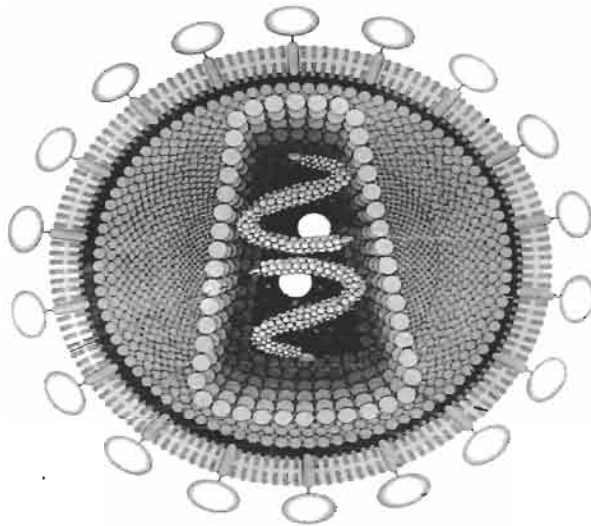


ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



“Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS”
ΕΡΕΥΝΑ



Σπουδάστριες: Ιωαννίδου Παναγιώτα
Καλλιανιώτη Κωνσταντίνα

Εισηγήτρια
Dr. Παπαδημητρίου Μαρία
Καθηγήτρια



Πάτρα 2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1.	Ευχαριστίες	
2.	Αφιέρωση	
3.	Πρόλογος	11
4.	Εισαγωγή	12
5.	Μήνυμα από τον Ίρβιν «Μάτζικ» Τζόνσον	13

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.	Ορισμός	17
1.2.	Ο ιός HIV	17
1.3.	Ιστορική ανασκόπηση	18
1.4.	Επιδημιολογικά στοιχεία	23
1.5.	Πιθανός τρόπος μετάδοσης στον άνθρωπο	27
1.6.	Φορέας, Περίοδος Επώασης, Ανοσολογική Ανεπάρκεια	28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.	Τρόποι μετάδοσης και μη μετάδοσης του AIDS	31
2.1.	Σεξουαλικά	31
2.1.1.	Αιματογενώς	31
2.1.2.	Περιγεννητική και κάθετη μετάδοση	32
2.1.3.	Άλλοι τρόποι μεταδόσεως	32
2.1.4.	Πως δεν μεταδίδεται ο ιός	33
2.2.	Κατηγορίες ατόμων υψηλού κινδύνου	33
2.2.1.	Ομοφυλόφιλοι	33
2.2.2.	Τοξικομανείς	34
2.3.	Συμπτώματα	34
2.4.	Ευκαιριακές νοσήσεις που απαντώνται στο AIDS	35
2.5.	Εργαστηριακή ανίχνευση του AIDS	35
2.6.	Τεστ και ιατρικό απόρρητο	36
2.7.	Στάδια της νόσου	38
2.8.	Κλινική εικόνα	39
2.9.	Κλινικές εκδηλώσεις	39
2.9.1.	Νόσος HIV συνδυαζόμενη με την ορρομετατροπή	39
2.9.2.	Λεμφαδενοπάθεια	40
2.9.3.	Απώλεια βάρους	40
2.9.4.	Σάρκωμα Kaposi	41
2.9.5.	Πνευμονικές εκδηλώσεις	42
2.9.6.	Γαστρεντερικές εκδηλώσεις	42
2.9.7.	Νευρολογικές εκδηλώσεις	43
2.9.7.1.	Μηνιγγίτιδα	43
2.9.7.2.	HIV εγκεφαλοπάθεια	43

2.9.8.	Κακοήθειες	44
2.9.9.	Λοιμώξεις γυναικείων γεννητικών οργάνων	44
2.9.10.	Αιματολογικές εκδηλώσεις	44
2.9.11.	Ωτορινολαρυγγολογικά προβλήματα	44
2.9.12.	Δερματικές εκδηλώσεις	45
2.9.12.1.	Απλός έρπητας	46
2.9.12.2.	Μολυσματική τέρμινθος	46
2.9.12.3.	Σμηγματορροϊκή δερματίτιδα	47
2.9.12.4.	Βλατιδοκνηστώδες εξάνθημα	47
2.9.12.5.	Σύνδρομο Reiter	48
2.9.12.6.	Αλλοιώσεις τριχών και ονύχων	48
2.9.13.	Παθήσεις της στοματικής κοιλότητας	49
2.9.13.1.	Μυκητίαση της στοματικής κοιλότητας στη νόσο HIV	49
2.9.13.2.	Τριχωτή λευκοπλακία	50
2.9.13.3.	Ουλίτιδα	50
2.9.13.4.	Καντιντίαση	50
2.9.13.5.	Μη Hodgkin λέμφωμα	51
2.9.14.	Λέμφωμα	52
2.9.15.	Η νόσος HIV στη Παιδιατρική	52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ:ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

3.	Θεραπεία	54
3.1.	Η αντιρετροϊκή θεραπεία (ART)	54
3.1.1.	Δυνατότητες των θεραπειών	55
3.1.2.	Αρχές αντιρετροϊκής θεραπείας	57
3.1.3.	Επιλογή συνδυασμών αντιρετροϊκών φαρμάκων	59
3.1.4.	Αντιρετροϊκή θεραπεία στην κλινική πράξη	62
3.1.5.	Αντιρετροϊκά φάρμακα	63
3.1.5.α.	Το πρώτο αντιρετροϊκό φάρμακο	66
3.1.6.	Έναρξη αντιρετροϊκής θεραπείας	67
3.1.6.α.	Πότε αρχίζουμε την αντιρετροϊκή αγωγή	67
3.1.6.β.	Τα πλεονεκτήματα της συνδυαστικής αντιρετροϊκής θεραπείας σχετικά με τη μονοθεραπεία	67
3.1.6.γ.	Λογικές επιλογές κατά την αρχική αντιρετροϊκή θεραπεία	69
3.1.7.	Στρατηγικές θεραπειών της HIV λοίμωξης	70
3.1.8.	Παρακολούθηση του ασθενούς υπό αντιρετροϊκή θεραπεία	72
3.1.9.	Εξετάσεις ανθεκτικότητας του HIV σε αντιρετροϊκά φάρμακα	72
3.2.	Ανοσολογικές θεραπείες	74
3.3.	Εμβόλιο	75
3.4.	Νέες μελέτες-ανακαλύψεις	76

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ:ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΟΥΣ

4.1.	Παρακολούθηση ασθενών με HIV λοίμωξη	79
------	--------------------------------------	----

4.1.1.	Αντιμετώπιση HIV οροθετικών ασθενών	79
4.1.2.	Αρχική κλινική εκτίμηση	81
4.1.3.	Κλινική εξέταση	84
4.1.4.	Αιματολογικός έλεγχος	87
4.1.5.	Βιοχημικός έλεγχος	87
4.1.6.	Μικροβιολογικός έλεγχος	88
4.1.7.	Εκτίμηση ανοσολογικής κατάστασης	89
4.1.8.	Απεικονιστικός έλεγχος	91
4.1.9.	Γυναικολογική εξέταση	91
4.1.10.	Ψυχοκοινωνική εκτίμηση	91
4.1.11.	Αξιολόγηση για λήψη μέτρων κοινωνικής πρόνοιας	91
4.2.	Διάγνωση και θεραπεία των συνήθων επιπλοκών που σχετίζονται με τον ιό HIV	92
4.2.1.	Οι σημαντικές γενικές θεωρήσεις κατά την προσέγγιση των οξέως πασχόντων ασθενών	92
4.2.2.	Ποια ευρήματα βοηθούν στη διαφορική διάγνωση της πνευμονίας από P.Carinni(PCP) από τις άλλες πνευμονικές λοιμώξεις;	92
4.2.3.	Ποια είναι η καλύτερη αντιμικροβιακή αγωγή στην πνευμονία από P.Carinni;	93
4.2.4.	Πότε ένας μολυσμένος από ιό HIV ασθενής θα πρέπει να νοσηλεύεται για πνευμονία από P.Carinni;	93
4.2.5.	Ποια κλινικά σύνδρομα προκαλούνται από κυτταρομεγαλοϊό (CMV) σε ασθενείς μολυσμένους από ιό HIV;	93
4.2.6.	Ποια είναι η συνηθέστερη εμφάνιση της φυματίωσης σε λοίμωξη από ιό HIV;	94
4.2.7.	Σε τι διαφέρει η αντιμετώπιση της σύφιλης στη λοίμωξη από HIV;	94
4.2.8.	Ποιες είναι οι συχνότερες αιτίες πυρετού αγνώστου αιτιολογίας σε ασθενείς μολυσμένους από ιό HIV;	95
4.2.9.	Ποιες είναι οι κατάλληλες διαγνωστικές εξετάσεις για την οξεία διάρροια σε λοίμωξη από ιό HIV;	95
4.2.10.	Ποιες επιπλοκές της λοίμωξης από HIV απαιτούν νοσηλεία;	96

