

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΓΝΩΣΕΙΣ, ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΝΕΩΝ
ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ
AIDS



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΑΝΔΡΙΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΑΝΔΡΙΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΣΩΤΗΡΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:
Dr.ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ
ΙΩΑΝΝΗΣ

ΠΑΤΡΑ 2004



Αν βλέπεις ένα χρόνο μπροστά, φύτεψε ρύζι.

Αν βλέπεις δέκα χρόνια μπροστά, φύτεψε δέντρα.

Αν βλέπεις εκατό χρόνια μπροστά, εκπαίδευσε ανθρώπους.

(κινέζικη παροιμία)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε πραγματικά να ευχαριστήσουμε και να εκφράσουμε το βαθύ μας σεβασμό, τόσο στον εισηγητή της εργασίας μας Δρ. Δετοράκη Ιωάννη, όσο και στον κο. Αλεξόπουλο Αθανάσιο, χωρίς τη βοήθεια των οποίων το παρόν εκπόνημα δεν θα είχε πραγματοποιηθεί.

Επιπρόσθετα, ευχαριστούμε πολύ την Γενική βιβλιοθήκη του Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας, τη Δημοτική βιβλιοθήκη Πάτρας, τη γενική βιβλιοθήκη και τη βιβλιοθήκη του τμήματος της Ιατρικής του Πανεπιστημίου Πατρών, καθώς επίσης όλους όσους μας προσέφεραν χρήσιμες συμβουλές για τη διεξαγωγή της εργασίας μας, αλλά και το σύνολο όλων των ατόμων τα οποία απάντησαν στα ερωτηματολόγια της έρευνάς μας.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τους γονείς μας για την ζωτική υλική και ψυχολογική υποστήριξη που μας παρείχαν καθ'όλη τη διάρκεια των σπουδών μας.

Οι σπουδάστριες:
Παπαδοπούλου Σωτηρία
Ανδριοπούλου Μαρία
Ανδριοπούλου Μαρία
Πάτρα 2004

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελ.
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	3
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΙΑΤΡΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ορισμοί-Ιστορική αναδρομή-Επιδημιολογικά στοιχεία-Τρόποι μετάδοσης-Ομάδες υψηλού κινδύνου-Πώς μολύνει τον οργανισμό ο ιός του AIDS-Αιτιολογία-Χρόνος επώασης.

1.1 Ορισμοί.....	13
1.2 Ιστορία του AIDS και προέλευση.....	15
1.3 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	17
1.3α Γενικά σχόλια.....	17
1.3.β Στοιχεία για το AIDS στην Ελλάδα.....	18
1.3.γ Ηλικιακές ομάδες.....	19
1.3.δ Κατηγορία μετάδοσης.....	20
1.3.ε Νεοδιαγνωσθέντα κρούσματα AIDS.....	22
1.4 Τρόποι μετάδοσης του ιού HIV.....	23
1.4.α Σεξουαλική μετάδοση.....	23
1.4.β Αιματογενής μετάδοση.....	25
1.4.γ Μετάγγιση αίματος και προϊόντων αυτού.....	26
1.4.δ Τοξικομανείς με ενδοφλέβια χρήση.....	27
1.4.ε Μετάδοση από μητέρα σε παιδί.....	28
1.4στ Τρόποι που δεν μεταδίδεται.....	30

1.4.ζ Πιθανότητα μετάδοσης με το σάλιο.....	30
1.5 Ομάδες υψηλού κινδύνου.....	31
1.5.α Ομοφυλόφιλοι.....	31
1.5.β Τοξικομανείς.....	32
1.5.γ Πολυμεταγγιζόμενοι.....	33
1.6 Πώς μολύνει τον οργανισμό ο ιός του AIDS.....	34
1.7 Αιτιολογία.....	34
1.8 Χρόνος επώασης.....	36

Κεφάλαιο 2: Διάγνωση και κλινική εικόνα

2.1.α Κριτήρια διάγνωσης.....	38
2.1.β Νέα κριτήρια διάγνωσης.....	39
2.2 Κλινική εικόνα.....	40
2.2.α Προ-AIDS σύνδρομο.....	41
2.3 Νεοπλάσματα που απαντούν στους ασθενείς με AIDS.....	44
2.3.α Σάρκωμα Kaposi.....	44
2.3.β Ευκαιριακές λοιμώξεις.....	44
2.3.γ Ιώσεις.....	45
2.3.δ Παρασιτικές λοιμώξεις.....	46
2.3.ε Μικροβιακές λοιμώξεις.....	47
2.3.στ Μυκητιασικές λοιμώξεις.....	47
2.3.ζ Ψυχιατρικές διαταραχές.....	47
2.4 Η διάδοση της επιδημίας.....	49

Κεφάλαιο 3: Θεραπεία- Εμβόλιο-Πρόγνωση

3.1 Θεραπεία.....	50
3.1.α Θεραπεία της DCD.....	51
3.1.β Θεραπεία των ιογενών, μυκητιασικών και άλλων καιροσκοπικών λοιμώξεων.....	51
3.1.γ Αντιρετροϊκή θεραπεία.....	54
3.2 Τι είναι το φάρμακο A.Z.T.....	55
3.3 Εμβόλιο κατά του ιού του AIDS.....	56
3.4 Πρόγνωση.....	56

Κεφάλαιο 4: Πρόληψη και νοσηλευτικές παρεμβάσεις

4.1 Πρόληψη.....	57
4.2 Εκπαίδευση για μείωση κινδύνου μετάδοσης του ιού HIV.....	58
4.3 Προφύλαξη νοσηλευτικού προσωπικού.....	60
4.4 Καθαρισμός και AIDS.....	63
4.5 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	64
4.5.α Στόχοι νοσηλευτικής φροντίδας.....	64
4.5.β Κριτήρια ποιότητας και αποτελεσματικότητας νοσηλευτικής φροντίδας.....	66
4.6 Νοσηλευτική διεργασία.....	67
4.7 Αποκατάσταση του αρρώστου.....	73
4.8 Ιατρική παρακολούθηση και νοσηλεία ασθενών με AIDS.....	74

Κεφάλαιο 5: AIDS και ηθικές αξίες

5.1 Ηθική θεώρηση του AIDS.....	75
5.2 AIDS και ηθικές αξίες.....	76
5.3 Υστερία για το AIDS.....	76

Κεφάλαιο 6: Στάσεις και συμπεριφορά

6.1 Στάσεις.....	78
6.2 Οι τρεις διαστάσεις των στάσεων.....	79
6.2.α Γνωστική διάσταση.....	79
6.2.β Συναισθηματική διάσταση.....	80
6.2.γ Η διάσταση της συμπεριφοράς.....	80
6.3 Στάσεις και συμπεριφορά.....	81

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	83
Διαδικτυακοί τόποι σχετικά με τον ιό του AIDS.....	84

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΕΡΕΥΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	86
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	87
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	132
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	134
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	138
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	139

10 ΧΡΟΝΙΑ ΜΑΧΗΣ

- ✘ Με την προκατάληψη
- ✘ Με την κατάκριση
- ✘ Με την ενοχή
- ✘ Με τον φόβο
- ✘ Με τον πόνο
- ✘ Με την κατηγορία
- ✘ Με την απόρριψη
- ✘ Με την προδοσία
- ✘ Με το ρατσισμό

Και όμως, είμαι παρών και ζωντανός-ευτυχισμένος με απαιτήσεις από τη ζωή, τον έρωτα, τη χαρά ,τη λύπη. Ευχαριστώ όσους με αγάπησαν για το «ποιος είμαι», όχι για το «τί είμαι». Όσο αυτοί με αγαπούν αυτή η θέση θα μένει κενή. *Οι άνθρωποι πεθαίνουν γιατί τους ξεχνάμε!*

Από το εξώφυλλο του περιοδικού
Positive HIV
Για όσους ζουν με το AIDS/HIV
στην Ελλάδα.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

**STOP
AIDS**

Είναι γεγονός ότι το AIDS χαρακτηρίστηκε σαν αρρώστια του αιώνα σε όλο τον πλανήτη. Η δεκαετία του '80 σημαδεύτηκε από την εμφάνιση αυτής της τρομερής αρρώστιας που έστειλε στον τάφο χωρίς διακρίσεις και προτιμήσεις εκατομμύρια ανθρώπους και ποίος άραγε ξέρει πόσους ακόμα θα στείλει, μέχρι να βρεθεί επιτέλους ο θεραπευτικός και προφυλακτικός τρόπος, βάζοντας ένα φρένο, δίνοντας ένα τέλος στο Χάρο, που σίγουρα αυξήθηκε η δουλειά του, στέλνοντας στο θάνατο πάνω από 3.000.000 κυρίως νέους ανθρώπους στο κατώφλι του 2000.

Ο ιός του AIDS πρέπει να αισθάνεται περήφανος και δυνατός που με τα πολλά πρόσωπά του (στελέχη) παραμένει ανενόχλητος και σκοτώνει μπροστά στην σύγχρονη ιατρική μελέτη, που δεν μπορεί ακόμα να τον σταματήσει... Μακάβριο χιούμορ; Σαρκασμός και ευφρολογία; Μπορεί. Φόβος όμως και πανικός ή αδιαφορία και άρνηση του προβλήματος είναι συνήθεις συμπεριφορές του σύγχρονου ανθρώπου, που βλέπει να χάνονται επώνυμοι και ανώνυμοι, πολλές φορές φίλοι του, γνωστοί του ή ινδάλματα που αγάπησε και θαύμασε.

Το AIDS που εξαφάνισε προσωπικότητες από την τέχνη, που μολύνει ανυποψίαστους και απληροφόρητους, που μια στιγμή ηδονής μπορεί να κοστίσει μια ζωή. Αυτή τη ζωή τη δική μου, τη δική σου... Γιατί άραγε; ⁴

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πρωταρχικός σκοπός της εργασίας, μας ήταν η ανακάλυψη του κατά πόσο είναι ενημερωμένοι οι νέοι σήμερα, πάνω στο επίκαιρο θέμα του AIDS. Το συγκεκριμένο θέμα έχει γίνει αιτία χιλιάδων θανάτων κυρίως νέων ανθρώπων και αυτό ακριβώς ήταν που στάθηκε αφορμή για την ευαισθητοποίησή μας και για την προσπάθεια προσέγγισης του θέματος, σε όλες του τις εκφάνσεις. Θελήσαμε λοιπόν, να μάθουμε και να καταγράψουμε το τι ακριβώς είναι ο ιός του AIDS και πώς μπορούμε να προφυλαχθούμε από αυτόν, αλλά και το πώς οι νέοι σήμερα αντιμετωπίζουν την ασθένεια. Έτσι για ακριβέστερη προσέγγιση του θέματος, ακολουθήσαμε συγκεκριμένα στάδια τα οποία και παραθέτουμε στη συνέχεια.

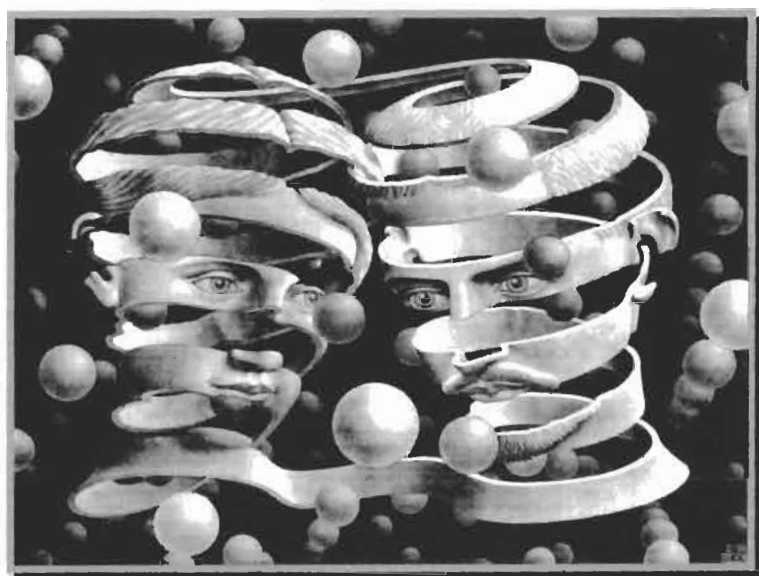
Η πρώτη μας επαφή, το πρώτο μέρος δηλαδή, αφορά την προσέγγιση του χρόνου που πρωτοεμφανίστηκαν άτομα τα οποία επλήγησαν, αλλά και όλα όσα αναφέρονται σχετικά με τον ιό κατά χρονολογική ακολουθία. Έπειτα, τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά ήταν αυτά που αναφέραμε σε δεύτερη φάση και πιο συγκεκριμένα, το κατά πόσο πλήττει η ασθένεια αυτή τη χώρα μας. Επιπρόσθετα οι τρόποι μετάδοσης του ιού HIV, θεωρήσαμε ότι ήταν άξιο αναφοράς πλέον θέμα, εφόσον απώτερος σκοπός πρέπει πάντοτε να είναι η ενημέρωση των νέων. Εν συνεχεία θέματα που μας απασχόλησαν ήταν, οι ομάδες υψηλού κινδύνου, ο τρόπος μόλυνσης του ανθρώπινου οργανισμού, καθώς και η αιτιολογία, η διάγνωση και η κλινική εικόνα την οποία παρουσιάζουν άτομα που έχουν προσβληθεί από τον ιό. Για τη θεραπεία της ασθένειας προσπαθήσαμε να βρούμε όσα περισσότερα στοιχεία υπήρχαν ή όσα έχουν προταθεί κατά καιρούς και βρίσκονται σε δοκιμαστικό στάδιο, ενώ σχετικά με την πρόληψη, που αποτελεί σημαντικότερο κεφάλαιο, καταθέσαμε όσους περισσότερους τρόπους αναφέρονται στη βιβλιογραφία.

Στο τέλος του πρώτου μέρους της εργασίας μας, ασχοληθήκαμε ειδικότερα με τον κλάδο της νοσηλευτικής, τον τρόπο προφύλαξης του νοσηλευτικού προσωπικού, τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και τη διεργασία καθώς και την ειδική φροντίδα που θα πρέπει να παρέχουμε στα άτομα που πάσχουν από τον ιό του AIDS, ενώ ακολουθεί μια μικρή αναφορά στις ηθικές αξίες που αφορούν τον ιό HIV, αλλά και μια εκτενέστερη προσέγγιση της συμπεριφοράς των νέων και των παραμέτρων κάτω από τις οποίες αυτή διαμορφώνεται.

Στο δεύτερο και τελευταίο μέρος, βάσει ερωτηματολογίων, διεξήγαμε έρευνα (από 27/2/04 έως 30/3/04) για την εξακρίβωση του βαθμού ενημέρωσης των νέων. Μοιράστηκαν 500 ερωτηματολόγια με ανοιχτού και κλειστού τύπου ερωτήσεις, εκ των οποίων τα 461 κρίθηκαν έγκυρα, και έτσι φθάσαμε σε κάποια αποτελέσματα, που αναπτύξαμε στο επόμενο μέρος, αυτό της συζήτησης. Για την έρευνά μας, επιλέξαμε ως μέσω αποδελτιωποίησης των ερωτηματολογίων που συλλέξαμε, το πρόγραμμα SPSS V 11.5 και το test χ^2 .

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΙΑΤΡΙΚΟ



1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Ορισμοί-Ιστορική αναδρομή-Επιδημιολογικά στοιχεία-
Τρόποι μετάδοσης-Ομάδες υψηλού κινδύνου-Πώς
μολύνει τον οργανισμό ο ιός του AIDS-Αιτιολογία-
Χρόνος επώασης.

1.1 ΟΡΙΣΜΟΙ

Το Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας(ΣΕΑ-AIDS), σύμφωνα με τον Μ. Παυλάτο, περιγράφηκε σαν νόσος το 1981 και σε πολύ βραχύ χρονικό διάστημα, απέκτησε τεράστιο επιστημονικό και κοινωνικό ενδιαφέρον παγκοσμίως. Αυτό δε:

Α)διότι, τον πρώτο καιρό, όσο προχωρούσε η γνώση γύρω από την καινούρια αυτή αρρώστια, ο αριθμός των ατόμων που παρουσίαζαν το AIDS διπλασιαζόταν μέσα σε περίπου έξι μήνες και,

Β) διότι το 60% από αυτούς που το εκδήλωναν, πέθαιναν μέσα σε ένα χρόνο, από την ημέρα που έγινε η διάγνωση. Το ποσοστό ανέβαινε στο 75% μέχρι και το 100% στις ομάδες ατόμων υψηλού κινδύνου(ομοφυλόφιλους, τοξικομανείς, κ.τ.λ) ¹

Το AIDS, είναι *βαριά επίκτητη ανοσιακή ανεπάρκεια*, που προσβάλλει κυρίως ορισμένες ομάδες πληθυσμού, οι οποίες θεωρούνται σαν ομάδες υψηλού κινδύνου. Όπως καθορίστηκε το 1981 από το Κέντρο Ελέγχου Ελέγχου Λιμωδών Νόσων των Ηνωμένων Πολιτειών το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από την *παρουσία ομάδας διαφόρων ευκαιριακών λοιμώξεων* (πνευμονία και *Pneumocystis carinii* κτλ) ή νεοπλασιών (σάρκωμα Kaposi) οι οποίες είναι γνωστές ότι δηλώνουν ελάττωση της κυτταρικής ανοσιακής απάντησης. ¹⁸

Επιπρόσθετα σύμφωνα με τους Weber J. και με τον ορισμό που δίνει το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας το AIDS προέρχεται από τα αρχικά του Αγγλικού επιστημονικού όρου «*Acquired Immune Deficiency Syndrome*» ο οποίος στα Ελληνικά αποδίδεται σαν Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, SIDA στα Γαλλικά και CPHD στη Ρώσικη γλώσσα.²⁶

Οφείλεται σε λοίμωξη από τον ρετροϊό HIV(*Human Immunodeficiency Virus*=Ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας) που οδηγεί σε βαριά βλάβη του ανοσολογικού συστήματος του ανθρώπινου οργανισμού. Ο ιός HIV μπορεί να προσβάλλει άνδρες και γυναίκες κάθε ηλικίας. Η βλάβη που επέρχεται στο ανοσολογικό σύστημα καθιστά τον ασθενή ευαίσθητο σε μια σειρά λοιμώξεων και νεοπλασιών. Δεν υπάρχει έως σήμερα αποτελεσματικός τρόπος οριστικής θεραπείας για κάποιον που έχει προσβληθεί από τον ιό HIV. Επομένως ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης του AIDS παραμένει η πρόληψη της μετάδοσης του ιού. Σε ορισμένες περιοχές του κόσμου όπως η Αφρική η νόσος προσλαμβάνει πλέον τη μορφή πανδημίας.¹¹

Τέλος, κατά τους Αντωνία και Δημήτρη Τριχόπουλο, το AIDS είναι ένα σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας που χαρακτηρίζεται από λεμφοπενία και ελάττωση των «βοηθητικών» Τ-λεμφοκυττάρων. Συνοδεύεται από εξανθηματική μορφή ακροσαρκώματος Kaposi και από τυχαίες λοιμώξεις ιδίως με *Pneumocystis Carinii*. Το AIDS εμφανίζεται κυρίως σε ομοφυλόφιλους με πολλαπλές επαφές, σε ναρκομανείς, σε αιμορροφιλικούς και σε νεογνά με πολλαπλές μεταγγίσεις.²⁰

1.2 ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ AIDS ΚΑΙ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ



Η νόσος πρωτοεμφανίστηκε το 1978 σε 5 ομοφυλόφιλους της Νέας Υόρκης, ενώ την επόμενη χρονιά επτά νέα άτομα προσβλήθηκαν στην ίδια πόλη. Η άγνωστη για τον καιρό εκείνο ασθένεια ονομάστηκε «νόσος των ομοφυλόφιλων» επειδή τα πρώτα θύματα ήταν νεαρά ομοφυλόφιλα άτομα. Το 1981 το AIDS αναγνωρίστηκε και περιγράφηκε σαν μια νέα θανατηφόρα ασθένεια υπό μορφή επιδημικών εστιών, σε ομοφυλόφιλους της Νέας Υόρκης του Λος Άντζελες και του Αγίου Φραγκίσκου των Η.Π.Α. Με την πάροδο όμως του χρόνου, νέα κρούσματα της νόσου εμφανίστηκαν σε αιμορροφιλικούς και σε άτομα καταγόμενα από την Αφρική και Καραϊβική, ιδιαίτερα την Αιτή.¹³

Η ραγδαία αύξηση στις Η.Π.Α και η εμφάνιση λίγο αργότερα των πρώτων περιστατικών στην Ευρώπη, συντέλεσε στην κινητοποίηση των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Αρχισαν να οργανώνονται συστήματα επαγρύπνησης σε διάφορες χώρες. Εκδηλώθηκε έντονο ενδιαφέρον για συμμετοχή σε προτεινόμενα συνεργατικά προγράμματα αφού το πρόβλημα συνεχώς μεγάλωνε και επεκτείνονταν. Σε εξειδικευμένα ερευνητικά κέντρα άρχισαν να εφαρμόζονται διαφορετικές μεθοδολογίες μελέτης. Στο Παρίσι, στην Ατλάντα των Η.Π.Α και στο Τόκιο η ερευνητικές ομάδες μελετούν τη σχέση ρετροϊών και AIDS, ενώ στο Μόναχο και στις Κάτω Χώρες πειραματίζονταν σε ζώα προκαλώντας ανοσοκαταστολή.²²

Σύμφωνα βέβαια με άρθρο στο ιατρικό περιοδικό «Λάνσετ», το σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας υπάρχει τουλάχιστον από το **1954**. Αυτό προέκυψε ύστερα από επανεξέταση οργάνων ενός 25χρονου που πέθανε το 1959 από μια μυστηριώδη τότε ασθένεια, τα οποία είχαν φυλαχτεί ακριβώς διότι η ασθένεια που τον οδήγησε στο θάνατο, ήταν άγνωστη εκείνη την εποχή. Με βάση τα αποτελέσματα των νέων εξετάσεων, ο ναύτης εκείνος έπασχε από AIDS και θα έπρεπε να είχε μολυνθεί τουλάχιστον 5 χρόνια νωρίτερα, δηλ. το 1954.¹

Το 1983 η ερευνητική ομάδα του καθηγητή Luc Montagnier στο Ινστιτούτο Paster του Παρισιού, βρήκε σαν αιτιολογικό παράγοντα σε έναν ομοφυλόφιλο άνδρα με λεμφαδενικό σύνδρομο, τον ρετροϊό LAV, ενώ λίγο αργότερα, η ερευνητική ομάδα του καθηγητή Robert Gallo στο Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των Η.Π.Α βρήκε έναν παρόμοιο ρετροϊό τον HTLV-III σε ασθενείς με AIDS. Έτσι κύριος υπεύθυνος αιτιολογικός παράγοντας του AIDS θεωρήθηκε ο ιός LAV/HTLV-III, ο οποίος καθιερώθηκε με την ονομασία ιός HIV, ενώ κατά καιρούς ανακαλύπτονται και νέοι αιτιοπαθογενετικοί ιοί.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ) θεώρησε το AIDS ιδιαίτερα επικίνδυνη νόσο για τη δημόσια υγεία, γι'αυτό και έδωσε ιδιαίτερη βαρύτητα στην οικονομική ενίσχυση και στη σοβαρή στελέχωση με ανθρώπινο δυναμικό, του προγράμματος για την καταπολέμηση του AIDS.

Οι δραστηριότητες της Π.Ο.Υ περιλαμβάνουν την ανταλλαγή πληροφοριών και συνεργασία με τα κράτη μέλη για την ανάπτυξη εθνικών προγραμμάτων κατά του AIDS, την έκδοση οδηγιών για τη διάγνωση, τον έλεγχο και την πρόληψη του συνδρόμου, την ενεργοποίηση ερευνητικών προγραμμάτων για την ανακάλυψη ενός απλού και οικονομικού test διάγνωσης, την παροχή συμβουλών για την ασφαλή χρησιμοποίηση αίματος, όπως και την ερευνητική συνεργασία για την ανεύρεση του αποτελεσματικού φάρμακου και του εμβολίου.

Παράλληλα λόγω του διεθνούς ενδιαφέροντος της νόσου, παρόμοιες δραστηριότητες ανέπτυξαν και άλλοι διεθνείς οργανισμοί όπως ο Διεθνής Ερυθρός Σταυρός και η Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα(Ε.Ο.Κ).¹³

Από το 1985 καθιερώθηκαν ο υποχρεωτικός έλεγχος των αιμοδοτών, η χρησιμοποίηση ελεγμένου αίματος ή παραγώγων του, η εισαγωγή μόνο ασφαλών παραγώγων αίματος και ο αποκλεισμός των μολυσμένων δοτών σπέρματος και οργάνων προς μεταμόσχευση. Ιδρύθηκε ειδικό οδοντιατρικό ιατρείο προς εξυπηρέτηση των φορέων στο Λαϊκό Νοσοκομείο και έγινε η κατάλληλη οργάνωση των νοσοκομείων για τη νοσηλεία των ύποπτων περιστατικών. Την ίδια χρονολογική περίοδο πραγματοποιήθηκε το πρώτο Διεθνές Συμπόσιο για το AIDS στην Ατλάντα των Η.Π.Α.²²

1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.3.α Γενικά σχόλια.

Το πρώτο εξάμηνο του 2003, δηλώθηκαν 243 νέα περιστατικά εκ των οποίων 178 (73,3%) είναι άνδρες και 61 (25,1%) γυναίκες. Σε 17 άτομα, κατά τη στιγμή δήλωσης της οροθετικότητας, είχε ήδη αναπτυχθεί AIDS. Το 44% των περιστατικών έχουν δηλωθεί ως «ακαθόριστα» σε σχέση με τον τρόπο μετάδοσης, το 34,2% είναι άνδρες που έχουν σεξουαλικές επαφές με άλλους άνδρες και το 19,3% ετεροφυλόφιλοι άνδρες και γυναίκες. Η πλειονότητα των περιστατικών αφορά άτομα ηλικίας 25-44 ετών. (πίνακας 1)

Πίνακας 1:Νεοδηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη δήλωση και φύλο στην Ελλάδα από 1/1/2003- 30/6/2003.

Ηλικιακή ομάδα	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0-12 ετών	0	0,0	2	3,3	2	3,3
13-24 ετών	15	8,4	5	8,2	21	8,6
25-29 ετών	22	12,4	8	13,1	30	12,3
30-34 ετών	24	13,5	8	13,1	32	13,2
35-39 ετών	36	20,2	14	23,0	51	21,0
40-44 ετών	23	12,9	3	4,9	26	10,7
45-49 ετών	14	7,9	4	6,6	19	7,8
50-54 ετών	8	4,5	2	3,3	10	4,1
55+... ετών	23	12,9	11	18,0	34	14,0
Άγνωστη	13	7,3	4	6,6	18	7,4
Σύνολο	178	(100,0)	61	(100,0)	243	(100,0)

1.3.β ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ AIDS ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

(σχετικά με άτομα ηλικίας 13-24 ετών)

Η επίσημη καταγραφή των κρουσμάτων AIDS στη χώρα μας άρχισε το 1984. Σήμερα η καταγραφή αυτή πραγματοποιείται από το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων(Κ.Ε.Ε.Λ), το οποίο υπάγεται στο Υπουργείο υγείας, πρόνοιας και κοινωνικών ασφαλίσεων. Το Κ.Ε.Ε.Λ εκδίδει τακτικά ένα ειδικό ενημερωτικό φυλλάδιο με τα συγκεντρωτικά επιδημιολογικά στοιχεία για το AIDS στην Ελλάδα.

Σύμφωνα με το Κ.Ε.Ε.Λ λοιπόν, μέχρι το τέλος Ιουνίου 1995, προσθέτοντας τα κρούσματα των προηγούμενων ετών(1984-1994), έχουμε σύνολο 1,111, από τα οποία 978(88,0%) άνδρες και 133(12,0%) γυναίκες. Επίσης έχουν δηλωθεί 455(41,0%) θάνατοι.

Από το προαναφερόμενο σύνολο κρουσμάτων το 0,2% αφορούσε άτομα ηλικίας 13-14 ετών, το 2,1% αφορούσε ηλικίες μεταξύ 15-19 ετών και τέλος το 4,4%, αναφέρονταν σε άτομα ηλικίας 20-24 ετών. (βλ. παρακάτω πίνακα)

ΠΙΝΑΚΑΣ: Η κατά ηλικία και φύλο κατανομή κρουσμάτων AIDS από το 1984-1995 σε νεαρά άτομα ηλικίας μεταξύ 13-24 ετών.

Ομάδες ηλικιών	Άνδρες	(%)	Γυναίκες	(%)	Σύνολο	(%)
13-14 ετών	1	0,1	1	0,8	2	0,2
15-19 ετών	18	1,9	5	4,0	23	2,1
20-24 ετών	35	3,6	13	10,5	48	4,4

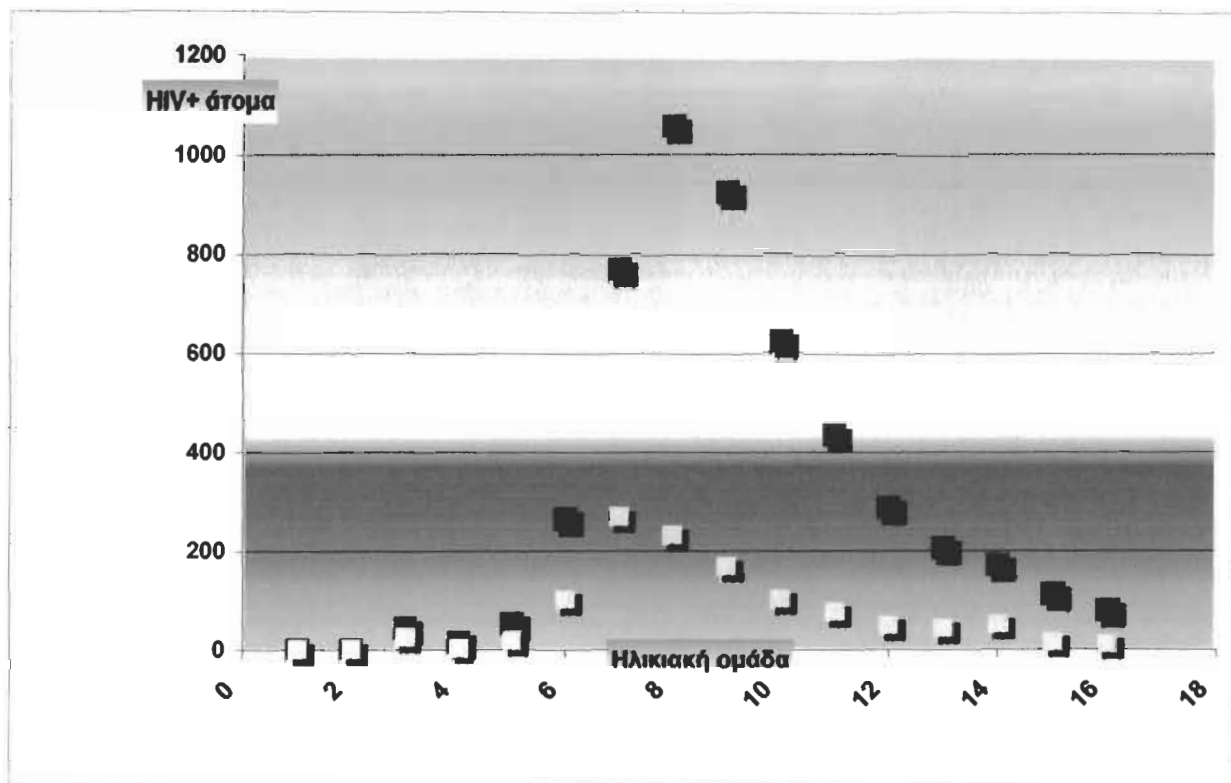
1.3.γ Ηλικιακές ομάδες.

Η πλειοψηφία από τα δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα είναι ηλικίας 25-44 ετών κατά τη στιγμή της δήλωσης, ενώ η ηλικιακή ομάδα με τη μεγαλύτερη συχνότητα είναι αυτή μεταξύ 30 & 34 ετών. (πίνακας 2, σχήμα 2)

Πίνακας 2: Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα, συμπεριλαμβανομένων των κρουσμάτων AIDS, κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη δήλωση και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 30/6/2003.

Ηλικιακή ομάδα	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0-12 ετών	44	0,8	25	2,0	70	1,1
13-14 ετών	15	0,3	2	0,2	17	0,3
15-19 ετών	53	1,0	18	1,4	71	1,1
20-24 ετών	265	5,1	101	8,1	370	5,7
25-29 ετών	768	14,7	270	21,7	1038	15,9
30-34 ετών	1057	20,2	232	18,7	1292	19,8
35-39 ετών	923	17,6	169	13,6	1094	16,8
40-44 ετών	624	11,9	102	8,2	728	11,2
45-49 ετών	434	8,3	76	6,1	513	7,9
50-54 ετών	288	5,5	49	3,9	337	5,2
55-59 ετών	206	3,9	43	3,5	249	3,8
60-64 ετών	172	3,3	52	4,2	224	3,4
65-69 ετών	112	2,1	15	1,2	129	2,0
70+... ετών	79	1,5	11	0,9	90	1,4
Άγνωστη	201	3,8	77	6,2	299	4,6
Σύνολο	5241	(100,0)	1242	(100,0)	6521	(100,0)

Σχήμα 2: Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα, συμπεριλαμβανομένων των κρουσμάτων AIDS, κατά ηλικιακή ομάδα κατά τη δήλωση και φύλο στην Ελλάδα μέχρι τις 30/6/2003.



1.3.8 Κατηγορία μετάδοσης.

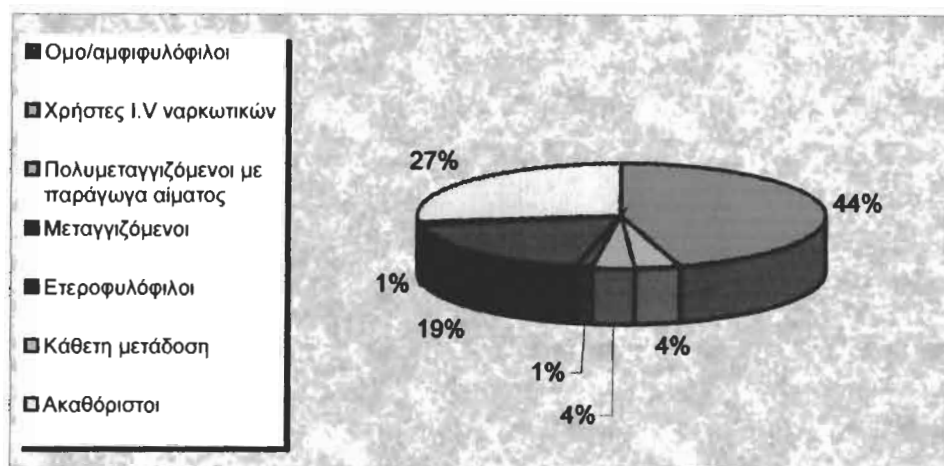
Ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης είναι μέσω της σεξουαλικής επαφής. Πιο συγκεκριμένα το 45,1% είναι άνδρες που δήλωσαν ότι μολύνθηκαν διαμέσου της ομοφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής, ενώ το 18,6% είναι άνδρες και γυναίκες που δήλωσαν ότι μολύνθηκαν διαμέσου της ετεροφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής. Η κατηγορία μετάδοσης παραμένει αδιευκρίνιστη σε ποσοστό 27,1% σε αντίθεση με τα κρούσματα AIDS που είναι σημαντικά μικρότερη και φθάνει το 11% (πίνακας 3, σχήμα 3). Το μεγάλο ποσοστό των «ακαθόριστων» οφείλεται στο γεγονός ότι ένα μεγάλο μέρος των περιστατικών, προέρχεται από το σύστημα εργαστηριακής επιτήρησης του ιού HIV. Αντίστοιχα φαινόμενα και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες και στις Η.Π.Α.

