.
20 - 30	29 (58%)	13 (26%)
30 - 40	15 (30%)	30 (60%)
40 & άνω	6 (12%)	7 (14%)

Στο νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας το 58% του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού το αποτελούν άτομα από 20 έως 30 ετών και το 30% του δείγματος είναι νοσηλευτές-τριες από 30 έως 40 ετών. Ενώ στο Π.Π.Ν.Ρ. το 26% του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι από 20 έως 30 ετών και το 60% του δείγματος είναι άτομα ηλικίας από 30 έως 40 ετών.

#### **Πίνακας 4. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την εκπαίδευσή τους**

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
	ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	Π.Π.Ν.Ρ.
ΔΙΕΤΟΥΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	13 (27,1%)	17 (34%)
ΤΕΤΡΑΕΤΟΥΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	33 (68,8%)	31 (62%)
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔ.		2 (4%)
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ	2 (4,2%)	

Στο νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας το 68,8% του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι τετραετούς εκπαίδευσης και το 27,1% του δείγματος είναι διετούς εκπαίδευσης. Στο Π.Π.Ν.Ρ το 62% του δείγματος των νοσηλευτών-τριών είναι τετραετούς εκπαίδευσης και το 34% του δείγματος είναι διετούς εκπαίδευσης.

#### **Πίνακας 5. Κατανομή 100 ατόμων σχετικά με την οικογενειακή τους κατάσταση**

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
	ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	Π.Π.Ν.Ρ.
ΕΓΓΑΜΟΣ	22 (44%)	32 (64%)
ΖΩ ΜΟΝΗ/ΟΣ ΜΟΥ	14 (28%)	9 (18%)
ΖΩ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΜΟΥ	13 (26%)	7 (14%)
ΖΩ ΜΕ ΤΟΝ ΦΙΛΟ/Η ΜΟΥ	1 (2%)	2 (4%)

Στο νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας το 44% του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι έγγαμοι, ενώ το 28% του δείγματος απάντησαν ότι ζούν μόνοι τους. Στο Π.Π.Ν.Ρ. το 64% του δείγματος των νοσηλευτών-

τριών απάντησαν ότι είναι έγγαμοι και το **18%** του δείγματος απάντησαν ότι ζούν μόνοι τους.

**Πίνακας 6. Κατανομή 100 ατόμων σχετικά με το αν γνωρίζουν πού οφείλεται το AIDS**

ΤΟ AIDS ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΕ :	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
	ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	Π.Π.Ν.Ρ.
<b>ΙΟ</b>	49 (98%)	49 (98%)
<b>ΜΥΚΗΤΑ</b>		
<b>ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ</b>		
<b>ΑΛΛΟ</b>	1 (2%)	1 (2%)

Στο νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας το **98%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησαν ότι το **AIDS** οφείλεται σε ιό. Το ίδιο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού του Π.Π.Ν.Ρ. έδωσε την ίδια απάντηση.

**Πίνακας 7. Κατανομή 100 ατόμων σχετικά με το αν γνωρίζουν τι είναι το AIDS**

ΤΟ AIDS ΕΙΝΑΙ :	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
	ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	Π.Π.Ν.Ρ.
<b>Μορφή καρκίνου</b>		1 (2%)
<b>Ασθένεια που προκαλεί βλάβη στο νευρικό σύστ.</b>	1 (2%)	
<b>Διαταραχή του ανοσοποιητικού συστήματος</b>	49 (98%)	49 (98%)

Στο νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας το **98%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησαν ότι το **AIDS** είναι διαταραχή του ανοσοποιητικού συστήματος. Το ίδιο ποσοστό των νοσηλευτών-τριών του Π.Π.Ν.Ρ. θεωρεί ότι το **AIDS** είναι διαταραχή του ανοσοποιητικού συστήματος.

**Πίνακας 8. Κατανομή 100 ατόμων σχετικά με το ποιες από τις παρακάτω θεωρούν ενδείξεις ότι το άτομο προσβλήθηκε από τον ιό του AIDS**

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
	ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	Π.Π.Ν.Ρ.
Διαρκής πυρετός, εφίδρωση κ.α	3 (6%)	
Απώλεια βάρους, καταβολή δυνάμεων κ.α	7 (14%)	1 (2%)
Διογκωμένοι αδένες, δερματικά εξανθήματα κ.α	6 (12%)	10 (20%)
Τριχόπτωση		
Όλα τα παραπάνω	34 (68%)	39 (78%)

Στο νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας το **68%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού θεωρεί ότι όλα τα παραπάνω συμπτώματα είναι ενδείξεις ότι το άτομο έχει προσβληθεί από τον ιό του **AIDS**, ενώ το **14%** του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησε ότι μόνο η απώλεια βάρους, η καταβολή δυνάμεων και η ανορεξία είναι ενδείξεις ότι το άτομο έχει προσβληθεί από τον ιό. Στο Π.Π.Ν.Ρ. το **78%** του δείγματος των νοσηλευτών-τριών απάντησε ότι όλα τα παραπάνω συμπτώματα είναι ενδείξεις ότι το άτομο έχει προσβληθεί από τον ιό του **AIDS**.

**Πίνακας 9. Κατανομή 100 ατόμων σχετικά με το αν γνωρίζουν πόσος χρόνος χρειάζεται για να εκδηλωθούν τα συμπτώματα**

ΧΡΟΝΟΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
	ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	Π.Π.Ν.Ρ.
Αμέσως μετά την προσβολή	1 (2,1%)	
Μετά από ένα χρόνο	21 (44,7%)	31 (62%)
Σε διάστημα 2 - 8 ετών	14 (29,8%)	17 (34%)
Δεν γνωρίζω	11 (23,4%)	2 (4%)

Το **44,7%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας απάντησαν ότι ο χρόνος που χρειάζεται για να εκδηλωθούν τα συμπτώματα από τον ιό του **AIDS** είναι μετά από ένα χρόνο από την

προσβολή, ενώ το 23,4% του δείγματος απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν πόσος χρόνος χρειάζεται για να εκδηλωθούν τα συμπτώματα. Στο Π.Π.Ν.Ρ. το 62% του δείγματος των νοσηλευτών-τριών απάντησαν ότι μετά από ένα χρόνο από την προσβολή εκδηλώνονται τα συμπτώματα.