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ:ΠΡΟΛΗΨΗ-ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

5.1.	Πρόληψη	98
5.2.	Προφύλαξη υγειονομικού πληθυσμού	99
5.3.	Χαρακτηριστικά παραδείγματα μόλυνσης νοσηλευτριών	104
5.4.	Προστασία υγειονομικού προσωπικού και ασθενούς στο οδοντιατρείο	107
5.5.	Περιορισμένος ο κίνδυνος μόλυνσης από HIV κατά την περίθαλψη	
5.5.1.	Πότε χρησιμοποιεί κανείς γάντια, μάσκα ή ποδιά;	108
5.6.	Ατυχήματα	109
5.7.	Πρόληψη του AIDS σε 10 βήματα	110

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

6.1.	Νοσηλευτική φροντίδα	113
6.1.1.	Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου	113
6.1.2.	Προβλήματα του αρρώστου	114

6.1.3.	Σκοποί της φροντίδας	115
6.1.4.	Παρέμβαση	115
6.1.5.	Αξιολόγηση	119
6.1.6.	Υποστηρικτική φροντίδα	119
6.2.	Νοσηλεία σε νοσοκομείο	120
6.2.1.	Ορισμένες πρακτικές συμβουλές για τους ασθενείς	120
6.2.2.	Το τμήμα για ασθενείς με AIDS	121
6.2.3.	Ο ασθενής έχει τον τελευταίο λόγο	121
6.2.4.	Νοσηλευτικό προσωπικό εξειδικευμένο στο AIDS	122
6.3.	Ανάγκες των αρρώστων	122
6.3.1.	Αναπνευστικό	123
6.3.2.	Ενυδάτωση	123
6.3.3.	Διατροφή	124
6.3.4.	Διούρηση-κενώσεις	124
6.3.5.	Έλεγχος θερμοκρασίας σώματος	125
6.3.6.	Κίνηση και κινητοποίηση	125
6.3.7.	Ασφαλές περιβάλλον	126
6.3.8.	Ατομική υγιεινή-ένδυση	126
6.3.9.	Έκφραση-επικοινωνία	127
6.3.10.	Εργασία-διασκέδαση	127
6.3.11.	Ανάπαυση-ύπνος	127
6.3.12.	Ψυχική ισορροπία	127
6.3.13.	Θρησκευτικές ανάγκες	128
6.3.14.	Σεξουαλική δραστηριότητα	129
6.3.15.α.	Τελικό στάδιο	129
6.3.15.β.	Φροντίδα νεκρού	130
6.4.	Αντιμετώπιση ασθενών με AIDS στο χειρουργείο	131
6.4.1.	Πρόληψη διασποράς του ιού	131
6.5.	Τι θα πρέπει να συμβουλευτούν οι θεράποντες ιατροί τους μολυσμένους από ιό HIV ασθενείς, σχετικά με τους κινδύνους ενός ταξιδιού σε ξένες χώρες;	131
6.6.	Νοσηλεία αρρώστου με AIDS εκτός νοσοκομείου	132
6.7.	Κατ'οίκον περίθαλψη	133
6.7.1.	Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα	133
6.7.2.	Συντονισμός της παρεχόμενης περίθαλψης	134
6.7.3.	Εξελεκώσεις λόγω μακράς κατάκλισης	134
6.7.4.	Ανάκλιση του ασθενούς	135
6.7.4.α.	Συνεργασία	135
6.7.4.β.	Γενικοί κανόνες	135
6.7.4.γ.	Η ορθή τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι	136
6.8.	Τι θα πρέπει να συστήσουν οι θεράποντες ιατροί στους μολυσμένους από HIV ασθενείς, σχετικά με τους κινδύνους που εγκυμονεί η κατοχή κατοικιδίων ζώων;	136
6.9.	Διατροφή	137
6.9.1.	Διατροφή και AIDS	137
6.9.2.	Γενικές συμβουλές	137
6.9.3.	Απώλεια βάρους	142
6.9.4.	Ενοχλήσεις στην κατάποση ή πόνοι στη στοματική κοιλότητα	143
6.9.5.	Αλλαγή στη γεύση	144

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ: ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ ΚΑΙ ΗΘΙΚΟ-ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ

7.1.	Ψυχολογικά προβλήματα και αντιμετώπιση	147
7.1.1.	Νοσηλευτική ψυχικής υγείας αρρώστων με AIDS	147
7.1.2.	Ψυχολογικά προβλήματα των αρρώστων	147
7.1.3.	Ψυχολογικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις	150
7.1.4.	Ψυχολογικές αντιδράσεις στη διάγνωση και πορεία της ασθένειας	152
7.1.5.	Ψυχολογικές αντιδράσεις στο τελικό στάδιο της ζωής	155
7.1.6.	Ψυχολογική στήριξη-Μετά από τη λοίμωξη με τον HIV	157
7.1.7.	Το προσωπικό υγείας και ο άρρωστος με AIDS	158
7.1.8.	Ψυχιατρικά σύνδρομα	161
7.1.9.	Ψυχοθεραπεία	162
7.1.9.α.	Συμμετοχή των άλλων σημαντικών προσώπων	164
7.1.9.β.	Νομικά θέματα	164
7.1.10.	Αντιμετώπιση του άγχους	165
7.1.10.α.	AIDS και άγχος	165
7.1.10.β.	Τι είναι άγχος	165
7.1.10.γ.	Πως εξελίσσεται το άγχος	166
7.1.10.δ.	Σε τι ωφελεί το άγχος	166
7.1.10.ε.	Ποια είναι τα αίτια του άγχους	167
7.1.10.στ.	Έχουν όλοι άγχος	167
7.1.10.ζ.	Τα συμπτώματα του άγχους	167
7.1.11.	Πρόληψη του άγχους	168
7.1.12.	Ψυχική ισορροπία	168
7.1.12.α.	Υγεία-Ευεξία	171
7.1.12.β.	Ασκήσεις που μπορεί κανείς να εφαρμόσει	171
7.1.12.γ.	Ορισμένες ακόμη προτάσεις	174
7.2.	Ηθικά-δεοντολογικά διλήμματα των νοσηλευτών	175
7.2.1.	Ηθικοδεοντολογικές απόψεις στη πρόληψη και τον έλεγχο του AIDS	175
7.2.2.	Προτάσεις	176
7.2.3.	Υποχρεωτική εξέταση για AIDS υποστηρίζεται από ιατρούς και νοσηλευτές στις Η.Π.Α.	176
7.2.4.	Το Διεθνές Συμβούλιο νοσηλευτών (Δ.Σ.Ν.) στηρίζει τους θετικούς στον HIV νοσηλευτές στο χώρο υγείας	177
7.2.5.	Υποχρεώσεις νοσηλείας ασθενών με AIDS. Γιατροί και λοιπό νοσηλευτικό προσωπικό	178
7.2.6.	Οι νοσηλευτές δείχνουν άγνοια σχετικά με το AIDS	178
7.2.7.	Τα δικαιώματα του νοσηλευτή	179

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ:ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