Σε σύνολο 1214 ατόμων που έχουν μολυνθεί μέσω της ετεροφυλοφιλικής οδού, η πλειοψηφία είναι γυναίκες. Πρόκειται για τη μοναδική κατηγορία μετάδοσης, στην οποία οι γυναίκες υπερεισχύουν των ανδρών. Το 37,1% των περιστατικών είναι άτομα που έζησαν ή προέρχονται από χώρες στις οποίες η ετεροφυλοφιλική μετάδοση είναι συχνή, 24,5% αφορά σεξουαλική επαφή με HIV οροθετικά άτομα με ακαθόριστη πηγή μόλυνσης, 9,1% σεξουαλική επαφή με αμφιφυλόφιλο άνδρα και 17,5% περιστατικά για τα οποία υπάρχει ισχυρή ένδειξη ετεροφυλοφιλικής μετάδοσης, χωρίς ωστόσο να έχει προσδιοριστεί.

Πίνακας 3: Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα, συμπεριλαμβανομένων των κρουσμάτων AIDS, κατά κατηγορία μετάδοσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι 30/6/2003.

Κατηγορία μετάδοσης	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Ομο/αμφιφυλόφιλοι άνδρες	2944	56,2	–	–	2944	45,1
Χρήστες I.V. ναρκωτικών	184	3,5	52	4,2	237	3,6
Πολυμεταγγιζόμενοι με παράγωγα αίματος	218	4,2	14	1,1	232	3,6
Μεταγγιζόμενοι	49	0,9	36	2,9	85	1,3
Ετεροφυλόφιλοι	453	8,6	756	60,9	1214	18,6
Κάθετη μετάδοση	23	0,4	20	1,6	44	0,7
Ακαθόριστοι	1370	26,1	364	29,3	1765	27,1
Σύνολο	5241	(100,0)	1242	(100,0)	6521	(100,0)

Σχήμα 3: Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα, συμπεριλαμβανομένων των κρουσμάτων AIDS, κατά κατηγορία μετάδοσης και φύλο στην Ελλάδα μέχρι 30/6/2003.



1.3.8 Νεοδιαγνωσθέντα κρούσματα AIDS.

Το πρώτο εξάμηνο του 2003 διαγνώσθηκαν 25 νέα κρούσματα AIDS εκ των οποίων 20 (80%) είναι άνδρες και 5 (20%) γυναίκες. Από αυτά, τα 17 είχαν ήδη εμφανίσει AIDS όταν δηλώθηκαν για πρώτη φορά. Η μετάδοση μέσω της ομοφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής στους άνδρες αποτελεί το 48% των νέων κρουσμάτων και ακολουθεί η μετάδοση μέσω ετεροφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής με ποσοστό 24%. Η πλειονότητα των νέων κρουσμάτων αφορά ηλικίες μεταξύ 25-44 ετών(πίνακας 4).¹²

Ηλικιακή ομάδα	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0-12 ετών	0	0,0	0	0,0	0	0,0
13-24 ετών	0	0,0	1	20,0	1	4,0
25-29 ετών	5	25,0	1	20,0	6	24,0
30-34 ετών	1	5,0	1	20,0	2	8,0
35-39 ετών	5	25,0	0	0,0	5	20,0
40-44 ετών	2	10,0	0	0,0	2	8,0
45-49 ετών	1	5,0	1	20,0	2	8,0
50-54 ετών	1	5,0	0	0,0	1	4,0
55+... ετών	5	25,0	1	20,0	6	24,0
Άγνωστη	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Σύνολο	20	(100,0)	5	(100,0)	25	(100,0)

1.4 ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΙΟΥ HIV

Οι πιθανοί οδοί μετάδοσης του συνδρόμου του 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.

1.4.α Σεξουαλική μετάδοση: Η σεξουαλική επαφή είναι η πιο σημαντική οδό 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 ο τρόπος αυτός μετάδοσης κερδίζει σταθερά έδαφος.

Η ετερόφυλη μετάδοση αποτελεί τον επικρατούντα τρόπο κυρίως στην Αφρική αλλά και στην 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 Η.Π.Α, όπου η σχέση αυτή είναι 13:1. Ενδιαφέροντα επιδημιολογικά στοιχεία που προέρχονται από την Αφρική κυρίως 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 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 έχει 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 ομοφυλόφιλοι 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 (50%) 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 πιο πολλά από τα ζεύγη που μολύνθηκαν μετά την έναρξη της μελέτης, δείχνουν χωρίς αμφιβολία ότι ο κίνδυνος της 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 σε 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 αυξάνει, όπως σε άλλα σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα, ανάλογα με τον αριθμό των σεξουαλικών επαφών με άτομο που πάσχει, δεν πλήρως γνωστό.

Σε ομοφυλόφιλους 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 αποδειχθεί 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 (εκτός από Αφρικής). Ένας παράγοντας που συνδέεται με την διαφορά 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 σε 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.

1.4.β 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.

1.4.γ 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 έκανα περιστασιακά μετάγγιση. Στις Η.Π.Α 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 αποδείχθηκε 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 μία μόνο μετάγγιση μολυσμένου αίματος από έναν αιμοδότη. Είναι γενικά παραδεκτό ότι, εφόσον μεταγγιστεί ενδοφλέβια σημαντική ποσότητα μολυσμένου αίματος, η λοίμωξη με τον HIV ιό 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 ανθρωπίνου σώματος που μολύνεται με τον ιό. 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 δεν 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 ενάντια 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 μεταγγισμένο οροαρνητικού αίματος.

1.4.δ Τοξικομανείς με ενδοφλέβια χρήση: Η ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών, φαίνεται ότι αποτελεί τη δεύτερη σε συχνότητα οδό μετάδοσης του ιού HIV, αφού αντιπροσωπεύει στις Η.Π.Α περίπου το 17% και στην Ευρώπη το 8% όλων των περιπτώσεων του AIDS. Εν τούτοις, υπάρχουν διαφορές στα ποσοστά μεταξύ διαφόρων χωρών, καθώς επίσης 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 σύριγγων. Σε 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 τη 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) των 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 Η.Π.Α, γιατί περίπου το 90% αυτών είναι σεξουαλικά ετερόφυλοι. Από το ποσοστό αυτό, το 30% είναι γυναίκες στην αναπαραγωγική περίοδο, ώστε να αποτελούν την κύρια πηγή μετάδοσης σε παιδιά. Ένας επιπλέον κίνδυνος είναι ότι 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.

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



Think ..before you do it
Doctors For Life
TEL: 0011 754 0443
www.dfl.org.au

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 επιπλέον 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^{ης}-16^{ης} της εμβρυϊκής εβδομάδας. Τέλος έχει ανακοινωθεί περίπτωση νεογνού που μολύνθηκε από μητρικό γάλα, αφού η μητέρα που 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.

1.4.στ Τρόποι που δεν μεταδίδεται: Ο φόβος και ο πανικός που συνοδεύει την εμφάνιση του AIDS δημιούργησε, όπως είναι φυσικό, υπερβολές και ακρότητες που σχετίζονται με την πιθανότητα μόλυνσης με τον ιό HIV. Παρά το γεγονός ότι ο ιός HIV έχει ανιχνευθεί σε πολλά βιολογικά του ανθρωπίνου σώματος, όπως αίμα, σπέρμα, ορός, κολπικές εκκρίσεις, μητρικό γάλα, σάλιο, δάκρυα, ούρα, πλευριτικό και κυψελιδικό υγρό, δεν έχει αποδειχθεί 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 δεν μεταδίδεται με συνηθισμένες κοινωνικές επαφές όπως χειραψία, αθώα κοινωνικά φιλιά, εναγκαλισμούς, κλάψιμο, βήχας, φτάρνισμα κ.τ.λ. Επί πλέον η νόσος δεν μεταδίδεται από τηλεφωνικές συσκευές, πόμολα, τουαλέτες, πισίνες, θάλασσα, κοινόχρηστα σκεύη, τρόφιμα, έπιπλα και άλλα αντικείμενα. Τέλος, δεν υπάρχουν τεκμηριωμένες ενδείξεις ότι ο ιός μεταδίδεται με δήξη εντόμων, παρά το γεγονός ότι το θέμα έχει συζητηθεί στον τύπο(εφημερίδες-περιοδικά).^{24, 14}

1.4.ζ Πιθανότητα μετάδοσης με το σάλιο: Η ανεύρεση του ιού HIV σε διάφορα βιολογικά υγρά του ανθρώπινου οργανισμού δε σημαίνει απαραίτητα ότι μπορεί να μεταδώσουν και τη λοίμωξη. Η ανίχνευση του HIV στο ολικό σάλιο έγινε εντούτοις αφορμή μεγάλης ανησυχίας στην κοινή γνώμη και τους οδοντίατρους, σε ολόκληρο τον κόσμο. Μέχρι σήμερα δεν έχει αποδειχθεί 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 παρωτιδική έκκριση. Η παρουσία του ιού HIV στο ολικό σάλιο, μπορεί να οφείλεται στην παρουσία ολικού αίματος και ορού, λόγω λύσης της συνεχείας 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.²⁴

1.5 ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Με βάση τους τρόπους διασποράς της νόσου, διαμορφώνονται οι ομάδες υψηλού κινδύνου. Οι ομοφυλόφιλοι-αμφιφυλόφιλοι, οι τοξικομανείς, οι πολυμεταγγιζόμενοι και οι κάτοικοι ορισμένων περιοχών που η νόσος ενδημεί, αποτελούν τις ομάδες όπου παρατηρείται υψηλός επιπολασμός της λοίμωξης. Ακολουθούν οι ερωτικοί σύντροφοι ασθενών με AIDS, τα παιδιά ασθενών με AIDS, οι ιερόδουλες και οι ερωτικοί τους σύντροφοι.

Οι ομοφυλόφιλοι αποτελούν την κυριότερη ομάδα που αντιπροσωπεύει το 70% περίπου των κρουσμάτων στις ανεπτυγμένες περιοχές. Ακολουθούν οι τοξικομανείς όπου σε μερικές χώρες ξεπερνούν του ομοφυλόφιλους(Ισπανία-Ιταλία). Μικρός παραμένει ο αριθμός των κρουσμάτων σε αιμορροφιλικούς και πολυμεταγγιζόμενα άτομα. Η χορήγηση θερμικά αδρανοποιηθέντων παραγόντων πήξεως και ο έλεγχος αντισωμάτων που εφαρμόζεται στις αιμοδοσίες, περιορίζουν τα κρούσματα.

Ένα ποσοστό εκτός των ομάδων κινδύνου αποδίδεται σε ετεροφυλική μετάδοση. Το ποσοστό αυτό παραμένει σταθερό τα τελευταία χρόνια στις ανεπτυγμένες χώρες.

1.5.α ΟΜΟΦΥΛΟΦΙΛΟΙ:



Οι ομοφυλόφιλοι εξακολουθούν να αποτελούν την κατεξοχήν ευάλωτη πληθυσμιακή ομάδα. Μέχρι τα μέσα του 1981 ήταν η μοναδική ομάδα προσβολής(CDC 1981). **Οι ηλικίες που προσλαμβάνονται εξακολουθούν να είναι από 20-25 ετών (μέση ηλικία των 35).** Αναδρομικές και εργαστηριακές μελέτες έγιναν σε μια ομάδα 6,875 ομοφυλόφιλων που πήρε μέρος σε πρόγραμμα εμβολιασμού κατά της Ηπατίτιδας Β το 1978. Διαπιστώθηκε ότι 2,4% είχε εκδηλώσει AIDS μέχρι το τέλος του 1984. Η θνησιμότητα ανήλθε σε 600 ανά 100,000 άτομα αυτών των

ηλικιών. Ο επιπολασμός της λοίμωξης το 1978 ήταν 7,8%, το 1979 12%, το 1980 24%, το 1981 35%, το 1982 46%, το 1983 57% και το 1984 68%.

Πολλοί παράγοντες συμβάλλουν στην αυξημένη διασπορά αλλά και στο ρυθμό αυξήσεως. Διαπιστώθηκε μεγάλος αριθμός κρουσμάτων στις τοπικές εστίες της Νέας Υόρκης, Αγίου Φραγκίσκου και άλλων αμερικανικών πόλεων. Στις εστίες αυτές προσβάλλονται όσοι έχουν μεγάλο αριθμό ερωτικών συντρόφων, παθητικές σεξουαλικές επαφές και ευκαιρίες τραυματισμών ιδιαίτερα του βλεννογόνου του ορθού, που είναι η πύλη εισόδου του ιού.

1.5.β ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΕΙΣ:



Η δεύτερη σε μέγεθος ομάδα υψηλού κινδύνου είναι οι τοξικομανείς. Αποτελεί το 17% των κρουσμάτων στις Η.Π.Α και 8,5% της Ευρώπης.

Χαρακτηριστικές είναι οι μεγάλες διαφορές στις διάφορες χώρες. Ήδη αναφέρθηκε ο μεγάλος επιπολασμός στην Ισπανία και την Ιταλία. Περισσότερο περίεργη είναι η παρατηρηθείσα διαφορά μεταξύ δυτικής και ανατολικής Σκωτίας. Η διεύρυνση των

διαφορών αυτών μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στη μείωση της διασποράς. Ευθύνεται κυρίως στην εξάπλωση του συνδρόμου σε ετεροφυλική μετάδοση και στην εμφάνιση του συνδρόμου στα παιδιά.

Ο επιπολασμός της λοίμωξης στις Η.Π.Α το 1981 ήταν 2,9%, το 1982 14,8%, το 1983 32,4% και το 1984 78,5%. Τα επιδημιολογικά στοιχεία για την ομάδα αυτή είναι ασαφή. Είναι δύσκολη η προσέγγιση της ομάδας αυτής. Είναι επίσης δύσκολο να προσδιοριστεί η αιτία θανάτου των τοξικομανών. Πολλοί πεθαίνουν από υπερβολική χρήση ναρκωτικών πολύ πριν εκδηλωθεί το AIDS.

Υπάρχουν έμμεσες ενδείξεις στην Αμερική ότι η υπεύθυνη διαφώτιση και η παρατηρούμενη αύξηση των πωλήσεων βελόνων και συριγγών, θα ελαττώσουν τη διασπορά του συνδρόμου. ¹⁶

1.5.γ ΠΟΛΥΜΕΤΑΓΓΙΖΟΜΕΝΟΙ:

Το 1989 δόθηκαν για πρώτη φορά στοιχεία σχετικά με τον ρόλο των μεταγγίσεων στην ανάπτυξη του AIDS στην Ευρώπη, καθώς επίσης και στοιχεία σχετικά με τη διασπορά του HIV μεταξύ εθελοντών αιμοδοτών στις διάφορες χώρες. Υπολογίσθηκε ο χρόνος από τη μετάγγιση μέχρι τη διάγνωση του AIDS σε 6,4 χρόνια για τους ενήλικες και σε 4,7 χρόνια για τα παιδιά.

Η συχνότητα ευρέσεως οροθετικών μεταξύ των αιμοδοτών το 1988, κατά τον Π.Ο.Υ., ήταν υψηλότερη στην Πορτογαλία(3,46 ανά 10,000 αιμοδοτών), στην Ισπανία(2,57 ανά 10,000) και στην Ελλάδα(1,99 ανά 10,000). Βρισκόμαστε δηλαδή, στην τρίτη θέση στον αριθμό φορέων που αποκαλύπτονται από την αιμοδοσία.

Εάν κάποιος προσφέρει αίμα κατά το πρώτο 3/μηνο από της μόλυνσέως του και δεν έχει ακόμη αναπτύξει αντισώματα, μπορεί να μολύνει άλλους χωρίς να το ξέρει.

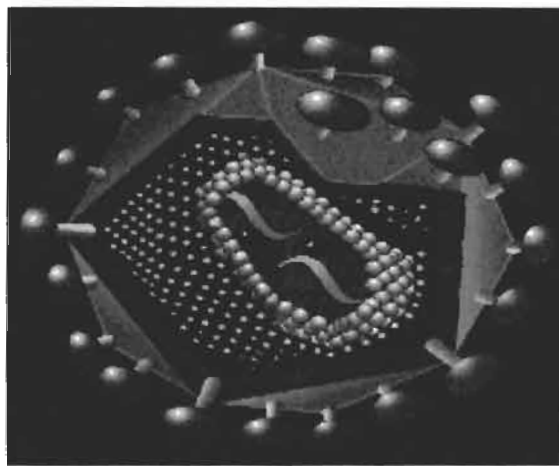
Η πιθανότητα ένας αιμοδότης να μολύνει άλλους, είναι συνάρτηση της εκτάσεως της ιοφορίας στον γενικό πληθυσμό. Κατά τα Ελληνική, λοιπόν, δεδομένα, υπάρχει η πιθανότητα 1:200,000 να μη γίνει δυνατή η ανίχνευση, επειδή δεν υπάρχουν ακόμη αντισώματα στο αίμα κάποιου, ο οποίος έχει ήδη πάρει τον ιό.

Εκείνο που πρέπει πάντως να τονιστεί, είναι ότι τα αντιδραστήρια ανιχνεύσεως αντισωμάτων του HIV, έχουν ευαισθησία 99,9% και ειδικότητα 99,8% ώστε η πιθανότητα λάθους να είναι ασήμαντη.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι από το Κέντρο Αιμοδοσίας του Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών, βάσει στοιχείων από 500,000 αιμοληψίες που έγιναν από το 1985-1991, ενώ το 1990 αντιστοιχούσαν 105 φορείς σε 10,000 αιμοδότες, το 1991 οι φορείς έφθασαν στους 2,6, γεγονός πράγματι ανησυχητικό. Από στοιχεία δε που αναφέρονται στον Στρατό, σε νέους 20-30 ετών, οι φορείς του AIDS είναι 4 σε κάθε 10,000 αιμοδότες. ¹

1.6 ΠΩΣ ΜΟΛΥΝΕΙ ΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ Ο ΙΟΣ ΤΟΥ AIDS

Ο ιός του AIDS (βλ. εικόνα παρακάτω), εισέρχεται στην κυκλοφορία του αίματος και εξασθενεί το ανοσοποιητικό σύστημα. Αυτό οδηγεί στο AIDS. Άτομα που έχουν μολυνθεί από τον ιό του AIDS ενδέχεται να μην εμφανίζουν συμπτώματα ή ενδείξεις της νόσου επί αρκετά χρόνια. Τα άτομα αυτά έχουν στο αίμα τους αντισώματα κατά του ιού και ονομάζονται φορείς. Οι φορείς μπορούν να μεταδώσουν τον ιό. Έτσι για να προληφθεί η εξάπλωση της νόσου, ούτε οι ίδιοι, ούτε οι παρτενέρ τους δεν πρέπει να κάνουν έρωτα χωρίς μέτρα προστασίας.²³



Μορφή του ιού του AIDS.

1.7 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η επιδημιολογία της νόσου, η γεωγραφική της διασπορά και ο τρόπος μετάδοσής της αποδεικνύουν ότι το σύνδρομο οφείλεται σε λοιμογόνο παράγοντα (τον ιό HIV) χωρίς να αποκλείονται και άλλοι συνυπεύθυνοι επιβιοθητικοί παράγοντες.

Οι αιτιολογικές απόψεις που έχουν διατυπωθεί κατά καιρούς είναι οι εξής:

Επειδή το σύνδρομο ακολουθεί την επιδημιολογία και τους μηχανισμούς διασποράς του ιού HBV πολλοί υπέθεσαν ότι μπορεί να είναι υπεύθυνος ο HBV.

Η συχνή όμως απομόνωση ερπητοϊών στους πληθυσμούς υψηλού κινδύνου, η εκλεκτική προσβολή των Τ-λεμφοκυττάρων και η ογκογόνος

δράση του, έστρεψαν την προσοχή στον κυτταρομεγαλοϊό (CMV) και τον ιό Epstein-Barr (EBU).

Ο CMV προσβάλλει τα λεμφοκύτταρα, προκαλεί ανοσοκαταστολή, σχετίζεται με το σάρκωμα Kaposi και μεταδίδεται με σεξουαλική επαφή.

Ο EBV προσβάλλει επίσης τα λεμφοκύτταρα, προκαλεί λοιμώδη μονοπυρήνωση, έχει ενοχοποιηθεί για τον καρκίνο του ρινοφάρυγγα, το K.S και το λέμφωμα Burcitt που ενδημεί στην Κεντρική Αφρική.

Όμως και οι δύο αποκλείσθηκαν γιατί απαντούν σε πολλές περιπτώσεις όπως, στους μεταμοσχευμένους νεφροπαθείς και στους καρκινοπαθείς μετά από ανοσοκατασταλτική θεραπεία.

Τελικά η προσοχή στράφηκε προς μια οικογένεια RNA ογκογόνων ιών, τους ρετροϊούς.

Οι ρετροϊοί ήταν γνωστοί από πολλών ετών. Η συμμετοχή τους στην παθολογία των ζώων. Πρόσφατα αποδείχθηκε ο παθογενετικός ρόλος του HTLV I στην οξεία λευχαιμία των ενηλίκων και του HTLV II, στη λευχαιμία από τριχωτά κύτταρα. Ήταν φυσικό επομένως να αναζητηθεί ρετροϊός σαν αιτιολογικός παράγοντας του AIDS. Η ανακάλυψη του ιού του λεμφαδενικού συνδρόμου (LAV) από το Ινστιτούτο Pasteur των Παρισίων τον Μάρτιο του 1983 και τον πανομοιότυπο HTLV III από τον R.Gallo το 1984, ήρθε σαν επιστέγασμα έντονων προσπαθειών, αλλά και των τεχνολογικών επιτεύξεων των τελευταίων ετών. Σήμερα γνωρίζουμε ότι ο HIV δεν προϋπήρχε. Πρόκειται για πρόσφατη μετάλλαξη παρόμοιων ιών που προκαλούσαν διάφορα σύνδρομα σε ανθρωποειδή. Η μετάλλαξη απέβη χρήσιμη για την επιβίωση του ιού, αφού του προσέδωσε ιδιότητες, που τον κατέστησαν ικανό να υπερνικά τους αμυντικούς μηχανισμούς του οργανισμού.

HIV:

Πιο συγκεκριμένα: ο ιός LAV απομονώθηκε από καλλιέργεια λεμφαδένα ασθενή με LAS(λεμφαδενικό σύνδρομο). Ο ιός HTLV III απομονώθηκε λίγο αργότερα από τους Gallo et al (1984) και ανήκει στην οικογένεια των HTLV. Σήμερα γίνεται παραδεκτό ότι ο ιός LAV είναι πανομοιότυπος με τον HTLV III και καθιερώθηκε η ταξινόμησή τους στην ομάδα των ανθρώπινων ρετροϊών με την ονομασία HIV.

ΡΕΤΡΟΪΟΙ:

Οι ρετροϊοί έχουν συσχετιστεί με ανοσοκαταστολή στα ζώα και απομονώθηκαν σε ασθενείς με νεοπλασματικές ασθένειες, με σύνδρομο AIDS και σε διάφορες μορφές λευχαιμίας και λεμφώματος. Είναι RNA ιοί που έχουν την ικανότητα να αναπαράγονται με τη μεταφορά γενετικών πληροφοριών από το RNA στο DNA με τη μεσολάβηση της ανάστροφης τρανσαμινάσης.

Ήταν γνωστό ότι χρόνια λοίμωξη από κάποιους ρετροϊούς μπορούσε να προκαλέσει ανοσοκαταστολή στα ζώα και εκδήλωση ευκαιριακών λοιμώξεων. Η απομόνωση ρετροϊών σε νεοπλασματικές ασθένειες στον άνθρωπο και πρόσφατα στο Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, πιστοποίησε τον αιτιολογικό ρόλο των ανθρώπινων ρετροϊών HTLV: στην Τ-κυτταρική λευχαιμία των ενηλίκων στην Ιαπωνία, του Τ-κυτταρικού λεμφοσαρκώματος στην Καραϊβική, στη λευχαιμία τριχωτών κυττάρων, σε μερικά λεμφώματα στην Κεντρική και Νότια Αμερική και τέλος στο AIDS. ¹⁶

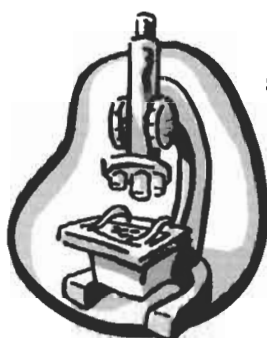
1.8 ΧΡΟΝΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ

Η περίοδος ανάμεσα στη λοίμωξη και ανάπτυξη αντισωμάτων στον ιό του AIDS φυσιολογικά είναι 40-50 ημέρες. 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. ²⁶

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Διάγνωση - Κλινική εικόνα.

2.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ



Για να τεθεί η διάγνωση του AIDS έχουν σημασία επιδημιολογικοί, κλινικοί, παθολογικοί και κοινωνιολογικοί παράγοντες. Το AIDS, όπως ορίζεται από το Κέντρο Ελέγχου των Νόσων, περιλαμβάνει την παρουσία ειδικών ευκαιριακών λοιμώξεων και νεοπλασμάτων. Η οριστική απόδειξη της λοίμωξης από τον ρετροϊό μπορεί να δοθεί από τη μελέτη των αντισωμάτων έναντι του HIV ή την απομόνωση του ιού στο αίμα.

Αν και τα νεώτερα δεδομένα στον τομέα της εργαστηριακής διαγνωστικής δεν είναι ιδιαίτερα εντυπωσιακά όσον αφορά στην ανάπτυξη νέων διαγνωστικών μεθόδων, οι πρόοδοι που επιτεύχθηκαν στην παρασκευή καθαρότερων και επομένως ειδικότερων αντιγόνων, συνέβαλαν σημαντικά στη βελτίωση της αξιοπιστίας των μέχρι σήμερα γνωστών τεχνικών.

Επίσης, η σημειωθείσα πρόσφατα αύξηση του αριθμού των ασχολουμένων με την εργαστηριακή διάγνωση ερευνητών, οδήγησε στην ορθότερη αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των εργαστηριακών μεθόδων που κατά κανόνα χρησιμοποιούνται για τον προκαταρκτικό έλεγχο και την επιβεβαίωση της μόλυνσης με τους δύο τύπους του ιού της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV1 & HIV2)

Συγκεκριμένα **οι πιο διαδεδομένες μέθοδοι που χρησιμοποιούνται στη διάγνωση είναι οι εξής:**

Οι ανοσοενζυμικές τεχνικές(ELISA) που αποτελούν τη μέθοδο εκλογής για τον προκαταρκτικό έλεγχο(screening). Τα αντιγόνα που συμπεριλαμβάνονται στις σειρές αντιδραστηρίων(kit) που προσφέρονται από διάφορους οίκους παρασκευάζονται είτε από εκχυλίσματα μολυσμένων από τον ιό κυτταροκαλλιιεργειών, είτε από πεπτίδια. Αυτά λαμβάνονται από ανοσοσυνδισμένο DNA του ιού, εκφρασμένο σε προκαρυωτικούς φορείς ή παρασκευάζονται συνθετικά.

Οι χρησιμοποιούμενες ανοσοενζυμικές τεχνικές βασίζονται στην αρχή του «σάντουιτς» ή του «συναγωνισμού». Και οι δύο αυτές παραλλαγές της ELISA, ιδίως όταν χρησιμοποιούνται κεκαθαμένα με τις νεότερες τεχνικές αντιγόνα, χαρακτηρίζονται από μεγάλη ευαισθησία και ειδικότητα, οι οποίες στα συγκεκριμένα kit που κυκλοφορούν σήμερα στο εμπόριο υπερβαίνουν το 99%.⁹

2.1.α Κριτήρια διάγνωσης:

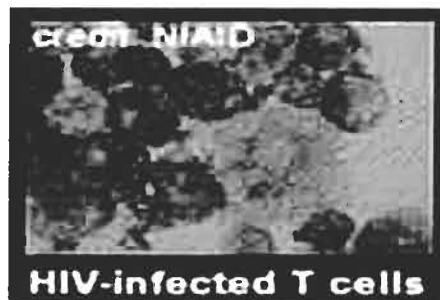
Σύμφωνα με το CDC τα κριτήρια διάγνωσης του συνδρόμου AIDS σε έναν HIV θετικό ασθενή είναι:

1. Καντιντίαση βρόγχων, τραχείας, πνευμόνων.
2. Καντιντίαση οισοφάγου.
3. Διάσπαρτη ή εξωπνευμονική κοκκιδιοειδομύκωση.
4. Εξωπνευμονική κρυπτοκόκκωση.
5. Κρυπτοσποριδίαση για διάστημα μεγαλύτερου του 1 μήνα.
6. Λοίμωξη από CMV, εκτός ήπατος, σπληνός ή λεμφαδένων.
7. Αμφιβληστροειδίτιδα από CMV.
8. Εγκεφαλοπάθεια που σχετίζεται με τον HIV.
9. Απλός έρπητας που επιμένει πάνω από 1 μήνα ή βρογχίτιδα, πνευμονίτιδα, οισοφαγίτιδα.
10. Διάχυτη ιστοπλάσμωση.
11. Ισοσπορίαση με διάρροια διάρκειας άνω του 1 μήνα.
12. Σάρκωμα Kaposi.

13. Λέμφωμα Burkitt.
14. Ανοσοβλαστικό λέμφωμα.
15. Πρωτοπαθές λέμφωμα εγκεφάλου.
16. Διάσπαρτη ή εξωπνευμονική λοίμωξη από μυκοβακτηρίδιο φυματίωσης πτηνών.
17. Εξωπνευμονική λοίμωξη από μυκοβακτηρίδιο φυματίωσης.
18. Διάσπαρτη ή εξωπνευμονική λοίμωξη από μυκοβακτηρίδιο άλλου γένους ή άτυπο.
19. Πνευμονία από Pn. Carinii.
20. Προοδευτική πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια.
21. Υποτροπιάζουσα σηψαιμική σαλμονέλωση.
22. Τοξοπλάσμωση εγκεφάλου.
23. Σύνδρομο απίσχνανσης.

2.1.β Νέα κριτήρια διάγνωσης:

24. Πνευμονική φυματίωση.
25. Διηθητικό καρκίνωμα τραχήλου της μήτρας.
26. Υποτροπιάζουσα πνευμονία.¹⁷



Συνοπτικά θα προσθέταμε ότι **για να υπάρχει AIDS(διάγνωση)**

είναι απαραίτητο :

- ✦ Να υπάρχουν στον άρρωστο ευκαιριακές λοιμώξεις ή νεοπλάσματα που οφείλονται σε κακή(ανεπαρκή) λειτουργία του ανοσολογικού συστήματος του οργανισμού(ανοσολογική ανεπάρκεια ή ανοσοανεπάρκεια).
- ✦ Σε περίπτωση που βρεθούν αντισώματα στον εξεταζόμενο ορό, να γίνει επιβεβαίωση του θετικού αποτελέσματος και επανάληψη της εξέτασης και με Western-blot που είναι περισσότερο ειδική μέθοδος, γιατί ανιχνεύει αντισώματα προς ειδικά χαρακτηριστικά πρωτεϊνικά συστατικά του ιού. ³

2.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Μετά τη μόλυνση από έναν ιό HIV επακολουθεί μια σειρά φαινομένων και μετά από πολυετή πορεία εκδηλώνεται το πλήρες σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας-το πλήρες AIDS.

Επί τρεις(3) εβδομάδες έως και δώδεκα(12) μήνες μετά τη μόλυνση δεν υπάρχει κανένα εργαστηριακό ή κλινικό εύρημα, ώσπου να εμφανιστούν αντισώματα κατά του ιού στον ορό του ασθενούς. Η ορομετατροπή συνοδεύεται σε ένα ποσοστό των αρρώστων από ένα σύνδρομο που μοιάζει με λοιμώδη μονοπυρήνωση. Ακολουθεί μια τελείως ασυμπτωματική φάση διάρκειας συνήθως 6-12 μηνών, καμιά φορά όμως και πολλών ετών, οπότε εγκαθίσταται γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια. Επί 3 έως 5 ή και περισσότερα χρόνια δεν υπάρχουν άλλα συμπτώματα, όσο όμως λιγοστεύουν τα T4 λεμφοκύτταρα, αρχίζουν να εμφανίζονται διάφορα συμπτώματα, όπως πυρετός, διάρροια, απώλεια βάρους καθώς και υποτροπιάζουσες στοματικές μυκητιάσεις και λοιμώξεις από έρπητα. ¹⁵

Πιο συγκεκριμένα η νόσος εμφανίζει τα ΠΡΟ-AIDS Σύνδρομα και τις κύριες εκδηλώσεις της ασθένειας.

2.2.α ΠΡΟ-AIDS Σύνδρομα:

1. Ασυμπτωματικοί φορείς.

Είναι άτομα καθ'όλα υγιή, τα οποία είτε πέρασαν από τη φάση της πρωτοπαθούς λοίμωξης συμπτωματικά ή όχι. Και στις δύο περιπτώσεις τα άτομα του σταδίου αυτού είναι τελείως υγιή και εκδηλώνουν όλες τους τις δραστηριότητες, όπως ακριβώς και πριν. Συνήθως η ανακάλυψη ενός ασυμπτωματικού φορέα είναι τυχαία και συμπίπτει πολλές φορές με αιμοληψία, προκειμένου το αίμα του να χρησιμοποιηθεί στην αιμοδοσία. Άλλοι επίσης ασυμπτωματικοί φορείς, ανακαλύπτονται όταν οικειοθελώς προσέρχονται στα κέντρα αναφοράς άτομα που οι συμπεριφορές τους είναι τέτοιες που να πιθανολογείται μόλυνση από τον ιό HIV.

2. Άνοση θρομβοπενική πορφύρα.