**Πίνακας 10. Κατανομή 100 ατόμων σχετικά με την κατάσταση που βρίσκονται τα οροθετικά άτομα τον πρώτο χρόνο**

	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
	ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	Π.Π.Ν.Ρ.
Είναι σε καλή φυσική κατάσταση	22 (44%)	26 (52%)
Είναι από την αρχή σε βαριά κατάσταση		1 (2%)
Έχουν σταδιακή εξέλιξη	28 (56%)	23 (46%)

Το 56% του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας απάντησε ότι τα οροθετικά άτομα τον πρώτο χρόνο έχουν σταδιακή εξέλιξη. Ενώ το 52% του δείγματος των νοσηλευτών-τριών του Π.Π.Ν.Ρ. απάντησαν ότι τα οροθετικά άτομα τον πρώτο χρόνο είναι σε καλή φυσική κατάσταση.

**Πίνακας 11. Κατανομή 100 ατόμων σχετικά με το πού θεωρούν ότι βρίσκεται ο ιός του AIDS στον ασθενή**

ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΤΟΥ AIDS	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
	ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	Π.Π.Ν.Ρ.
Ο ΙΟΣ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ :		
Στο σάλιο, δάκρυα, εκκρίσεις	2 (4,1%)	
Στο σπέρμα και τις κολπικές εκκρ.	11 (22,4%)	1 (2%)
Στο μητρικό γάλα		
Στα ούρα		
Στο αίμα	13 (26,5%)	4 (8%)
Όλα τα παραπάνω	23 (46,9%)	44 (88%)
Κανένα από τα παραπάνω		1 (2%)

Το 88% του νοσηλευτικού προσωπικού του Π.Π.Ν.Ρ. απάντησαν ότι σε όλα τα παραπάνω βρίσκεται ο ιός σε ασθενή με AIDS. Ενώ το 46,9% του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας



απάντησαν ότι σε όλα τα παραπάνω βρίσκεται ο ιός σε ασθενή με AIDS και το 26,5% των νοσηλευτών-τριών απάντησαν ότι ο ιός σε ασθενή με AIDS βρίσκεται στο αίμα.

**Πίνακας 12. Κατανομή 100 ατόμων σχετικά με ποιόν τρόπο θεωρούν ότι μεταδίδεται ο ιός του AIDS**

<b>τροπος μεταδοση</b>	<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	
	<b>ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ</b>	<b>Π.Π.Ν.Ρ.</b>
<b>ΤΟΥ ΙΟΥ :</b>		
<b>Με σεξουαλική επαφή</b>	50 (100%)	50 (100%)
<b>Με το φιλί</b>		
<b>Με κοινωνικές συναναστροφές</b>		

Το 100% του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας καθώς και το 100% του νοσηλευτικού προσωπικού του Π.Π.Ν.Ρ. απάντησαν ότι ο ιός του AIDS κυρίως μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή.

**Πίνακας 13. Κατανομή 100 ατόμων σχετικά με το τι πρέπει να κάνει κάποιος για να διαπιστώσει αν έχει μολυνθεί από AIDS**

	<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	
	<b>ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ</b>	<b>Π.Π.Ν.Ρ.</b>
<b>Εξέταση ούρων</b>		
<b>Ειδική εξέταση σπέρματος- κολπικού υγρού</b>		
<b>Ειδική εξέταση αίματος</b>	50 (100%)	50 (100%)

Το 100% του δείγματος των νοσηλευτών-τριών του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας καθώς και το 100% του νοσηλευτικού προσωπικού του Π.Π.Ν.Ρ. απάντησαν ότι για να διαπιστώσει κάποιος αν έχει μολυνθεί από AIDS πρέπει να κάνει ειδική εξέταση αίματος.

**Πίνακας 14. Κατανομή 100 ατόμων σχετικά με το πότε πρέπει να γίνεται αυτή η εξέταση**

<b>Η ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΥΤΗ</b>	<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	
	<b>ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ</b>	<b>Π.Π.Ν.Ρ.</b>
<b>ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ :</b>		
<b>0-30 μέρες από την έκθεση στον ιό</b>	6 (12%)	2 (4%)
<b>30 μέρες έως 6 μήνες</b>	24 (48%)	29 (58%)
<b>6 μήνες και άνω</b>	20 (40%)	19 (38%)

Στο νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας το **48%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησαν ότι η ειδική εξέταση αίματος θα πρέπει να γίνεται σε διάστημα από **30** ημέρες έως **6** μήνες. Το **58%** του δείγματος των νοσηλευτών-τριών του Π.Π.Ν.Ρ. έδωσε την ίδια απάντηση σχετικά με το χρονικό διάστημα που πρέπει να γίνεται η ειδική αυτή εξέταση.

**Πίνακας 15. Κατανομή 100 ατόμων σχετικά με το αν έχουν νοσηλεύσει ποτέ ασθενή με AIDS**

<b>ΕΧΕΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΣΕΙ</b>	<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	
	<b>ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ</b>	<b>Π.Π.Ν.Ρ.</b>
<b>ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ AIDS ;</b>		
<b>ΝΑΙ</b>	8 (16%)	13 (26%)
<b>ΟΧΙ</b>	42 (84%)	37 (74%)

Το **26%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του Π.Π.Ν.Ρ. απάντησαν ότι έχουν νοσηλεύσει ασθενή με **AIDS**. Στο νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας το **16%** του δείγματος των νοσηλευτών-τριών απάντησαν ότι έχουν νοσηλεύσει ασθενή με **AIDS**.