8.1.	Κοινωνικές διαστάσεις της λοίμωξης και νόσου HIV	182
8.1.1.	Εισαγωγή	182
8.1.2.	Κοινωνική απομόνωση: μια απαράδεκτη ενέργεια	183
8.2.	Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις	184
8.2.1.	Στιγματισμός	184
8.2.2.	Η περιθωριοποίηση και οι διακρίσεις εις βάρος του ασθενούς	184
8.2.3.	Επιπτώσεις μετά από τη διάγνωση του AIDS	184
8.2.4.	Σε ποια άτομα μπορεί να εκμυστηρευτεί και σε ποια όχι	185
8.2.5.	Πάρε τη ζωή στα χέρια σου	185
8.3.	Προσωπικά προβλήματα που ανακύπτουν	186
8.4.	Η πρακτική	186
8.4.1.	Ισχυροποίηση του εγώ και έλεγχος των συναισθημάτων	190
8.4.2.	Η σπουδαιότητα του να απολαμβάνει κανείς τις στιγμές, δηλαδή το « Εδώ και τώρα»	190
8.4.3.	Να θέτει κανείς βραχυπρόθεσμους στόχους	190
8.4.4.	Ελπίδα	191
8.4.5.	Καταπολέμηση του άγχους	191
8.5.	Βοήθεια από τους άλλους	192
8.5.1.	Αρνητικές πλευρές	192
8.5.2.	Θετικές πλευρές	192
8.5.3.	Αντιμετώπιση δυσκολιών	193
8.5.4.	Πότε ζητά κανείς βοήθεια;	193
8.5.5.	Βοήθεια από φίλους	194
8.5.6.	Συμβουλές όταν ζητά κανείς βοήθεια από φίλους	194
8.5.7.	Τι μπορούν να κάνουν οι φίλοι	194
8.6.	Πίστη και υπαρξιακά προβλήματα	195
8.6.1.	Πνευματική μέριμνα: κληρικοί και σύμβουλοι για ανθρωπιστικά ζητήματα	196
8.7.	Παράμετροι που συντελούν στην ανάπτυξη της νόσου	197
8.8.	Νομικά και κοινωνικά θέματα	198
8.8.1.	Στις οικογενειακές σχέσεις	198
8.8.2.	Στο χώρο της εργασίας	199
8.8.3.	Η λοίμωξη και νόσος HIV ως «μεταφορά του κακού»	201
8.8.4.	Λοίμωξη και νόσος HIV και κοινωνικός αποκλεισμός	202
8.9.	Οικονομικές διαστάσεις	202
8.9.1.	Το οικονομικό κόστος της λοίμωξης HIV	203
8.9.2.	Παράγοντες διόγκωσης του οικονομικού κόστους της λοίμωξης HIV	205
8.10.	Ατομικά δικαιώματα των ασθενών	206
8.10.1.	Εισαγωγή	206
8.10.2.	Τα ατομικά δικαιώματα γενικά	206
8.10.3.	Τα κατ'ιδίαν ατομικά δικαιώματα	208
8.10.4.	Διακρίσεις	210
8.11.	Η υποχρέωση της κοινωνίας να συνδράμει τα άτομα που έχουν προσβληθεί από το AIDS	211

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ: ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

9.1.	AIDS και αγωγή υγείας	214
9.2.	Παράγοντες κινδύνου στους εφήβους-Δυνατότητα παρέμβασης	215
9.2.1.	Εκπαίδευση καθηγητών για ενημέρωση εφήβων σχετικά με τον HIV-AIDS	215
9.3.	Διοργάνωση επιμορφωτικών σεμιναρίων για το AIDS	216
9.4.	Ευθύνες εθνικών συνδέσμων νοσηλευτών	217
9.5.	Ο ρόλος των μέσων μαζικής ενημέρωσης στον αγώνα κατά του AIDS	218

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΑ «ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ AIDS»

Σκοπός	223
Υλικό-Μέθοδος	223
Αποτελέσματα	225
Συζήτηση	258
Συμπεράσματα-Προτάσεις	260
Περίληψη	261
Βιβλιογραφία	262
Παράρτημα	267

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την κ.Παπαδημητρίου Μαρία που μας έδωσε την ευκαιρία να ασχοληθούμε και να διεκπεραιώσουμε την πτυχιική μας εργασία. Επίσης, ευχαριστούμε όλους όσους μας βοήθησαν σ'αυτήν μας την προσπάθεια.

Σε όσους έχουν προσβληθεί από την επιδημία του ΑΙΔΣ...

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

AIDS ή Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας. Ποιος θα μπορούσε άραγε να αναλογιστεί τις επιπτώσεις αυτής της παράξενης ανεπάρκειας του ανοσοποιητικού συστήματος όταν αναγνωρίστηκαν οι πρώτες περιπτώσεις σε ομοφυλόφιλους στις Η.Π.Α. το 1981;

Και όμως αυτός ο ύπουλος ιός μπαίνει στον ανθρώπινο οργανισμό και καταστρέφει το ανοσοποιητικό του σύστημα. Καταδικασμένος ο πάσχων σε ένα σίγουρο θάνατο, αργό ή μη, προσπαθεί να συνεχίσει τη ζωή του προσπερνώντας την κοινωνική κατακραυγή, τις προλήψεις και το ρατσισμό. Ενώ όλη η ιατρική επιστήμη προσπαθεί να βρει κάποιο φάρμακο ή εμβόλιο. Μάταια όμως. Ο ιός αυτός είναι ανίκητος.

Ο σκοπός αυτής της εργασίας είναι να διαφωτίσει τους ακροατές της για τη νόσο αυτή με όσο το δυνατό πιο κατανοητό λόγο. Προσπαθούμε να πλησιάσουμε τον ασθενή ως ένα απλό μέλος της κοινωνίας μας. Προτείνουμε λύσεις μέσα από όλο το κοινωνικό σύνολο και το κράτος. Θέλουμε να δώσουμε συμβουλές στο νοσηλευτικό προσωπικό και σε όλο τον κόσμο όσον αφορά την αντιμετώπιση και τη πρόληψη της νόσου HIV.

Μήπως όμως όλα αυτά πρέπει να προκαλέσουν σε όλους μας κάποια ερωτήματα; Τι είναι αυτό το τόσο ισχυρό που καταστρέφει το ανοσοποιητικό μας σύστημα; Αυτό το σύστημα που στηρίζει την ίδια την ύπαρξη όλου του ανθρώπινου γένους στον πλανήτη μας; Γιατί στον πίθηκο ο ιός αυτός απλά υπάρχει αλλά στον άνθρωπο νοσεί; Είναι ίσως μία μορφή τιμωρίας προς την αλαζονεία του ανθρώπου; Γιατί αυτός ο ιός διαλέγει το πότε θα ξεκινήσει την δράση του μέσα στον οργανισμό; Γιατί ορισμένα άτομα απλά είναι φορείς και ποτέ δεν νοσούν;

Ανεξάρτητα, το αν ή πότε θα βρεθούν λύσεις σ' αυτά τα ερωτήματα το τελικό απόφθεγμα είναι ότι η μόνη λύση για αυτήν την πανδημία είναι η πρόληψη, η ενημέρωση του κοινού και η φραγή σε όποια μορφή ρατσιστικής αντιμετώπισης των νοσούντων.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κάθε φορά που η ανθρωπότητα καταφέρνει με κόπο να ανασάνει μέσα από τις στενές τρύπες του κλοιού που την περιβάλλει, κάθε φορά που κοντοφάινεται η λύση στο πρόβλημα της ασφυκτικής επιβίωσής της, τότε είναι που εμφανίζεται ξαφνικά και αναπάντεχα, μια ανεξιχνίαστη απειλή που τείνει να την συντρίψει.

Και να που πριν καλά-καλά βρεθεί τρόπος θεραπείας για τον καρκίνο, εμφανίζεται δειλά στην αρχή απειλητικά μετά, το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας ή αλλιώς AIDS που παίρνει διαστάσεις εθνικού προβλήματος υγείας. Στην Αμερική και στις βιομηχανικές χώρες της Ευρώπης, η εξάπλωση της επιδημίας, έχει ήδη αποτελέσει εθνικό πρόβλημα υγείας. Τα πρώτα κρούσματα AIDS, δημοσιεύτηκαν στις εφημερίδες τον Ιούνιο και Ιούλιο του '81.

Το AIDS (Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας) είναι ένα λοιμώδες, μεταδοτικό νόσημα που οφείλεται στον ιό HIV. Οι τρόποι μετάδοσής του, η ταχύτητα εξάπλωσής του και κυρίως η μη ύπαρξη (προς το παρόν τουλάχιστον) εμβολίου και θεραπείας καθιστούν το AIDS ως ένα από τα πιο θανατηφόρα, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, που δυστυχώς οδηγεί και σε κοινωνική απομόνωση.