Ο μηχανισμός της θρομβοπενίας πιθανολογείται πως συνδυάζεται με κατακρήμνιση των ανοσοσυμπλεγμάτων στα αιμοπετάλια ή με ένα ειδικό αντίσωμα για το 25 KD αντιγόνο της αιμοπεταλιακής μεμβράνης. Το κύριο σύμπτωμα των ασθενών που παρουσιάζουν αυτή την κλινική εκδήλωση, είναι αιμορραγίες που δεν εξελίσσονται σε απειλητικές αιμορραγίες. Η εκδήλωση αυτή πρωτοπεριγράφηκε το 1982 στο Πανεπιστήμιο της Νέας Υόρκης σε άνδρες ομοφυλόφιλους. Η εμφάνιση του συνδρόμου της ITP θεωρείται ότι σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο για την ανάπτυξη AIDS. Πράγματι, σε μια μελέτη στο S.Fransisco, αναφέρεται ότι 10% των ασθενών με ITP θα εκδηλώσουν AIDS μέσα σε 36 μήνες. Μετά όμως από αυτό το διάστημα των 36 μηνών, όλοι οι υπόλοιποι θα εκδηλώσουν σε σύντομο διάστημα πλήρες AIDS.

3. Επίμονη γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια.

Τα όρια μεταξύ PGL και ARC δεν είναι σαφή, γι'αυτό και υπάρχουν ορισμένα κλινικοεργαστηριακά κριτήρια, προκειμένου να καταταγεί κάποιος HIV-θετικός στο στάδιο αυτό της HIV λοίμωξης.

α) Κλινικά κριτήρια.

✦ Πυρετός μεγαλύτερος από 37,7οC , διαλείπων ή συνεχής, για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από 3 μήνες.

✦ Απώλεια βάρους μεγαλύτερη από 10% του Β.Σ.

✦ Λεμφαδενοπάθεια. Διόγκωση περισσότερων από 2 λεμφαδενικών ομάδων.

✦ Διάρροια, διαλείπουσα ή συνεχής, για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από 3 μήνες.

✦ Γενικά συμπτώματα. Καταβολή- αδυναμία- εύκολη κόπωση- νυχτερινοί ιδρώτες.

β) Εργαστηριακά ευρήματα.

✦ Τα T4 λεμφοκύτταρα παρουσιάζουν μείωση (κάτω από 250).

✦ Ο λόγος T4/T8 παρουσιάζει αναστροφή (συνήθως είναι κάτω από 0,5).

✦ Λευκοπενία ή θρομβοπενία ή απόλυτη λεμφοπενία ή αναιμία.

✦ Υπερσφαιριναιμία. Αύξηση των IgG και IgA ανοσοσφαιρινών.

✦ Αναστολή και βλαστογένεση.

✦ Δερματική ανεργία ^υ

ΠΙΝΑΚΑΣ

Εμφάνιση συνήθων κλινικών σημείων & συμπτωμάτων σε ασθενείς με πρωτολοίμωξη από τον ιό HIV-1

Κλινικό σημείο ή σύμπτωμα	Συχνότητα (%) σε συμπτωματικούς	Μέση διάρκεια εκδήλωσης σε ημέρες
1. Πυρετός	77	16,9
2. Νωθρότητα-λήθαργος	65	23,7
3. Εξάνθημα	56,4	15
4. Μυαλγίες	54,6	17,7
5. Κεφαλαλγία	50,9	25,8
6. Φαρυγγίτιδα-κυνάγχη	44	12,2
7. Διόγκωση τραχηλικών λεμφαδένων	39	15,1
8. Αρθραλγίες	30,7	22,6
9. Εξελκώσεις στοματικής κοιλότητας	28,9	13,4
10. Πόνος κατά την κατάποση	28	16,3
11. Διόγκωση μασχαλαίων λεμφαδένων	24,3	16,4
12. Απώλεια βάρους	23,9	29
13. Ναυτία	23,9	17,8
14. Διάρροια	22,9	12,5
15. Νυχτερινές εφιδρώσεις	22	14,8
16. Βήχας	22	18,4
17. Ανορεξία	21,1	14,6
18. Διόγκωση βουβωνικών λεμφαδένων	20,2	8,5
19. Κοιλιακό άλγος	19,3	15,1
20. Στοματική μυκητίαση	17	10,4
21. Έμετοι	12,4	9,8
22. Φωτοφοβία	11,9	11,2
23. Οφθαλμοδυνία	11,5	13,2
24. Έλκη γεννητικών οργάνων	5-7	10-15
25. Κατάθλιψη	5-7	10-15
26. Ζάλη	5-7	10-15

2.3 ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΟΥΝ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS.

2.3.α ΣΑΡΚΩΜΑ ΚΑΡΟΣΙ:

Περιγράφηκε αρχικά από τον Karosi το 1872, χαρακτηρίζεται από βραδεία προοδευτική εξέλιξη οζιδίων δέρματος ενδοθηλιακής προελεύσεως. Προσβάλλει ηλικιωμένα άτομα που κατάγονται από Μεσογειακές κυρίως χώρες.

Μέχρι στιγμής δεν έχει διευκρινιστεί πλήρως η αιτιολογική σχέση Κ.Σ και ασθενών με AIDS. Πιστεύεται ότι πολλοί παράγοντες συμβάλλουν στην εκδήλωση του Κ.Σ. Κεντρικό όμως ρόλο κατέχει πιθανόν ο κυτταρομεγαλοϊός που σαν ογκογόνος ιός; Προκαλεί πιθανών καρκινωματώδη μετασχηματισμό των ενδοθηλιακών κυττάρων.

2.3.β ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ:

Οι πιο συνηθισμένες ευκαιριακές λοιμώξεις στο AIDS, αναφέρονται οι DCD και η φυματίωση.

DCD:

Αποτελεί την πιο συνήθη λοίμωξη στο AIDS. Το 65% των ασθενών με AIDS αναπτύσσουν DCD μόνη ή σε συνδυασμό με σάρκωμα Karosi. Οι περισσότεροι ασθενείς συχνά υποτροπιάζουν μία ή περισσότερες φορές.

Κλινικοεργαστηριακά ευρήματα στην DCD:

- Βήχας(ξηρός χωρίς απόχρεμψη)
- Ταχύπνοια και ελάττωση του εύρους των αναπνευστικών κινήσεων.
- Ξηροί ρόγχοι αρχικά.
- Υγροί ρόγχοι στις εκτεταμένες μορφές της νόσου.

φυματίωση:

Χαρακτηριστικά η νόσος δεν κοκκιωματώνεται με αποτέλεσμα γρήγορα να γενικεύεται και να δίνει συμπτώματα από άλλα όργανα. Τα πλέον συνήθη συμπτώματα είναι:

- ÷ Πυρετός.
- ⊕ Διόγκωση ήπατος -σπληνός.
- ⊕ Αιμόφυρτα πτύελα.
- ⊕ Διάρροιες.
- ⊕ Αιματοουρία.
- + Σημεία μηνιγγίτιδας- εγκεφαλίτιδας.

Τις περισσότερες φορές, η νόσος εκδηλώνεται μόνο με πυρετό, νυχτερινούς ιδρώτες και απίσχναση. Στη βιοψία ήπατος ή μυελό δυνατόν να βρεθούν βάκιλοι Κωχ. ⁹

2.3γ ΙΩΣΕΙΣ:

A. Κυτταρομεγαλοϊός

Ο Κυτταρομεγαλοϊός είναι DNA ιός που ανήκει στην οικογένεια των ιών του έρπητα. Είναι πολύ διαδεδομένος κυρίως μεταξύ των παιδιών και νεαρών ενηλίκων.

Προσβάλλει το Κ.Ν.Σ και προκαλεί κινητικές διαταραχές, διανοητική καθυστέρηση, αλλοιώσεις στον εγκέφαλο και χοριοαμφιβληστροειδίτιδα. Στην αρχή παρατηρούνται εξιδρώματα και αιμορραγίες χωρίς ανωμαλίες στην όραση, Στη συνέχεια διηθείται η ωχρή κηλίδα με αποτέλεσμα τον περιορισμό της οράσεως.

B. Ιός Epstein-Barr (EBV)

Ο EBV που ανήκει στους ερπητοϊούς σχετίζεται με υπερπλασίες του λεμφικού συστήματος. Έχει ενοχοποιηθεί για τον καρκίνο του ρινοφάρυγγα, το K.S και το λέμφωμα του Burkitt που ενδημεί στην Κεντρική Αφρική.

Γ. Ιός απλού έρπητα.

Η κλινική εικόνα που παρατηρείται στο συγκεκριμένο ιό είναι αρκετά βαριά. Εμφανίζονται έλκη εκτεταμένα στην περιπρωκτική χώρα και σπανιότερα στην ουλοστοματική χώρα. Ελάχιστες περιπτώσεις οισοφαγίτιδας και τραχειοβρογχίτιδας έχουν αναφερθεί. Οι λοιμώξεις αυτές γίνονται χρόνιες. Ο ιός έχει απομονωθεί σε μεγαλύτερη συχνότητα στους ασθενείς που πάσχουν από K.S.

2.3.5 ΠΑΡΑΣΙΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ:

A) Πνευμοκύστις καρίνι.

Η πνευμονία από Πνευμοκύστη *carinii* φαίνεται να είναι η πιο κοινή ευκαιριακή λοίμωξη. Σε ποσοστό 90%, ανευρίσκεται στη νευροτοξική εξέταση, ενώ σε ποσοστό 50% απομονώνεται στους ασθενείς με AIDS.

B) Τοξόπλασμα gondii.

Είναι το κυριότερο αίτιο των λοιμώξεων του Κ.Ν.Σ. Η αφανής λοίμωξη, προέρχεται από κατανάλωση συγκεκριμένων τροφίμων. Χαρακτηριστικά του συμπτώματα είναι η καταβολή δυνάμεων, η εύκολη κόπωση, ο πυρετός, οι μυαλγίες, η διόγκωση λεμφαδένων, οι νευρολογικές διαταραχές και η χοριοειδίτιδα. Η αξονική τομογραφία αποκαλύπτει πολλαπλές εστίες αλλοιώσεων στο Κ.Ν.Σ.

2.3.ε ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ:

A) Μυκοβακτηρίδιο φυματίωσης για το οποίο προαναφερθήκαμε.

B) Σαλμονέλα.

Προκαλεί πυογόνες φλεγμονές με πλέον επικίνδυνη τη μηνιγγοεγκεφαλική εντόπιση. Επίσης βαρύ διαρροϊκό σύνδρομο.

Γ) Μυοκαρδία.

Δ) Λιστέρια.

Προκαλεί κυρίως μηνιγγοεγκεφαλίτιδα.

2.3.στ ΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ:

A) Καντίντα.

Προσβάλλει ευκαιριακά τον ασθενή. Η *C. albicans* είναι η πιο συχνή στο πεπτικό σύστημα. Η στοματική καντιντίαση χαρακτηρίζεται από άσπρες επώδυνες πλάκες που εμποδίζουν τη διατροφή του ασθενούς. Συχνή επιπλοκή είναι η οισοφαγίτιδα. Οι ασθενείς παραπονούνται για δυσφαγία και οπισθοστερνικό καύσο.

B) Κρυπτόκοκκος neoformans.

Προσβάλλει το Κ.Ν.Σ των ασθενών με αποτέλεσμα να παρουσιάζεται υποτροπιάζουσα κρυπτοκοκκική μηνιγγίτιδα, προοδευτική πολυεστιακή εγκεφαλοπάθεια και λέμφωμα του Κ.Ν.Σ.

2.3.ζ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ:

A) Διαταραχές προσωπικότητας.

Οι ψυχιατρικές επιπτώσεις στους ασθενείς με AIDS είναι απόρροια ψυχολογικών παραμέτρων που καθορίζουν την προσωπικότητα. Οι ομοφυλόφιλοι ως και οι τοξικομανείς αποτελούν προσωπικότητες που συχνά έχουν ιδιαίτερα ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά. Η εμφάνιση του AIDS σε αυτούς επιδεινώνει την ήδη βεβαρημένη κατάστασή τους, δημιουργώντας οξέα συμπτώματα ψυχωσικού τύπου. ¹⁶

Τέλος, θα αναφέραμε ότι ο Π.Ο.Υ καθιέρωσε τον **κλινικό ορισμό** για το AIDS στις περιπτώσεις που δεν είναι δυνατή η ακριβής διάγνωση των ευκαιριακών νοσημάτων, ως εξής: (WHO 1986).

- 1) **Για ενήλικες:** ύπαρξη τουλάχιστον δύο κυρίων και μιας δευτερεύουσας συστηματικής εκδηλώσεως όταν δεν συνυπάρχει γνωστή αιτία ανοσοκαταστολής (π.χ καρκίνος ή υποθρεψία κ.τ.λ)

α) **Κύριες εκδηλώσεις:**

- 1) Απώλεια σωματικού βάρους πάνω από 10%
- 2) Χρόνια διάρροια που διαρκεί πάνω από ένα μήνα
- 3) Πυρετός που επιμένει πάνω από ένα μήνα

β) **Δευτερεύουσες εκδηλώσεις:**

- 1) Βήχας που επιμένει πάνω από ένα μήνα
- 2) Γενικευμένη κνηδωτική δερματίτιδα
- 3) Έρπητας ζωστήρας που υποτροπιάζει
- 4) Στοματοφαρυγγική καντινίαση
- 5) Χρόνιος έρπητας που προοδευτικά επεκτείνεται
- 6) Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια

- 2) **Για παιδιά:** παρουσία δύο κυρίων και δύο δευτερευουσών εκδηλώσεων εφόσον δεν υπάρχει γνωστή αιτία ανοσοκαταστολής.

α) **Κύριες εκδηλώσεις:**

- 1) Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια
- 2) Στοματοφαρυγγική καντινίαση
- 3) Υποτροπιάζουσες κοινές λοιμώξεις (ωτίτιδα, φαρυγγίτιδα κ.τ.λ)
- 4) Βήχας που επιμένει
- 5) Γενικευμένη δερματίτιδα
- 6) Μητέρα θετική για αντισώματα προς HIV

Όταν πληρούνται οι προϋποθέσεις του κλινικού ορισμού επιβάλλεται η δήλωση του ύποπτου κρούσματος στην αρμόδια υπηρεσία δημόσιας υγείας και η παράλληλη επιβεβαίωση της υπάρξεως αντισωμάτων προς το HIV στα Εθνικά Κέντρα Αναφοράς AIDS. ¹⁶

2.4 Η ΔΙΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΑΣ

Η επιδημία του AIDS διαδόθηκε σε τρία κύματα από απόψεως χώρου και χρόνου.

Υπήρξε μια πρώτη ομάδα χωρών, που περιλαμβάνει τις Η.Π.Α, τον Καναδά, τη δυτική Ευρώπη, την Αυστραλία, τη βόρειο Αφρική και ένα μέρος της Λατινικής Αμερικής. Η νόσος διαδόθηκε στις χώρες αυτές στα τέλη της δεκαετίας του '70, μέσω των ομοφυλοφιλικών και αμοτεροφυλικών σχέσεων, αλλά και της ενδοφλεβίου χρήσεως ναρκωτικών ουσιών. Οι ετεροφυλικές μολύνσεις ήταν σπάνιες εκείνη την εποχή.

Σε μια δεύτερη φάση η κατάσταση αυτή ανατρέπεται: η πρόοδος της νόσου αφορά πλέον κατά προτεραιότητα τον ετεροφυλικό πληθυσμό. Στην υπό τη Σαχάρα ζώνη της Αφρικής, τα περισσότερα άτομα μολύνονται δια της ετεροφυλικής οδού. Στην αρχή της επιδημίας, παρατηρήθηκαν ανάλογα ποσοστά οροθετικότητας μεταξύ ανδρών και γυναικών. Εδώ και μερικά χρόνια όμως, οι γυναίκες μολύνονται συχνότερα από τους άνδρες. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες έρχονται σε σεξουαλική επαφή όλο και νωρίτερα με πιο ηλικιωμένους άνδρες. Διατρέχουν επομένως αυξημένο κίνδυνο μολύνσεως, επειδή και σε νεαρή ηλικία οι βλεννογόνοι τους είναι πιο ευαίσθητοι.

Το τρίτο κύμα άρχισε να διαδίδεται από τα μέσα της δεκαετίας του '80 στην Ασία, την ανατολική Ευρώπη και τη Μέση Ανατολή. ²⁵

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Θεραπεία- Εμβόλιο-Πρόγνωση.

3.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αν υπάρχει για τη ώρα οριστική θεραπεία του AIDS. Ωστόσο έγινε σημαντική πρόοδος σε σχέση με τις αρχές της δεκαετίας του '80 κι έχουμε πλέον τη δυνατότητα να επιμηκύνουμε τη διάρκεια ζωής και να παράσχουμε ανακούφιση στους ασθενείς.

Όταν εμφανίστηκε η νόσος του AIDS, οι γιατροί φάνηκαν ανήμποροι να την αντιμετωπίσουν. Η ανακάλυψη του ιού τους έδωσε τη δυνατότητα να δοκιμάσουν με βάσιμες ελπίδες τα λίγα γνωστά αντιρετροϊκά μόρια, για τα οποία υπήρχε ήδη κάποια κλινική εμπειρία. (ιοί και άνθρωποι-βιβλίο)

Τα συγκεκριμένα φάρμακα πέτυχαν ως ένα βαθμό την μείωση των συμπτωμάτων και την παράταση της ζωής. Νέα φάρμακα και τρόποι αντιμετώπισης των ευκαιριακών λοιμώξεων, έχουν βοηθήσει ιδιαίτερα. ⁶



Πιο συγκεκριμένα:

3.1.α ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ DCD

Έχει πλέον αποδειχθεί, τόσο σε πειραματικά μοντέλα, όσο και σε κλινικές μελέτες η ενεργητική δράση των κορτικοειδών στη θεραπεία της βαρείας υποξυγοναιμικής DCD. Τα κορτικοειδή μειώνουν το ποσοστό της οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας και αυξάνουν την επιβίωση.

Χορηγούνται σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας τη; DCD(21 ημέρες), σε προοδευτικά μειούμενες δόσεις. Προτείνεται το πρώτο πενήνημερο prednisone 40mg δύο φορές την ημέρα, το δεύτερο 40mg μία φορά την ημέρα και τις τελευταίες 11 ημέρες 20mg.

3.1.β ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΙΟΓΕΝΩΝ-ΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΚΑΙΡΟΣΚΟΠΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ.

1. ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

A) Απλός έρπηγ.

Η θεραπεία της λοίμωξης από τον ιό του απλού έρπητα 1&2 γίνεται με το φάρμακο ακυκλοβίρη. Η οδός χορήγησης του φαρμάκου όπως και το δοσολογικό σχήμα εξαρτάται από τη θέση και τη σοβαρότητα της λοίμωξης. Η τοπική εφαρμογή αλοιφής ακυκλοβίνης στο στόμα και στον πρωκτό, επιλέγεται σε πολύ ήπιες περιπτώσεις και στα αρχικά στάδια της λοίμωξης HIV. Σε ασθενείς που παρουσιάζουν συχνές ή σοβαρές υποτροπές, επιχειρείται χημειοκαταστολή με ακυκλοβίρη στην προσπάθεια να προληφθούν ή να καθυστερήσουν οι υποτροπές.

Οι υποτροπιάζουσες ερπητικές λοιμώξεις σχεδόν πάντοτε προκαλούνται από ευαισθητα στην ακυκλοβίρη στελέχη του ιού, ανεξαρτήτως από το αν η αρχική λοίμωξη προκλήθηκε από ανθεκτικά στην ακυκλοβίρη στελέχη.

Όσον αφορά τις ανεπιθύμητες ενέργειες της ακυκλοβίρης χρειάζεται προσοχή στη χορήγηση της σε ασθενείς με προϋπάρχουσα νεφρική βλάβη αφυδάτωση ή όταν συγχρόνως χορηγούνται στον ασθενή και άλλα νεφροτοξικά φάρμακα. Μυελοτοξικότητα μπορεί να παρατηρηθεί όταν συγχωρηγούνται και άλλα δυνητικώς μυελοτοξικά φάρμακα. Νεώτερα φάρμακα που δοκιμάζονται είναι τα: famciclovir, penciclovir, valaciclovir.

B) Μεγαλοκυτταροϊός(CMV)

Η θεραπεία της λοίμωξης από μεγαλοκυτταροϊό γίνεται με τα ιοστατικά φάρμακα γανκυκλοβίρη και φוסκαρνέτη. Η δράση της γανκυκλοβίρης στηρίζεται στη αναστολή της DNA πολυμεράσης του ιού, ενώ η φוסκαρνέτη αναστέλλει και την ανάστροφη μεταγραφάση του HIV.

Οι κύριες ανεπιθύμητες ενέργειες των προαναφερθέντων είναι η ουδετεροπενία και για τη φוסκαρνέτη η υπασβεστιαίμια, νεφρική ανεπάρκεια και έλκη πέους. Ειδικότερα για τη φוסκαρνέτη η δοσολογία τροπολογείται αναλόγως με τη νεφρική λειτουργία.

Η μεγάλη πιθανότητα υποτροπής μετά την αρχική θεραπεία αν οι ασθενείς δεν τεθούν σε δευτερογενή χημειοπροφύλαξη, καθιστά τη χρόνια αυτή χορήγηση αναγκαία.

2.ΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

1)Καντιντίαση

α) Στοματοφάρυγγος.

Αποτελεί μια από τις πρωιμότερες εκδηλώσεις της λοίμωξης HIV και η άμεση θεραπεία της μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης οισοφαγικής προσβολής. Στις αρχικές και συνήθως ηπιότερες προσβολές, η τοπική θεραπεία με δισκία ή διαλύματα νυστατίνης ή ιλοτριμαζόλης είναι αποτελεσματική, ενώ για σοβαρότερες μορφές χρησιμοποιούνται η κετοконаζόλη ή οι νεώτερες τριαζόλες, φλουκοναζόλη, ιπρακοναζόλη.

Η μεγάλη συχνότητα υποτροπών σε ασθενείς στους οποίους οι καλλιέργειες για μύκητες είναι αρνητικές στο τέλος της αρχικής θεραπείας, υποδηλώνουν ότι οι υποτροπές αυτές οφείλονται σε επαναμόλυνση παρά σε

παραμονή του παθογόνου. Τα επαναλαμβανόμενα μικρής διάρκειας σχήματα θεραπείας, προτιμώνται συνεπώς από τη χρόνια θεραπεία χημειοκαταστολής.

β) Οισοφάγου.

Ήπιες περιπτώσεις μπορούν να θεραπευθούν με τοπική χρήση νυστατίνης, κροτριμαζόλης ή μικοναζόλης.

Δεν ενδείκνυται κατασταλτική θεραπεία.

γ) Συστηματική.

Η σπλαχνική προσβολή είναι σπάνια και η θεραπεία γίνεται με αμφοτερικίνη Β. Η δυνατότητα θεραπευτικού αποτελέσματος, φαίνεται να σχετίζεται με τον απόλυτο αριθμό των CD4 λεμφοκυττάρων.

3.ΜΥΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ.

1)Λοίμωξη από μυκοβακτηρίδιο φυματίωσης.

Τα χρησιμοποιούμενα και σε ανοσοανεπαρκείς ασθενείς φάρμακα, είναι δραστικά και στη φυματίωση των ασθενών με λοίμωξη HIV. Το CDC συνιστά θεραπευτικά σχήματα τα οποία περιέχουν 3 τουλάχιστον φάρμακα: ισονιαζίδη, ριφαμπικίνη, πυραζιναμίδη. Το συνολικό διάστημα θεραπείας πρέπει να είναι 9 μήνες και η θεραπεία να διακόπτεται τουλάχιστον 6 μήνες μετά την αρνητικοποίηση των πτυέλων. Πρέπει να γίνεται προσπάθεια απομόνωσης του παθογόνου, ώστε να ελέγχεται η ευαισθησία των μυκοβακτηριδίων στα αντιφυματικά φάρμακα.

Η συχνότητα υποτροπών της φυματίωσης σε ασθενείς με λοίμωξη HIV, φαίνεται να είναι μεγαλύτερη από ότι σε HIV (-) ασθενείς. Το γεγονός αυτό καθιστά απαραίτητη τη δια βίου παρακολούθηση των ασθενών αυτών, για πιθανότητα υποτροπής. Η θεραπεία των υποτροπών όταν δεν παρατηρείται αντοχή, γίνεται με τα ίδια φάρμακα του πρώτου επεισοδίου με καλή ανταπόκριση.¹⁵

3.1.γ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Προκειμένου ένα φάρμακο να χαρακτηριστεί ως αντιρετροϊκό, είναι απαραίτητο αυτό να δρα σε κάποιο σημείο του ιικού κύκλου κατά τη διάρκεια του πολλαπλασιασμού του ιού. Πολλά είναι γνωστά για τον πολλαπλασιασμό του HIV I, από τη στιγμή της κυτταρικής προσκόλλησης μέχρι την απελευθέρωση- εκβλάστηση των ωρίμων ιικών σωματιδίων. Έτσι το αντιρετροϊκό φάρμακο πρέπει να παρεμβαίνει ανασταλτικά σε συγκεκριμένο στάδιο του ιικού πολλαπλασιασμού. Ήδη έχουν δοκιμαστεί *in vitro* πολλά φάρμακα προκειμένου να γίνει γνωστή η δράση τους. Μεγάλος αριθμός τέτοιων φαρμάκων που αποδείχθηκε ότι προκαλούν αναστολή στην εξέλιξη του ιού, πέρασαν σε κλινικές δοκιμές και ήδη η ωφέλειά τους εκτιμήθηκε ανάλογα. Πολλά είναι πλέον γνωστά γύρω από τη φαρμακοκινητική, την τοξικότητα, τον τρόπο δράσης τους.

Έτσι μετά τον πρώτο θόρυβο και την απαισιοδοξία που προξένησε η ανεξέλεγκτη εξάπλωση της HIV λοίμωξης παγκόσμια, ακολούθησε μια συγκεκριμένη αισιοδοξία που ήταν αποτέλεσμα των πρώτων ευνοϊκών αποτελεσμάτων της αντιρετροϊκής θεραπείας.¹⁵

Όσον αφορά όμως τη γενικότερη αντιμετώπιση των ασθενών του AIDS, θα πρέπει να αναμένεται μεγαλύτερη ακόμα βελτίωση, μιας και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έχει εξοικειωθεί όχι μόνο με την αποδοχή της νοσηλείας ασθενών με AIDS, αλλά και με τον ορθό τρόπο εφαρμογής των νεότερων μεθόδων και μέσω για την καλύτερη θεραπεία των ασθενών. Η βελτίωση της συμπεριφοράς προς τους ασθενείς δεν αφορά όμως μόνο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Βαθμιαίως επεκτείνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Είναι βέβαιο ότι σε λίγο το AIDS θα θεωρείται και θα αντιμετωπίζεται σαν ένα από τα πολλά νοσήματα που πλήττουν τον άνθρωπο. Στο μέλλον θα αυξηθεί ακόμα περισσότερο η ευαισθησία προς τα ανθρώπινα δικαιώματα των ασθενών και των φορέων.¹⁷

3.2 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΝΕΟ ΦΑΡΜΑΚΟ Α.Ζ.Τ

Το πρώτο αισιόδοξο μήνυμα για την καταπολέμηση του AIDS, άρχισε ήδη να προβάλλει στον ορίζοντα (1996). Βρέθηκε από ένα ερευνητικό κέντρο των Η.Π.Α ένα πειραματικό φάρμακο, που χάρη στα ενθαρρυντικά 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 εγκαταλείφθηκε 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 εχορηγείτο υποκατάστατο, είχαν πεθάνει όλοι, ενώ από τους 145 που έπαιρναν Α.Ζ.Τ, πέθανε μόνο ένας. Και ακόμα διαπιστώθηκε ότι οι τελευταίοι βελτιώθηκαν, κέρδισαν βάρος και παρουσίασαν αύξηση του αριθμού των κυττάρων τα οποία καταστρέφει ο ιός του AIDS. ¹⁰

3.3 ΕΜΒΟΛΙΟ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΟΥ AIDS



Σε νέα φάση εισέρχονται οι πρώτες κλινικές δοκιμές σε ανθρώπους, υποψήφιου εμβολίου για το AIDS, το οποίο στοχεύει εναντίον ενός από τα κύρια στελέχη του ιού HIV που επικρατεί στην Αφρική.

Σκοπός του εμβολίου είναι να διεγείρει το ανοσοποιητικό σύστημα, δίνοντας στον οργανισμό του ασθενούς την ικανότητα να αποτρέψει την ανάπτυξη του ιού στον ανθρώπινο οργανισμό.

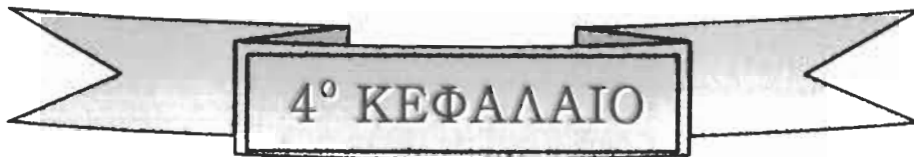
Ο κύριος στόχος των κλινικών μελετών είναι να προσδιοριστεί η ασφαλής δοσολογία των συστατικών του και -εάν καταστεί- δυνατό και οι επαναληπτικές δόσεις που θα απαιτούνται, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται ικανοποιητικός βαθμός αποτελεσματικότητας του εμβολίου.

Έχουν ήδη ξεκινήσει τις κλινικές δοκιμές του εμβολίου σε δυο ομάδες ατόμων και έχουν επιδοθεί σε αγώνα εύρεσης 120 επιπλέον εθελοντών, ηλικίας 18-60 ετών, οροαρνητικούς για τον ιό HIV, οι οποίοι να μην ανήκουν σε ομάδα ατόμων με υψηλό κίνδυνο προσβολής από AIDS.

Οι εξελίξεις στον τομέα των εμβολίων κατά του ιού HIV σε συνδυασμό με ένα εντατικό πρόγραμμα εκπαίδευσης του κοινού για τους τρόπους πρόληψης της νόσου, θα συμβάλλει πολύ στη μάχη κατά του AIDS, κυρίως σε χώρες που μαστίζονται από την ασθένεια, όπως η Αφρική.

3.4 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Πολλές στατιστικές έχουν δείξει ότι η πλειοψηφία των ασθενών καταλήγει στο θάνατο σε διάστημα τριών χρόνων από τη διάγνωση.



4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Πρόληψη – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

4.1 ΠΡΟΛΗΨΗ

Το ΑΙ D S μέσα σε λίγα χρόνια εξελίχθηκε σε πρώτο πρόβλημα Δημόσιας Υγείας. Για την αντιμετώπιση του αναπτύχθηκαν πρωτοβουλίες που στοχεύουν στην οργάνωση συστημάτων επαγρύπνησης. Κινητοποιήθηκε η ΠΟΥ και η διεθνής υγειονομική κοινότητα με στόχο τη μείωση του ρυθμού εξαπλώσεως της λοιμώξεως. Πρώτιστο μέτρο ήταν και είναι η ενημέρωση του υγειονομικού δυναμικού και η ορθή υγειονομική διαφώτιση του κοινού. Η σωστή ενημέρωση αποτελεί βασικό παράγοντα για την αποφυγή πανικού και υστερίας.

Άρχισε η εντατικοποίηση της έρευνας και η ανάπτυξη εθνικών ή συνεργατικών προγραμμάτων για τη μελέτη του συνδρόμου. Έτσι μελετήθηκαν τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των ομάδων υψηλού κινδύνου. Δημιουργήθηκαν οι προϋποθέσεις αντιμετώπισης των κρουσμάτων. Συνειδητοποιήθηκε το μέγεθος του προβλήματος και δόθηκε η δυνατότητα λήψεως δραστικών προληπτικών μέτρων.

Η ανακάλυψη του αιτιολογικού παράγοντα του AIDS προσέφερε διαγνωστικές και προληπτικές υπηρεσίες. Αποκάλυψε τα άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο να αναπτύξουν τη νόσο και ελαχιστοποίησε τον κίνδυνο ετεροφυλικής διασποράς. Εξασφάλισε ασφαλές και ακίνδυνο αίμα στους μεταγγιζόμενους. Συνέβαλε στην παραγωγή πήξεως.

Τέλος αναπτύχθηκαν πρωτοβουλίες για την προφύλαξη με ενεργητική ανοσοποίηση και για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του συνδρόμου του AIDS. Η εκπαίδευση αποτελεί επί του παρόντος το μόνο τρόπο αποτελεσματικού ελέγχου της επιδημίας του ΑΙD. Είναι γνωστό όμως πόσο δύσκολα μιλά ο ιατρός προς τον ασθενή ή ευρύτερα στα μέλη της κοινωνίας για τρόπους

σεξουαλικής συμπεριφοράς ή τεχνικές άσηπτης χρήσης απαγορευμένων ναρκωτικών. Για να προληφθεί όμως η εξάπλωση του HIV πρέπει να μεταφερθούν στον ασθενή βασικές πληροφορίες, αλλά και να υποδειχθούν οδηγίες για ορθή σεξουαλική συμπεριφορά. ¹⁶

4.2 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΜΕΙΩΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΙΟΥ HIV

Όλοι πρέπει να ενημερωθούν για τα επιδημιολογικά δεδομένα της νόσου AIDS και τους τρόπους συμπεριφοράς που ευνοούν την εξάπλωσή της, ώστε να βοηθήσουν στην πρόληψη.

Η ενημέρωση των νέων ατόμων για τους κινδύνους από τους πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους και τη συμμετοχή σε σεξουαλικές πράξεις χωρίς χρήση προφυλακτικού αποτελεί βασικό άξονα για την πρόληψη εξάπλωσης του ιού. Πιο αποτελεσματική κρίνεται η διδασκαλία για την ενημέρωση των κινδύνων από τη σεξουαλική συμπεριφορά, αν ταξινομηθούν οι σεξουαλικές επαφές ανάλογα με το βαθμό επικινδυνότητάς τους, ή βαθμολογηθεί η επικινδυνότητα των σεξουαλικών πράξεων.

Στόχο της εκπαίδευσης και της ενημέρωσης των ατόμων αποτελεί η αλλαγή της σεξουαλικής συμπεριφοράς τους, ώστε να μειώσουν τον αριθμό των μελλοντικών σεξουαλικών τους συντρόφων και να χρησιμοποιούν προφυλακτικά σε κάθε σεξουαλική επαφή.

Για τους χρήστες παρεντερικών τοξικών ουσιών ο κίνδυνος επαφής με μολυσμένο αίμα εντοπίζεται στη χρήση κοινής σύριγγας και βελόνας με άλλους χρήστες. Κάθε λύση του δέρματος από χρησιμοποιημένη βελόνα για ενδοφλέβια, ενδομυϊκή, υποδόρια ή ενδοδερμική χορήγηση ναρκωτικών θεωρείται εξαιρετικά επικίνδυνη.

Στόχο της εκπαίδευσης και της ενημέρωσης των χρηστών αποτελεί η διακοπή της χρήσης ναρκωτικών, μέσα από τη συνειδητοποίηση των κινδύνων που κάτι τέτοιο συνεπάγεται.

Για τους χρήστες που δεν μπορούν να διακόψουν λόγω εθισμού συνιστάται αποτοξίνωση ή τουλάχιστον εκπαίδευση για ασηψία της τεχνικής που χρησιμοποιούν και χρήση αποστειρωμένων βελονών και συριγγών.