**Πίνακας 16. Κατανομή 21 ατόμων που έχουν νοσηλεύσει ασθενή με AIDS σχετικά με το πώς αντέδρασαν**

ΠΩΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΑΤΕ;	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
	ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	Π.Π.Ν.Ρ.
Τρομοκρατήθηκα	2 (25%)	6 (46,2%)
Ζήτησα να πάρω άδεια ή να αλλάξω τμήμα		2 (15,4%)
Φυσιολογική αντίδραση	6 (75%)	5 (38,5%)

Στο νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας το 75% του νοσηλευτικού προσωπικού που έχουν νοσηλεύσει ασθενείς με AIDS απάντησαν ότι αντέδρασαν φυσιολογικά. Στο Π.Π.Ν.Ρ. το 46,2% των νοσηλευτών-τριών που έχουν νοσηλεύσει ασθενείς με AIDS απάντησαν ότι τρομοκρατήθηκαν και το 38,5% του δείγματος απάντησαν ότι είχαν φυσιολογική αντίδραση.

**Πίνακας 17. Κατανομή 21 ατόμων που έχουν νοσηλεύσει ασθενή με AIDS σχετικά με το αν έχουν λάβει ειδική εκπαίδευση**

ΕΧΕΤΕ ΛΑΒΕΙ ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ;	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
	ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	Π.Π.Ν.Ρ.
ΝΑΙ	1 (12,5%)	3 (23,1%)
ΟΧΙ	7 (87,5%)	10 (76,9%)

Στο νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας το 87,5% του νοσηλευτικού προσωπικού που έχουν νοσηλεύσει ασθενείς με AIDS απάντησαν ότι δεν έχουν λάβει κάποια ειδική εκπαίδευση. Το 76,9% του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του Π.Π.Ν.Ρ. που έχουν νοσηλεύσει ασθενείς με AIDS απάντησαν ότι δεν έχουν λάβει ειδική εκπαίδευση για την νοσηλεία αυτών των ασθενών.

**Πίνακας 18. Κατανομή 4 ατόμων που έχουν νοσηλεύσει ασθενή με AIDS και έχουν λάβει ειδική εκπαίδευση σχετικά με το πόσο καιρό ειδικεύτηκαν**

ΠΟΣΟ ΚΑΙΡΟ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
	ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	Π.Π.Ν.Ρ.
ΕΙΔΙΚΕΥΤΗΚΑΤΕ ;		
15 ημέρες - 1 μήνα	1 (2%)	3 (6%)
3 - 6 μήνες		
6 μήνες - 1 χρόνο		

Το **100%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας καθώς και το **100%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του Π.Π.Ν.Ρ. που έχουν νοσηλεύσει ασθενή με AIDS και έχουν λάβει ειδική εκπαίδευση απάντησαν ότι ο χρόνος εκπαίδευσης ήταν από 15 ημέρες μέχρι 1 μήνα.

**Πίνακας 19. Κατανομή 100 ατόμων σχετικά με τα μέτρα που θα έπαιρναν κατά την νοσηλεία φορέα με AIDS**

<i>μετρα κατά την</i> ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΦΟΡΕΑ ΜΕ AIDS	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
	ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	Π.Π.Ν.Ρ.
Μάσκα, γάντια, προστατευτική μπλούζα	39 (78%)	46 (92%)
Πλύσιμο χεριών πριν & μετά την νοσηλεία	10 (20%)	4 (8%)
Πλύσιμο χεριών μόνο μετά από κάθε νοσηλεία		
Κανένα μέτρο	1 (2%)	

Το **78%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας απάντησαν ότι τα μέτρα που παίρνουν κατά την νοσηλεία φορέα με AIDS είναι η μάσκα, τα γάντια και η προστατευτική μπλούζα. Το **92%** του δείγματος των νοσηλευτών-τριών του Π.Π.Ν.Ρ. έδωσαν την ίδια απάντηση σχετικά με τα μέτρα που παίρνουν κατά την νοσηλεία φορέα με AIDS.

**Πίνακας 20. Κατανομή 100 ατόμων σχετικά με το πόσο ασφαλής αισθάνονται με τα μέτρα που παίρνουν κατά την νοσηλεία φορέα με AIDS**

<b>ΠΟΣΟ ΑΣΦΑΛΗΣ ΑΙΣΘΑΝΘΗΚΑΤΕ</b>	<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	
	<b>ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ</b>	<b>Π.Π.Ν.Ρ.</b>
<b>ΜΕ ΤΑ ΜΕΤΡΑ ΠΟΥ ΠΗΡΑΤΕ ;</b>		
<b>Καθόλου ασφαλής</b>	7 (15,9%)	10 (20%)
<b>Μερικώς ασφαλής</b>	27 (61,4%)	29 (58%)
<b>Απολύτως ασφαλής</b>	10 (22,7%)	11 (22%)

Στο νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας το **61,4%** του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησαν ότι αισθάνονται μερικώς ασφαλής με τα μέτρα που λαμβάνουν κατά την νοσηλεία φορέα με AIDS. Στο Π.Π.Ν.Ρ. το **58%** του δείγματος των νοσηλευτών-τριών απάντησαν ότι κατά την διάρκεια νοσηλείας φορέα με AIDS αισθάνονται μερικώς ασφαλής.