Επειδή η άγνοια και η προκατάληψη του κόσμου είναι μεγάλη και επειδή το AIDS είναι μια από τις σημαντικότερες νόσους που θα απασχολήσουν τους επαγγελματίες υγείας στον αιώνα μας, τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι γιατροί καθώς και οι άλλοι επιστήμονες υγείας πρέπει να είναι προετοιμασμένοι για να μπορούν να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες που προκύπτουν από τη σχετικά νέα αυτή νόσο.¹

Η αδυναμία της επιστήμης να αντιμετωπίσει, μέχρι στιγμής τουλάχιστον το AIDS, γεμίζει τον κάθε απλό άνθρωπο με φόβο και αγωνία. Το πρόβλημα όμως δεν είναι μόνο ιατρικό. Έχει προεκτάσεις στο άτομο και στη κοινωνία. Αν και δεν υπάρχει θεραπεία για την αρρώστια καθεαυτή, υπάρχει θεραπεία για το οδυνηρό αντίκτυπο στην ψυχή του αρρώστου και στο κοινωνικό του περιβάλλον.

Η θεραπεία αυτή πηγάζει από το κράτος και από εμάς τους ίδιους. Ο καθένας μας ως συνειδητοποιημένο μέλος της κοινωνίας στην οποία ζει, έχει ευθύνη και υποχρέωση να συνδράμει τα άτομα αυτά. Απαλλαγμένος από κάθε μορφή κοινωνικού, θρησκευτικού ρατσισμού και φανατισμού.

Το μήνυμα αυτό, πρέπει να περάσει και σ' αυτούς που έχουν στα χέρια τους τα ηνία της διακυβέρνησης των κρατών. Ο Π.Ο.Υ. τόνιζε και τονίζει με έμφαση, από τις αρχές της επιδημίας, ότι ένας είναι ο κύριος τρόπος για τη πρόληψη του AIDS: η συνεχής εκπαίδευση. Αυτή η εκπαίδευση δεν θεωρείται σήμερα τυχαία επιλογή, είναι υποχρέωση όλων μας. Όλοι μας θέλουμε να ζήσουμε σε έναν κόσμο χωρίς ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ-ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ-AIDS.

*Μήνυμα από τον
Τρβιν
«ΜΑΤΖΙΚ»
Τζόνσον*

Στις 7 Νοεμβρίου 1991, αποσύρθηκα από το επαγγελματικό μπάσκετ γιατί μια εξέταση αίματος έδειξε πως είμαι φορέας του ιού HIV, που προκαλεί το AIDS.

Πήρα τα αποτελέσματα των εξετάσεων αίματος μόλις δύο μήνες μετά τον γάμο μου με την Κούκι, την αγαπημένη μου από τα μαθητικά μου χρόνια, και ενάμισι μήνα περίπου αφότου μάθαμε και οι δύο πως είναι έγκυος. Το σύντομο διάστημα που μεσολάβησε από το γάμο μας μέχρι τα αποτελέσματα των εξετάσεων ζήσαμε τις ευτυχέστερες στιγμές της ζωής μας. Είχαμε καταλήξει στην απόφαση να μοιραστήμε τη ζωή μας. Περιμέναμε το παιδί που λαχταρούσαμε και οι δυο. Και ξαφνικά, άλλαξαν όλα. Για πάντα! Όντας μολυσμένος, είχα βάλει εν αγνοία μου σε κίνδυνο την Κούκι και το αγέννητο παιδί μας. Ευτυχώς, οι εξετάσεις που ακολούθησαν βγήκαν αρνητικές για τη γυναίκα μου κι επομένως και για το παιδί.

Πολλοί με θεωρούν ήρωα επειδή αποφάσισα να αφιερώσω την υπόλοιπη ζωή μου στην ενημέρωση του κοινού-ειδικά των εφήβων-για τον HIV και τα μέσα πρόληψής του. Θα ήθελα όμως να ξεκαθαρίσω ένα πράγμα: δεν είμαι ήρωας επειδή κόλλησα τον ιό. Και δεν τον κόλλησα επειδή είμαι «παλιάνθρωπος» ή «ανήθικος» ή «άξιος της μοίρας μου» για οποιοδήποτε λόγο. Το έπαθα επειδή δεν λάβαινα προληπτικά μέτρα κατά τη σεξουαλική επαφή. Το έπαθα επειδή θεωρούσα αδύνατον να συμβεί σ' εμένα κάτι τέτοιο. Κόλλησα τον ιό HIV επειδή στάθηκα ανεύθυνος και τώρα πληρώνω το βαρύ τίμημα της επιπολαιότητάς μου. Αν μπορούσα να γυρίσω πίσω το ρολόι, θα ενεργούσα τελείως διαφορετικά. Δεν μπορώ όμως. Έτσι, το μόνο που μου μένει, είναι να κοιτάξω μπροστά. Με την αγάπη και τη συμπαράσταση των οικείων και των φίλων μου, θα πολεμήσω αυτή την ασθένεια όσο καλύτερα μπορώ. Και θα προσπαθήσω να σας διδάξω το μάθημα που εγώ έλαβα με το σκληρότερο τρόπο.

Όταν ανακοίνωσα ότι είμαι φορέας το ιού, είχα την τύχη να γνωρίσω την συμπάθεια και την κατανόηση των δικών μου αλλά και της κοινής γνώμης. Βέβαια βρέθηκαν και ορισμένοι που είπαν κι έγραψαν κακεντρεχή σχόλια για μένα όταν ανακοίνωσα το τρομερό νέο, αλλά, γενικά, ο κόσμος συνέχισε να με αποδέχεται και οι περισσότεροι μου λένε ότι με αγαπούν ακόμα. Όμως και εγώ είμαι ένας από τους λίγους τυχερούς. Οι περισσότεροι φορείς ή πάσχοντες από AIDS δεν έχουν τέτοιου είδους υποστήριξη. Τους απομονώνει όχι μόνο η κοινωνία αλλά συχνά και οι φίλοι και οι συγγενείς τους. Η απόρριψη αυτή είναι μια από τις χειρότερες συνέπειες της μόλυνσης από τον ιό.

Η προκατάληψη είναι πάντοτε ολέθρια. Πηγάζει από το μίσος και την άγνοια. Εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο υποφέρουν από τις εις βάρος τους διακρίσεις εξαιτίας του χρώματος, της θρησκείας ή κάποιας αναπηρίας. Υπάρχει η προκατάληψη που προέρχεται από το μίσος: ένα σωρό ανόητοι και άσχετοι νομίζουν πως το AIDS είναι κάτι που «κολλάνε οι ομοφυλόφιλοι και καλά να πάθουν». Ή ότι όσοι κόλλησαν τον ιό από μολυσμένες βελόνες «είναι πρεζόνια και πήγαιναν γυρεύοντας». Ή ότι, «αν δεν κοιμόταν με τον έναν και με τον άλλον, δεν θα κολλούσε AIDS».²

Υπάρχει και η προκατάληψη που προέρχεται από την άγνοια: Ορισμένοι άνθρωποι φοβούνται τόσο πολύ που αρνούνται να μου σφίξουν το χέρι.

Αγνοούν πως μεταδίδεται ο ιός και νομίζουν πως μπορούν να τον «αρπάξουν» σαν το κρουολόγημα. Υπάρχουν ακόμα και γιατροί, οδοντίατροι και νοσοκόμοι που αρνούνται να περιθάλψουν άτομα που είναι φορείς ή πάσχοντες από AIDS. Οι φορείς και οι πάσχοντες χάνουν συχνά τη δουλειά τους, το σπίτι τους, τους φίλους τους. Μερικές οικογένειες εγκαταλείπουν το ίδιο το παιδί τους αν κολλήσει τον ιό. Και αυτό σημαίνει πως ενώ αγωνίζεσαι για τη ζωή σου και χρειάζεσαι περισσότερο παρά ποτέ τους συγγενείς και φίλους καταλήγεις συχνά να δώσεις αυτή τη μάχη ολομόναχος.

Ας το βάλουμε καλά στο μυαλό μας: το AIDS δεν είναι κάτι που δεν αφορά «εμάς» αλλά τους «άλλους». Κανείς δεν πρέπει να αισθάνεται ασφαλής επειδή είναι «καλός άνθρωπος και ο ιός χτυπά μόνο τους κακούς». **Το AIDS δεν το κολλάς γι' αυτό που είσαι αλλά γι' αυτό που κάνεις.** Κινδυνεύουμε όλοι. Κι όλοι οι φορείς και οι πάσχοντες έχουν ανάγκη τη βοήθειά μας. Ας θέσουμε ένα τέρμα στο μίσος και στην προκατάληψη.