Τα άτομα πρέπει να κατανοήσουν ότι διατρέχουν κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV έστω και αν δεν μετέχουν προσωπικά σε καμιά υψηλού κινδύνου πράξη, αλλά μετέχει ο σεξουαλικός τους σύντροφος. Άρα η γνώση της προγενέστερης σεξουαλικής ζωής του ερωτικού συντρόφου θεωρείται καθοριστική. Αν κάποιος αγνοεί το ιστορικό του ερωτικού συντρόφου, τότε η σεξουαλική επαφή πρέπει να γίνεται όχι μόνο με χρήση προφυλακτικού αλλά και με μόνο τους τρόπους που θεωρούνται χαμηλού κινδύνου μετάδοσης του ιού.

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχει επικρατήσει ο όρος «ασφαλές σεξ», «safe sex» για ένα σύνολο κανόνων προφύλαξης κατά τη σεξουαλική πράξη, όταν ο ένας εκ των συντρόφων είναι ύποπτος ή ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου.

Το «ασφαλές σεξ» περιλαμβάνει αποφυγή κάθε επικίνδυνης σεξουαλικής πράξης όπως σεξουαλική επαφή από ορθό ή κόλπο, την χρήση προφυλακτικού



diάρκεια της στροφή στον ρομαντικό αποφυγή βίαιων ερωτικών Φυσικά η

latex κατά τη επαφής, τη πλατωνικό έρωτα και την και αιματηρών πράξεων. πλήρης

σεξουαλική αποχή είναι η μόνη απολύτως ασφαλής μέθοδος πρόληψης μετάδοσης του ιού μέσω σεξουαλικής επαφής. Η μέθοδος αυτή δεν είναι δημοφιλής ιδιαίτερα ανάμεσα στους νεαρούς πληθυσμούς 25-35 ετών, οπότε συνιστάται η εφαρμογή των κανόνων του «ασφαλούς σεξ».

Οι ασθενείς που είχαν υποστεί μετάγγιση αίματος ή είχαν λάβει παράγωγα αίματος πριν το 1985 διατρέχουν κίνδυνο να έχουν μολυνθεί και συνιστάται ορολογικός έλεγχος αντισωμάτων έναντι του ιού HIV. Σήμερα όλοι οι αιμοδότες αξιολογούνται προ της αιμοδοσίας για το αν έχουν παράγοντες κινδύνου, το δε αίμα ελέγχεται για HIV αντισώματα. Έτσι ο κίνδυνος μετάδοσης ύστερα από αυτούς τους ελέγχους είναι εξαιρετικά μικρός σήμερα και υπολογίζεται σε 1: 40000 με 1:150000 μονάδες ανά έτος για τις ΗΠΑ.

Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δίνεται στο ιστορικό των νέων ατόμων 16-20 ετών, όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου.

Η πρόληψη του AIDS μεταξύ των εφήβων θεωρείται υψίστης σημασίας για την ανακοπή της επιδημίας. Η αλλαγή στάσης των νέων ατόμων πρέπει να γίνεται στα σχολεία ή σε συλλόγους με διάφορες εκπαιδευτικές τεχνικές όπως προβολή ταινιών, εκπαίδευση σεξουαλικής αγωγής κ.τ.λ

Περαιτέρω μελέτες απαιτούνται για την αξιολόγηση των προγραμμάτων και τεχνικές διαφώτισης των εφήβων δεδομένου ότι το ποσοστό των φοιτητών που παίρνουν προφύλαξη κατά τη σεξουαλική πράξη μετά από ειδικά επιμορφωτικά σεμινάρια είναι χαμηλό.

4.3 ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Η έκθεση στον ιό HIV για τους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας και ερευνητικά Ιστολογικά κέντρα αποτελεί σημαντικό Υγειονομικό πρόβλημα για τις Κρατικές Υπηρεσίες Υγείας και πηγή άγχους και ανησυχίας για τους εργαζομένους.

Οι συγκεκριμένοι εργαζόμενοι μπορούν με τη πιστή εφαρμογή ορισμένων κανόνων να μειώσουν τον κίνδυνο έκθεσης σε αίμα ή μολυσμένο με αίμα βιολογικό υγρό του ασθενούς.

Το CDC-ΗΠΑ εξέδωσε μια σειρά οδηγιών για προφύλαξη νοσοκομειακών και νοσηλευτικού προσωπικού, που ονομάστηκαν «

Τρόποι καθολικής προφύλαξης» και τούτο διότι η βασική φιλοσοφία των κανόνων είναι, ότι όλοι οι ασθενείς πρέπει να θεωρούνται μολυσμένοι με τον ιό HIV και έτσι να αντιμετωπίζονται.

Αλλά και παρά την πιστή εφαρμογή των οδηγιών αυτών έχει παρατηρηθεί, ότι τα ατυχήματα συνεχώς αυξάνουν ιδίως με συσκευές με αιχμηρό άκρο. Επειδή δε το 80% των επαγγελματικών εκθέσεων προέρχεται από τρύπημα αιχμηρού αντικειμένου, μεγαλύτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στα μέτρα αποφυγής τραυματισμού από αιχμηρά αντικείμενα.

Πέραν των «κανόνων καθολικής προφύλαξης» του CDC οι παρακάτω οδηγίες πρέπει να τηρούνται κατά το χειρισμό αίματος ή βιολογικών υγρών από ασθενή με HIV λοίμωξη

Α) Ύστερα από επαφή με HIV (+) ασθενή πλύσιμο των χεριών με σαπούνι και υγρό για 10'. Αν άθικτο δέρμα του εργαζομένου έρθει σε επαφή με αίμα ή βιολογικά υγρά η περιοχή πρέπει να πλυθεί αμέσως.

Εργαζόμενοι με δερματίτιδα ή δερματικές βλάβες δεν πρέπει να ασχολούνται με HIV (+) ασθενείς ούτε να εκτελούνται αιματικές εξετάσεις.

Β) Γάντια να φοριούνται για κάθε εργασία που αφορά αίμα ή βιολογικά υγρά. Σε εξαιρετικά επικίνδυνες καταστάσεις συνιστώνται διπλά γάντια ή ειδικά μεταλλικά για επιπλέον προστασία

Γ) Χειρουργικές τεχνικές που απαιτούν τυφλούς χειρισμούς πρέπει να αποφεύγονται.

Δ) Ειδικές οδηγίες απαιτούνται για την προφύλαξη οδοντίατρου και του ασθενούς στο οδοντιατρείο.

Στ) ειδικές απορροφητικές αντλίες πρέπει να χρησιμοποιούνται για καυτηριασμούς σε HIV(+) ασθενείς.

Ζ) Ειδικές οδηγίες και προφυλάξεις απαιτούνται για νεκροτομές σε όλους τους ασθενείς όπου κάθε βιολογικό υλικό από το πτώμα θεωρείται δυνητικά μολυσμένο.

Η) Όλοι οι εργαζόμενοι στον τομέα υγείας πρέπει να παρακολουθούν ετήσιο σεμινάριο μετεκπαίδευσης για την προφύλαξή τους από ατύχημα.

Θ) Νυστέρια και βελόνες πρέπει να αγγίζονται με εξαιρετική προσοχή. Απαιτείται να παραγγελθούν σύριγγες νέου τύπου που φέρουν βελόνες με προστατευτικά καλύμματα ή μεταλλικές ενδοφλέβιες γραμμές.

Οι νέες ασφαλείς συσκευές έχουν μειώσει τα ατυχήματα κατά 70-90%, είναι εύκολες στη χρήση, εξίσου αποτελεσματικές προς τις κλασσικές, το δε προσωπικό γρήγορα εξοικειώνεται με αυτές. Το μόνο εμπόδιο στη χρήση τους μέχρι σήμερα είναι το κόστος τους που υπερβαίνει κατά 2 έως 5 φορές το κόστος των κλασσικών συριγγών.

Τέλος πρέπει και να επισημανθεί ότι μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν τα άτομα που ανήκουν στο **προσωπικό εργαστηρίων**. Δίδεται μια σειρά οδηγιών για τα συγκεκριμένα άτομα, η οποία είναι η εξής:

1) Απαραίτητη είναι η χρήση γαντιών και ιατρικών μπλουζών κατά την εργασία με αίμα, εκκρίματα και απεκκρίματα ασθενών με AIDS. Επίσης αναγκαία είναι η χρησιμοποίηση ειδικών χώρων για την εργαστηριακή διερεύνηση των υπόπτων για AIDS ασθενών. Οι βιολογικοί θάλαμοι ασθένειας που χρησιμοποιούνται για διάφορους ιούς, μυκοβακτηρίδια και πρωτόζωα είναι κατάλληλοι για το σκοπό αυτό.

2) Μεγάλη προσοχή να δίδεται αποφυγή τυχαίου εμβολιασμού με τα παραπάνω υλικά. Ο καλύτερος τρόπος αποφυγής είναι η χρησιμοποίηση πλαστικών αντικειμένων μίας χρήσεως και όχι γυάλινων υλικών που μπορούν να δημιουργήσουν τραυματισμούς.

3) Συνιστάται η χρήση σιφωνιών μηχανικής απορρόφησης

4) Οι επιφάνειες και τα αντικείμενα που τυχόν μολύνονται πρέπει να απολυμαίνονται με υποχλωριώδες νάτριο. Όλα τα μολυσμένα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται στο εργαστήριο πρέπει να αποστειρώνονται σε αυτόκαυστα ή ξηρό κλίβανο, ανάλογα με τη φύση των υλικών, πριν την απόρριψη ή επαναχρησιμοποίησή τους.

5) Το προσωπικό θα πρέπει να αλλάξει τα προστατευτικά ενδύματα μετά το πέρας της εργασίας. Εννοείται ότι απαγορεύεται το προσωπικό να τρώει, να πίνει και να καπνίζει κατά την εργασία τους στους χώρους αυτούς. ¹⁶

4.4 ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ AIDS

Όταν ο ιός ευρεθεί εκτός του ανθρώπινου σώματος είναι εξαιρετικά ευαίσθητος στο φως και τη θερμότητα και εύκολα θανατώνεται από τα εν χρήσει αντσηπτικά που χρησιμοποιούνται στο νοσοκομείο . όπως τεταρτογενείς ενώσεις αμμωνίου 0,3%, 50ppm Νατριούχος υποχλωρίτης. Οι χειριστές φυγοκέντρων στα εργαστήρια πρέπει να εκπαιδευτούν, πώς να τις καθαρίζουν. Τα ρούχα και τα κλινοσκεπάσματα αποστειρώνονται στους 170C . Βιολογικά υγρά ή ιστοί HIV(+) ασθενούς πρέπει να μεταφέρονται σε ειδικούς κάδους ή συλλέκτες, το αίμα όμως των ασθενών που στέλλεται στα εργαστήρια θεωρητικώς δεν πρέπει να φέρει ειδικό αναγνωριστικό πώμα.

Είναι αμφιλεγόμενο θέμα αν τα βιολογικά υλικά HIV(+) απαιτούν ειδική αποστείρωση προτού αποβληθούν στους γενικούς υπονόμους, δεδομένου ότι οι ιοί δεν επιζούν εκτός των ανθρωπίνων κυττάρων. ¹⁵

Είναι, ακόμα, απαραίτητη και επείγουσα ανάπτυξη ενός ασφαλούς προληπτικού εμβολίου. Παρά τη δεκαετή έρευνα για την ανακάλυψη ιδανικού εμβολίου βρισκόμαστε ακόμα σε πρόδρομα σημεία ερευνητικής μελέτης.

Το εμβόλιο έναντι του ιού HIV πρέπει να έχει τις ακόλουθες ιδιότητες για να θεωρηθεί επιτυχές.

A) Να χορηγείται εύκολα

B) Να παραμένει αναλλοίωτο κατά την αποθήκευσή του και να μεταφέρεται εύκολα.

Γ) Να προφυλάσσει ύστερα από την έκθεση στον ιό HIV μέσω του βλεννογόνου και παρεντερικής οδού.

Δ) Να προκαλεί ικανοποιητική αντίδραση και σταθερά ανοσολογική απάντηση.

E) Να είναι ασφαλές και καλά ανεκτό από το άτομο.

Z) Να προφυλάσσει από λοίμωξη από τον ιό HIV και όχι μόνο από την εμφάνιση κλινικών εκδηλώσεων. ¹⁹

4.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ



Η νοσηλεία ανθρώπων με τον ιό HIV δεν ήταν ούτε και θα είναι μια εύκολη υπόθεση για τους νοσηλευτές, σίγουρα όμως εμπεριέχει μεγάλες δόσεις συναισθηματικής ανταμοιβής αλλά και όχι μόνο.

Πρέπει λοιπόν, να γίνει σαφές ότι η προσέγγιση ατόμου που έχει επιμολυνθεί με τον ιό HIV είναι ανάγκη να εμπεριέχει όχι μόνο φυσική φροντίδα, αλλά ταυτόχρονα ψυχοκοινωνική και πνευματική.

Είναι γεγονός ότι η επιμόλυνση με το συγκεκριμένο ιό πλήττει ανεξαιρέτως όλες τις κοινωνικές τάξεις. Επομένως οι νοσηλευτές όλων των επιπέδων είναι υποχρεωμένοι να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα που προκύπτουν, διότι αν δεν το έχουν ήδη κάνει είναι

Μοιραίο ότι θα εμφανιστούν πολύ περισσότερα κρούσματα στο μέλλον.

26

4.5 α ΣΤΟΧΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

- ↓ -Προστασία του ασθενούς από νέες λοιμώξεις και επιπλοκές.
- ↓ -Πρόληψη μεταδόσεως τυχόν υπάρχουσας λοιμώξεως και του AIDS σε άλλα άτομα ή στο προσωπικό νοσηλείας
- ↓ -Συστηματική παρακολούθηση της καταστάσεως και της πορείας του με λήψη ζωτικών σημείων κ. α.
- ↓ - Ενίσχυση της άμυνάς του με κατάλληλη διατροφή και ενυδάτωση.
- ↓ -Ανακούφιση του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων με εφαρμογή θεραπευτικών και νοσηλευτικών μέτρων και εκπλήρωση των ατομικών αναγκών του.
- ↓ -Διάλογος και συνεργασία μαζί του.
- ↓ -Ψυχολογική υποστήριξη και ενίσχυση του ασθενούς και της οικογένειάς του και βοήθεια στη λύση προβλημάτων που δημιουργεί η αρρώστια.
- ↓ -Διδασκαλία αυτοπροστασίας, αυτοφροντίδας και προστασίας του περιβάλλοντος.
- ↓ -Ενθάρρυνση και καθοδήγηση να αναλάβει ο ίδιος ο ασθενής την ευθύνη και τη φροντίδα της υγείας του (2 ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ)

Σύμφωνα με οδηγίες που εκδόθηκαν από το Εθνικό κέντρο Ηπατίτιδας, οι ασχολούμενοι με τη νοσηλεία ασθενών με AIDS θα πρέπει να γνωρίζουν και να εφαρμόζουν τα ακόλουθα:

- 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 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 τη 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 αυτόκαυστο.
- 7) Ιατρικά όργανα ή λοιπά αντικείμενα που μπορεί να έχουν μολυνθεί πρέπει να απολυμαίνονται.
- 8) Οι ασχολούμενοι με τη νοσηλεία ασθενών με AIDS θα πρέπει να δώσουν μεγάλη σημασία στη 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 τα κοινωνικά σύνολο. ⁷

4.5.β ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

- ⊙ -Ο ασθενής δεν παρουσίασε άλλη φλεγμονή, ή, αν παρουσίασε, αντιμετωπίστηκε έγκαιρα.
- ⊙ -Οι συγγενείς του και το προσωπικό-νοσηλευτικό και γιατροί δεν μολύνθηκαν από την υπάρχουσα φλεγμονή.
- ⊙ -Ο ασθενής δείχνει θετική επιθυμητή αλλαγή συμπεριφοράς, ικανότητα λήψεως αποφάσεων για την υγεία του και λιγότερη μελαγχολία.
- ⊙ -Ακολουθεί υγιεινό τρόπο ζωής, εφαρμόζει τις αναγκαίες προφυλάξεις, τηρεί το πρόγραμμα θεραπείας του.
- ⊙ -Υπερνικά τα αισθήματα φόβου και αβεβαιότητας και έχει αισιόδοξες προοπτικές για τη ζωή.
- ⊙ -Προστατεύει υπεύθυνα και ενεργητικά την όλη υγεία του ασθενή. ⁹

4.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ AIDS.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Νέος ασθενής προσήλθε με το παρακάτω ιστορικό.

Όνομα:.....

Επώνυμο:.....

Ημερομηνία γέννησης: 9/1/1956, ετών 45.

Τόπος γέννησης: Θεσσαλονίκη.

Επάγγελμα: Τραπεζικός Υπάλληλος.

Εισαγωγή: 1/8/1989 (HIV+Σύνδρομο Karosi)

Κληρονομικό ιστορικό: Δεν αναφέρει.

Ατομικό ιστορικό:

1) ΤBC διαγνωσθείσα το 1983 ενώ υπηρετούσε τη στρατιωτική του θητεία. Νοσηλεύτηκε στο 251 ΓΝΑ από 6/6/1983-17/6/1983, με διάγνωση «ΤBC πλευρίτις δεξιά αποδρομούσα, υπό αγωγή». Έλαβα αντιφυματική αγωγή στο νοσοκομείο για ένα χρόνο.

2) Γονοκοκκική ουρηθρίτιδα δύο φορές (1980 & 1988).

Θεραπεία με Tnobiciu.

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

Τον Μάιο του 1985, ύστερα από «ύποπτη» επαφή ελέγχεται για HIV και εγκρίνεται οροθετικός(ο ερωτικός του σύντροφος αναπτύσσει AIDS και πεθαίνει το 1987).

Από το 1987 παρακολουθείται στη Θεσσαλονίκη(δερματολογική κλινική) και στην Αθήνα. Από το 1987 εμφανίζει διόγκωση των τραχηλικών λεμφαδένων. Καθ'όλο το διάστημα αυτό('85-'89) δεν εμφανίζει διάρροια, πυρετό, λοιμώξεις, μυκητιάσεις ή δερματικές εκδηλώσεις.

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

Ακολουθεί σχεδιάγραμμα νοσηλευτικής διεργασίας.

(Στην επόμενη σελίδα)

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Αξιολόγηση αναγκών, προβλημάτων και συμπτωμάτων του ασθενούς.	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή προγραμματισμού.	Εκτίμηση αποτελεσμάτων.
1)Φόβος, αγωνία, ανησυχία, άγχος, κατάθλιψη.	-Μείωση των συναισθημάτων του & ηρεμία. -Δημιουργία ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης προς τη νοσηλεύτρια.	-Συζήτηση με τον άρρωστο. -Ηθική τόνωση. -Αίσθημα ασφάλειας.	-Εφαρμόστηκε το πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας. -Άρνηση αρρώστου για συζήτηση των προβλημάτων του.	-Δεν υπάρχει ιδιαίτερη βελτίωση των συμπτωμάτων. -Μετά τη συμβουλή ψυχιάτρου άρχισε προσπάθειες για την αντιμετώπιση του άγχους.
2)Δύσπνοια και κυάνωση.	-Ανακούφιση των συμπτωμάτων και αντιμετώπισή τους.	-Ενημέρωση για κατάλληλη θέση(ημικαθιστή) -Χορήγηση O2 -Παρακολούθηση της αναπνοής και του χαρακτήρα της. -Περιορισμός αριθμού επισκεπτών. -Γεύματα μικρά, συχνά & εύπεπτα. -Διατήρηση θερμοκρασίας δωματίου 15 βαθμούςC.	-Άρση ερεισίνωτου για ανύψωση του ασθενούς. -Χορήγηση O2 με μάσκα. -Μέτρηση αναπνοών ανά 30' -Χορήγηση σούπας & υγρών. -Παρακολούθηση θερμοκρασίας δωματίου & διατήρηση αθόρυβου περιβάλλοντος.	-Μερική εξάλειψη δύσπνοιας.
3)Νυχτερινές επιδρώσεις.	-Παραμονή του αρρώστου στεγνού. -Διατήρηση της άνεσής του.	-Παρατήρηση & καταγραφή νυχτερινών επιδρώσεων. -Πρόληψη κρυολογήματος. -Αλλαγή κλινοσκεπασμάτων & ρούχων. -Ακριβής μέτρηση- διατήρηση ισοζυγίου υγρών. -Ανακούφιση δίψας. -Καθαριότητα δέρματος/απομάκρυνση κάκοσμων & τοξικών ουσιών.	-Ανοίχτηκαν τα παράθυρα για το σωστό αερισμό του χώρου. -Αλλάχθηκαν τα κλινοσκεπάσματα & ο ρουχισμός. -Μετρήθηκαν τα ούρα & καταγράφηκαν τα υγρά που πήρε ο ασθενής. -Ενημερώθηκε για την αναγκαιότητα της καθαριότητάς του.	-Αντιμετωπίστηκε σημαντικά το πρόβλημα των επιδρώσεων και ο ασθενής ένιωσε πολύ καλύτερα.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Αξιολόγηση αναγκών, προβλημάτων και συμπτωμάτων του ασθενούς.	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή προγραμματισμού.	Εκτίμηση αποτελεσμάτων.
4) Διάρροιες.	-Φροντίδα του ασθενούς για να μην δημιουργηθούν περαιτέρω προβλήματα. -Αντιμετώπιση της διάρροιας.	-Καταγραφή των κενώσεων. -Στερεά τροφή σε μικρά & συχνά γεύματα. -Καθαριότητα δέρματος για την πρόληψη δερματίτιδας & κατακλίσεων.	-Καταγράφηκαν 3 υδαρείς κενώσεις. -Λήψη σκληρής τροφής. -Ο άρρωστος κάνει λουτρό καθαριότητας μόνος του.	-Ανπεμπιστίστηκε η διάρροια. -Έγινε παρασιτολογική εξέταση κοπράνων.
5) Πυρετός από 37,5-39°C	-Πρόκληση αγγειοσύσπασης. Μείωση του πυρετού & φροντίδα του αρρώστου κατά τη διάρκειά του.	-Διατήρηση του σώματος δροσερού με ψυχρές περιτυλίξεις, λουτρό με δροσερό νερό στο οποίο διαλύεται αλάτι. -Χορήγηση άφθονων & δροσερών υγρών. -Προστασία από κρυολόγημα με: Αλλαγή του ιδρωμένου ιματισμού & ρουχισμού, προφύλαξη από ρεύματα αέρα & σταδιακή μείωση της θερμοκρασίας. -Χορήγηση ανπυρεπικών φαρμάκων μετά από οδηγία ιατρού.	-Παραμονή κοντά στον άρρωστο & τοποθέτηση κομπρέσων. -Αλλάχθηκε ο ιματισμός & ρουχισμός του αρρώστου. -Καταγράφηκαν τα υγρά που πήρε. -Παρακολουθείται η θερμοκρασία κάθε τρεις ώρες.	-Μείωση του πυρετού στους 37°C και ικανοποιητική κατάσταση του αρρώστου.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Αξιολόγηση αναγκών, προβλημάτων και συμπτωμάτων του ασθενούς.	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή προγραμματισμού.	Εκτίμηση αποτελεσμάτων.
6)Ερυθρότητα, οίδημα ούλων, κακοσμία & αιμορραγία στοματικής κοιλότητας.	-Αντιμέτωση των συμπτωμάτων.	-Πλύσιμο της στοματικής κοιλότητας με αντισηπτικό διάλυμα κάθε τρεις ώρες. -Φροντίδα του στόματος με ελαφριές κινήσεις. -Αποφυγή λήψης ερεθιστικών τροφών.	-Έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας με αντισηπτικό & διδασκαλία της τεχνικής της φροντίδας της στοματικής κοιλότητας. -Διαιτολόγιο χωρίς πολύ αλάτι, σάλτσες κ.τ.λ	-Δεν παρατηρήθηκε υποχώρηση των συμπτωμάτων.
7)Αρθραλγίες.	-Ανακούφιση από τον πόνο.	-Μείωση του βάρους κλινοσκεπασμάτων. -Κατάλληλη θέση στο κρεβάτι. -Ακινητοποίηση των αρθρώσεων. -Αλλαγή της θέσης του αρρώστου. -Χορήγηση παυσίπονων φαρμάκων.	-Κάλυψη του αρρώστου μόνο με ένα σεντόνι. -Ανάρροπη θέση & συχνή αλλαγή θέσεων.	-Περιορίστηκε ο πόνος & ο άρρωστος ήταν αρκετά ήρεμος.
8)Απλός έρπης & σάρκωμα.	-Προφύλαξη από τις λοιμώξεις.	-Λουτρό καθαριότητας. -Διατήρηση καθαρών κλινοσκεπασμάτων. -Λήψη προφυλακτικών μέτρων για τον ασθενή & τη νοσηλεύτρια. -Προσπάθεια για μείωση των φορέων μικροβίων. -Νοσηλεία του αρρώστου σε μοναχικό δωμάτιο. -Επίσης χορηγείται το αντιϊικό...	-Ο άρρωστος έκανε λουτρό καθαριότητας μόνος του. -Αλλάχτηκε ο ιματισμός. Εφαρμόστηκε: πλύσιμο χεριών πριν και μετά τη νοσηλεία. Χρησιμοποιήθηκαν επίσης γάντια, μάσκα, ποδιά. -Η νοσηλεία του αρρώστου έγινε από τη ίδια νοσηλεύτρια για αποφυγή τυχόν μικροβιοφορέων.	-Δεν εμφάνισε ύφεση στις λοιμώξεις που παρουσίασε.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Αξιολόγηση αναγκών, προβλημάτων και συμπτωμάτων του ασθενούς.	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή προγραμματισμού.	Εκτίμηση αποτελεσμάτων.
9) Καταβολή δυνάμεων, ανορεξία, απώλεια βάρους.	<ul style="list-style-type: none"> -Ανακούφιση από την κακουχία. -Σωματική τόνωση. -Αύξηση της διάθεσης για φαγητό. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ενίσχυση του διαιτολογίου με λευκώματα. -Μείωση φυσικών δραστηριοτήτων. -Χορήγηση υγρών εμπλουτισμένα με ζάχαρη για την κάλυψη θερμιδικών αναγκών. Για την αύξηση της διαθέσεως του αρρώστου για φαγητό: -Χορήγηση τροφής της προτίμησής του. -Ελκυστικός δίσκος. -Ποικιλία τροφών. -Διατήρηση καθαρής στοματικής κοιλότητας. -Ενημέρωση δελτίου νοσηλείας/ καταγραφή ποσότητας τροφής. 	<ul style="list-style-type: none"> -Χορήγηση αυγού, ψαριού, γάλακτος. -Παραμονή στο κρεβάτι. -Δόθηκε πορτοκαλάδα με ζάχαρη. -Ο άρρωστος έφαγε ικανοποιητική ποσότητα φαγητού. -Συζήτηση με τον άρρωστο για τις διατροφικές του προτιμήσεις. -Πλύθηκε το στόμα του αρρώστου από τον ίδιο. -Καταγράφηκαν τα γεύματα του αρρώστου. 	<ul style="list-style-type: none"> -Μείωση της ανορεξίας & ταυτόχρονα της απώλειας βάρους. -Συνέχιση καταβολής δυνάμεων.
10)Κεφαλαλγία, σύγχυση.	<ul style="list-style-type: none"> -Αντιμετώπιση κεφαλαλγίας & σύγχυσης. 	<ul style="list-style-type: none"> Για την ανακούφιση από την κεφαλαλγία: -Περιορισμός θορύβων. -Περιορισμός έντονου φωτισμού. -Χορήγηση αναλγητικών κατόπιν ιατρικής οδηγίας. -Προσανατολισμός στο χώρο & το χρόνο. -Προστασία από πτώση. 	<ul style="list-style-type: none"> -Απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες. -Κλείστηκαν τα πατζούρια για να μειωθεί το φως. -Χορηγήθηκαν αναλγητικά... -Τοποθετήθηκαν κομπρέσες. -Προστασία του αρρώστου με κάγκελα. 	<ul style="list-style-type: none"> -Περιορίστηκε η απώλεια προσανατολισμού. -Περιορίστηκε η κεφαλαλγία,

4.7 Αποκατάσταση του αρρώστου:

Η νοσηλεύτρια μετά από την έξοδο του αρρώστου από το νοσοκομείο, κατ'αρχήν έδωσε ορισμένες οδηγίες και κυρίως τον ενημέρωσε για τους τρόπους αποφυγής μεταδόσεως της ασθένειάς του.

Ο άρρωστος ενημερώθηκε επίσης για τα εξής:

- ♥ Να μην έχει με άλλους ανθρώπους κοινές ξυριστικές λεπίδες και οδοντόβουρτσες.
- ♥ Να μην προσφέρει ΠΟΤΕ αίμα σαν αιμοδότης.
- ♥ Να προσέχει τις σχέσεις του(και αυτό γιατί στο ιστορικό του αναφέρθηκαν στο παρελθόν ομοφυλοφιλικές σχέσεις).

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

Η νοσηλεύτρια σταδιακά προσπάθησε να κάνει το άτομο να χρησιμοποιήσει όλες τις ικανότητές του και έτσι να επιτύχει μια καλύτερη «ποιότητα ζωής».

Τέλος η νοσηλεύτρια φρόντισε ώστε ο άρρωστος να επικοινωνεί με την Κοινωνική Λειτουργό και να συζητά μαζί της οποιαδήποτε προβλήματα θα εμφανίσει κατά τη διάρκεια της παραμονής του στο σπίτι.

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

4.8 ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS.

Για την παρακολούθηση, τη νοσηλεία και τη θεραπεία λοιμώξεων που προσβάλλουν τους ασθενείς Ειδικών Λοιμώξεων ,από αυτές 9 βρίσκονται στην περιοχή των Αθηνών (στα νοσοκομεία Α. Συγγρός, Λαϊκό, Ευαγγελισμός, Ιπποκράτειο, Γενικό Κρατικό, νοσοκομείο Δυτικής Αττικής, ΝΝΘΑ Σωτηρία, 1 Θεραπευτήριο ΙΚΑ Νοσοκομείο Παίδων Αγία Σοφία,), 3 Μονάδες στη Θεσσαλονίκη (ΑΧΕΠΑ , Ιπποκράτειο, Γ. Παπανικολάου) 1 Μονάδα στη Πάτρα(Π.Π.Γ.Ν. Πατρών), 1 Μονάδα στην Αλεξανδρούπολη (Περιφερικό Γενικό Νοσοκομείο) 1 Μονάδα στα Ιωάννινα (Περιφερικό Γενικό Νοσοκομείο) και 1 Μονάδα στο Ηράκλειο Κρήτης (Γενικό Περιφερικό Νοσοκομείο).

Τα αντιρετροϊκά φάρμακα (AZT, CDC, DDI) χορηγούνται δωρεάν μετά από τη γνωμάτευση ειδικής επιτροπής. Σε κάθε μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων λειτουργεί:α) Κλινική εσωτερικών ασθενών, β) Κλινική μιας ημέρας λόγω αυξανόμενου αριθμού ασθενών και συνεπώς έλλειψη κλινών .²



5° ΚΕΦΑΛΑΙΟ

AIDS και ηθικές αξίες.

5.1 ΗΘΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ AIDS

Τί συνήθως εννοούμε με τον όρο «ηθική θεώρηση» του AIDS: Μια κοινωνική δεοντολογία για την αντιμετώπιση των θυμάτων της αρρώστιας. Την εξασφάλιση των ατομικών τους δικαιωμάτων, τη μη απομόνωσή τους από το σύνολο, την οργανωμένη κρατική φροντίδα και πρόνοια για την εξασφάλιση νοσηλείας ή και εργασίας, στέγασης, ασφάλειας κ.τ.λ.

Μια τέτοια δεοντολογία, είναι απλώς ευχολόγιο. Βασίζεται μόνο στη λογική και στα αισθήματα συμπάθειας. Τα κίνητρό της είναι μια απρόσωπη κοινωνική μηχανική που αντιμετωπίζει τους ανθρώπους με ολιστικές ταξινομήσεις, στατιστικές, δείκτες επικινδυνότητας κ.τ.λ

Η λογική μιας ηθικής θεώρησης του AIDS δε μπορεί να είναι λογική της ατομικής υγείας, αλλά λογική της ανθρώπινης σχέσης. Η υγεία του ατόμου, η προφύλαξη του ατόμου, προϋποθέτουν την εφιαλτική απανθρωπιά της ανέραστης σχέσης, την εκδοχή του «sex» ως μηχανιστικής ατομοκεντρικής ικανοποίησης. Γι'αυτό και το μέτρο της ευρύτερης διαφήμισης των «προφυλακτικών» είναι ανατριχιαστικό σύμπτωμα εκβομβαρδισμού μιας κοινωνίας.

Μοναδική δυνατότητα ηθικής αγωγής για το AIDS: η εκστρατεία ενάντια στον ανέραστο σεξουαλισμό στην εμπορευματοποίηση του sex. Μόνο ο έρωτας ως δυναμική προσωπικής σχέσης μπορεί να υπηρετήσει το ανθρώπινο ήθος. Κάθε άλλη αντιμετώπιση θα είναι αναπόφευκτα ή αστυνομική ή ανεδαφικά ιδεαλιστική. ⁸

5.2 AIDS ΚΑΙ ΗΘΙΚΕΣ ΑΞΙΕΣ

Εντύπωση προκάλεσε ανά τον κόσμο ολόκληρο η σαφής και χωρίς περιστροφές τοποθέτηση του πρώην Προέδρου των Η.Π.Α Τζώρτζ Μπούς(του πρεσβυτέρου), ο οποίος σε τηλεοπτική συνέντευξη δήλωσε: «*Η διανομή από το Κράτος συριγγών και προφυλακτικών, αποτελεί καταπάτηση των ηθικών αξιών της Αμερικανικής κοινωνίας, μιας κοινωνίας η οποία κινδυνεύει ίσως όσο καμία άλλη του ανεπτυγμένου κόσμου, από τη θανατηφόρο μάστιγα*». Και όταν ρωτήθηκε από τον ίδιο αυτόν σταθμό, το ABC, εάν θα υποστηρίξει πρόγραμμα διανομής προφυλακτικών των Δημοτικών Αρχών της Νέας Υόρκης σε εφήβους και μαθητές, για να έχουν «ασφαλείς» ερωτικές σχέσεις, υπήρξε κατηγορηματικός: «*Δεν θα το κάνω ποτέ, ούτε εγώ, ούτε η κυβέρνηση*», και πρόσθεσε: «*Οι θεμελιώδεις ηθικές αξίες της Αμερικανικής Κοινωνίας πρέπει με κάθε τρόπο να προστατευθούν, όποιο και αν είναι το κόστος, ακόμη και αν αυτό μεταφράζεται σε ανθρώπινες ζωές*». ¹

5.3 Η ΥΣΤΕΡΙΑ ΓΙΑ ΤΟ AIDS

1.
SVĚTONÝ
DEN BOJE
PROTI
AIDS



Είναι γεγονός αναντίρρητο ότι πανικός έχει καταλάβει τον κόσμο, μπροστά στον «διεθνή τρομοκράτη» του AIDS, με τραγικές κοινωνικές συνέπειες. Πρώτοι, και δικαιολογημένα, πανικοβλήθηκαν τα άτομα που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Περιστατικά που φανερώνουν πανικό και ρατσιστική συμπεριφορά υπάρχουν αναρίθμητα και είναι ακριβώς η ανεπαρκής γνώση αυτή που οδηγεί σε τέτοια ακραία περιστατικά.