**Πίνακας 21. Κατανομή 100 ατόμων σχετικά με το αν αισθάνονται υποχρεωμένοι να φροντίζουν ασθενείς με AIDS**

<b>ΕΙΣΤΕ ΥΠΟΧΡΕΩΜΕΝΟΙ ΝΑ</b>	<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	
	<b>ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ</b>	<b>Π.Π.Ν.Ρ.</b>
<b>ΦΡΟΝΤΙΖΕΤΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS;</b>		
<b>Ασφαλώς</b>	46 (92%)	22 (44%)
<b>Σχετικά</b>	1 (2%)	19 (38%)
<b>Καθόλου</b>	3 (6%)	9 (18%)

Το **92%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας απάντησαν ότι αισθάνονται υποχρεωμένοι να φροντίζουν ασθενείς με AIDS. Στο Π.Π.Ν.Ρ. το **44%** του δείγματος των νοσηλευτών-τριών απάντησαν ότι αισθάνονται υποχρεωμένοι να φροντίζουν ασθενείς με AIDS, ενώ το **38%** του δείγματος απάντησαν ότι αισθάνονται σχετικά υποχρεωμένοι να φροντίζουν ασθενείς με AIDS.

**Πίνακας 22. Κατανομή 100 ατόμων σχετικά με το αν θα πρέπει να τιμωρούνται όσοι/ες αρνούνται να νοσηλεύσουν φορέα AIDS**

ΝΑ ΤΙΜΩΡΟΥΝΤΑΙ ΟΣΟΙ ΑΡΝΟΥΝΤΑΙ ΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΣΟΥΝ ΦΟΡΕΑ AIDS ;	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
	ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	Π.Π.Ν.Ρ.
<b>Πάντα</b>	28 (56%)	13 (26%)
<b>Μερικές φορές</b>	15 (30%)	17 (34%)
<b>Καθόλου</b>	7 (14%)	20 (40%)

Το **56%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας απάντησαν ότι πρέπει να τιμωρούνται πάντα όσοι αρνούνται να νοσηλεύσουν φορέα του **AIDS**. Στο Π.Π.Ν.Ρ. το **40%** του δείγματος των νοσηλευτών-τριών απάντησαν ότι δεν πρέπει να τιμωρούνται όσοι αρνούνται να νοσηλεύσουν φορέα του **AIDS**, ενώ μόνο το **26%** του δείγματος απάντησαν ότι πρέπει να τιμωρούνται όσοι αρνούνται να νοσηλεύσουν φορέα του **AIDS**.

**Πίνακας 23. Κατανομή 100 ατόμων σχετικά με το τι πρέπει να κάνουν αν έχουν εκτεθεί στον HIV από ατύχημα**

ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟΝ HIV ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
	ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	Π.Π.Ν.Ρ.
<b>Καθαρίζουμε προσεκτικά το τραύμα</b>	7 (14%)	7 (14%)
<b>Παίρνουμε αίμα για εξέταση</b>	18 (36%)	22 (44%)
<b>Λήψη χημειοπροφύλαξης</b>	25 (50%)	21 (42%)

Στο νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας το **50%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησαν ότι σε περίπτωση έκθεσης στον **HIV** από ατύχημα θα έρχονταν σε επαφή με μονάδα ειδικών λοιμώξεων για την λήψη χημειοπροφύλαξης. Στο Π.Π.Ν.Ρ. το **44%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησαν ότι σε περίπτωση έκθεσης στον **HIV** από ατύχημα θα έπαιρναν αίμα για εξέταση.

**Πίνακας 24. Κατανομή 100 ατόμων σχετικά με το αν γνωρίζουν πού νοσηλεύονται οι πάσχοντες από AIDS**

ΟΙ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ AIDS	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
	ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	Π.Π.Ν.Ρ.
ΣΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΣΕ :		
Νοσοκομεία λοιμωδών νόσων	25 (50%)	20 (40%)
Παθολογική κλινική νοσοκομείου	7 (14%)	13 (26%)
Παθολογική κλινική σε τμήματα λοιμωδών	18 (36%)	17 (34%)

Το 50% του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας απάντησαν ότι οι πάσχοντες από AIDS σήμερα νοσηλεύονται σε νοσοκομεία λοιμωδών νόσων. Στο Π.Π.Ν.Ρ. το 40% του δείγματος των νοσηλευτών-τριών απάντησαν ότι οι πάσχοντες από AIDS νοσηλεύονται σε νοσοκομεία λοιμωδών νόσων.

**Πίνακας 25. Κατανομή 100 ατόμων σχετικά με το αν υπάρχουν ειδικά δωμάτια για τους ασθενείς με AIDS στο νοσοκομείο που εργάζονται**

ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΑΣ ΔΙΑΘΕΤΕΙ :	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
	ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	Π.Π.Ν.Ρ.
Πτέρυγα λοιμωδών νόσων	4 (8,2%)	7 (14%)
Ειδικά δωμάτια για ασθενείς με AIDS	5 (10,2%)	24 (48%)
Δε διαθέτει ούτε πτέρυγα ούτε ειδικά δωμάτια	40 (81,6%)	19 (38%)

Στο νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας το 81,6% του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησαν ότι το νοσοκομείο στο οποίο εργάζονται δεν διαθέτει ούτε πτέρυγα λοιμωδών νόσων ούτε ειδικά διαμορφωμένα δωμάτια για τους ασθενείς με AIDS. Στο Π.Π.Ν.Ρ. το 48% του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησαν ότι το νοσοκομείο στο οποίο εργάζονται διαθέτει ειδικά δωμάτια για ασθενείς με AIDS.