Από τότε που πληροφορήθηκα πως είμαι φορέας, άκουσα πολλά για ήρωες και υποδείγματα συμπεριφοράς. Προσπαθώ να μάθω όσα μπορώ περισσότερο για τον ιό HIV και το AIDS και για μένα ήρωες και υποδείγματα συμπεριφοράς είναι εκείνοι που ενημερώνουν το κοινό για την φοβερή αυτή ασθένεια, εκείνοι που αγαπούν, καταλαβαίνουν και φροντίζουν τους ανθρώπους που την έχουν.

Αποφάσισα να αφιερώσω τον εαυτό μου στην ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης και ειδικά των νέων για τον ιό HIV και το AIDS-τι είναι ο ιός, πώς μεταδίδεται και ποια είναι τα προληπτικά μέσα-ώστε να μην πάθετε και εσείς αυτό που έπαθα εγώ. Η ενημέρωση είναι το καλύτερο όπλο ενάντια στο AIDS. Το πρώτο που πρέπει να κάνουμε είναι να σταματήσουμε να εθελotuφλούμε-να πιστεύουμε ότι δεν μας αφορά το AIDS, ότι είναι κάτι που συμβαίνει στους άλλους, ποτέ σ' εμάς. Πιστέψτε με σας μιλώ εκ πείρας. Δεν κόλλησα τον ιό επειδή ήμουν απληροφόρητος. Ραδιόφωνα, τηλεοράσεις, εφημερίδες και περιοδικά με βομβάρδισαν με πληροφορίες. Οι Λος Άντζελες Λέικερς οργάνωσαν στα αποδυτήρια ενημερωτικές ομιλίες για το AIDS. Πόσο μετανιώνω που δεν τις παρακολούθησα προσεκτικότερα... Όμως δεν μπορούσα να φανταστώ πως θα μου τύχει κάτι τέτοιο. Μέχρι να γίνει κοινή συνείδηση πως ο καθένας από μας κινδυνεύει να κολλήσει τον ιό, θα συνεχιστεί η εξάπλωση της επιδημίας. Από τα «προφίλ» φορέων που θα βρείτε σε αυτό το βιβλίο, θα καταλάβετε ότι το AIDS μας απειλεί όλους εξίσου.

Μην κρύβετε το κεφάλι σας στην άμμο σαν την στρουθοκάμηλο. Ο καθένας μπορεί να κολλήσει τον ιό HIV. Η δύναμη της γνώσης όμως είναι όπλο ακαταμάχητο. Γι' αυτό έγραψα αυτό το βιβλίο. Για να σας δώσω ένα πανίσχυρο όπλο με το οποίο θα προστατεύετε τον εαυτό σας (και τους άλλους), όχι μόνο από τον ιό του AIDS αλλά και από άλλα νοσήματα που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή, καθώς και από ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες. Θέλω να σας βοηθήσω να μάθετε πώς να λειτουργείτε σεξουαλικά σαν υπεύθυνο άτομο και πώς να προστατεύετε την ίδια τη ζωή σας.²

Ο εκδοτικός οίκος Random House, Inc, παραχώρησε ευγενικά το σύνολο των καθαρών κερδών που θα αποφέρει αυτό το βιβλίο στο Ίδρυμα Μάτζικ Τζόνσον, το οποίο ίδρυσα για τη προώθηση ενημερωτικών προγραμμάτων για το AIDS, τη χρηματοδότηση της έρευνας και την παροχή βοήθειας σε φορείς του ιού. Αν θέλετε να μου γράψετε ή να κάνετε κάποια δωρεά, παρακαλώ επικοινωνήστε στη

διεύθυνση: **Magic Johnson Foundation 2029 Century Park East Suite 810, Los Angeles, CA 90067, Τηλέφωνο:(310) 785-0201.**

Αισθάνομαι ευγνώμων για την τεράστια ηθική υποστήριξη που μου προσφέρθηκε απ'όλα τα μέρη του κόσμου, ακόμα και από ανθρώπους που στο παρελθόν είχαν επικρίνει ορισμένες ενέργειες μου. Εύχομαι στο μέλλον να μάθουμε να προσφέρουμε την ίδια υποστήριξη σε όλους τους πάσχοντες, ασχέτως με το πώς κόλλησαν τον ιό.

Σας παρακαλώ να διαβάσετε αυτό το βιβλίο και να το δανείσετε στα αγαπημένα σας πρόσωπα. Αν νικήσουμε την άγνοια, θα νικήσουμε και το AIDS.²

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1. ΟΡΙΣΜΟΣ

A.I.D.S., από τα αρχικά του αγγλικού όρου Acquired Immune Deficiency Syndrome, είναι το Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας. Είναι μία ασθένεια που αφορά τη λειτουργία του ανοσοποιητικού μηχανισμού. Προκαλείται από τον ανθρώπινο ιό ανοσοανεπάρκειας HIV(ρετροϊό για την ακρίβεια, που σημαίνει ιός μεταλλάξιμος), που καταστρέφει το ανοσοποιητικό σύστημα κάνοντας τον οργανισμό επιρρεπή στις αρρώστιες. Ο ιός αυτός απομονώθηκε σε καλλιέργειες λεμφοκυττάρων από τον Μονταγιέρ το 1983 στο Παρίσι, καθώς και από Γάλλο ερευνητή με τους συνεργάτες του στις Η.Π.Α., την ίδια χρονική περίοδο.^{3,4,5}

Η μόλυνση από τον HIV δεν οδηγεί αμέσως στην ανάπτυξη του AIDS, που μπορεί να εκδηλωθεί ακόμα και οκτώ χρόνια αργότερα. Έτσι, όσοι έχουν προσβληθεί από τον ιό, μπορεί να μην το γνωρίζουν και να το μεταδίδουν άθελά τους, σε άλλους. Το τεστ για να εξακριβωθεί αν υπάρχει μόλυνση ή όχι από το AIDS, γίνεται με μια εξέταση αίματος για την ανίχνευση αντισωμάτων του HIV. Ο άνθρωπος που το σώμα του περιέχει αντισώματα του HIV, λέμε ότι είναι "φορέας του AIDS". Ωστόσο, επειδή μεσολαβεί μία περίοδος επώασης μερικών μηνών από τη στιγμή που το θύμα γίνεται φορέας του AIDS, το τεστ μπορεί να είναι αρνητικό ακόμα και αν κάποιος έχει μολυνθεί από τον HIV. Γι'αυτό άλλωστε οι μεταγγίσεις αίματος δεν 100% ασφαλείς.⁵



1.2.0 ΙΟΣ HIV

Ο ιός HIV έχει σχήμα σφαιρικό με μέση διάμετρο 1000Å . Ο κωνοειδούς σχήματος πυρήνας του περικλείει το ιικό RNA σε δύο απλές αλυσίδες και τα ένζυμα του ιού (ανάστροφη μεταγραφάση, πρωτεάση, ιντεγκράση). Η περιφέρεια του πυρήνα

καλύπτεται από πρωτεΐνη και το εξωτερικό περίβλημα του ιού σχηματίζεται από διπλό στρώμα λιπιδίων και γλυκοπρωτεϊνών.⁶

Ο ιός HIV είναι ένας ιός που μπαίνει στο ανθρώπινο σώμα και προσβάλλει μία συγκεκριμένη κατηγορία κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος, τα T4 λεμφοκύτταρα. Τα κύτταρα αυτά είναι σημαντικά για την άμυνα του οργανισμού απέναντι σε κάθε είδους εισβολέα (μικρόβια, ιούς, μύκητες, παράσιτα).^{3,4}

Ο ιός HIV πλησιάζει το λεμφοκύτταρο T4. Ακουμπά, μέσω των γλυκοπρωτεϊνών του, σε ένα συγκεκριμένο υποδοχέα του λεμφοκυττάρου. Η σύντηξη του ιού με την μεμβράνη του κυττάρου T4 επιτρέπει στο γονίδιο και στις πρωτεΐνες του ιού να εισβάλλουν στο κυτταρόπλασμα. Ένα συμπληρωματικό αντίγραφο του DNA του RNA ιού δημιουργείται χρησιμοποιώντας ανάστροφη μεταγραφή. Το DNA του ιού εισέρχεται στον πυρήνα και ενσωματώνεται με το DNA του κυττάρου φτιάχνοντας ένα αντίγραφο του DNA του ιού, αυξάνοντας τον αριθμό των μολυσμένων κυττάρων. Όταν το κύτταρο ενεργοποιηθεί, ο ιός χρησιμοποιώντας τις πρωτεΐνες του κυττάρου πολλαπλασιάζεται και αποκολλάται από το κύτταρο T4, το οποίο τελικά καταστρέφεται.^{4,7,8,9}



1.3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1981

Οι πρώτες περιπτώσεις μιας παράξενης ανεπάρκειας του ανοσοποιητικού συστήματος αναγνωρίζονται σε ομοφυλόφιλους στις Η.Π.Α.