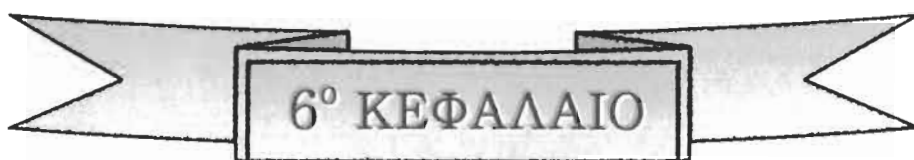
Η ψύχωση των Αμερικανών έχει πάρει τεράστιες διαστάσεις και ορισμένες πολιτείες, όπως το Κολοράντο και η Ινδιάνα, έχουν ψηφίσει

ρατσιστικούς νόμους, επιβάλλοντας τον εγκλεισμό των ασθενών σε απομονωτήρια.

Η Ελλάδα παρουσιάζει το μεγαλύτερο ποσοστό από όσους ρωτήθηκαν, εκείνων που θα επιθυμούσαν να μπουν σε καραντίνα οι φορείς και όλοι οι ομοφυλόφιλοι. Οι μισοί Έλληνες δεν θα έστελναν το παιδί τους στο ίδιο σχολείο με ένα παιδί που έχει AIDS, ενώ στην Ελβετία, τη χώρα με την καλύτερη πληροφόρηση, το ποσοστό ενός τέτοιου κοινωνικό αποκλεισμού, είναι το μικρότερο στην Ευρώπη.¹

Όσον αφορά τη χώρα μας πάλι, εντυπωσιακά είναι τα αποτελέσματα μελέτης για λογαριασμό του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών. Το 40% των ερωτηθέντων τάχθηκαν υπέρ της επαναλειτουργίας κέντρων θεραπείας όπως ήταν παλαιότερα τα Σανατόρια για φυματικούς και λεπρούς, για τον εγκλεισμό εκεί των προσβεβληθέντων από το AIDS. Υπέρ της απολύσεως από την εργασία τους τάχθηκαν ο ένας στους πέντε από τους ερωτηθέντες. Ακόμη και στο ερώτημα για «έξωση» από τα σπίτια τους, υπήρχαν θετικές απαντήσεις.

«Συνεπώς πρέπει να γίνουν πολλά ακόμη στον τομέα της ενημέρωσης του κοινού». (Παπαευαγγέλου 27.10.1991)



Στάσεις και συμπεριφορά.

6.1 ΣΤΑΣΕΙΣ

Οι στάσεις αντιπροσωπεύουν τον κεντρικό άξονα της αντίληψης των κοινωνικών φαινομένων από την πλευρά του ανθρώπου, επειδή όπως η προσωπικότητα, κατευθύνουν τη συμπεριφορά του ανθρώπου στις συναλλαγές του με τον συνάνθρωπό του, με την οικογένειά του, με τον χώρο της εργασίας του και γενικά με όλους τους φορείς της κοινωνίας.

Η αντίληψη των κοινωνικών φαινομένων εξηγεί πως το άτομο βλέπει και πως προσαρμόζει τη συμπεριφορά του προς τα διάφορα φαινόμενα του ψυχολογικού και κοινωνικού του περιβάλλοντος. Πρόκειται για άτομα, ομάδες, αφηρημένες έννοιες, καθώς και φυσικά φαινόμενα.

Οι στάσεις έχουν το στοιχείο της σταθερότητας και αντιστέκονται στην αλλαγή. Όσον αφορά τη διαμόρφωσή τους μαθαίνονται από το άμεσο και έμμεσο περιβάλλον. Πρωταρχικός κοινωνικός φορέας εκμάθησης είναι η οικογένεια. Αργότερα επιδρά πάνω στο άτομο το σχολείο και οι φίλοι.

Ένα σημαντικότατος και ισχυρός κοινωνικός φορέας της σύγχρονης κοινωνίας είναι τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και επικοινωνίας. Ο τύπος μπορεί να διαμορφώσει γνώμες, αλλά περιορίζεται κυρίως στους μορφωμένους. Πιο συγκεκριμένα η δύναμη του τύπου η οποία δρα μέσω της οπτικής διόδου, απευθύνεται στο μορφωμένο, σκεπτόμενο άτομο που μπορεί να επηρεασθεί μέσω του γραπτού λόγου. Ωστόσο ο τύπος χρησιμοποιεί τεχνητά μέσα για να διαμορφώσει τις γνώμες των ατόμων που δε διαβάζουν με προσοχή τις ειδήσεις.

Μια ασφαλιστική δικλείδα θα ήταν αν το αρμόδιο Υπουργείο συνέχιζε ως όφειλε τη συχνή άμεση πληροφόρηση κυρίως των νέων που βρίσκονται

στο στάδιο της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Επειδή δεν είναι πάντα το Ελληνικό σπίτι ο χώρος που αναπτύσσονται τέτοιου είδους προβληματισμοί, το σχολείο και κυρίως η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση θα αποτελούσε μια σωστή προσέγγιση του προβλήματος.¹⁵

Το ραδιόφωνο επηρεάζει την κοινή γνώμη μέσω της ακουστικής διόδου οπότε έχει πλατύτερο ακροατήριο από τον τύπο. Ωστόσο, το πιο ισχυρό μέσο μαζικής πληροφόρησης όσον αφορά τη διαμόρφωση της κοινής γνώμης, είναι σαφώς η τηλεόραση, η οποία δρα συγχρόνως μέσω της οπτικής και ακουστικής διόδου.

Η σύγχρονη κοινωνική ψυχολογία δίνει τον εξής ορισμό της στάσης:

«Στάση προς κάποιο αντικείμενο, κάποια ιδέα ή κάποιο πρόσωπο νοείται ένα διαρκές σύστημα με γνωστικό και συναισθηματικό στοιχείο και με κάποια τάση προς την έκφραση συμπεριφοράς».⁵

6.2 ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ

6.2.α ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ

«Η γνωστική διάσταση των στάσεων αναφέρεται στις γνωστικές λειτουργίες που χαρακτηρίζουν την ανθρώπινη νοημοσύνη. Η αντίληψη του ανθρώπου οπτική, ακουστική, απτική και δεν περιορίζεται στην αντίληψη μεμονωμένων ερεθισμάτων αλλά οργανώνει τα ερεθίσματα σε σύνολα. Η κατηγοριοποίηση των ερεθισμάτων σαφώς διευκολύνει την αντίληψη του περιβάλλοντος, επειδή η αντίληψη διαφορετικών ερεθισμάτων ως ενιαίο σύνολο απλοποιεί τις αντιδράσεις του οργανισμού. Ένα χαρακτηριστικό, λοιπόν, είναι η κατηγοριοποίηση των ιδεών. Έχει όμως το μειονέκτημα ότι μπορεί να τοποθετήσει στην ίδια κατηγορία φαινόμενα, που ενδεχομένως να διαφέρουν ουσιαστικά. Αγνοεί τις ατομικές διαφορές».

«Μια δεύτερη διάσταση του γνωστικού στοιχείου των στάσεων είναι η κεντρικότητα εγωκεντρικότητα. Με τους όρους αυτούς εννοείται ότι

ορισμένες στάσεις είναι πιο κεντρικές, πιο ουσιαστικές και πιο βαθιά ριζωμένες στο εγώ του ανθρώπου»

Και τέλος, «μια τρίτη διάσταση του γνωστικού στοιχείου των στάσεων είναι η πολιτιστική. Δηλαδή, οι γνωστικές κατηγορίες που αναφέρονται σαν στάσεις, ορίζονται διαφορετικά ανάλογα με την κοινωνία». ⁵

6.2.β ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ

Η κάθε στάση ενδέχεται να διεγείρει θετικά ή αρνητικά συναισθήματα στο άτομο, ίσως και αντικρουόμενα.

Η συναισθηματική διάσταση των στάσεων είναι αποτέλεσμα της μάθησης. Δηλαδή, η συναισθηματική διάσταση των στάσεων έχει συνδεθεί με τη στάση κάτω από συνθήκες ενίσχυσης ή κάτω από την επίδραση κάποιας κοινωνικής παραμέτρου. Με τον όρο συναισθηματική αντίδραση νοείται, τόσο η συνειδητοποίηση και η περιγραφή της συναισθηματικής κατάστασης από το ίδιο το άτομο όσο και η μέτρηση των αντιδράσεων του αυτόνομου νευρικού συστήματος. ⁵

6.2.γ Η ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Η συμπεριφορά του ατόμου ως προς τις στάσεις που έχει βασίζεται σε δύο διαστάσεις: θετικά ή αρνητικά συναισθήματα και επιθυμία ή αποφυγή επαφής. Η τάση συμπεριφοράς του ατόμου, η πραγματική του συμπεριφορά, βρίσκεται σε άμεση σχέση με τους κανόνες συμπεριφοράς της κοινωνίας, δηλαδή τους προσδιορισμούς από την κοινωνία κανόνες της πρέπουσας συμπεριφοράς. Τόσο οι στάσεις όσο και οι αξίες της κοινωνίας προσδιορίζουν την επιθυμητή συμπεριφορά που συνδέεται με κάθε ρόλο. ⁵

6.3 ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Η τρισδιάστατη θεωρία των στάσεων αποτελείται από τη γνωστική διάσταση, τη συναισθηματική και τέλος τη συμπεριφορά του ατόμου. Θα υποθέταμε επομένως ότι θα πρέπει να υπάρχει κάποια συνέπεια μεταξύ δηλωμένης στάσης και συμπεριφοράς. Όμως ένα μεγάλο πρόβλημα που αφορά τη μελέτη των στάσεων έχει σχέση με την ασυνέπεια μεταξύ στάσης και συμπεριφοράς. Υπάρχουν μερικές παράμετροι, οι οποίες εξηγούν εάν και πώς κάποιος θα συμπεριφερθεί ανάλογα με τη στάση του. Είναι ενδεχόμενο να μεσολαβούν μεταξύ στάσεων και συμπεριφοράς, τα χαρακτηριστικά του ατόμου και οι συνθήκες κάτω από τις οποίες βρίσκεται το άτομο.

Οι Fishbein και Ajzen θεωρούν ότι « η πρόβλεψη της πραγματικής συμπεριφοράς βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με τη πρόθεση του ατόμου να εκφράσει αυτή τη συμπεριφορά. Η πρόθεση του εξαρτάται από δύο παραμέτρους: α) τη στάση του προς την ενδεχόμενη συμπεριφορά, και β) την υποκειμενική εκτίμησή του σχετικά με το πώς αντιλαμβάνονται άλλα άτομα ή ομάδες την ενδεχόμενη συμπεριφορά του. Η στάση προς την ενδεχόμενη συμπεριφορά είναι προσωπική παράμετρος. Αντιθέτως, η υποκειμενική εκτίμηση σχετικά με την αντίληψη των άλλων αντιπροσωπεύει την παράμετρο της κοινωνικής επιρροής». (Fishbein and Ajzen, 1980)

Με τον όρο στάση προς την ενδεχόμενη συμπεριφορά εννοούμε 'ότι « η πεποίθηση του ατόμου ότι η έκφραση της στάσης με την ανάλογη συμπεριφορά θα έχει ευνοϊκές συνέπειες για το ίδιο, οδηγεί σε θετικές στάσεις προς την έκφραση της συμπεριφοράς, και το αντίστροφο, ότι η εκφραζόμενη συμπεριφορά ενδέχεται να έχει δυσάρεστες συνέπειες για το ίδιο, οδηγεί σε αρνητικές στάσεις προς την έκφραση της συμπεριφοράς».

Με την υποκειμενική εκτίμηση του σχετικά με την αντίληψη των άλλων, εννοούμε την αξιολόγηση για το πόσο οι άλλοι θα επιδοκίμαζαν ή αντιθέτως θα αποδοκίμαζαν τη συμπεριφορά του. Η παράμετρος αυτή είναι συνυφασμένη με τις επιθυμίες του να συμμορφωθεί με τους άλλους.

Μια δεύτερη θεωρία που προσπαθεί να εξηγήσει τη συνέπεια στάσης-συμπεριφοράς είναι του Τριάντη. Η προβλεπόμενη συμπεριφορά του

ατόμου βρίσκεται σε συνάρτηση με τις τάσεις συμπεριφοράς, τις συνήθειες, τη ψυχολογική διέγερση και με τις άλλες συνθήκες του περιβάλλοντος.

« Η τάση συμπεριφοράς εξαρτάται από δύο υποδιαστάσεις: τις στάσεις του ατόμου, και τους κανόνες συμπεριφοράς της κοινωνίας που προσδιορίζουν την πρέπουσα συμπεριφορά του ατόμου. Οι συνήθειες του ατόμου το ωθούν να συμπεριφερθεί με ανάλογο τρόπο».

Η ψυχολογική διέγερση του ατόμου αναφέρεται σε μια δεδομένη στιγμή. Όταν ο οργανισμός του ατόμου, το αυτόνομο νευρικό σύστημα είναι σε κατάσταση διέγερσης, σε ετοιμότητα, τότε το άτομο ενδέχεται να δραστηριοποιηθεί.

Τέλος, όσον αφορά τις συνθήκες, όταν αυτές είναι ευνοϊκές, τότε ενδέχεται το άτομο να εκδηλώσει τη συμπεριφορά του. Αντιθέτως, αν οι συνθήκες δεν είναι ευνοϊκές, τότε μπορεί να μην τις εκδηλώσει.

Τόσο οι θεωρίες Fishbein και Ajzen, όσο και η θεωρία του Τριάντη τονίζουν το γεγονός ασυνέπειας μεταξύ στάσης και συμπεριφοράς. Δηλαδή το άτομο συνήθως δεν εκφράζεται ή δεν συμπεριφέρεται σύμφωνα με τη πραγματική του στάση προς κάποιο θέμα. Έτσι η έκφραση της πραγματικής στάσης εξαρτάται από τον συνδυασμό άλλων παραμέτρων, όπως είναι ατομικά στοιχεία, οι κανόνες συμπεριφοράς που επιβάλλει η κοινωνία και τέλος από τις συνθήκες κάτω από τις οποίες το άτομο τυχαίνει να βρίσκεται.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Διαδικτυακοί τόποι σχετικοί με τον ιό του AIDS.

Ιστοσελίδες:

Ελληνική: 1) <http://www.eema.com>

2) <http://www.keel.org>

3) <http://www.hiv.gr>

4) <http://www.iatroclub.gr>

5) <http://www.medicinet.com>

6) <http://www.mednet.gr>

Διεθνής: 1) <http://www.thelancet.com> (Lancet)

2) <http://www.ama-assn.org/public/journals/jama> (JAMA)

3) <http://www.sciencemag.org/> Science)

4) <http://www.hopkins-aids.edu/> (Hohns Hopkins AIDS Service)

5) <http://www.aegis.com/> (AIDS HIV AEGIS)

6) <http://www.hiv.net/> (European information center on HIV/AIDS)

7) <http://www.unaids.org/> (U.N Programme on HIV/AIDS)

8) <http://www.fda.gov/oashi/aids/hiv/html/>

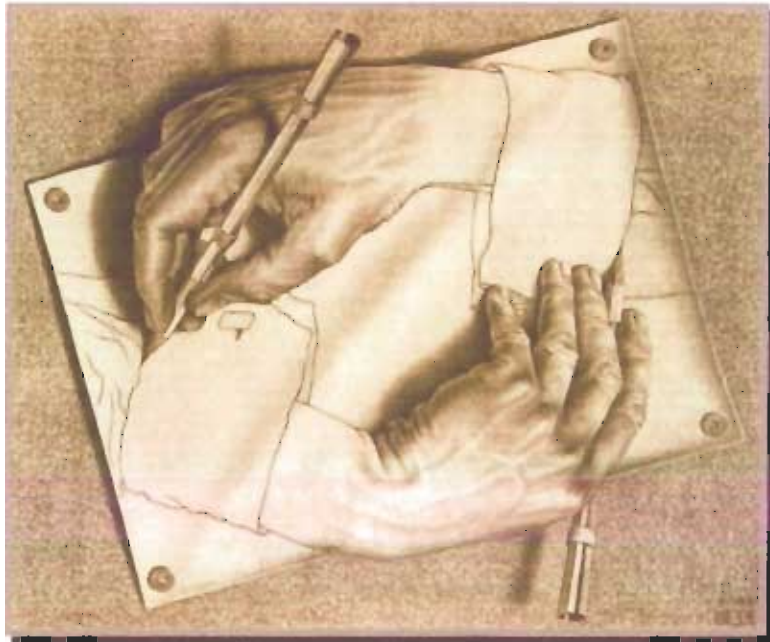
9) <http://www.AIDSMAP.com/> British Guidelines)

10) <http://www.gmhc.org/> (Gay Men's Health Crisis)

11) <http://www.women-alive.org/> (Women Alive)

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΡΕΥΝΑ

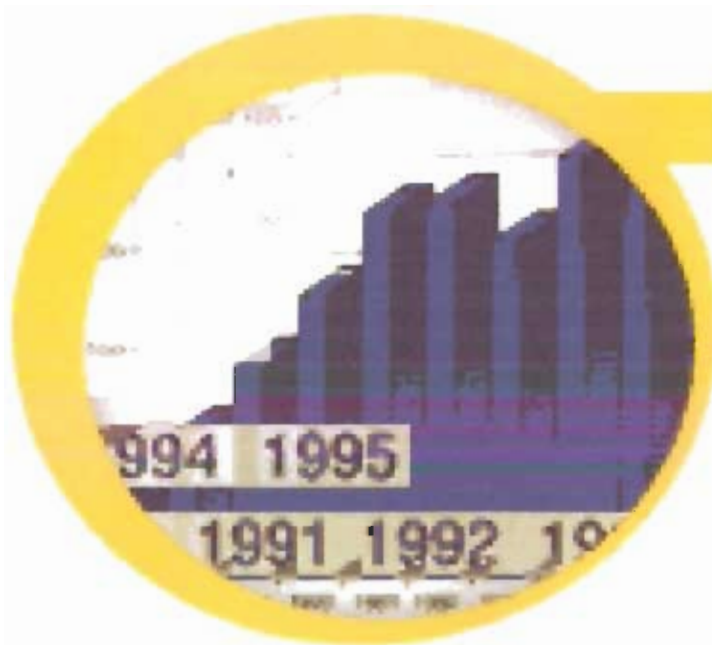


ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός της έρευνάς μας ήταν η συλλογή πληροφοριών για την εκτίμηση των γνώσεων, στάσεων και συμπεριφορών των σπουδαστών του Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας.

Η δειγματοληψία που ήταν τυχαία, έγινε στο Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας, μέσω ερωτηματολογίων με κλειστού και ανοικτού τύπου ερωτήσεις. Ο συνολικός αριθμός των ερωτηθέντων ήταν 500 άτομα, από τα οποία απάντησαν έγκυρα τα 461. Η έρευνα έγινε από 27/2/04 μέχρι 30/3/04.

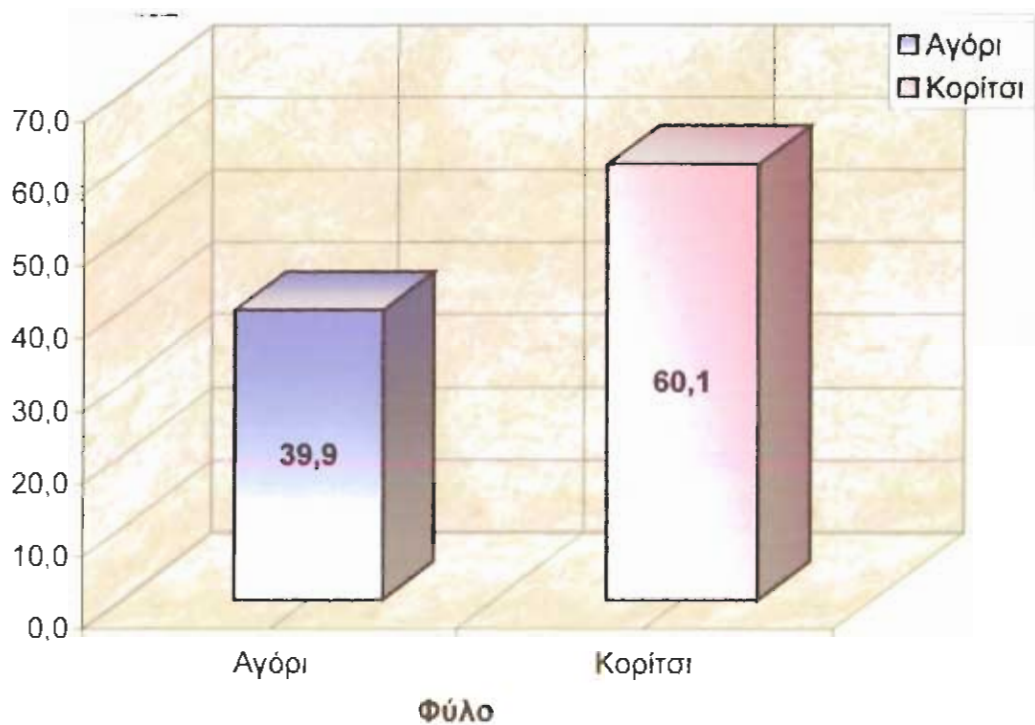
Τα αποτελέσματα και η επεξεργασία του δείγματος έγινε με το πρόγραμμα ανάλυσης για αποδελτίωση ερωτηματολογίων SPSS V 11.5, και τη μέθοδο του test χ^2



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΕΡΩΤΗΣΗ 1: Φύλο ερωτηθέντων.

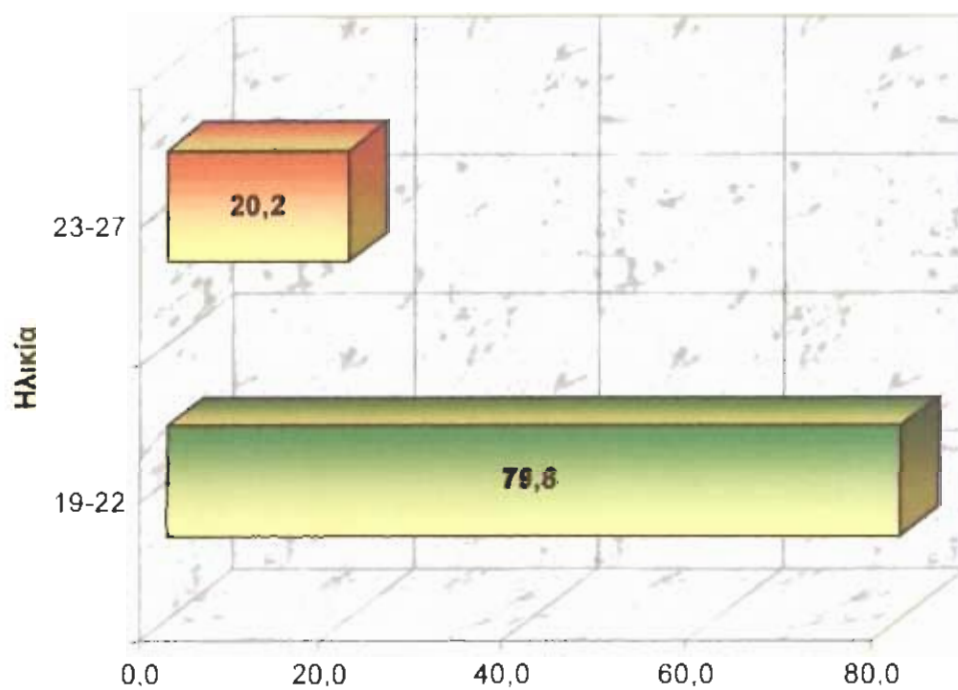
Φύλο	Απαντήσεις	Ποσοστό(%)
Αγόρι	184	39,9
Κορίτσι	277	60,1
Σύνολο	461	100,0



Από την έρευνα την οποία διεξήχθη, παρατηρήθηκε ότι το 39,9% ήταν αγόρια και το 60,1% κορίτσια.

Ερώτηση 2: Ηλικία ερωτηθέντων.

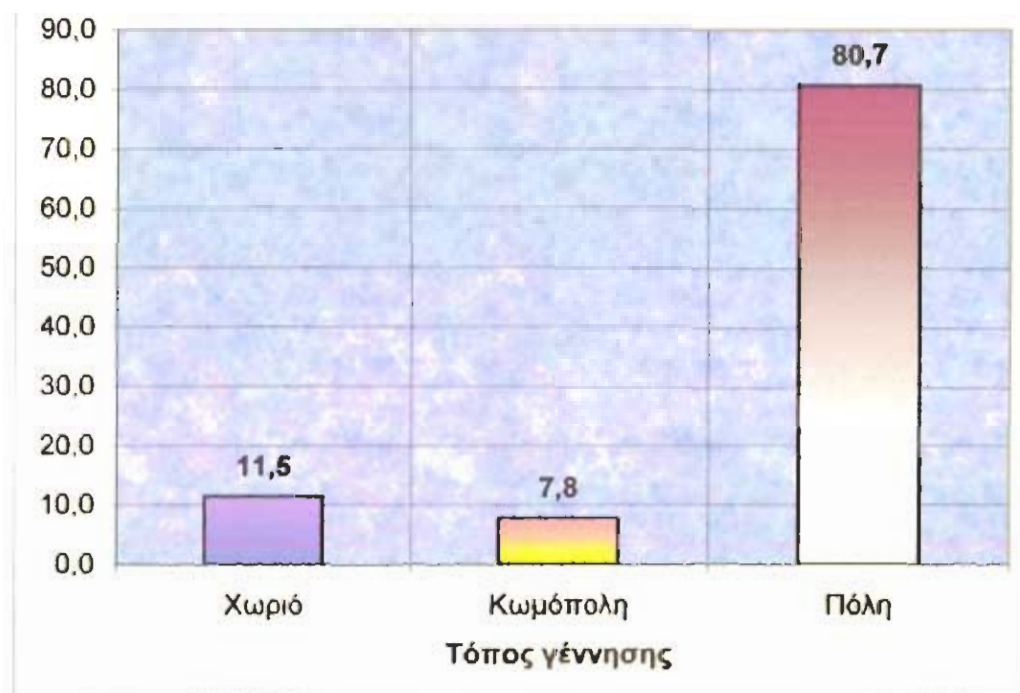
Ηλικία	Απαντήσεις	Ποσοστό(%)
18-22	368	79,8
23-27	93	20,2



Από τους ερωτηθέντες το 79,8% ήταν ηλικίας 18-22 ετών και το 20,2% ήταν 23-27 ετών.

Ερώτηση 3: Τόπος γέννησης ερωτηθέντων.

Τόπος γέννησης	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Χωριό	53	11,5
Κωμόπολη	36	7,8
Πόλη	372	80,7



Το 80,7% των ερωτηθέντων γεννήθηκαν σε πόλη, το 11,5% γεννήθηκαν σε χωριό και το 7,8% σε κωμόπολη.

Ερώτηση 4: Νομός καταγωγής ερωτηθέντων.

Νομός καταγωγής	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Αχαΐας	185	40,1
Ηλείας	39	8,5
Αττικής	109	23,6
Αιτ/νίας	17	3,7
Κορινθίας	12	2,6
Υπόλοιπη Ελλάδα	94	20,4
Εξωτερικό	5	1,1

Το μεγαλύτερο ποσοστό(40,1%) των ερωτηθέντων προέρχεται από το νομό Αχαΐας και ακολουθεί με ποσοστό 23,6% ο νομός Αττικής.

Ερώτηση 5: Τόπος κατοικίας τους τα τελευταία 5 χρόνια.

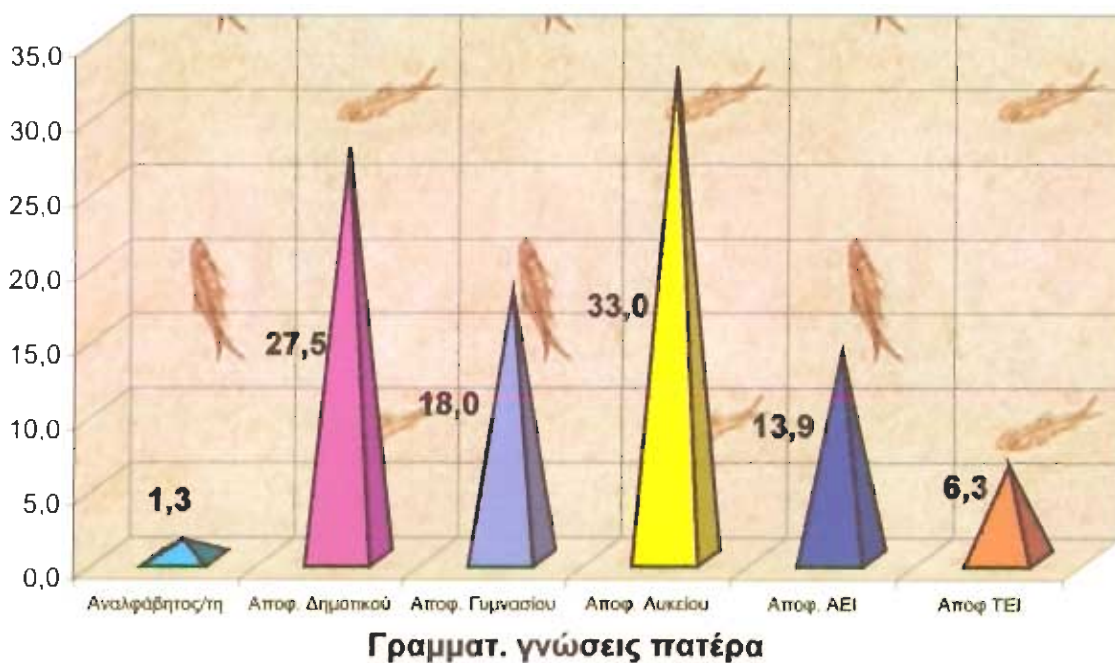
Τόπος κατοικίας τα τελευταία 5 χρόνια.	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Χωριό	52	11
Κωμόπολη	41	9
Πόλη	368	80



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων κατοικεί σε πόλη (80%), ενώ το υπόλοιπο 20% κατοικεί σε χωριό και κωμόπολη.

Ερώτηση 6α: Γραμματικές γνώσεις του πατέρα.

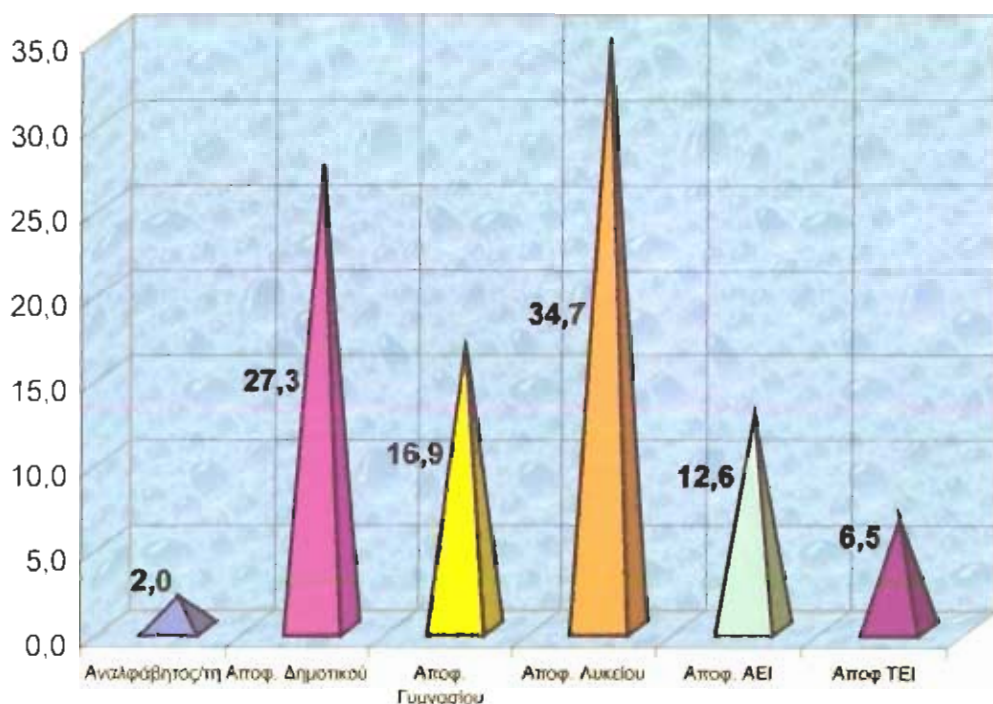
Γραμματικές γνώσεις πατέρα	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Αναλφάβητος/τη	6	1,3
Απόφ. Δημοτικού	127	27,5
Απόφ. Γυμνασίου	83	18,0
Απόφ. Λυκείου	152	33,0
Απόφ. Α.Τ.Ε.Ι	29	6,3
Απόφ. Α.Ε.Ι	64	13,9



Το 33,0% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι ο πατέρας τους είναι απόφοιτος Λυκείου, το 27,5% απόφοιτος δημοτικού το 18,0% απόφοιτος γυμνασίου, ενώ το 1,3% ότι είναι αναλφάβητος.

Ερώτηση 6β: Γραμματικές γνώσεις της μητέρας.

Γραμματικές γνώσεις μητέρας	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Αναλφάβητος/τη	9	2,0
Απόφ. Δημοτικού	126	27,3
Απόφ. Γυμνασίου	78	16,9
Απόφ. Λυκείου	160	34,7
Απόφ. Α.Τ.Ε.Ι	30	6,5
Απόφ. Α.Ε.Ι	58	12,6

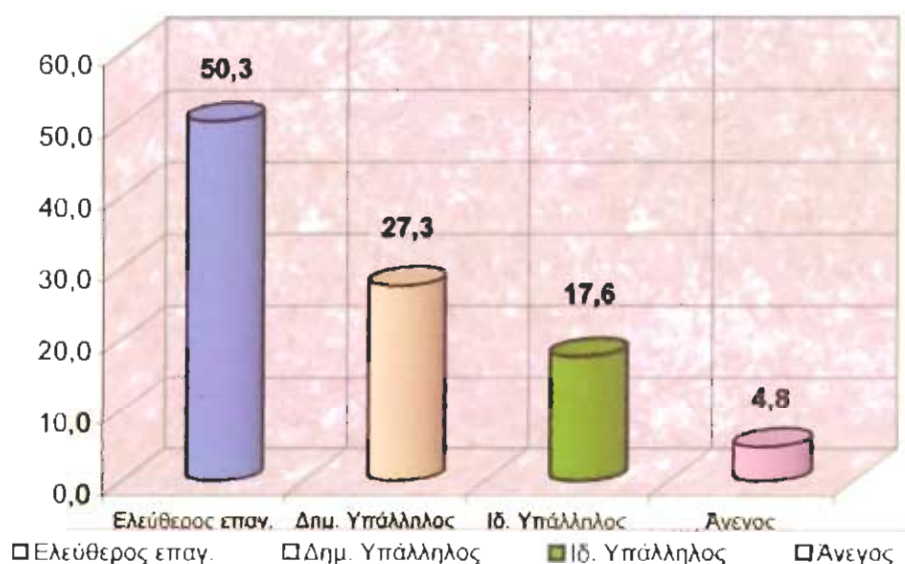


Γραμματ. γνώσεις μητέρας

Όσον αφορά τις γραμματικές γνώσεις της μητέρας, το 34,7% είναι απόφοιτες Λυκείου, το 27,3% είναι απόφοιτες Δημοτικού, το 16,9% είναι απόφοιτες Γυμνασίου, ενώ οι αναλφάβητες ανέρχονται στο ποσοστό του 2,0%.