**Πίνακας 26. Κατανομή 100 ατόμων σχετικά με τα μέτρα που λαμβάνονται αν εισαχθεί στην πτέρυγα που εργάζονται άτομο με ηπατίτιδα Β**

<b>ΑΝ ΕΙΣΑΧΘΕΙ ΣΤΗΝ ΠΤΕΡΥΓΑ ΣΑΣ</b>	<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	
	<b>ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ</b>	<b>Π.Π.Ν.Ρ.</b>
<b>ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β :</b>		
<b>Φιλοξενείται σε ειδικό δωμάτιο</b>	13 (28,3%)	3 (6%)
<b>Χρησιμοποιούνται ετικέτες σε κάθε δείγμα</b>	5 (10,9%)	8 (16%)
<b>Ενημερώνει ο υπεύθυνος των λοιμωδών νόσων για τους κινδύνους μετάδοσης</b>	8 (17,4%)	
<b>Όλα τα παραπάνω</b>	15 (32,6%)	36 (72%)
<b>Κανένα από τα παραπάνω</b>	5 (10,9%)	3 (6%)

Το 32,6% του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας απάντησαν ότι λαμβάνονται όλα τα παραπάνω μέτρα όταν εισαχθεί στην πτέρυγα που εργάζονται άτομο με ηπατίτιδα Β. Την ίδια απάντηση έδωσε και το 72% του δείγματος των νοσηλευτών-τριών του Π.Π.Ν.Ρ.

**Πίνακας 27. Κατανομή 100 ατόμων σχετικά με το αν γνωρίζουν αν υπάρχει στο νοσοκομείο που εργάζονται υπεύθυνος λοιμωδών νοσημάτων**

<b>ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ</b>	<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	
	<b>ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ</b>	<b>Π.Π.Ν.Ρ.</b>
<b>ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ;</b>		
<b>ΝΑΙ</b>	17 (34,7%)	37 (74%)
<b>ΟΧΙ</b>	32 (65,3%)	13 (26%)



Στο νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας το 65,3% του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν αν υπάρχει στο νοσοκομείο που εργάζονται υπεύθυνος λοιμωδών νοσημάτων. Στο Π.Π.Ν.Ρ. το 74% του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησαν ότι υπάρχει στο νοσοκομείο που εργάζονται υπεύθυνος λοιμωδών νοσημάτων.

**Πίνακας 28. Κατανομή 100 ατόμων σχετικά με τα χαρακτηριστικά που θα πρέπει να διαθέτει ο υπεύθυνος των λοιμωδών νόσων**

Ο ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
	ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	Π.Π.Ν.Ρ.
<b>ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΧΕΙ :</b>		
<b>Νοσηλευτική εμπειρία</b>	1 (2%)	
<b>Εμπειρία στα λοιμώδη νοσήματα</b>	9 (18,4%)	10 (20%)
<b>Εμπειρία στην δημόσια υγιεινή</b>		
<b>Όλα τα παραπάνω</b>	39 (79,6%)	40 (80%)
<b>Κανένα από τα παραπάνω</b>		

Το 79,6% του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας απάντησαν ότι ο υπεύθυνος λοιμωδών νόσων πρέπει να έχει όλα τα παραπάνω χαρακτηριστικά (δηλ. νοσηλευτική εμπειρία, εμπειρία στα λοιμώδη νοσήματα, εμπειρία στην δημόσια υγιεινή). Στο Π.Π.Ν.Ρ. το 80% του νοσηλευτικού προσωπικού έδωσε την ίδια απάντηση σχετικά με τα χαρακτηριστικά που θα πρέπει να διαθέτει ο υπεύθυνος των λοιμωδών νόσων.

**Πίνακας 29. Κατανομή 100 ατόμων σχετικά με τον αν βγάζουν αμέσως όταν βγούν από τον θάλαμο του ασθενούς την ποδιά που φοράνε στη νοσηλεία του ατόμου με λοιμώδες νόσημα**

ΒΓΑΖΕΤΕ ΑΜΕΣΩΣ ΤΗΝ ΠΟΔΙΑ ΟΤΑΝ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
	ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	Π.Π.Ν.Ρ.
<b>ΒΓΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΟ ΘΑΛΑΜΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</b>		
<b>ΝΑΙ</b>	40 (90,9%)	49 (100%)
<b>ΟΧΙ</b>	4 (9,1%)	

Το **100%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του Π.Π.Ν.Ρ. απάντησαν ότι βγάζουν αμέσως την ποδιά που φοράνε στην νοσηλεία ατόμου με λοιμώδες νόσημα όταν βγούν από τον θάλαμο του ασθενούς. Την ίδια απάντηση έδωσε και το **90,9%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας.

## **ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ**

Εφαρμόσαμε το μη παραμετρικό τεστ  $X^2$  για να εξετάσουμε αν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ διαφόρων μεταβλητών που προσδιορίζουν τον τρόπο νοσηλείας ασθενών με AIDS και μεταβλητών όπως στο νοσοκομείο στο οποίο εργάζονται, το φύλο, η ηλικία, η εκπαίδευση και άλλων παραγόντων που προσδιορίζουν την γνώση και την εμπειρία του νοσηλευτικού προσωπικού. Μετά την εμφάνιση μέσω των παραπάνω τεστ σημαντικών σχέσεων εξάρτησης μεταξύ των μεταβλητών εφαρμόσαμε τον μη παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης **Gamma** προκειμένου να μετρηθεί ο βαθμός εξάρτησης. Ο συντελεστής **Gamma** μας δείχνει τη σχέση που υπάρχει μεταξύ δύο παραμέτρων. Όταν ο ρυθμός αύξησης είναι ίδιος και για τις δύο παραμέτρους η τιμή του συντελεστή αυξάνεται, ενώ όταν ο ρυθμός αύξησης είναι αρνητικός η τιμή του ελαττώνεται. Ο συντελεστής δεν έχει μονάδες και παίρνει τιμές μεταξύ του  $-1$  και  $1$ . Όταν ο συντελεστής παίρνει την τιμή  $0$  σημαίνει ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών.