1982

Το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας ή AIDS κατονομάζεται για πρώτη φορά. Κατά τη διάρκεια της χρονιάς προσδιορίζονται οι τρεις τρόποι μετάδοσης του συνδρόμου: με μετάγγιση αίματος, από τη μητέρα στο παιδί κατά τον τοκετό και με τη σεξουαλική επαφή.

1983

Ο HIV (ιός της ανθρώπινης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας-Human Immunodeficiency Virus) αναγνωρίζεται ως η αιτία του AIDS σε ετεροφυλόφιλους.

1985

Τουλάχιστον μία περίπτωση HIV/AIDS αναφέρεται σε κάθε περιοχή του κόσμου. Ο ροκ σταρ Rock Hudson είναι ο πρώτος παγκόσμιος διάσημος άνθρωπος που αποκαλύπτει πως πάσχει από AIDS. Στις Η.Π.Α. η F.D.A. (Food and Drug Administration) εγκρίνει το πρώτο τεστ αντισωμάτων και αρχίζει ο έλεγχος για τον HIV στους δωρητές αίματος.

1987

Στην Αφρική και συγκεκριμένα στην Ουγκάντα, δημιουργείται η πρώτη οργάνωση που βοηθά τους πάσχοντες από AIDS (The AIDS Support Organisation ή TASO). Γίνεται το πρότυπο για ανάλογες δράσεις σε ολόκληρο τον κόσμο. Ιδρύεται το Διεθνές Συμβούλιο των Οργανώσεων για το AIDS(ICASO), και το παγκόσμιο δίκτυο των σθενών και φορέων στο AIDS. Τον Φεβρουάριο, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organisation-WHO), καθιερώνει το Ειδικό Πρόγραμμα για το AIDS που αργότερα θα γίνει το Παγκόσμιο Πρόγραμμα για το AIDS. Η πρώτη θεραπεία για το AIDS(azidothymidine-AZT) εγκρίνεται και αρχίζει να χρησιμοποιείται στις Η.Π.Α.

1988

Υπουργοί Υγείας από όλο τον κόσμο, συναντιούνται για πρώτη φορά στο Λονδίνο, για να συζητήσουν για την επιδημία του AIDS.

1991-1993

Η εμφάνιση του AIDS σε έγκυες γυναίκες, αρχίζει να μειώνεται στην Ουγκάντα. Είναι το πρώτο "χτύπημα" στο AIDS, σε μια ελάχιστα αναπτυγμένη χώρα. Η επιτυχία οφείλεται στην εθνική κινητοποίηση κατά της επιδημίας.

1994

Οι επιστήμονες δημιουργούν την πρώτη προληπτική θεραπεία για να μειώσουν την μεταφορά του AIDS από τη μητέρα στο παιδί, κατά τη διάρκεια του τοκετού.

1995

Παρουσιάζεται το πρώτο κρούσμα του AIDS στην Ανατολική Ευρώπη σε ναρκομανείς.

1996

Δημιουργείται το Πρόγραμμα για το AIDS των Ηνωμένων Εθνών(Joint United Program on HIV/AIDS-UNAIDS). Στοιχεία της δύναμης της θεραπείας HAART(Highly Antiretroviral Therapy) παρουσιάζονται για πρώτη φορά.

1997

Η Βραζιλία γίνεται η πρώτη χώρα που χορηγεί την θεραπεία HAART, μέσα από το δημόσιο σύστημα υγείας.

1998

Αρχίζει η ενημέρωση του κοινού, για την αποτροπή της μεταφοράς του AIDS από τη μητέρα στο παιδί, κατά τη διάρκεια του τοκετού.¹⁰

1999

Η πρώτη δοκιμή ενός πιθανού εμβολίου κατά του AIDS σε ελάχιστα αναπτυγμένη χώρα γίνεται στην Ταϊλάνδη.

2000

Το Συμβούλιο Ασφαλείας του Ο.Η.Ε. συζητά για το AIDS για πρώτη φορά!!!

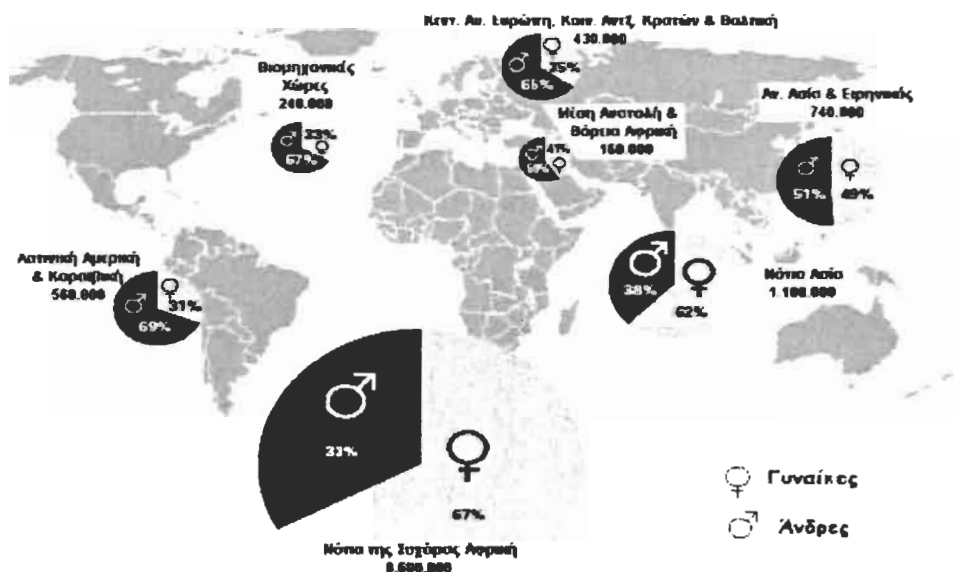
23 έως 27 Ιουνίου 2001

Ειδική Σύνοδος της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε. για τον ιό του AIDS στη Νέα Υόρκη.¹⁰

Η δήλωση των HIVοροθετικών ατόμων ξεκίνησε στην Ελλάδα το 1988. Περισσότεροι από 5.500 δηλωμένοι ασθενείς και φορείς του AIDS στη χώρα μας.

Συμπληρώνονται σχεδόν δύο δεκαετίες από την αναγνώριση μίας ασθένειας που τότε δεν είχε καν όνομα. Όλα ξεκίνησαν από κάποιες αναφορές που είχαν γίνει το 1981 για ορισμένους ομοφυλόφιλους νεαρής ηλικίας στο Σαν Φρανσίσκο και στη Νέα Υόρκη των Η.Π.Α. που πέθαιναν από κάποιο είδος πνευμονίας (*Pneumocystis carinii*) και κάποια μορφή καρκινώματος (*Kaposi's sarcoma*), που πολύ σπάνια εμφανίζονται σε νεαρά άτομα.^{5,10}

Είκοσι χρόνια μετά την πρώτη αναφορά στο AIDS περισσότεροι από είκοσι εκατομμύρια άνθρωποι έχουν πεθάνει από τη θανατηφόρο ασθένεια και άλλα 40 εκατομμύρια που έχουν προσβληθεί από τον ιό θα πεθάνουν αν δεν αποκτήσουν πρόσβαση στις υπάρχουσες θεραπείες, όπως ανακοίνωσε το πρόγραμμα των Ηνωμένων Εθνών κατά του AIDS (UNAIDS). Το 2001, τρία εκατομμύρια άνθρωποι πέθαναν από AIDS και περισσότεροι από πέντε εκατομμύρια μολύνθηκαν, ανεβάζοντας στα σαράντα εκατομμύρια τον αριθμό αυτών που ζουν με τον ιό HIV. Τα τρία τέταρτα των ανθρώπων αυτών ζουν στην Υποσαχάρια Αφρική, επισημαίνει η ετήσια έκθεση του UNAIDS και της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ). "Περίπου το ένα τρίτο των φορέων ή των ασθενών είναι 15-24 ετών και οι περισσότεροι αγνοούν την κατάστασή τους", επισημαίνεται στην έκθεση και προστίθεται ότι "το AIDS είναι σήμερα η πρώτη αιτία θανάτου στις υποσαχάριες χώρες και η τέταρτη πιο θανατηφόρα ασθένεια στον κόσμο"....¹¹