Ερώτηση 7α: Επάγγελμα πατέρα.

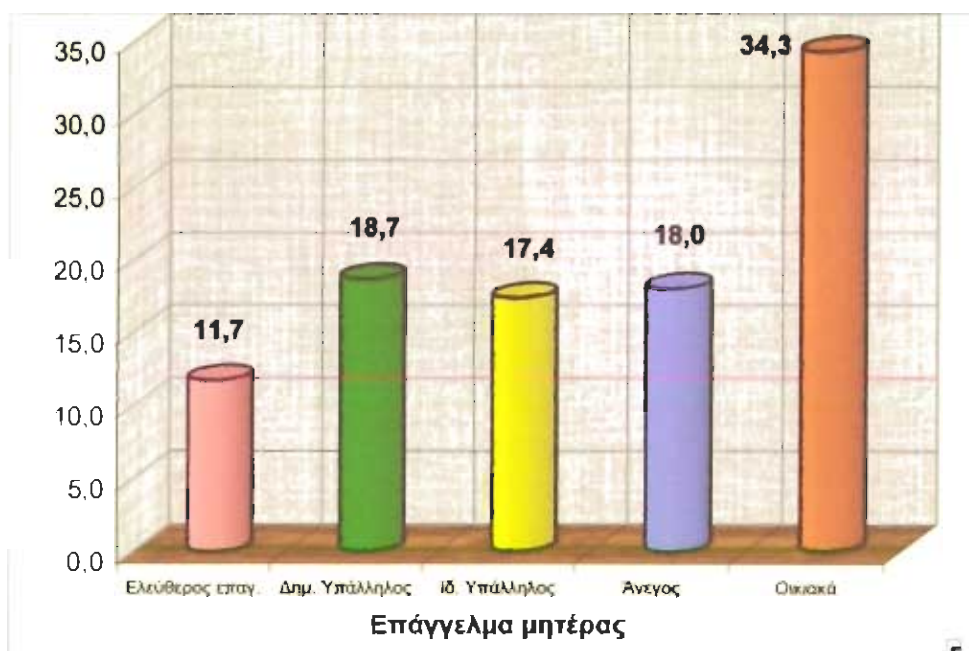
Επάγγελμα πατέρα	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Ελεύθερος επαγ.	232	50,3
Δημ. Υπάλληλος	126	27,3
Ιδ. Υπάλληλος	81	17,6
Άνεργος	22	4,8



Το 50,3% των πατεράδων των ερωτηθέντων, είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, το 27,3% είναι δημόσιοι υπάλληλοι, το 17,6% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, ενώ το 4,8% είναι άνεργοι.

Ερώτηση 7β: Επάγγελμα μητέρας.

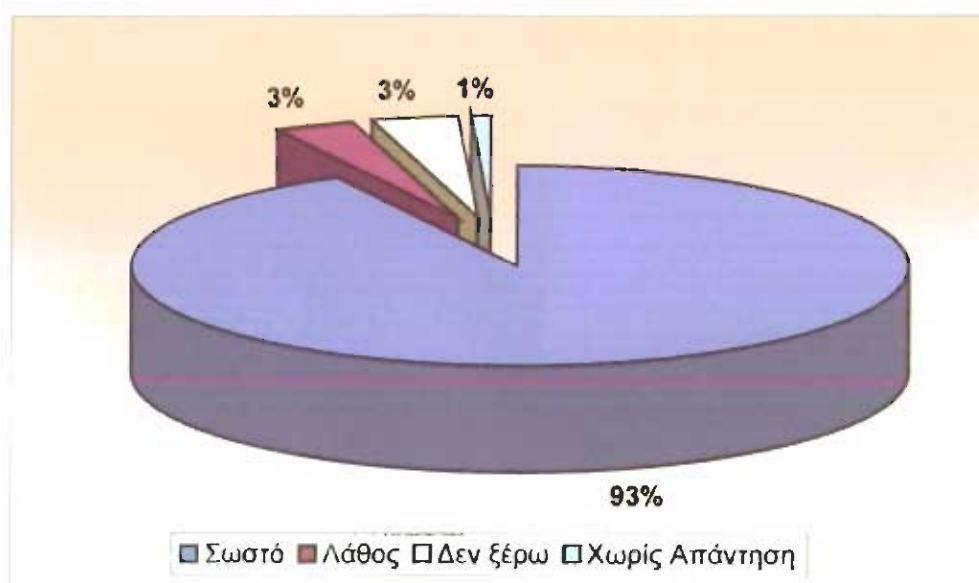
Επάγγελμα μητέρας	Απαντήσεις	Ποσοστό
Ελεύθερος επαγ.	54	11,7
Δημ. Υπάλληλος	86	18,7
Ιδ. Υπάλληλος	80	17,4
Άνεργη	83	18,0
Οικιακά	158	34,3



Οι μητέρες των περισσότερων ερωτηθέντων, ασχολούνται με τα οικιακά 34,3%. Το 18,7% είναι δημόσιοι υπάλληλοι, το 18,0% είναι άνεργες, το 17,4% ιδιωτικοί υπάλληλοι και τέλος το 11,7% είναι ελεύθεροι επαγγελματίες.

Ερώτηση 8α: Το AIDS οφείλεται σε ιό;

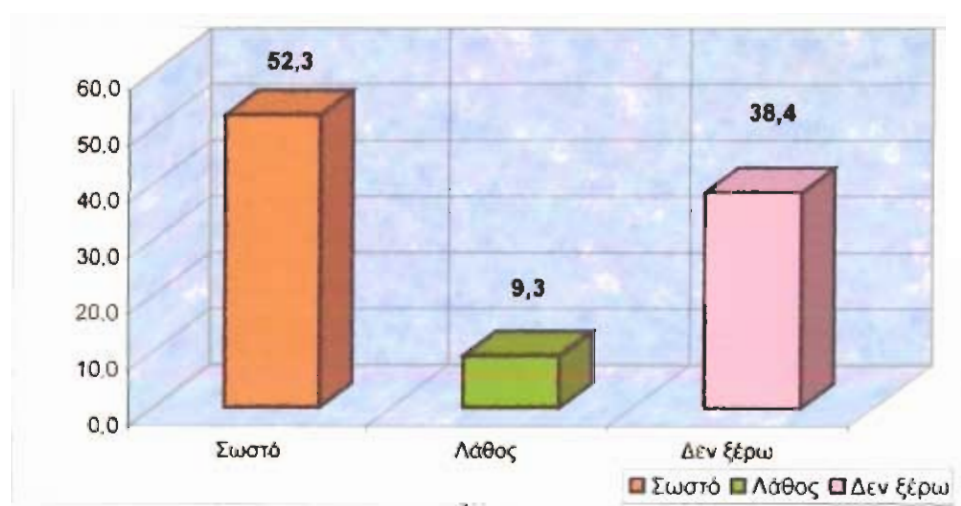
Το AIDS οφείλεται σε ιό;	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Σωστό	425	93
Λάθος	16	3,0
Δεν ξέρω	20	3,0
Χωρίς απάντηση	4	1



Το 93,0% των ερωτηθέντων, απάντησαν σωστά και ένα 7% δεν απάντησαν σωστά ή δεν γνώριζαν την απάντηση.

Ερώτηση 8β: Οροθετικός σημαίνει θετικός στον ιό;

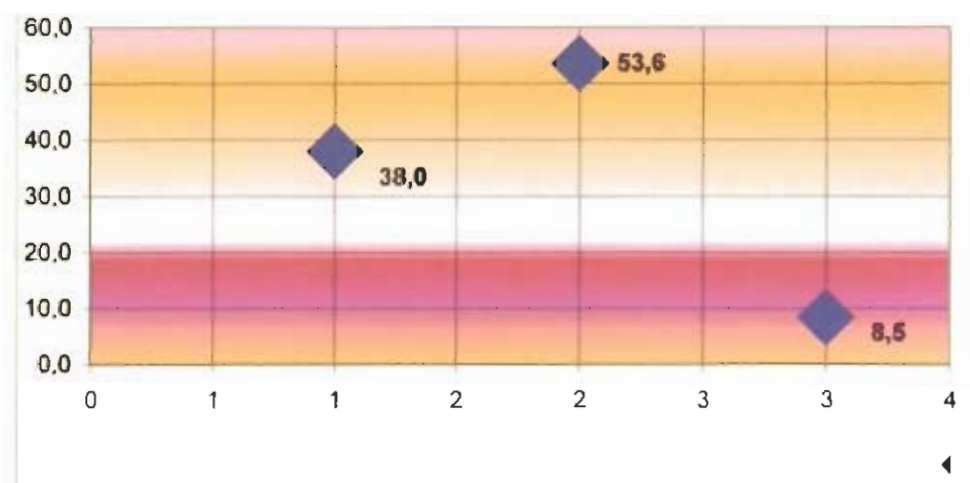
Οροθετικός σημαίνει θετικός στον ιό;	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Σωστό	241	52,3
Λάθος	43	9,3
Δεν ξέρω	177	38,4



Το 52,3% των ερωτηθέντων απάντησαν σωστά και το 47,7% απάντησαν λάθος ή δεν γνώριζαν την απάντηση.

Ερώτηση 8γ: Μεταδίδεται ο ιός HIV με στοματικό έρωτα;

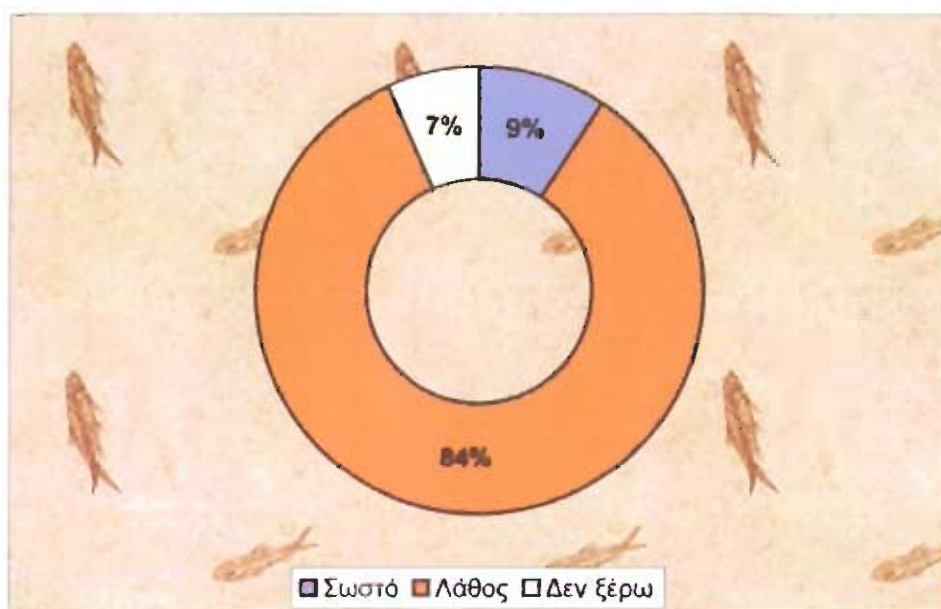
Μετάδοση HIV με στοματικό έρωτα;	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Σωστό	175	38,0
Λάθος	247	53,6
Δεν ξέρω	39	8,5



Το 53,6% απάντησαν σωστά γιατί όντως ο ιός του HIV μεταδίδεται με το στοματικό έρωτα. Ένα ποσοστό όμως της τάξεως του 46,5% απάντησαν λάθος στην ερώτηση ή δεν την γνώριζαν.

Ερώτηση 8δ: Ο HIV εμπεριέχεται μόνο στο σπέρμα;

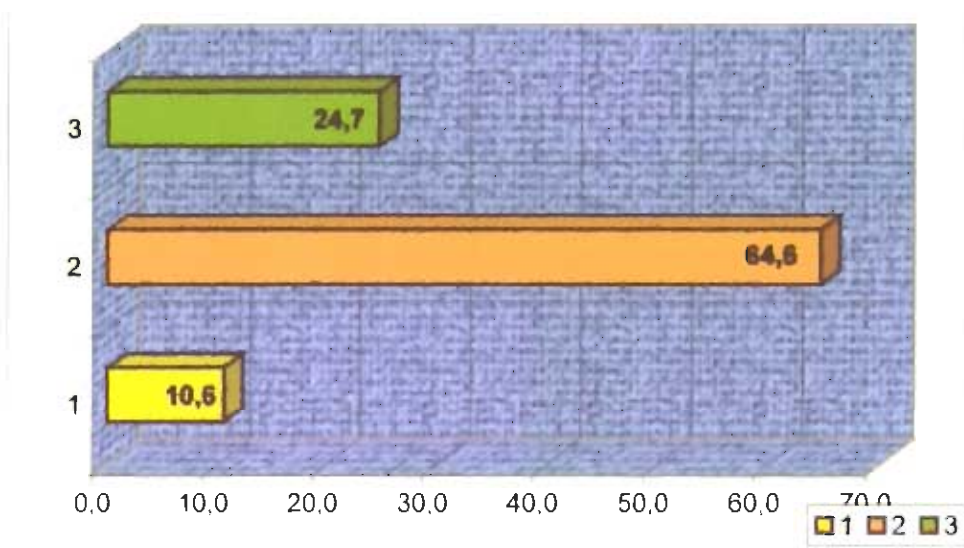
Ο HIV εμπεριέχεται μόνο στο σπέρμα;	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Σωστό	42	9,0
Λάθος	388	84,0
Δεν ξέρω	31	7,0



Το 84,0% των ερωτηθέντων απάντησαν σωστά στην ερώτηση, ενώ το 16% απάντησαν λάθος στην ερώτηση ή δεν γνώριζαν την απάντηση.

Ερώτηση 8 ε: Μετάδοση HIV με το σπέρμα μέσω των οφθαλμών.

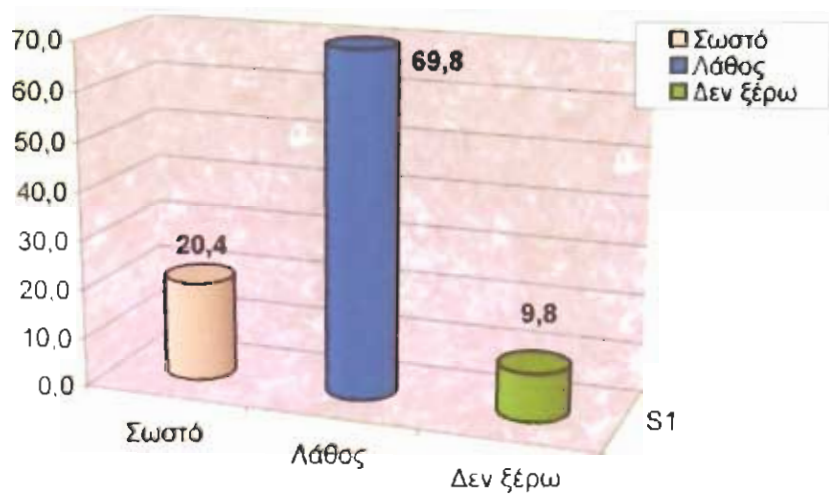
Μετάδοση HIV με το σπέρμα μέσω των οφθαλμών.	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Σωστό	49	10,6
Λάθος	298	64,6
Δεν ξέρω	114	24,7



Δυστυχώς μόνο ένα ποσοστό **10,6%** των ερωτηθέντων **απάντησαν σωστά** στην ερώτηση μιας και πραγματικά ο ιός του AIDS μεταδίδεται μέσω των οφθαλμών εξαιτίας του βλεννογόνου της περιοχής. Ωστόσο το 89,3% δεν γνώριζαν τη σωστή απάντηση.

Ερώτηση 8 στ: Μετάδοση HIV με το «βαθύ φιλί».

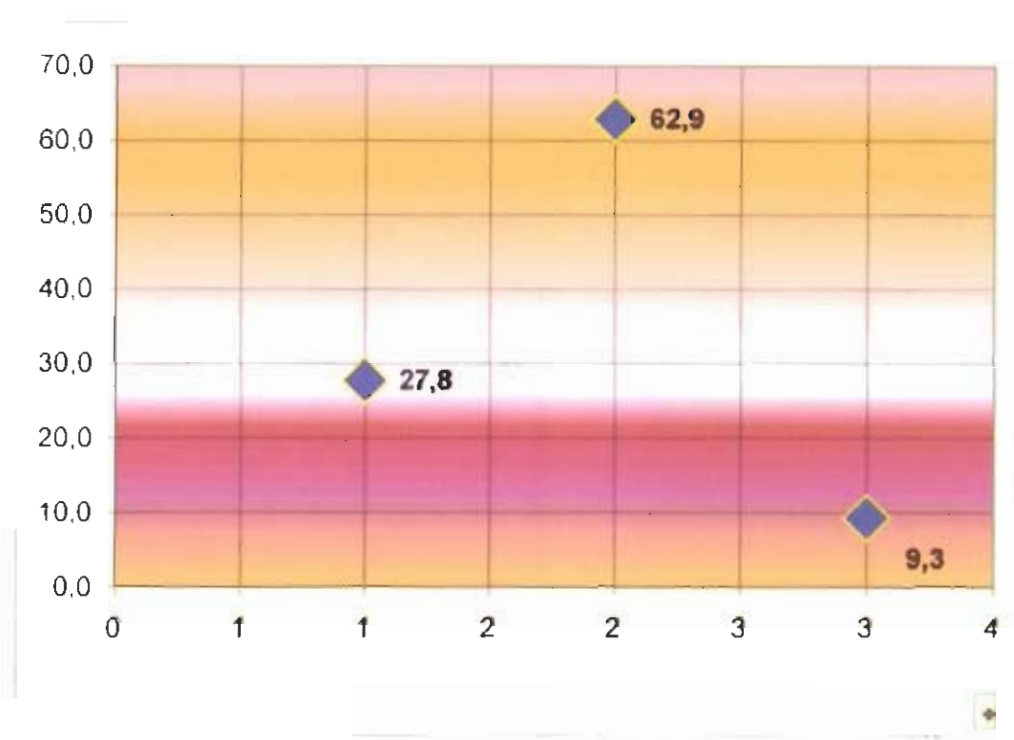
Μετάδοση HIV με το «βαθύ φιλί».	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Σωστό	94	20,4
Λάθος	322	69,8
Δεν ξέρω	45	9,8



Το 69,8% απάντησαν σωστά στην ερώτηση εφόσον δεν αποδειχθεί ότι ο ιός του AIDS μεταδίδεται με το «βαθύ φιλί», φυσικά όταν δεν υπάρχουν εκδορές στην στοματική κοιλότητα. Το υπόλοιπο 30,2% απάντησε λάθος ή δεν γνώριζε την απάντηση.

Ερώτηση 8 ζ: Μετάδοση HIV με εκσπερμάτωση.

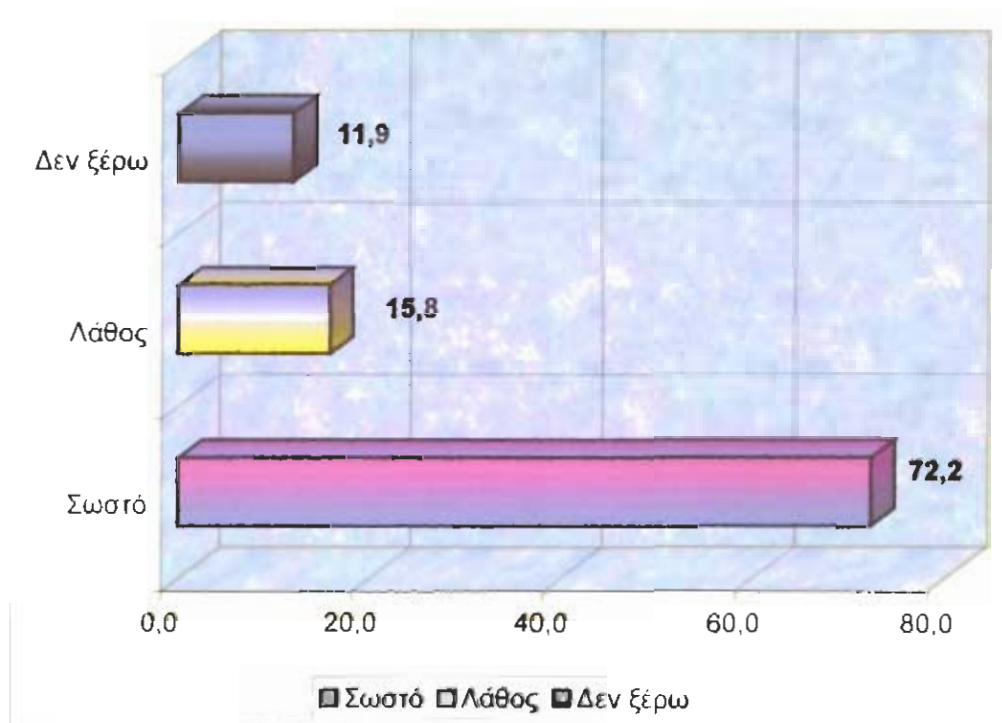
Μετάδοση HIV με εκσπερμάτωση.	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Σωστό	128	27,8
Λάθος	290	62,9
Δεν ξέρω	43	9,3



Το 62,9% των ερωτηθέντων απάντησαν σωστά στην ερώτηση μιας και δεν είναι απαραίτητη η εκσπερμάτιση αφού υπάρχουν και άλλοι τρόποι μετάδοσης του ιού(π.χ αιματογενώς). Το 37,1% απάντησαν λάθος στην ερώτηση ή δεν γνώριζαν την απάντηση.

Ερώτηση 8 η : Ο αυνανισμός δεν εμπεριέχει κίνδυνο.

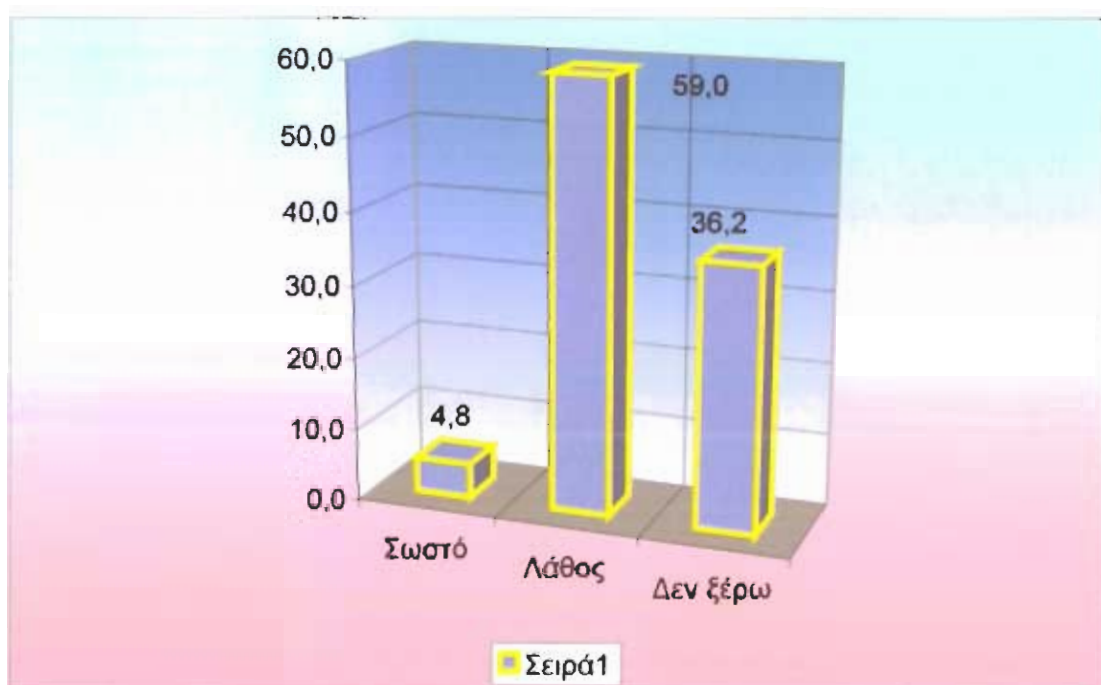
Ο αυνανισμός δεν εμπεριέχει κίνδυνο.	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Σωστό	333	72,2
Λάθος	73	15,8
Δεν ξέρω	55	11,9



Από τους ερωτηθέντες ένα ποσοστό της τάξεως του 72,2% απάντησαν σωστά στην ερώτηση, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό 27,7% απάντησαν λάθος ή δεν γνώριζαν την απάντηση.

Ερώτηση 8 θ: Θεραπεία AIDS με πολυθεραπεία.

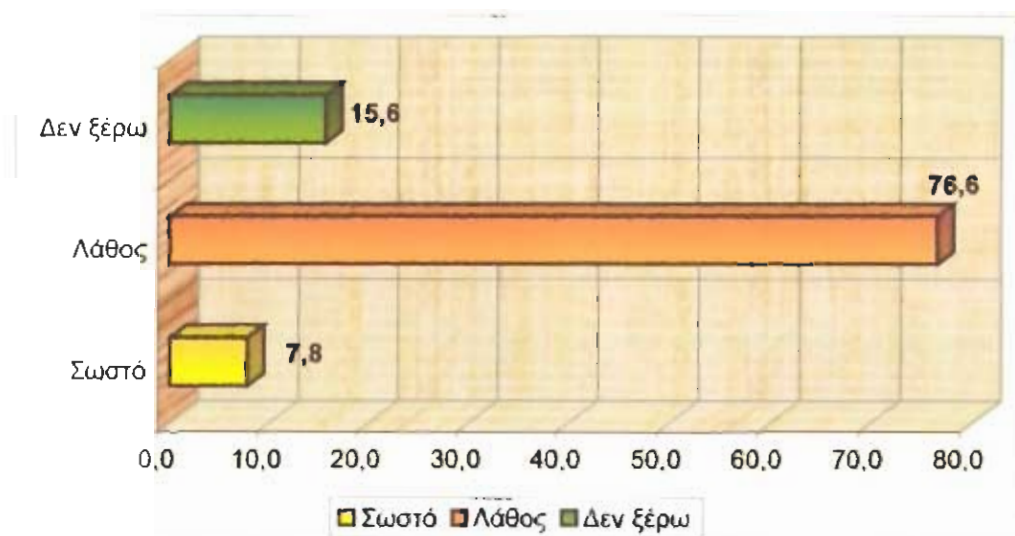
Θεραπεία AIDS με πολυθεραπεία.	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Σωστό	22	4,8
Λάθος	272	59,0
Δεν ξέρω	167	36,2



Στην ερώτηση για το εάν το AIDS θεραπεύεται με την πολυθεραπεία, το 59,0% απάντησαν σωστά εφόσον το AIDS δεν δύναται να θεραπευθεί με μια απλή θεραπεία και το 41,0% απάντησαν λάθος ή δεν γνώριζαν την απάντηση.

Ερώτηση 8 ι : Πρέπει να χρησιμοποιείται και βαζελίνη μαζί με το προφυλακτικό;

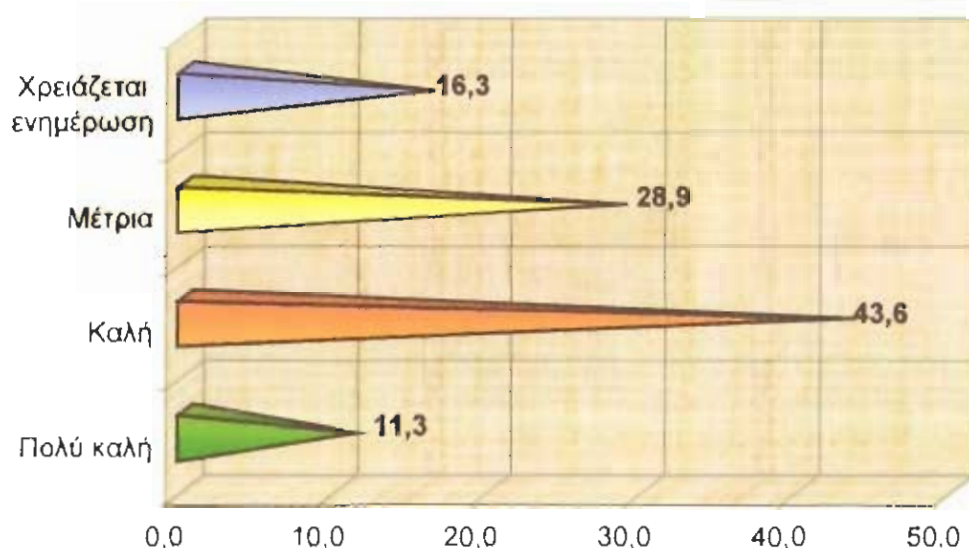
Πρέπει να χρησιμοποιείται και βαζελίνη μαζί με το προφυλακτικό;	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Σωστό	36	7,8
Λάθος	353	76,6
Δεν ξέρω	72	15,6



Ένα ποσοστό 76,6% απάντησαν ότι δεν χρειάζεται να χρησιμοποιείται βαζελίνη με το προφυλακτικό, το οποίο ήταν και η σωστή απάντηση, ενώ το 9,4% απάντησαν λάθος ή δεν γνώριζαν την απάντηση.

Ερώτηση 9: Θεωρείτε ότι η γνώση σας γύρω από το AIDS είναι..

Θεωρούν ότι η γνώση τους είναι:	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Πολύ καλή	52	11,3
Καλή	201	43,6
Μέτρια	133	28,9
Χρειάζομαι ενημέρωση	75	16,3



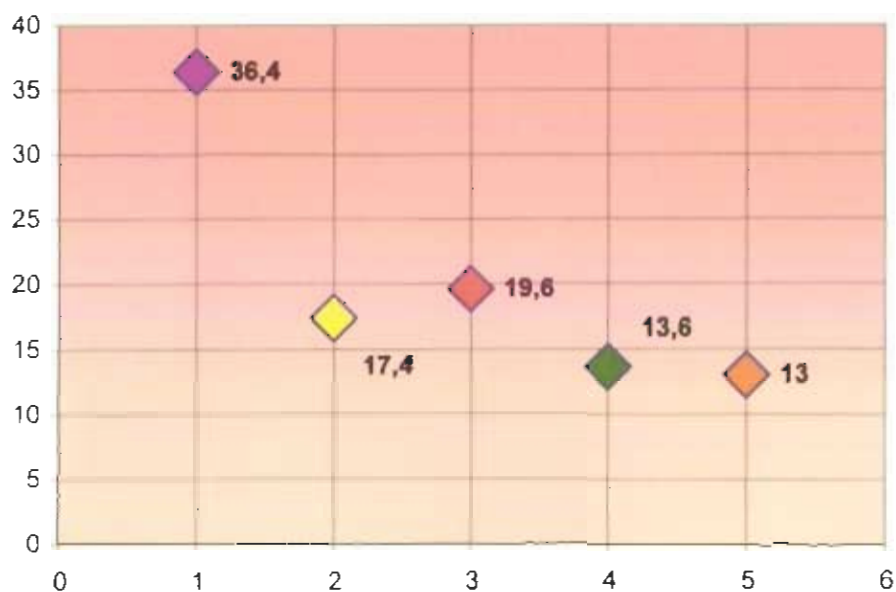
Το 43,3% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι η γνώση του σχετικά με το AIDS είναι καλή, το 28,9% θεωρεί ότι είναι μέτρια, ενώ μόνο το 16,3% δήλωσε ότι χρειάζεται περισσότερη ενημέρωση.

Ερώτηση 10: Ποια η πρώτη πηγή πληροφόρησης για το AIDS.

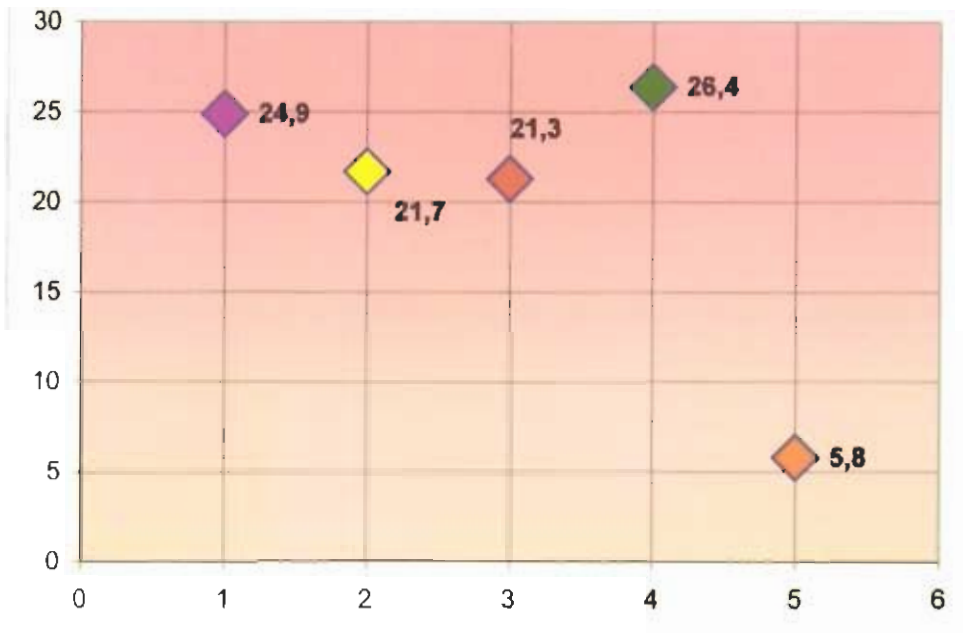
Φύλο	Αγόρια		Κορίτσια	
	Απαντήσεις	Ποσοστό(%)	Απαντήσεις	Ποσοστό(%)
Τ.Υ-Ραδιόφωνο	67	36,4	69	24,9
Εφημερ.-Περιοδ.	32	17,4	60	21,7
Γονείς	36	19,6	59	21,3
Καθηγητές	25	13,6	73	26,4
Φίλοι & συμμαθητές	24	13,0	16	5,8

(Όπου **μωβ** =Τ.Υ-ραδιόφωνο, **Κίτρινο** =εφημ. περιοδ.,
Κόκκινο =γονείς, **Πράσινο**= καθηγητές και **Πορτοκαλί** =φίλοι-συμ/τές.)