**Πίνακας 30. Κατανομή 100 ατόμων στη οποία υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο νοσοκομείων που εργάζονται οι νοσηλεύτριες και του χρόνου που θεωρούν ότι χρειάζεται για να εκδηλωθούν τα συμπτώματα ( $p = 0,025$ ,  $\text{Gamma} = - 0,337$ )**

<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>ΠΟΣΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΓΙΑ ΝΑ ΕΚΔΗΛΩΘΟΥΝ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ;</b>			
	<b>ΑΜΕΣΩΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ</b>	<b>ΜΕΤΑ ΑΠΟ 1 ΧΡΟΝΟ</b>	<b>ΣΕ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 2- 8 ΕΤΩΝ</b>	<b>ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ</b>
<b>ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ</b>	1 ( 2,1%)	21 (44,7%)	14 (29,8%)	11 (23,4%)
<b>Π.Π.Ν.Ρ.</b>		31 (62%)	17 (34%)	2 (4%)

Παρατηρούμε ότι το **23,4%** του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν πόσος χρόνος

χρειάζεται για να εκδηλωθούν τα συμπτώματα , ενώ μόνο το 4% του νοσηλευτικού προσωπικού του Π.Π.Ν.Ρ. απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν τον χρόνο που χρειάζεται για την εκδήλωση των συμπτωμάτων.

**Πίνακας 31. Κατανομή 100 ατόμων στην οποία υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο νοσοκομείων που εργάζονται οι νοσηλεύτριες και το αν θεωρούν ότι είναι υποχρεωμένοι να φροντίζουν ασθενείς με AIDS (p = 0,001, Gamma = 0,799)**

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΕΙΜΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΜΕΝΟΣ ΝΑ ΦΡΟΝΤΙΖΩ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS ;		
	ΑΣΦΑΛΩΣ	ΣΧΕΤΙΚΑ	ΚΑΘΟΛΟΥ
<b>ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ</b>	46 (92%)	1 (2%)	3 (6%)
<b>Π.Π.Ν.Ρ.</b>	22 (44%)	19 (38%)	9 (18%)

Παρατηρούμε ότι το 92% του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας απάντησαν ότι είναι υποχρεωμένοι να φροντίζουν ασθενείς με AIDS ενώ μόνο το 44% του νοσηλευτικού προσωπικού του Π.Π.Ν.Ρ. απάντησε το ίδιο. Αξίζει να σημειώσουμε ότι το 18% του δείγματος των νοσηλευτών-τριών του Π.Π.Ν.Ρ. απάντησαν ότι δεν είναι καθόλου υποχρεωμένοι να φροντίζουν ασθενείς με AIDS ενώ μόνο το 6% του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας έχει την ίδια άποψη.

**Πίνακας 32. Κατανομή 100 ατόμων στην οποία υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο νοσοκομείων που εργάζονται οι νοσηλεύτριες και το αν θεωρούν ότι πρέπει να τιμωρούνται όσοι/ες αρνούνται να νοσηλεύσουν φορέα του AIDS (  $p = 0,003$ , Gamma = 0,535)**

<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>ΝΑ ΤΙΜΩΡΟΥΝΤΑΙ ΟΣΟΙ ΑΡΝΟΥΝΤΑΙ ΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΣΟΥΝ ΦΟΡΕΑ AIDS;</b>		
	<b>ΠΑΝΤΑ</b>	<b>ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ</b>	<b>ΚΑΘΟΛΟΥ</b>
<b>ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ</b>	28 (56%)	15 (30%)	7 (14%)
<b>Π.Π.Ν.Ρ.</b>	13 (26%)	17 (34%)	20 (40%)

Το **56%** του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας απάντησαν ότι θα πρέπει να τιμωρούνται πάντα όσοι αρνούνται να νοσηλεύσουν φορέα του **AIDS**, ενώ μόνο το **26%** του δείγματος των νοσηλευτών-τριών του Π.Π.Ν.Ρ. πιστεύει το ίδιο. Επίσης το **40%** του δείγματος των νοσηλευτών-τριών του Π.Π.Ν.Ρ. απάντησαν ότι δεν πρέπει να τιμωρούνται καθόλου οι νοσηλευτές που αρνούνται να φροντίσουν άτομα με **AIDS**, ενώ μόνο το **14%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας έδωσε την ίδια απάντηση.

**Πίνακας 33. Κατανομή 100 ατόμων στην οποία υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο νοσοκομείων που εργάζονται οι νοσηλευτές-τριες με το αν γνωρίζουν αν υπάρχουν ειδικά δωμάτια ή πτέρυγα λοιμωδών νόσων στο νοσοκομείο που εργάζονται (p = 0,000, Gamma = - 0,612)**

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΑΣ ΔΙΑΘΕΤΕΙ :		
	Πτέρυγα λοιμωδών νόσων	Ειδικά δωμάτια για ασθενείς με AIDS	Δε διαθέτει ούτε πτέρυγα ούτε ειδικά διαμορφ. δωμάτια
<b>ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ</b>	4 (8,2%)	5 (10,2%)	40 (81,6%)
<b>Π.Π.Ν.Ρ.</b>	7 (14%)	24 (48%)	19 (38%)

Παρατηρούμε ότι το **81,6%** του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας απάντησε ότι το νοσοκομείο στο οποίο εργάζονται δε διαθέτει ούτε πτέρυγα λοιμωδών νόσων ούτε ειδικά διαμορφωμένα δωμάτια, ενώ μόνο το **38%** του νοσηλευτικού προσωπικού του Π.Π.Ν.Ρ. απάντησε το ίδιο για το νοσοκομείο στο οποίο εργάζονται.