Βάσει της εικόνας στην προηγούμενη σελίδα αναφέρεται ότι:

- 11,8 εκατομμύρια (15-24 ετών) ζουν με AIDS
- 7,3 εκατομμύρια νεαρές γυναίκες και 4,5 εκατομμύρια νεαροί άνδρες
- 15.000 άνθρωποι μολύνονται από το AIDS κάθε μέρα, σχεδόν οι μισοί από αυτούς νέοι¹²

Αριθμοί που τρομοκρατούν στην Ελλάδα

- Η δήλωση των HIV οροθετικών ατόμων ξεκίνησε στην Ελλάδα το 1998.
- Το εξάμηνο Ιουλίου-Δεκεμβρίου 2000 δηλώθηκαν 56 νέα κρούσματα AIDS. Από αυτά 92,8% είναι άνδρες και 7,2% είναι γυναίκες.
- Μέχρι πριν από λίγους μήνες, ο συνολικός αριθμός των κρουσμάτων AIDS που δηλώθηκαν στην Ελλάδα ανέρχεται στα 2.163, εκ των οποίων τα 32 είναι παιδιά. Από τα 32 παιδιά 59% είναι αγόρια και 41% κορίτσια και από τους 2.131 εφήβους/ενήλικες 86,9% είναι άνδρες και 13,1% γυναίκες.
- Σε αυτό το σύνολο των 2.163 κρουσμάτων AIDS, έχουν δηλωθεί 1.254 (58%) θάνατοι από AIDS.
- Οι ομοφυλόφιλοι άνδρες αποτελούν το 55,4% των νεοδηλωθέντων κρουσμάτων, οι ετεροφυλόφιλοι (άνδρες και γυναίκες) το 26,8%, ενώ δε δηλώθηκε κανένα νέο κρούσμα της ασθένειας σε πολύ/μεταγγιζόμενο άτομο ή σε παιδί.
- Παρατηρείται μία σημαντική μείωση της συχνότητας εμφάνισης του AIDS στην χώρα μας για πρώτη φορά το 1997 και συνεχίζεται το 1998. Η τάση όμως αυτή ανατρέπεται το 1999 και το 2000.
- Τον τελευταίο χρόνο σταματάει η αυξητική τάση εμφάνισης του AIDS στην ομάδα των ομοφυλοφίλων-αμφιφυλοφίλων ανδρών, για πρώτη φορά, μετά το 1997. Αύξηση όμως κρουσμάτων παρατηρείται στην ομάδα των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών.(Επισημαίνεται ότι ο αριθμός των κρουσμάτων είναι μικρός και πρέπει να ερμηνευτεί με μεγάλη επιφύλαξη). Ανησυχητικό είναι ότι παρατηρείται συνεχής αύξηση της μετάδοσης του ιού μέσω των ετεροφυλοφιλικών σχέσεων στους άνδρες από το 1997 και μετά.
- Ο συνολικός αριθμός των δηλωμένων κρουσμάτων AIDS σε μικρά παιδιά, στη χώρα μας, παραμένει χαμηλός. Στο σύνολο των 32 παιδιών με AIDS που έχουν δηλωθεί, το 59% έχουν μολυνθεί από τη μητέρα τους.¹⁰

Σταθεροποιητικές τάσεις, τόσο σε ότι αφορά τον αριθμό των κρουσμάτων που δηλώνονται σε ετήσια βάση όσο και τον τρόπο μετάδοσης, παρουσιάζει η HIV λοίμωξη στην χώρα μας την τελευταία τριετία. Συγκεκριμένα από το 2001 και μετά τα κρούσματα που δηλώνονται κάθε χρόνο κυμαίνονται γύρω στα 400, ενώ και η ομοφυλοφιλική επαφή μεταξύ ανδρών ευθύνεται για περίπου 45% των κρουσμάτων. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.), οι σταθεροποιητικές αυτές τάσεις μπορεί να αφήνουν μια νότα αισιοδοξίας ως προς την πορεία της νόσου, δεν επιτρέπουν όμως σε καμία περίπτωση εφησυχασμό καθώς εύκολα μπορεί να ανατραπούν. Αναλυτικά, στην Ελλάδα από την αρχή της επιδημίας (1981) έχουν δηλωθεί στο Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων, 6.923 άτομα με HIV λοίμωξη από τα οποία τα 5.562(80,34%) είναι άνδρες και τα 1.321

γυναίκες(19,08%). Το πρώτο εξάμηνο του 2004 δηλώθηκαν 221 νέες μολύνσεις, με τους άνδρες να αποτελούν την πλειοψηφία (80%) και τον κύριο τρόπο μετάδοσης να είναι η σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών (30%) ενώ ακολουθεί η ετεροφυλοφιλική επαφή με ποσοστό (19%). Διαχρονικά η επιδημία παρουσίασε αυξητική τάση στη δεκαετία του 1990, ωστόσο παρουσιάζει σταθεροποίηση τα τελευταία χρόνια με τις δηλώσεις νέων μολύνσεων να ανέρχονται περίπου στις 400 ετησίως(πίνακας 1).¹³

Πίνακας 1. Δηλωθέντα άτομα με HIV λοίμωξη ανά έτος δήλωσης και φύλο.

Έτος δήλωσης	Ανδρες		Γυναίκες		Σύνολο *	Συχνότητα **
	N	(%)	N	(%)		
1984	7	(0,1)	0	(0,0)	7	(0,7)
1985	10	(0,2)	1	(0,1)	11	(1,1)
1986	38	(0,7)	1	(0,1)	39	(3,9)
1987	58	(1,0)	8	(0,6)	66	(6,6)
1988	100	(1,8)	6	(0,5)	106	(10,6)
1989	125	(2,2)	16	(1,2)	141	(14,0)
1990	192	(3,5)	27	(2,0)	219	(21,6)
1991	219	(3,9)	42	(3,2)	261	(25,6)
1992	265	(4,8)	39	(3,0)	304	(29,5)
1993	255	(4,6)	45	(3,4)	300	(29,0)
1994	194	(3,5)	48	(3,6)	242	(23,2)
1995	284	(5,1)	48	(3,6)	332	(31,8)
1996	348	(6,3)	101	(7,6)	449	(42,9)
1997	429	(7,7)	86	(6,5)	515	(49,1)
1998	523	(9,4)	123	(9,3)	646	(63,6)
1999	1034	(18,1)	266	(20,1)	1300	(121,3)
2000	388	(7,0)	115	(8,7)	503	(47,8)
2001	321	(5,8)	104	(7,9)	425	(40,5)
2002	302	(5,4)	99	(7,5)	401	(37,8)
2003	323	(5,8)	105	(7,9)	428	(40,7)
Ιούνιος 2004	177	(3,2)	41	(3,1)	218	(20,8)
Σύνολο	5562	(100,0)	1321	(100,0)	6923	

* Περιλαμβάνει και τα περιστατικά των οποίων το φύλο είναι άγνωστο

** Ανά εκατομμύριο πληθυσμού

Όσον αφορά τον τρόπο μετάδοσης, η σεξουαλική επαφή μεταξύ συνολικά στο 45% των κρουσμάτων και η αναλογία διαχρονικά έχει σταθεροποιηθεί μετά το 1997. Η ετεροφυλοφιλική επαφή ακολουθεί με ποσοστό 20% και παρουσιάζει μικρή αλλά συνεχή αύξηση από την αρχή της επιδημίας. Η πλειοψηφία των ατόμων που έχουν δηλωθεί είναι ηλικίας 30-34 ετών κατά τη στιγμή της δήλωσης. Ο αριθμός των παιδιών που έχουν μολυνθεί από τη μητέρα τους είναι χαμηλός και ανέρχεται σε 46 περιπτώσεις. Συνολικά, 2.475 άτομα έχουν εμφανίσει AIDS, με την αναλογία των ανδρών να είναι εξαιρετικά υψηλή(86%). Ο αριθμός των περιπτώσεων AIDS έχει μειωθεί μετά το 1996 αντανακλώντας την επίδραση των νέων συνδυασμένων θεραπειών (πίνακας 2) ενώ αντίστοιχη μείωση παρατηρείται και στον αριθμό των θανάτων.¹³

1.4. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Μια παράξενη αρρώστια καταγγέλεται

Γύρω στο 1980, οι γιατροί αντιλαμβάνονται ξαφνικά και προς μεγάλη τους έκπληξη την ύπαρξη μιας αρρώστιας που τους φαίνεται «καινούρια». Καινούρια γιατί πιστεύουν πως δεν την έχουν ξαναδεί ποτέ και γιατί, για να την καταλάβουν, πρέπει να προσφύγουν σε πρότυπα άγνωστα στην κλασική παθολογία και επιδημιολογία.