Αγόρια



Κορίτσια

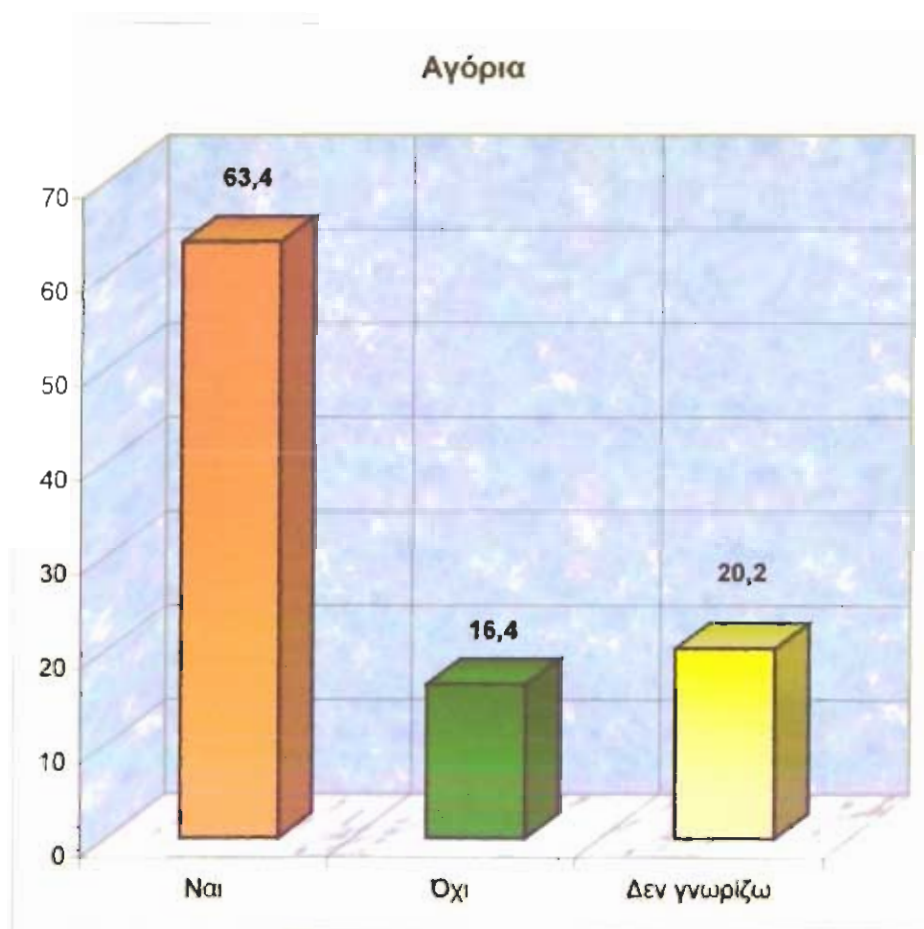


Στα αγόρια η πρώτη πηγή πληροφόρησης με ποσοστό 36,4% είναι η τηλεόραση, δεύτερη πηγή πληροφόρησης με 19,6% οι γονείς και τρίτη πηγή με 17,4% οι εφημερίδες και τα περιοδικά.

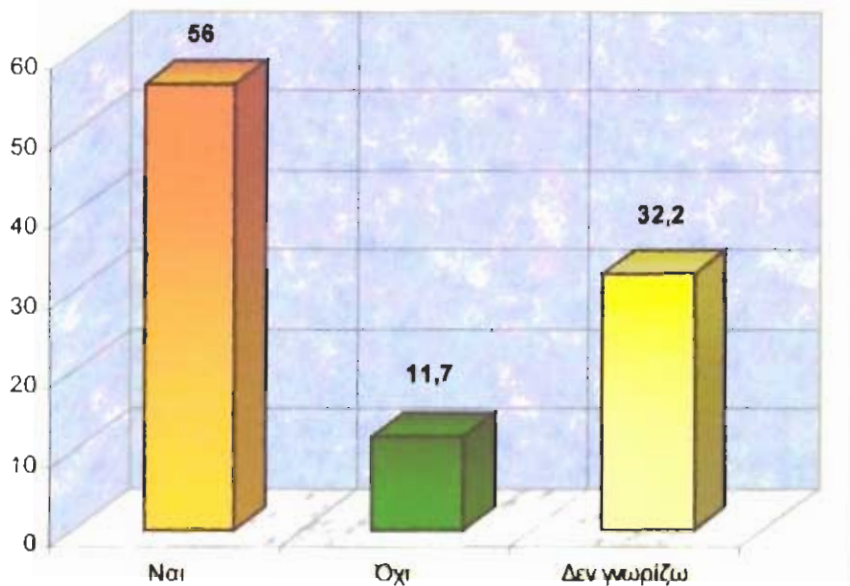
Στα κορίτσια, όπως παρατηρείται, πρώτη πηγή πληροφόρησης με ποσοστό 26,4% αποτελούν οι καθηγητές, δεύτερη πηγή με 24,9% η τηλεόραση και το ραδιόφωνο και τρίτη κατά σειρά πηγή με 21,7% οι εφημερίδες και τα περιοδικά.

Ερώτηση 11: AIDS και σεξουαλικά νοσήματα.

Φύλο	Αγόρια		Κορίτσια	
	Aπαντήσεις	Ποσοστό (%)	Aπαντήσεις	Ποσοστό (%)
AIDS και σεξουαλικά νοσήματα.				
Ναι	116	63,4	153	56,0
Όχι	30	16,4	32	11,7
Δεν γνωρίζω	37	20,2	88	32,2



Κορίτσια



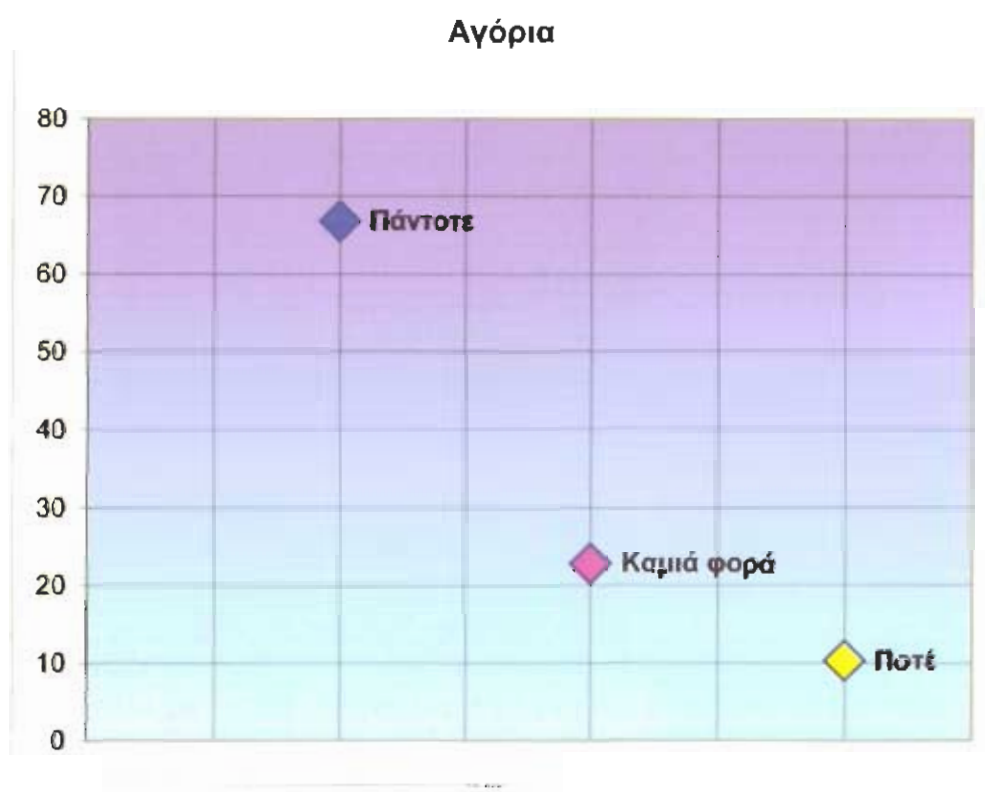
Όσον αφορά τα αγόρια, το 63,4% απάντησαν θετικά στην ερώτηση για το εάν κάποιος που έχει AIDS θα μπορούσε να έχει και κάποιο άλλο σεξουαλικό νόσημα, ενώ το 36,6% απάντησαν αρνητικά ή δεν γνώριζαν την απάντηση.

Τα κορίτσια δε, σε ποσοστό 56,0% απάντησαν θετικά στην ίδια ερώτηση και ένα 43,9 απάντησε αρνητικά ή δεν γνώριζε την απάντηση.

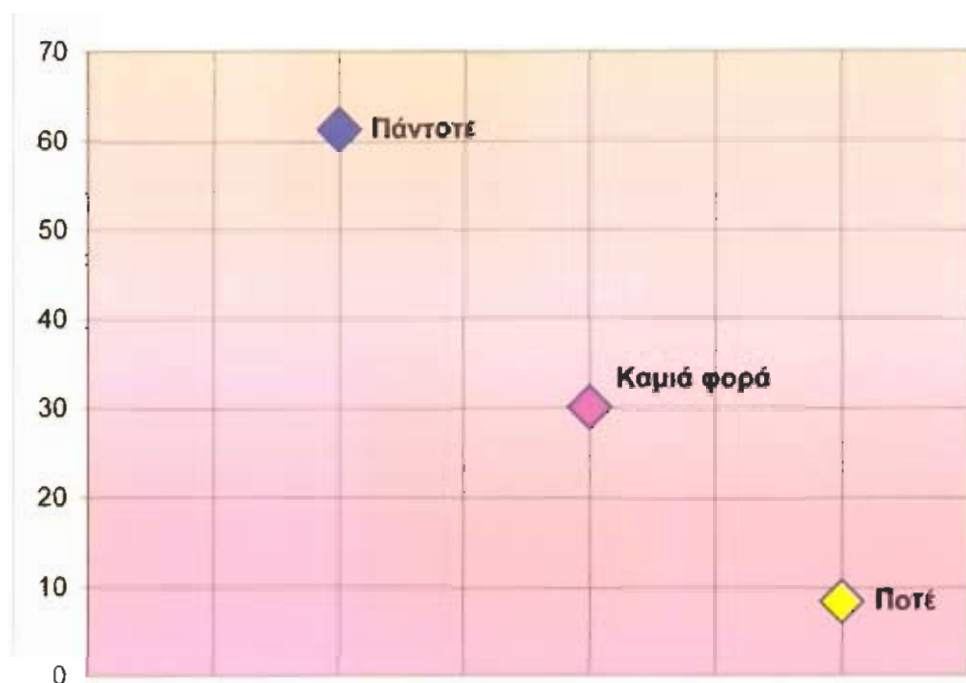
Παρατηρούμε λοιπόν, ότι τα **κορίτσια** στη συγκεκριμένη ερώτηση, φέρονται **λιγότερο ενημερωμένα** σε σχέση με τα αγόρια.

Ερώτηση 12: Προφύλαξη κατά τη συνεύρεση.

Φύλο	Αγόρια		Κορίτσια	
	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Πάντοτε	123	66,8	167	61,4
Καμιά φορά	42	22,8	82	30,1
Ποτέ	19	10,3	23	8,5



Κορίτσια



Ένα ποσοστό των αγοριών 66,8% απάντησαν ότι χρησιμοποιούν κατά τις συνευρέσεις τους πάντοτε προφυλακτικό, ενώ το 33,1% απάντησαν ότι δεν το χρησιμοποιούν πάντα ή ποτέ.

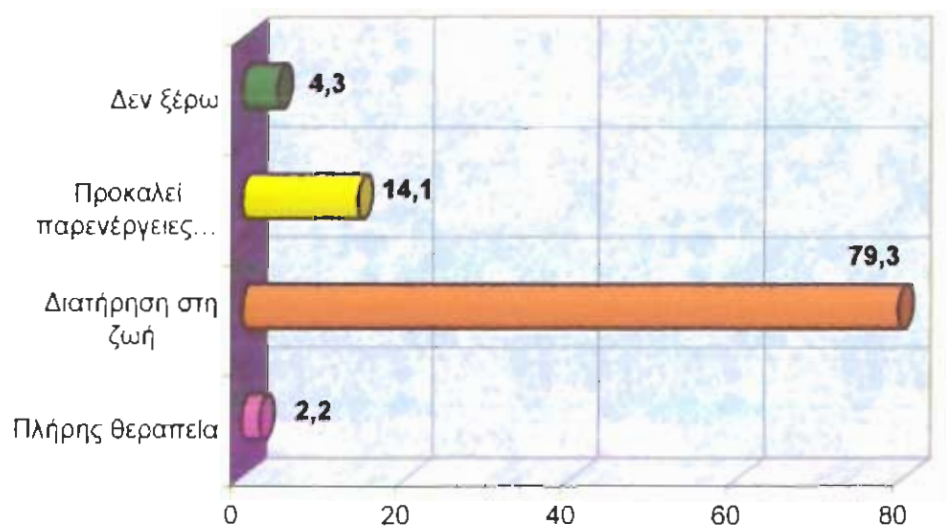
Τα κορίτσια παρατηρείται ότι σε ποσοστό 61,4% χρησιμοποιούν πάντοτε προφυλακτικό, ενώ το 38,6% δεν το χρησιμοποιούν ποτέ ή σχεδόν ποτέ.

Το **ποσοστό** δηλαδή των **κοριτσιών** που **δεν χρησιμοποιεί προφυλακτικό** κατά τις συνευρέσεις του, είναι **μεγαλύτερο** από αυτό των **αγοριών**.

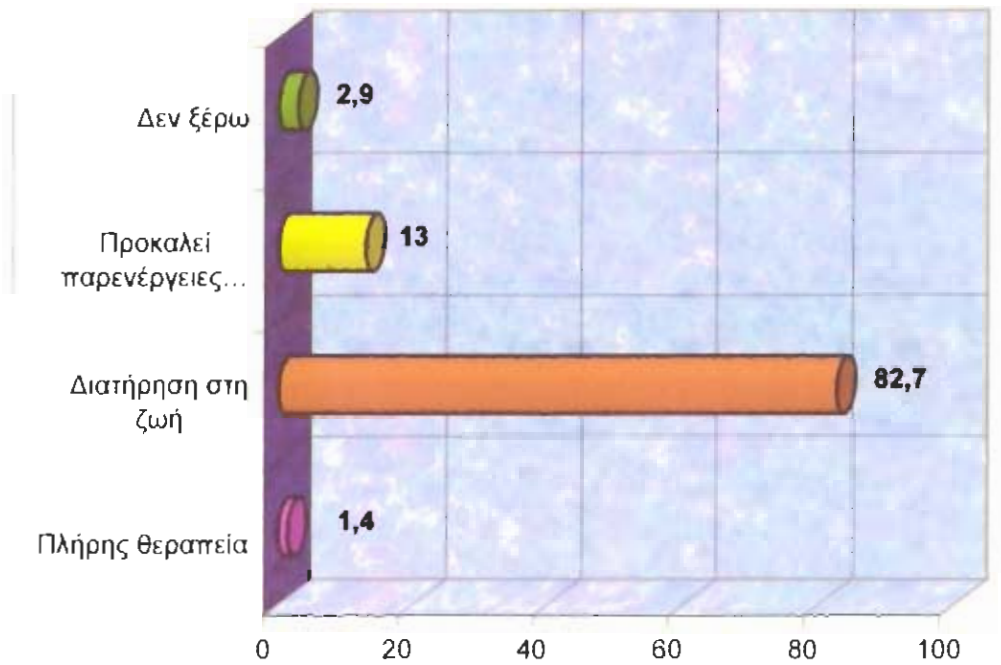
Ερώτηση 13: Το κοκτέιλ φαρμάκων κατά του AIDS.

Φύλο	Αγόρια		Κορίτσια	
	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Το κοκτέιλ φαρμάκων κατά του AIDS.				
Πλήρης θεραπεία	4	2,2	4	1,4
Διατήρηση στη ζωή	146	79,3	229	82,7
Προκαλεί παρενέργειες...	26	14,1	36	13,0
Δεν ξέρω	8	4,3	8	2,9

Αγόρια



Κορίτσια

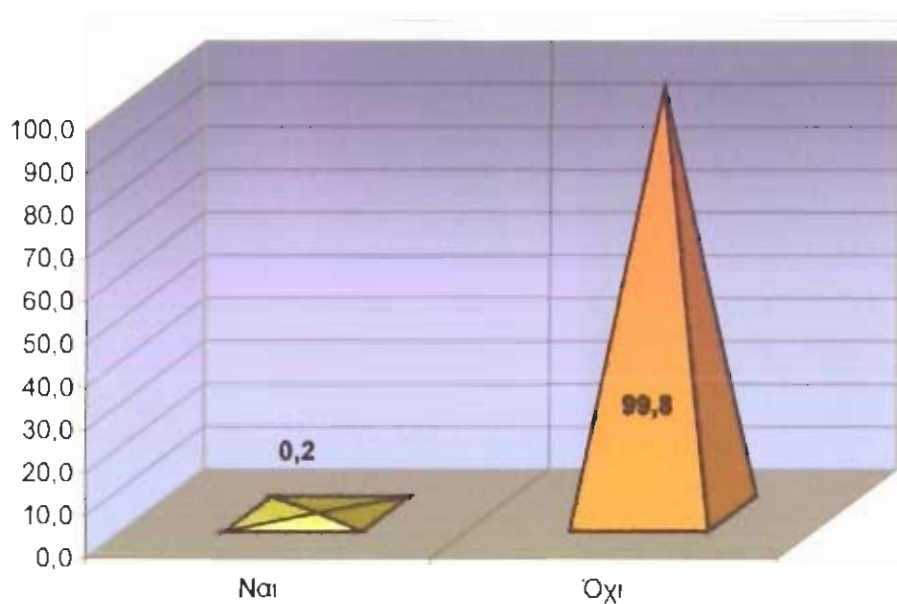


Το 79,3% των αγοριών απάντησαν ότι το κοκτέιλ φαρμάκων διατηρεί τον ασθενή στη ζωή, ενώ ένα ποσοστό 20,6% απάντησαν λάθος.

Τα κορίτσια από την άλλη απάντησαν σωστά σε ένα ποσοστό 82,7% και το υπόλοιπο 14,4% απάντησαν λάθος.

Ερώτηση 14 α: Έχουν κολλήσει σύφιλη;

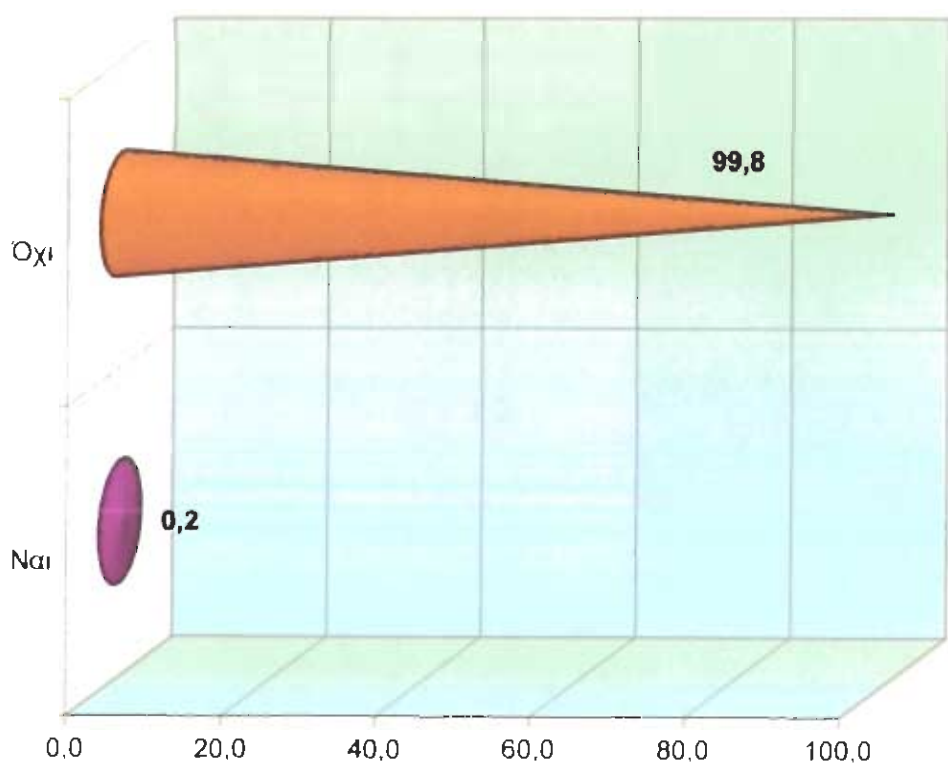
Έχουν κολλήσει σύφιλη:	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Ναι	1	0,2
Όχι	460	99,8



Όπως παρατηρήθηκε, μόνο το 0,2% παρουσιάζεται να έχει κολλήσει σύφιλη.

Ερώτηση 14 β: Έχουν κολλήσει βλεννόροια;

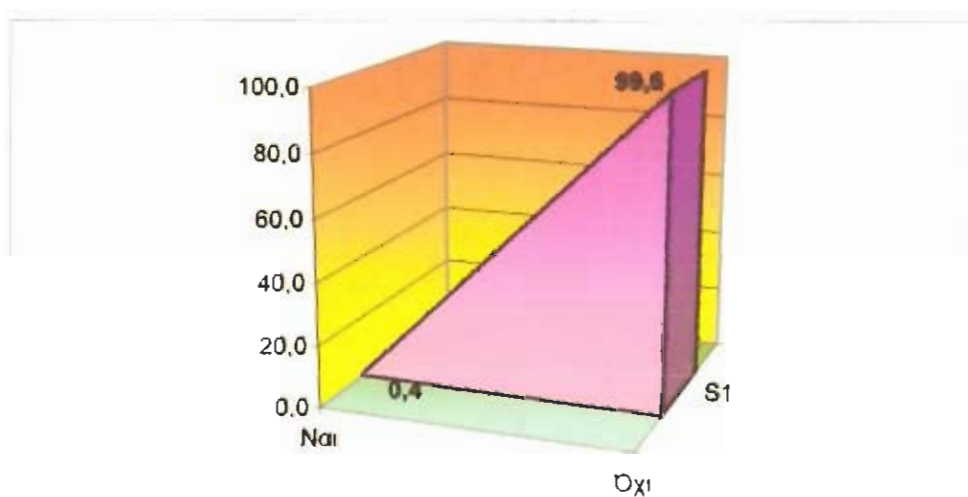
Έχουν κολλήσει βλεννόροια;	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Ναι	1	0,2
Όχι	460	99,8



Το ίδιο παρατηρήθηκε όσον αφορά και τη βλεννόρροια. Δηλαδή, έχει νοσήσει μόνο το 0,2%.

14 γ : Έχουν κολλήσει έρπη γεννητικών οργάνων;

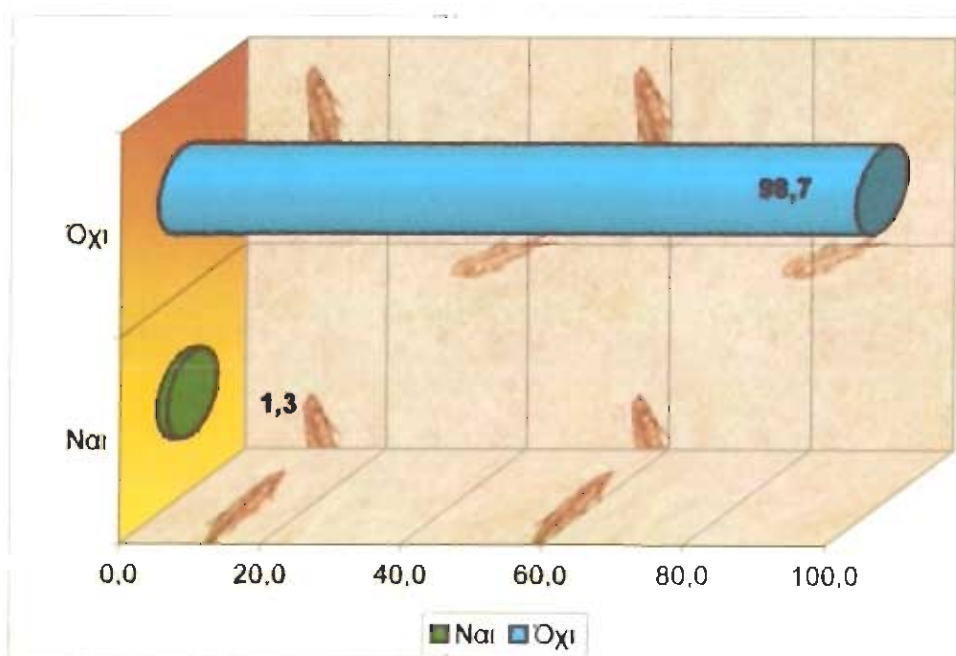
Έχουν κολλήσει έρπη γεννητικών οργάνων;	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Ναι	2	0,4
Όχι	459	99,6



Το ποσοστό των ερωτηθέντων που έχουν κολλήσει έρπη των γεννητικών οργάνων, είναι 0,4%.

Ερώτηση 14 δ : Έχουν κολλήσει κονδυλώματα;

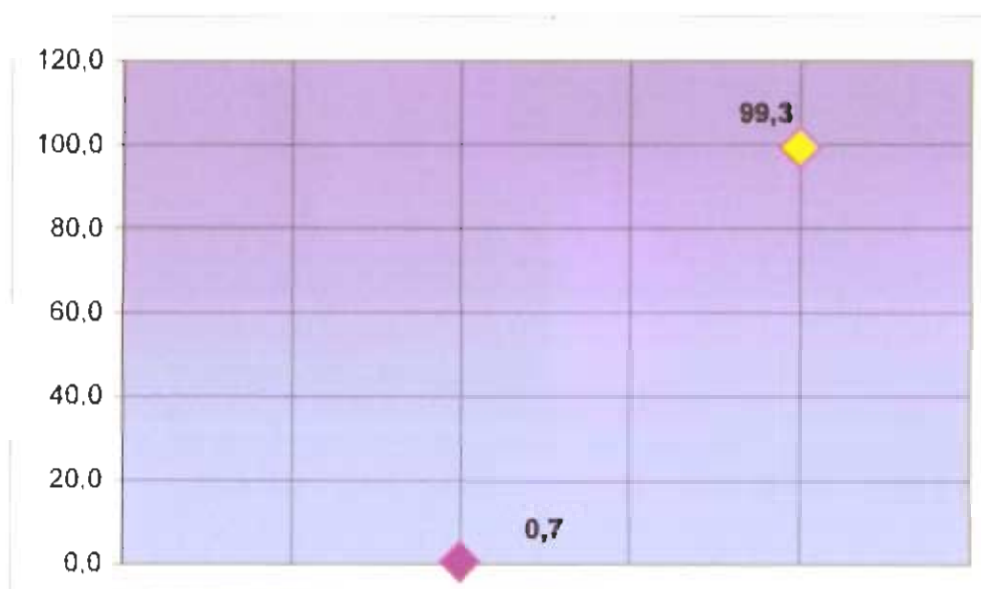
Έχουν κολλήσει κονδυλώματα;	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Ναι	6	1,3
Όχι	455	98,7



Από τους ερωτηθέντες το 1,3% έχουν κολλήσει κονδυλώματα.

Ερώτηση 14 ε: Έχουν κολλήσει φθειρίαση;

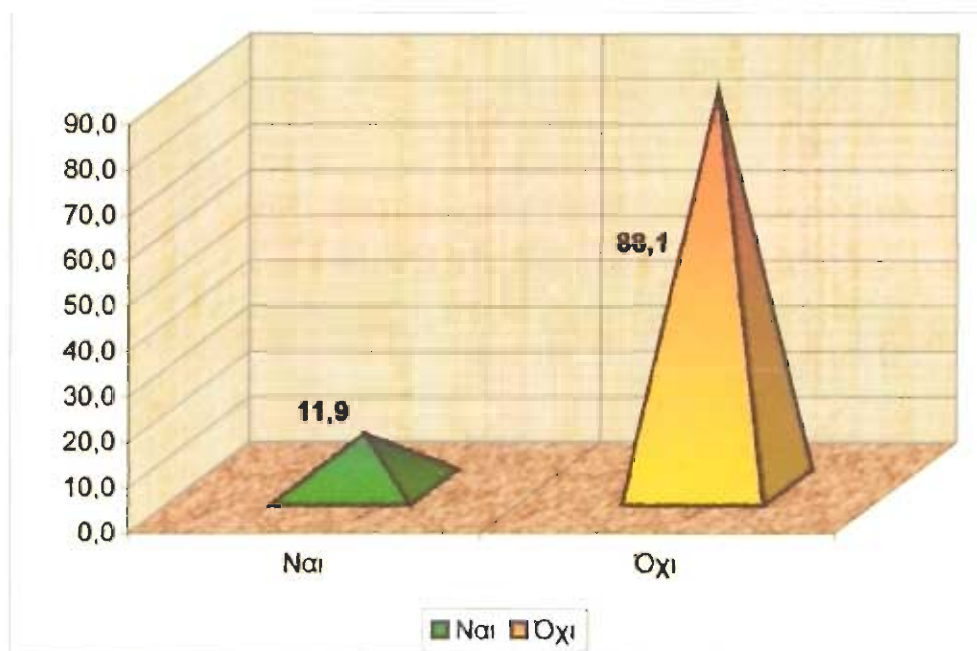
Έχουν κολλήσει φθειρίαση;	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Ναι	3	0,7
Όχι	458	99,3



Φθειρίαση έχει κολλήσει ένα ποσοστό της τάξεως του 0,7%

14 στ : Έχουν κολλήσει μυκητίαση;

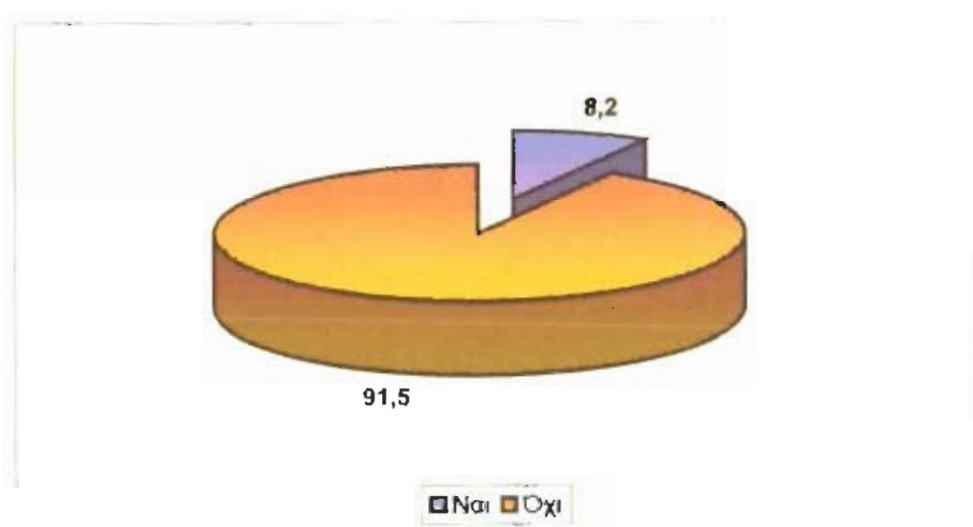
Έχουν κολλήσει μυκητίαση;	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Ναι	55	11,9
Όχι	406	88,1



Παρατηρείται ότι ένα σημαντικό ποσοστό των ερωτηθέντων που ανέρχεται στο ποσοστό του 11,9% έχει κολλήσει μυκητίαση.

Ερώτηση 14 ζ: Έχουν κολλήσει κάτι άλλο:

Έχουν κολλήσει κάτι άλλο;	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Ναι	38	8,2
Όχι	422	91,5



Από τους ερωτηθέντες, το 8,2% απάντησαν ότι έχουν κολλήσει κάτι άλλο.

Ερώτηση 14 η : Δεν έχουν κολλήσει τίποτα.

Δεν έχουν κολλήσει τίποτα.	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Ναι	354	76,8
Όχι	107	23,2



Τέλος, παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος, με ποσοστό 76,8% δεν έχει κολλήσει τίποτα.

ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

- 1. Αριθμός σωστών απαντήσεων σχετικά με το AIDS, ανάλογα με το φύλο.

Φύλο	Αγόρι		Κορίτσι	
	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
0,00	0	0,0	1	0,4
1,00	3	1,6	2	0,7
2,00	2	1,1	5	1,8
3,00	10	5,4	13	4,7
4,00	13	7,1	39	14,1
5,00	41	22,3	51	18,4
6,00	45	24,5	75	27,1
7,00	37	20,1	48	17,3
8,00	26	14,1	37	13,4
9,00	7	3,8	6	2,2

(βλ. γραφήματα στην επόμενη σελ.)

Αγόρια



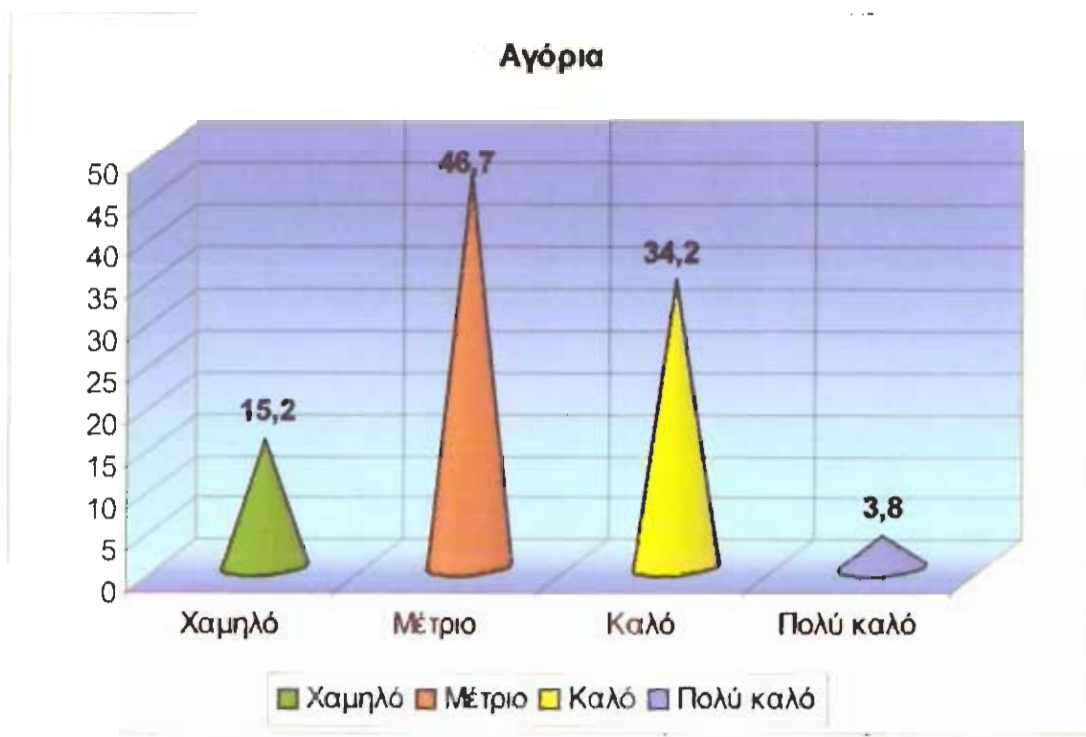
Κορίτσια



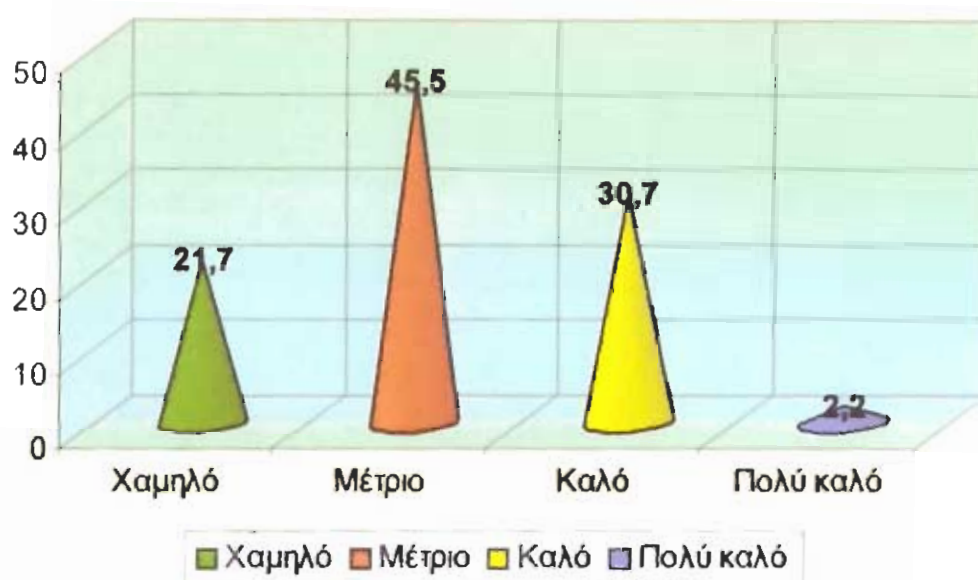
Από τον συνδυασμό των απαντήσεων των ερωτηθέντων, προκύπτει ότι το **μεγαλύτερο ποσοστό** τόσο στα αγόρια, όσο και στα κορίτσια (24,5%-27,1% αντίστοιχα) έχει δώσει **έξι στις δέκα σωστές απαντήσεις** και μόνο το 3,8% και 2,2% αντίστοιχα έχουν απαντήσει σωστά στις εννιά από τις δέκα ερωτήσεις.