**Πίνακας 33. Κατανομή 100 ατόμων στην οποία υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού των δύο νοσοκομείων και το αν γνωρίζουν αν υπάρχει στο νοσοκομείο τους υπεύθυνος λοιμωδών νοσημάτων (p = 0,000, Gamma = - 0,685)**

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΛΟΙΜ. ΝΟΣ.;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
<b>ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ</b>	17 ( 34,7%)	32 (65,3%)
<b>Π.Π.Ν.Ρ.</b>	37 (74%)	13 (26%)

Το **74%** του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του Π.Π.Ν.Ρ. απάντησαν ότι γνωρίζουν ότι υπάρχει υπεύθυνος λοιμωδών νοσημάτων στο νοσοκομείο που εργάζονται, ενώ μόνο το **34,7%** των νοσηλευτών-

τριών του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας απάντησαν ότι γνώριζαν ότι υπήρχε υπεύθυνος λοιμωδών νοσημάτων στο νοσοκομείο τους.

**Πίνακας 34. Κατανομή 100 ατόμων στην οποία υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού των δύο νοσοκομείων και το τι μέτρα εφαρμόζονται αν εισαχθεί στην πτέρυγά τους άτομο με ηπατίτιδα Β ( $p = 0,001$ , Gamma = 0,396)**

<b>ΑΝ ΕΙΣΑΧΘΕΙ ΣΤΗΝ ΠΤΕΡΥΓΑ ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ</b>		
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ</b>	<b>Π.Π.Ν.Ρ</b>
<b>Φιλοξενείται σε ιδιωτικό δωμάτιο</b>	<b>13 (28,3%)</b>	<b>3 (6%)</b>
<b>Χρησιμοποιούνται ετικέτες</b>	<b>5 (10,9%)</b>	<b>8 (16%)</b>
<b>Ενημέρωση</b>	<b>8 (17,4%)</b>	
<b>Όλα τα παραπάνω</b>	<b>15 (32,6%)</b>	<b>36 (72%)</b>
<b>Κανένα από τα παραπάνω</b>	<b>5 (10,9%)</b>	<b>3 (6%)</b>

Το 72% του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού του Π.Π.Ν.Ρ. απάντησαν ότι αν εισαχθεί στην πτέρυγά τους άτομο με ηπατίτιδα Β θα εφαρμόσουν όλα τα παραπάνω (δηλ. θα φιλοξενήσουν τον ασθενή σε ιδιωτικό δωμάτιο, θα χρησιμοποιήσουν ετικέτες που γράφουν «προσοχή AIDS» και συνοδεύουν κάθε έγγραφο και 1 δείγμα του ασθενούς που στέλνεται στο εργαστήριο και ο υπεύθυνος λοιμωδών νόσων ενημερώνει τους εργαζόμενους για τους κινδύνους μετάδοσης και τα μέτρα προφύλαξης) ενώ μόνο το 32,6% του δείγματος των νοσηλευτών-τριών του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας θα αντιδρούσε με τον ίδιο τρόπο.

**Πίνακας 35. Κατανομή 100 ατόμων στην οποία υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου του νοσηλευτικού προσωπικού με το αν θεωρούν ότι είναι υποχρεωμένοι να φροντίζουν ασθενείς με AIDS ( $p = 0,001$ , Gamma = - 0,480)**

<b>ΦΥΛΟ</b>	<b>ΕΙΜΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΜΕΝΟΣ ΝΑ ΦΡΟΝΤΙΖΩ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS ;</b>		
	<b>ΑΣΦΑΛΩΣ</b>	<b>ΣΧΕΤΙΚΑ</b>	<b>ΚΑΘΟΛΟΥ</b>
<b>ΑΡΡΕΝ</b>	8 (40%)	10 (50%)	2 (10%)
<b>ΘΗΛΥ</b>	60 (75%)	10 (12,5%)	10 (12,5%)