➔ 2. Επίπεδο γνώσεων βάσει των απαντήσεων που έδωσαν σχετικά με το AIDS.

Φύλο	Αγόρια		Κορίτσια	
	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Χαμηλό	28	15,2	60	21,7
Μέτριο	86	46,7	126	45,5
Καλό	63	34,2	85	30,7
Πολύ καλό	7	3,8	6	2,2



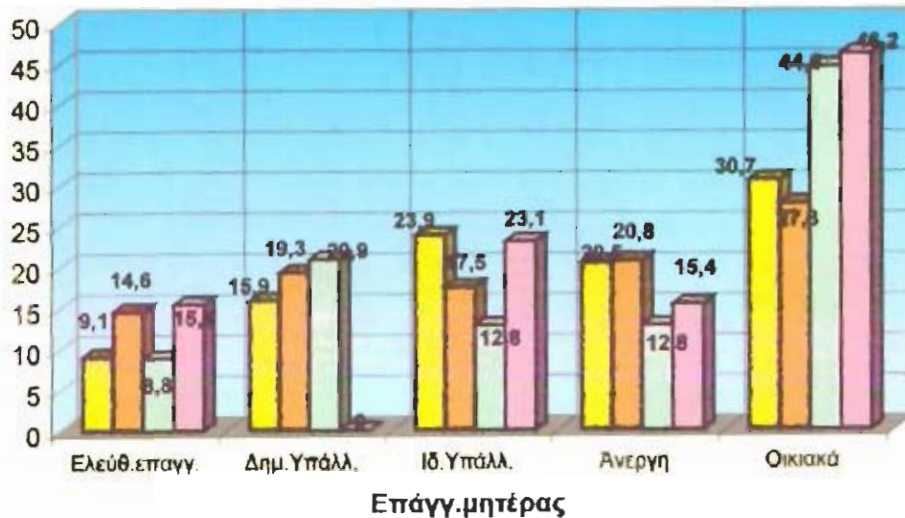
Κορίτσια



Τόσο στα αγόρια(46,7%) όσο και στα κορίτσια (45,5%), το **μεγαλύτερο** ποσοστό του επιπέδου των γνώσεων τους είναι **μέτριο**, σε αντίθεση με το **πολύ καλό** το οποίο τόσο στα αγόρια(3,8%) όσο και στα κορίτσια είναι **πολύ χαμηλό**(2,2%).

3. Επίπεδο γνώσεων των ερωτηθέντων σε συνδυασμό με το επάγγελμα της μητέρας τους.

Επάγγελμα μητέρας	Επίπεδο γνώσεων βάσει των απαντήσεων...								
	Χαμηλό		Μέτριο		Καλό		Πολύ καλό		
	Απαντ.	%	Απαντ.	%	Απαντ.	%	Απαντ.	%	
Ελεύθ.Επαγγ.	8	9,1	31	14,6	13	8,8	2	15,4	
Δημ.Υπάλλ.	14	15,9	41	19,3	31	20,9	0	0,0	
Ιδιωτ.Υπάλλ.	21	23,9	37	17,5	19	12,8	3	23,1	
Ανεργη	18	20,5	44	20,8	19	12,8	2	15,4	
Οικιακά	27	30,7	59	27,8	66	44,6	6	46,2	
$\chi^2 = 22,130$		B.E= 12		P=0.036					



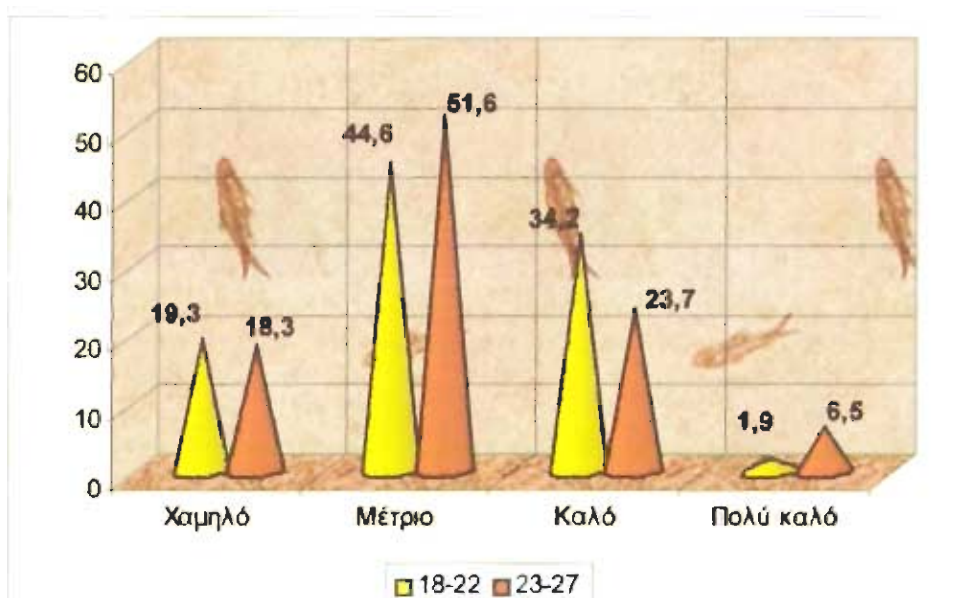
(Κίτρινο= χαμηλό, Πορτοκαλί= μέτριο, Πράσινο= καλό, Ροζ= πολύ καλό)

Όπως παρατηρήθηκε το επάγγελμα της μητέρας, επηρεάζει το επίπεδο γνώσεων των ερωτηθέντων. Πιο συγκεκριμένα, όσων οι μητέρες ασχολούνται με τα **οικιακά**, παρουσιάζουν το μεγαλύτερο ποσοστό (44,6%) αυτών που είχαν το **καλύτερο επίπεδο γνώσεων** βάσει των απαντήσεών τους.

Αντιθέτως, τα άτομα των οποίων οι μητέρες είναι Δημ. Υπάλληλοι, φαίνεται πως έχουν κυρίως χαμηλό (15,9%) και μέτριο (19,3%) επίπεδο γνώσεων, ενώ και όσων οι μητέρες είναι Ιδιωτ. Υπάλληλοι, είχαν παραδόξως αντίστοιχα το ίδιο ποσοστό χαμηλού (23,9%) και πολύ καλού (23,1%) επιπέδου γνώσεων.

➡ 4. Επίπεδο γνώσεων των ερωτηθέντων σε συνδυασμό με την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν.

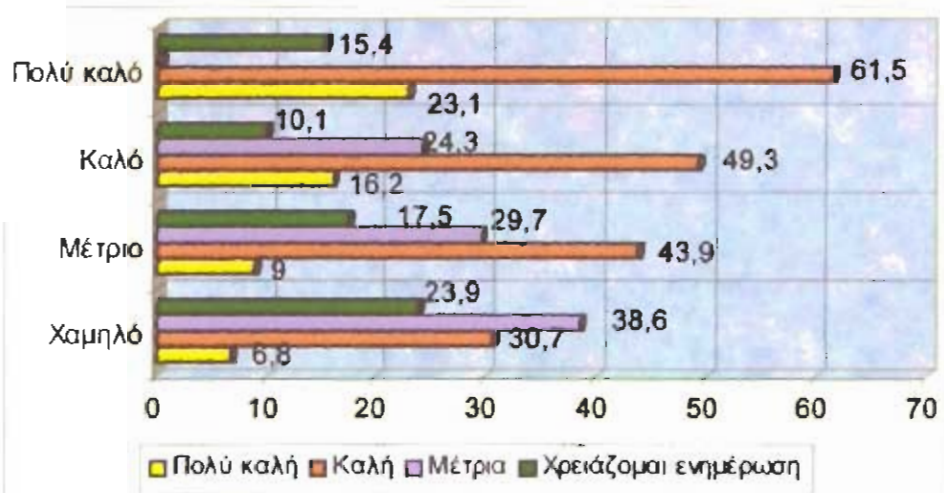
Ηλικιακή ομάδα				
Επίπεδο γνώσεων	18-22		23-27	
	Απαντήσεις	Ποσοστό(%)	Απαντήσεις	Ποσοστό(%)
Χαμηλό	71	19,3	17	18,3
Μέτριο	164	44,6	48	51,6
Καλό	126	34,2	22	23,7
Πολύ καλό	7	1,9	6	6,5
$\chi^2 = 8,881$ B.E.= 3 P= 0,031				



Σχετικά με την ηλικιακή ομάδα των ερωτηθέντων και το επίπεδο των γνώσεών τους, παρατηρήθηκε ότι **καλό** επίπεδο (34,2%) είχαν περισσότερα άτομα μεταξύ **18-22** ετών, ενώ τα άτομα ηλικίας **23-27** είχαν **πολύ καλό** επίπεδο γνώσεων σε μεγαλύτερο ποσοστό (6,5%), γεγονός που ενδέχεται να οφείλεται στην μεγαλύτερη εμπειρία των ατόμων αυτών ή στην καλύτερη αφομοίωση των μηνυμάτων που έχουν δεχθεί σχετικά με το AIDS.

➔ 5. Συνδυασμός επιπέδου γνώσεων των ερωτηθέντων και άποψης την οποία έχουν για το επίπεδο γνώσης τους.

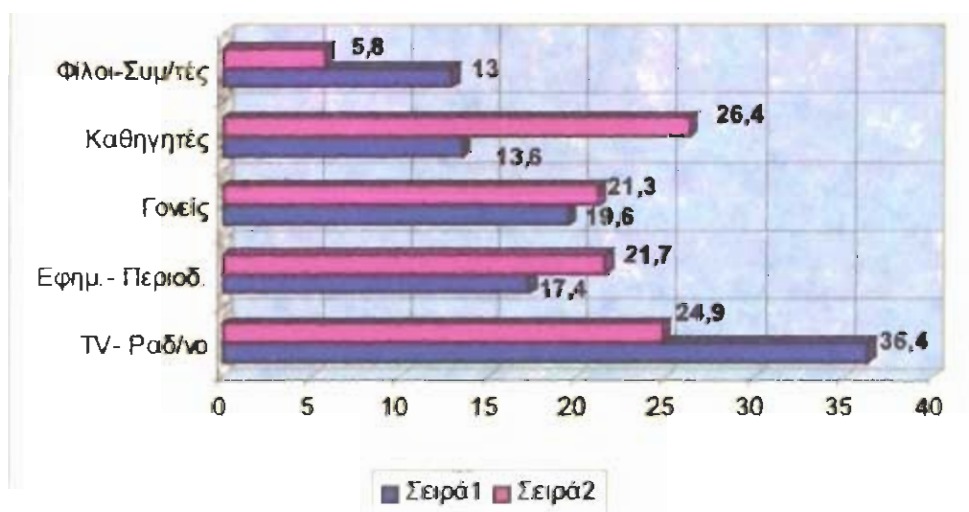
Επίπεδο γνώσεων βάσει των απαντήσεων...								
Θεωρούν ότι η γνώση τους είναι...	Χαμηλό		Μέτριο		Καλό		Πολύ καλό	
	Απαντήσεις	(%)	Απαντήσεις	(%)	Απαντήσεις	(%)	Απαντήσεις	(%)
Πολύ καλή	6	6,8	29	9,0	24	16,2	3	23,1
Καλή	27	30,7	93	43,9	73	49,3	8	61,5
Μέτρια	34	38,6	63	29,7	36	24,3	0	0,0
Χρειάζομαι ενημέρωση	21	23,9	37	17,5	15	10,1	2	15,4
$\chi^2 = 27,316$ $B.E = 9$ $P = 0,001$								



Δικαιολογημένα τα άτομα που το επίπεδο γνώσεών τους είναι πολύ καλό (61,5%) θεωρούν ότι έχουν καλή γνώση σχετικά με το AIDS, ενώ σχετική αυτογνωσία παρουσιάζουν και το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που έχουν χαμηλό επίπεδο γνώσεων (62,5%) και για αυτό το λόγο θεωρούν τη γνώση τους μέτρια ή και επιζητούν ακόμη περισσότερη ενημέρωση.

➔ 6. Πρώτη πηγή πληροφόρησης των ερωτηθέντων σε συνδυασμό με το φύλο τους.

Πρώτη πηγή Πληροφόρησης	Φύλο			
	Αγόρια		Κορίτσια	
	Απαντήσεις	Ποσοστό(%)	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
T.V- Ραδ/νο	67	36,4	69	24,9
Εφημ.-Περιοδ.	32	17,4	60	21,7
Γονείς	36	19,6	59	21,3
Καθηγητές	25	13,6	73	26,4
Φίλοι-συμ/τες	24	13,0	16	5,8
	X² = 21,337	B.E = 4	P=0,000	



(Όπου σειρά 1= αγόρια & σειρά 2= κορίτσια)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των **κοριτσιών** (26.4%) φαίνεται να δείχνει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στις πληροφορίες που τους παρέχονται από τους **καθηγητές** τους. Τα **αγόρια** δε, είναι σχεδόν μοιρασμένα με κάπως μεγαλύτερο ποσοστό (36,4%) στην **T.V και το ραδιόφωνο**.

➡ 7. Πρώτη πηγή πληροφόρησης σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα των ερωτηθέντων.

Ηλικιακή ομάδα				
Πρώτη πηγή πληροφόρησης	18-22		23-27	
	Απαντήσεις	Ποσοστό(%)	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Τ.Υ- Ραδίο	95	25,8	41	44,1
Εφημ.-Περιοδ.	68	18,5	24	25,8
Γονείς	84	22,8	11	11,8
Καθηγητές	91	24,7	7	7,5
Φίλοι-συμ/τες	30	8,2	10	10,8
$\chi^2 = 25,668$ B.E. = 4 P=0,000				

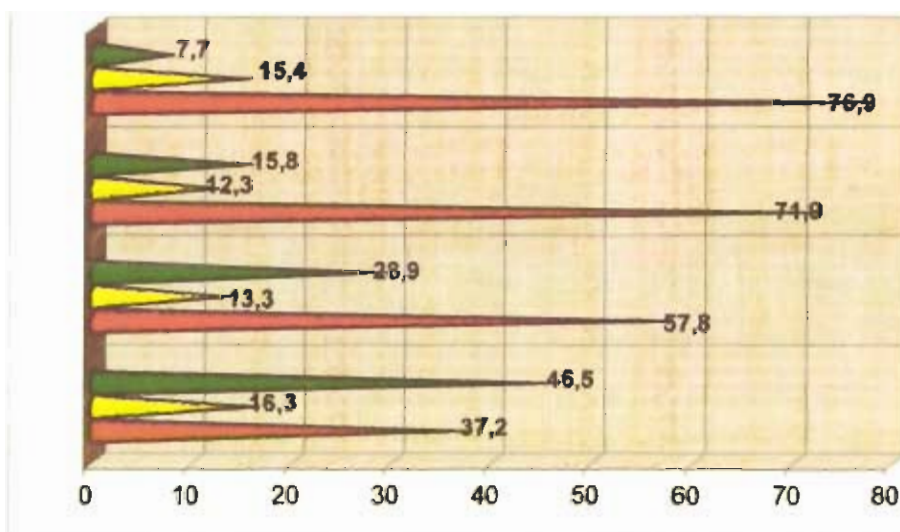


(Όπου κόκκινες στήλες = 18-22 ετών & πράσινες στήλες = 23-27 ετών)

Όσον αφορά τις ηλικίες μεταξύ **18-22 ετών**, απάντησαν ότι **πρώτη** τους πηγή πληροφόρησης (25,8%) είναι η **τηλεόραση και το ραδιόφωνο** και με μικρή διαφορά ακολουθούν οι **καθηγητές**, στους οποίους τα άτομα των ηλικιών αυτών φαίνεται να δείχνουν μεγάλη εμπιστοσύνη, αντίθετα από τα άτομα μεταξύ **23-27 ετών** τα οποία κατά τη συντριπτική τους **πλειοψηφία** έχουν ως πρώτη πηγή πληροφόρησης την **τηλεόραση και το ραδιόφωνο** (44,1%), ενώ το **μικρότερο** ποσοστό (7,5%) έχει ενημερωθεί από τους **καθηγητές**.

➡ 8. Επίπεδο γνώσεων των ερωτηθέντων βάσει των απαντήσεων που έδωσαν σε συνδυασμό με τη γνώση τους για το εάν παράλληλα με το AIDS μπορεί να υφίσταται και άλλο σεξουαλικό νόσημα.

Επίπεδο γνώσεων βάσει των απαντήσεων...								
AIDS και σεξ/κά νοσήματα	Χαμηλό		Μέτριο		Καλό		Πολύ καλό	
	Απαντήσεις	(%)	Απαντήσεις	(%)	Απαντήσεις	(%)	Απαντήσεις	(%)
Ναι	32	37,2	122	57,8	105	71,9	10	76,9
Όχι	14	16,3	28	13,3	18	12,3	2	15,4
Δεν γνωρίζω	40	46,5	61	28,9	23	15,8	1	7,7
$\chi^2 = 33,186$ B.E. = 6 P= 0,000								



(Κόκκινο= Ναι, Κίτρινο =Όχι, Πράσινο= Δεν γνωρίζω.)

Όπως παρατηρείται υπάρχει **συνάφεια** μεταξύ αυτών που το **επίπεδο γνώσης** τους είναι **πολύ καλό** (76,9%) οι οποίοι απάντησαν **σωστά** στην ερώτηση για το εάν κάποιος παράλληλα με το AIDS θα μπορούσε να νοσήσει και από κάποιο άλλο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η διεξαγωγή της έρευνάς μας έδειξε τα εξής άξια αναφοράς αποτελέσματα.

Καταρχήν το δείγμα μας περιελάμβανε 40% περίπου αγόρια και 60% κορίτσια και αφορούσε άτομα ηλικίας μεταξύ 18-27 ετών, εκ των οποίων το 80% άνηκε κυρίως στην ηλικία 18-22 ετών. Η πλειοψηφία αυτών γεννήθηκαν σε πόλη (80,7%) και τα τελευταία πέντε (5) χρόνια κατοικούν επίσης σε πόλη. Συγκεκριμένα η έρευνα δείχνει ότι η πλειοψηφία κινείται γύρω από την Αττική την Αχαΐα και τους όμορους νομούς.

Σχετικά με τις γραμματικές γνώσεις των γονέων, η πλειοψηφία είναι απόφοιτοι Λυκείου σε ένα ποσοστό 33% του πατρός και 34% της μητέρας αντίστοιχα, ενώ το μικρότερο ποσοστό αφορά τους αναλφάβητους.

Έπειτα η έρευνά μας προχωρά στις γνώσεις των ερωτηθέντων σχετικά με το AIDS. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στην ερώτησή μας αν ο ιός HIV μεταδίδεται με το σπέρμα μέσω των οφθαλμών, η συντριπτική πλειοψηφία απάντησε λάθος(64,6%), εφόσον στην πραγματικότητα ο ιός του AIDS μεταδίδεται μέσω αυτής της οδού εξαιτίας του βλεννογόνου της περιοχής.

Σημαντικό επίσης είναι το γεγονός ότι το 65% περίπου του δείγματος υποστηρίζει ότι επιλέγει πάντα ως τρόπο προφύλαξης το προφυλακτικό κατά τη συνεύρεσή του, αντίθετα το 35% δεν το χρησιμοποιεί ποτέ ή σχεδόν ποτέ.

Από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, σημαντικό ποσοστό κατέχει η μυκητίαση όπου ένα 11,9% έχει νοσήσει, κάτι το οποίο συνάδει και με τον επιπολασμό της συγκεκριμένης ασθένειας στη χώρα μας για τη χρονική περίοδο την οποία διανύουμε.

Σαν κατακλείδα στην έρευνά μας αποδεικνύεται ότι οι νέοι δεν είναι απόλυτα ενημερωμένοι για το θέμα, αφού ούτε ένα άτομα δεν απάντησε και στις δέκα ερωτήσεις γνώσεως σωστά.

Από τον συνδυασμό των απαντήσεων των ερωτηθέντων, προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό τόσο στα αγόρια, όσο και στα κορίτσια (24,5%-27,1% αντίστοιχα) έχει δώσει έξι στις δέκα σωστές απαντήσεις και μόνο το 3,8% και 2,2% αντίστοιχα έχουν απαντήσει σωστά στις εννιά από τις δεκαερωτήσεις.

Παρόλα αυτά η πλειοψηφία του δείγματος θεωρεί ότι έχει μέτριο προς καλό επίπεδο γνώσεων σχετικά με το θέμα.

Πραγματικά εμείς ανακαλύπτουμε ότι ισχύει κάτι τέτοιο αφού το **μεγαλύτερο ποσοστό τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια έχουν** όντως **μέτριο επίπεδο γνώσεων** (46,7-45,5%), τη στιγμή που **πολύ καλό** επίπεδο γνώσεων κατέχει **μόλις το 3,8% και το 2,2% αντίστοιχα.**

Ιδιαίτερη εντύπωση μας κάνει το γεγονός ότι πιο καλά ενημερωμένα είναι τα παιδιά των οποίων οι μητέρες ασχολούνται με τα οικιακά (46,2%) κάτι το οποίο ενδεχομένως να οφείλεται στην πιο εκτεταμένη ενασχόληση των γυναικών αυτών με τα παιδιά τους.

Σχετικά με την ηλικιακή ομάδα των ερωτηθέντων και το επίπεδο των γνώσεών τους, παρατηρήθηκε ότι καλό επίπεδο (34,2%) είχαν περισσότερα άτομα μεταξύ 18-22 ετών, ενώ τα άτομα ηλικίας 23-27 είχαν πολύ καλό επίπεδο γνώσεων σε μεγαλύτερο ποσοστό (6,5%) γεγονός που ίσως οφείλεται στη μεγαλύτερη εμπειρία των ατόμων αυτών ή στην καλύτερη αφομοίωση των μηνυμάτων που έχουν δεχθεί σχετικά με το AIDS.

Όπως αναφέρεται, πρώτη πηγή πληροφόρησης των αγοριών είναι η τηλεόραση και το ραδιόφωνο (36,4%) εν αντιθέσει με τα κορίτσια τα οποία δείχνουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στις πληροφορίες που δέχονται από τους καθηγητές τους (26,4%).

Τα μικρότερα σε ηλικία άτομα (18-22) έχουν ως πρώτη πηγή πληροφόρησης το ραδιόφωνο και την τηλεόραση(25,8%) και αμέσως μετά τους καθηγητές(24,7%), ενώ τα μεγαλύτερα άτομα (23-27), από τη μία έχουν σαν πρώτη πηγή πληροφόρησης την τηλεόραση και το ραδιόφωνο(44,1%), η πληροφόρηση όμως που προέρχεται από τους καθηγητές κατέχει το μικρότερο ποσοστό(7,5%).

Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
Σ.Ε.Υ.Π : ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Θα σας παρακαλούσαμε να συμπληρώσετε το Ερωτηματολόγιό μας με πάσα ειλικρίνεια, ώστε να μας βοηθήσετε στην έρευνά μας για την πτυχιακή μας εργασία. Τονίζουμε ότι τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια είναι **ΑΝΩΝΥΜΑ!**

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Αγόρι

2. Κορίτσι

3. Ηλικία

4. Που γεννηθήκατε:

α) Χωριό

β) Κομόπολη

γ) Πόλη

δ) Νομός

5. Που κατοικείτε τα τελευταία 5 χρόνια:

α) Χωριό

β) Κομόπολη

γ) Πόλη

6. Ποιες είναι οι γραμματικές γνώσεις του πατέρα σας και της μητέρας σας:
Πατέρας Μητέρα

α) Αναλφάβητος / η

β) Απόφοιτος / η Δημοτικού

γ) Απόφοιτος / η Γυμνασίου

δ) Απόφοιτος / η Λυκείου

ε) Πτυχίο Α.Ε.Ι.

στ) Πτυχίο Α.Τ.Ε.Ι.

7. Ποια είναι η κύρια εργασία του πατέρα σας;

(παρακαλούμε να απαντήσετε με κάθε λεπτομέρεια π.χ. Οδηγός ταξί)

8. Ποια είναι η κύρια εργασία της μητέρας σας;

(παρακαλούμε να απαντήσετε με κάθε λεπτομέρεια π.χ. Οικιακά κ.τ.λ.)

9.	α) Σωστό	β) Λάθος	γ) Δεν ξέρω
1) Το AIDS οφείλεται σε έναν ιό			
2) Οροθετικός ονομάζεται αυτός που η εξέτασή του για Η.Ι.Υ. είναι θετική.			
3) Ο Η.Ι.Υ. δεν μεταδίδεται με το στοματικό έρωτα.			
4) Ο Η.Ι.Υ. εμπεριέχεται μόνο στο σπέρμα.			
5) Ο Η.Ι.Υ. μεταδίδεται αν το σπέρμα έρθει σε επαφή με τα μάτια.			
6) Ο Η.Ι.Υ. μεταδίδεται με το βαθύ φιλί.			
(Συνέχεια στην επόμενη σελίδα)			

	α) Σωστό	β) Λάθος	γ) Δεν ξέρω
7) Ο Η.Ι.Υ. δεν μεταδίδεται αν δεν υπάρξει εκσπερμάτωση στον κόλπο ή τον πρωκτό.			
8) Ο αυνανισμός είναι μια πρακτική που δεν εμπεριέχει κίνδυνο.			
9) Το AIDS θεραπεύεται με τη λεγόμενη πολυθεραπεία.			
10) Με το προφυλακτικό θα πρέπει πάντα να χρησιμοποιείται βαζελίνη.			

10. Θεωρείτε ότι η γνώση σας για το AIDS είναι:

- α) Πολύ καλή
- β) Καλή
- γ) Μέτρια
- δ) Χρειάζομαι περισσότερη ενημέρωση

11. Ποια ήταν η πρώτη σου πηγή πληροφόρησης για το AIDS;

- α) Τηλεόραση / Ραδιόφωνο
- β) Εφημερίδα / Περιοδικά
- γ) Γονείς
- δ) Καθηγητές
- ε) Φίλοι και συμμαθητές

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Επιλογικά θα ήταν σημαντικό να υπογραμμιστεί ότι η παρούσα επιστημονική προσπάθεια, χωρίς να αποποιείται τον ακαδημαϊκό της χαρακτήρα, αποτελεί κυρίως μια πρωτόλεια όσο και ειλικρινή ερευνητική διαδικασία, η οποία εξαντλώντας τις γνωστολογικές δυνατότητες του επιπέδου του φοιτητή, χορηγεί εν τέλει ένα μάλλον αξιόλογο και αξιοπρεπές αποτέλεσμα. Για αυτόν ακριβώς το λόγο, χωρίς από τη μια να είναι εφικτό να αποκλεισθούν ενδεχόμενα λάθη και παραλήψεις, από την άλλη, δεν πρέπει να παραβλεφθεί και η αγωνία μας, για την όσο το δυνατόν ορθότερη δημιουργία και παρουσίαση του παρόντος εκπονήματος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. **ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ**, «AIDS με απλά λόγια», Εκδόσεις ΑΚΡΙΤΑΣ, Αθήνα, 1992.
2. **ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ Δ., ΠΑΝΤΖΟΥ Π., ΤΣΕΛΕΠΗ Χ., ΜΕΤΑΛΛΗΝΟΥ Ο.**, «Υγεία και αρρώστια», Εκδόσεις ΛΙΤΣΑ, Αθήνα, 1996.
3. **ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗΣ Α.Κ.**, «Όλη η αλήθεια για το AIDS», Εκδόσεις ΚΑΡΑΜΠΕΛΟΠΟΥΛΟΣ, Αθήνα, 1995.
4. **ΑΣΚΗΤΗΣ Θ.**, «Η σεξουαλική αφύπνιση της εφηβείας», Εκδόσεις ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ, Αθήνα, 1997.
5. **ΓΕΩΡΓΑΣ Δ.**, «Κοινωνική ψυχολογία», Τόμος Α-Β, Αθήνα, 1990.
6. **ΓΙΑΜΑΡΕΛΛΟΥ Ε., ΜΠΑΛΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ.Ι.**, «STEIN Παθολογία», Τόμος 3, 4^η Έκδοση, ΙΑΤΡΙΚΕΣ Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, Αθήνα, 1996.
7. **ΓΟΛΕΜΑΤΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ**, «Χειρουργική Παθολογία», Τόμος Α, 1^η Έκδοση, ΙΑΤΡΙΚΕΣ Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, Αθήνα, 1999.
8. **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ AIDS**, «1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS», Αθήνα, 1989.
9. **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ AIDS**, «2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS», Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Θεσ/νίκη, 1990.
10. **ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΝΤΑΓΟΛΟΓΙΟΥ 1994-1996**, (Γαλανάκης ν., Γιαμαρέλλου Ε., Κανελλακόπουλος Κ., Πετρίκος Γ., Συριόπουλος Ε.), «Εθνικό Συνταγολόγιο», Εκδόσεις Ε.Ο.Φ, Αθήνα 1996.
11. **Κ.Ε.Ε.Λ**, «Κατευθυντήριες οδηγίες για αντιρετροϊκή αγωγή», Επιμέλεια-Εκδόσεις Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα, 2000.
12. **Κ.Ε.Ε.Λ- ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**, «Επιδημιολογική Επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα», Τεύχος 17, Αθήνα, Ιούνιος 2003.

13. **ΚΟΥΣΚΟΥΚΗΣ Κ.**, «*AIDS, τί πρέπει να γνωρίζετε*», Εκδόσεις ΣΜΥΡΝΙΩΤΑΚΗΣ, Αθήνα, 1986.
14. **ΜΑΛΑΚΑ ΚΑΙΤΗ- ΖΑΦΕΙΡΙΟΥ**, «*Παιδιατρική*», Εκδόσεις UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσ/νίκη, 1999.
15. **ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ Κ.- ΚΟΣΜΙΔΗΣ Ι.**, «*Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας*», Εκδόσεις ΖΗΤΑ, Αθήνα, 1994.
16. **ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ- ΚΑΛΛΙΝΙΚΟΣ ΓΙΩΡΓΟΣ**, «*AIDS- Διεθνή Επιστημονικά Δεδομένα, Ελληνική εμπειρία*», ΙΑΤΡΙΚΕΣ Εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ, Γουδί, 1986.
17. **ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΦΑΡΜΑΚΗ Γ.**, «*Πρόληψη και έλεγχος λοιμοδών νοσημάτων*», Εκδόσεις ΖΗΤΑ, Αθήνα, 1998.
18. **ΠΑΥΛΑΤΟΥ Μ.**, «*Ανοσολογία*», ΙΑΤΡΙΚΕΣ Εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ, 1^η Έκδοση, Γουδί, 1997.
19. **ΣΑΡΟΓΛΟΥ Γ., ΛΙΟΝΗ Α., ΠΟΤΑΜΟΥΣΗ Π.**, «*AIDS/HIV, Κλινική προσέγγιση και θεραπεία*», ΙΑΤΡΙΚΕΣ Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, Αθήνα, 1999.
20. **ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ & ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ**, «*Προληπτική Ιατρική*», Αθήνα, 1986.

(συνέχεια στην επόμενη σελ.)

ΞΕΝΗ

21. **BALDWIN DOROTHY**, «Οδηγός αγωγής υγείας», ΙΑΤΡΙΚΕΣ Εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ, Αθήνα, 1996.
22. **CRUPO EDITIONAL FABBRI S.D.A.**, «Επιστήμη», μετ.- επιμ. ΚΟΥΜΟΥΝΔΟΥΡΕΑΣ Κ., Τόμος 5^{ος}, Εκδόσεις ΚΟΥΜΟΥΝΔΟΥΡΕΑ, Αθήνα, 1993.
23. **CLAYMAN C.B.**, «Οικογενειακή ιατρική βιβλιοθήκη η υγεία των γυναικών», μετ.- επιμελ. Ομάδα Ελλήνων Γιατρών, Εκδόσεις ΜΑΝΙΑΤΕΑΣ, Αθήνα, 1993.
24. **HAWKES NIGEL**, «aids», μετάφραση- επιμελ. ΑΡΤΕΜΗΣ. ΠΟΛΥΧΡΟΝΗΣ, Εκδόσεις ΚΕΔΡΟΣ, Αθήνα, 1998.
25. **MONTAGNIER LUC**, «Ιοί και άνθρωποι», μετάφραση ΧΑΡΗΣ ΚΑΖΛΑΡΗΣ, Εκδόσεις ΚΑΤΟΠΤΡΟ, Αθήνα, 1995.
26. **WALDER MICHAEL**, «ABC OF AIDS», Έκδοση 3^η, 1993.
27. **WEBER J.- FERMINAL A.**, «Το AIDS αφορά και εσένα», μετ.- επιμ. Δρ. Θ. ΚΑΛΜΑΤΗΣ, Εκδόσεις ΕΠΤΑΛΟΦΟΣ ΑΒΕΕ, Αθήνα, 1988.