Παρατηρούμε ότι το 75% του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού που είναι γυναίκες απάντησαν ότι είναι υποχρεωμένοι να φροντίζουν ασθενείς με AIDS, ενώ μόνο το 40% των αντρών του νοσηλευτικού προσωπικού έχει την ίδια γνώμη.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Αβραμίδης Αθανάσιος Β** : *''AIDS με απλά λόγια''*, Εκδόσεις Ακρίτας, Αθήνα, Ιούλιος 1992, σ. 135-136.
2. **Αθανάτου Ελευθερία Κ.** : *''Υγιεινή''*, 3<sup>η</sup> έκδοση, Εκδόσεις Γραφικές Τέχνες Γιώργος Παπανικόλαου ΑΕΒΕ, Αθήνα 1995, σ. 212-218.
3. **Αποτολίδης Απόστολος Κ** : *''Όλη η Αλήθεια για το ....AIDS''*, Εκδόσεις Καραμπερόπουλος, Αθήνα, σ. 111-113.
4. **Βλάχος Ιεροθέος Σ. (Αρχιμ)** : *''AIDS ένας τρόπος ζωής''* Εκδόσεις ΟΨΙC, Αθήνα 1994, σ. 26-33.
5. **Γαρδικας Δ. Κ.** : *''Αιματολογία''*, 5<sup>η</sup> έκδοση, Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα, Ιανουάριος 1989, σ. 517-529.
6. **Γερμένης Τάσος** : *''Μαθήματα Πρώτων Βοηθειών για Επαγγελματίες Υγείας''*, 3<sup>η</sup> έκδοση, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 1994, σ. 225-229.
7. **Γκούβας Χαράλαμπος**: *''AIDS ερωτήματα και αλήθειες''* Εκδόσεις Ωκεανίδα, Οκτώβρης 1985, σ. 21-27, 80-91.
8. **Γκουρνέλης Θώμας Κ.** : *''Υγιεινή''*, Εκδόσεις Φαιστός, Θεσσαλονίκη 1992, σ. 98-99, 103-104, 111-113.
9. **Γολεμάτης Βασίλειος** : *''Χειρουργική Παθολογία''*, Τόμος Α, 1<sup>η</sup> έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1990, σ. 263-278.
10. **Δεττοράκης Ιωάννης** : *''Βλεννόρροια - Σύφιλη - AIDS''*, Εκδόσεις STUDENTS EDITION Βούλγαρης, Πάτρα 1987, σ. 144-146, 150-153, 158, 159-160, 162-163.
11. **Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS**: *''Η κοινότητα έχει την ευθύνη και την υποχρέωση να αντιμετωπίσει το AIDS''*, Εκδόσεις Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, Αθήνα 1<sup>η</sup> Δεκεμβρίου 1992, σ. 4-5-8-10-11-13-14.
12. Επιτροπή Εθνικού Συνταγολογίου 1994-1996 (**Ν. Γαλανάκης, Ε. Γιαμαρέλου, Κ. Κανελλακόπουλος, Γ. Πετρίκος, Ε. Συριόπουλος**): *''Εθνικό Συνταγολόγιο''*, Εκδόσεις ΕΟΦ, Αθήνα 1996, σ. 281.
13. **Καραγιαννόπουλος Στέφανος**: *''Δυσκολίες σεξουαλικής συμπεριφοράς''*, Εκδόσεις θεωρία, Αθήνα 1987, σ. 94-97.
14. **Κέντρο ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕ.Ε.Λ.) - Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας** - Επιτροπή Νομικής Υποστήριξης και Νομικών Προβλημάτων - Επιτροπή Ενημέρωσης : *''AIDS Θεμελιώδεις Αρχές''*, Εκδόσεις ΚΕ.Ε.Λ., Αθήνα 1995-1996, σ. 25-36.
15. **Κέντρο ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕ.Ε.Λ.)** : *''AIDS. Ωρα για δράση στους χώρους εργασίας''*, Εκδόσεις ΚΕ.Ε.Λ., Αθήνα 1998, σ. 1-7.
16. **Κέντρο Ζωής** : *''PositHiv''*, τεύχος 12, Εκδόσεις Κέντρο Ζωής, Αθήνα 1998, σ. 12-13.

17. **Κουσκούτης Κωνσταντίνος** : *''AIDS τι πρέπει να γνωρίζετε''*, Εκδόσεις Συμυρνωτάκης, Αθήνα 1988, σ. 28-31, 51-55, 65-67, 70-72.
18. **Λάσκαρης Γιώργος Χ. - Παπαυεαγγέλου Γιώργος Ι.** : *''AIDS και Οδοντιατρική''* ΖΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 1988, σ. 25-26, 28-31, 34-37, 43-50, 54-60, 79-85, 93-102, 218-220.
19. **Μαλγαρινού Α.Μ. - Κωνσταντινίδου Φ.Σ.** : *''Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική''*, τόμος Β, μέρος 2<sup>ο</sup>, 17<sup>η</sup> έκδοση, Εκδόσεις Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 1995, σ. 245-248.
20. **Πανελλήνιος Σύλλογος Πρόληψης και Συμπαράστασης Φορέων του AIDS ''ΕΘΕΛΟΝΤΗΣ''**: *''AIDS''* Εκδόσεις Πανελλήνιος Σύλλογος Πρόληψης και Συμπαράστασης Φορέων του AIDS ''ΕΘΕΛΟΝΤΗΣ'', Αθήνα 1996, σ. 7,8,9,15.
21. **Παπαδάτου Δανάη - Αναγνωστόπουλος Φώτιος** : *''Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας''*, Εκδόσεις ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995, σ. 183-184.
22. **Πολυσιδου Ελένη** : *''Το βιβλίο της γυναίκας και του άνδρα''*, 3<sup>η</sup> έκδοση, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακή, Θεσσαλονίκη 1989, σ. 16-20.
23. **Π.Ο.Υ.** : *''Νοσηλευτική φροντίδα ατόμων με λοίμωξη από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) Οδηγίες''*, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα 1991, σ. 7-9.
24. **Π.Ο.Υ.** : *''Συμβουλευτική για τη HIV λοίμωξη και νόσο, Οδηγίες''*, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 1991, σ. 7-9.
25. **Badusin Dorothy** : *''Οδηγός Αγωγής Υγείας''*, Μετάφραση - Επιμέλεια υπό Βάσω Μαργαρίτιδου και Βάσω Λειβαδίτη, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Γουδί 1996, σ. 234-235.
26. **Hawkes Nigel** : *''AIDS''*, Μετάφραση - Επιμέλεια υπό Αρτεμής Πολυχρόνη, Εκδόσεις Κέδρος, Αθήνα 1998, σ. 10-11, 16-17.
27. **Liewellyn - Jones Derec** : *''Σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες''*, Εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα 1992, σ. 133, 141.
28. **Montagnier Luc** : *''Ιοί και Άνθρωποι''*, Μετάφραση - Επιμέλεια υπό Χάρη Καζλαρή, Εκδόσεις Κάτοππο, Αθήνα 1995, σ. 169, 174-176, 187-191, 225-231.
29. **Rifie Zuc** : *''Η σεξουαλικότητα και ο θάνατος''* Μετάφραση - Επιμέλεια υπό Μπάμπη Γεωργούλα, Εκδόσεις Κάππα, Αθήνα 1993, σ. 156.
30. **Weber Jonathan (Dr) and Annabel Ferriman** : *''Το AIDS αφορά και εσένα''* Μετάφραση - Επιμέλεια υπό Δρ. Θεμιστοκλή Καλμαντή, Εκδόσεις Επτάλοφος ΑΒ.Ε.Ε., Αθήνα 1988, σ. 102-106.