Η πρώτη έκπληξη, που οφειλόταν στην ανακάλυψη ενός είδους αρρώστιας που δεν προβλεπόταν καθόλου από τις ιατρικές θεωρίες, ακολουθήθηκε γρήγορα από άλλες απροσδόκητες διαπιστώσεις, όλο και πιο ανησυχητικές: ένας καινούριος «λοιμός» είχε χτυπήσει την ανθρωπότητα, μια λοιμώδης νόσος που δεν μπορούσαν να την αναχαιτίσουν, που εξαπλωνόταν ανελέητα και που τα θύματά της πέθαιναν παρά τις πιο τελειοποιημένες θεραπείες. Υπήρξαν συλλογικές υστερικές αντιδράσεις μόλις έγινε γνωστό ότι η μετάδοση αυτής της αρρώστιας συνδεόταν με τη σεξουαλικότητα, το αίμα και τα ναρκωτικά.

Η αρρώστια θεωρήθηκε όχι μόνο «παράξενη», εξαιτίας των μοναδικών επιδημιολογικών και κλινικών της χαρακτηριστικών, αλλά και βασικά «ξένη», που εισέβαλε σ' έναν καλά τακτοποιημένο κόσμο από τις υποανάπτυκτες χώρες και μέσω περιθωριακών και ηθικά επιλήψιμων υποομάδων.

Λος Άντζελες (1980-Ιούνιος): η πρώτη προειδοποίηση

Ήδη από το τέλος του 1979, ο γιατρός Joel Weisman του Λος Άντζελες, γνωστός για την καλόβουλη στάση του απέναντι στους ομοφυλόφιλους, είχε παρατηρήσει ανάμεσα στους ασθενείς του την αύξηση των περιπτώσεων του συνδρόμου της μονοπυρήνωσης, με εμπύρετες εξάρσεις, αδυνάτισμα και διόγκωση των λεμφαδένων. Αυτοί οι άρρωστοι ήταν νέοι άνδρες. Ανήκαν στο κίνημα «γκαϊή» που βρισκόταν τότε σε πλήρη εξάπλωση στις πόλεις της Καλιφόρνια. Η κατάσταση τους βελτιωνόταν δύσκολα, χωρίς πραγματική ίαση. Εκ πρώτης όψεως η διάγνωση της νόσου των μεγαλοκυτταρικών εγκλείστων ταίριαζε αρκετά καλά μ' αυτή την κλινική εικόνα. Ήταν γνωστό ήδη από το 1956 ότι αυτή η αρρώστια προκαλείτο από τον μεγαλοκυτταροϊό (CMV). Δεν υπήρχε αποτελεσματική θεραπεία, αλλά συνήθως οι άρρωστοι γιαιτρεύονταν από μόνοι τους. Η πρώτη επίσημη ανακοίνωση δημοσιεύτηκε στις 5 Ιουνίου 1981 από τον ομοσπονδιακό επιδημιολογικό οργανισμό Centers for Disease Control (CDC) της Ατλάντα, στη Γεωργία. Το εβδομαδιαίο δελτίο αυτού του οργανισμού, Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), δίνει την περιγραφή πέντε σοβαρών περιπτώσεων πνευμονίας που παρατηρήθηκαν μεταξύ Οκτωβρίου 1980 και Μαΐου 1981 σε τρία νοσοκομεία του Λος Άντζελες.

Δύο ασυνήθιστα γεγονότα δικαιολογούσαν αυτή την προειδοποίηση: όλοι οι άρρωστοι ήταν νέοι άνδρες (29-36 ετών) που επιδίδονταν σε ομοφυλοφιλικές πρακτικές και η πνευμονία τους αποδιδόταν στην *Pneumocystis carinii*. Αυτό το πρωτόζωο βρίσκεται σχεδόν παντού.¹³

Ζει ως παράσιτο σε πολλά ζώα. Βρίσκεται αρκετά συχνά στο ανθρώπινο σώμα αλλά δεν προκαλεί σοβαρά προβλήματα παρά μόνο όταν ευνοείται από μια ανοσοποιητική ανεπάρκεια, είτε στα βρέφη που θηλάζουν, είτε σε ενήλικους που υποβάλλονται σε θεραπεία με ανοσοκατασταλτικά. Η διάγνωση πνευμοκύστωσης είχε επιβεβαιωθεί με

πνευμονική βιοψία (με υλικό που πάρθηκε είτε διαβρογχικά είτε με χειρουργική επέμβαση στους πνεύμονες).

Ο πρώτος άρρωστος πέθανε το Μάρτιο του 1981. Σ' αυτόν τον άρρωστο είχε γίνει το 1978 διάγνωση της νόσου του Hodgkin, που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς μόνο με ακτινοθεραπεία. Επειδή δεν βρέθηκε μετά θάνατον κανένα ίχνος αυτής της αρρώστιας στην αυτοψία, τίθεται αναδρομικά το ερώτημα του βάσιμου αυτής της διάγνωσης εν ζωή. Μήπως ο άρρωστος έπασχε από το 1978 από το σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας; Σύμφωνα με την έκθεση του CDC της Ατλάντα, «η εμφάνιση της πνευμοκύστωσης σ' αυτά τα πέντε άτομα, που ήταν προηγουμένως υγιή και χωρίς κλινικά σημεία ανοσοκαταστολής, είναι ασυνήθιστη». Η μόλυνση από τον μεγαλοκυτταροϊό επισημαίνεται ως πιθανός ή πολύ πιθανός αιτιολογικός παράγοντας. Αλλά θεωρείται μάλλον συμπαράγοντας, του οποίου «ο ρόλος στη παθογένεια της πνευμοκύστωσης παραμένει αινιγματικός». Επισημαίνεται ή ακόμη και υπογραμμίζεται η ομοφυλοφιλία όλων αυτών των αρρώστων. Δεν δίνεται καμιά αιτιολογική εξήγηση.

Το συμπέρασμα των αμερικανών ειδικών είναι ταυτόχρονα συνετό και προφητικό: «Όλες αυτές οι παρατηρήσεις υποδηλώνουν την πιθανότητα μιας δυσλειτουργίας της κυτταρικής ανοσίας που σχετίζεται με μια κοινή έκθεση που προδιαθέτει τα άτομα σε ευκαιριακές λοιμώξεις, όπως η πνευμονοκύστωση και η μονιλίαση». Εάν αυτό το έγγραφο δεν αποτελεί ακόμη πιστοποιητικό γέννησης, είναι «η πρώτη πράξη αστικής κατάστασης του AIDS».

Ο συναγερμός στην Ανατολική Ακτή

Ένα χρόνο νωρίτερα είχαν διαπιστωθεί στην πόλη της Νέας Υόρκης μερικές περιπτώσεις μιας παράξενης επίκτητης ανοσοκαταστολής. Η νοσολογική τους κοινότητα δεν είχε αναγνωριστεί αμέσως και αρχικά κανείς δεν είχε σκεφτεί να τις συσχετίσει με τη μίνι-επιδημία της Καλιφόρνια. Το Μάρτιο του 1980 ένας νεαρός ομοφυλόφιλος από τη Νέα Υόρκη, με το ψευδώνυμο Νικ, άρχισε να υποφέρει από μια πολύ άσχημη αρρώστια που μπερδευε τους γιατρούς του. Εξάντληση, αδυνάτισμα, εξάρσεις πυρετού, με λίγα λόγια αργή φθορά ολόκληρου του οργανισμού, αλλά χωρίς ειδικά σημεία. Ο άρρωστος και ο εραστής του πήγαν σε πολλές αμερικανικές πόλεις αναζητώντας κάποιο φάρμακο και μοιράζοντας στο πέρασμά τους, χωρίς να το καταλαβαίνουν, το παθολογικό σπέρμα τους, το σπόρο της φρίκης. Άρχισαν να υποπτεύονται ένα μεταδοτικό παράγοντα όταν ένας νεοϋορκέζος φίλος του ζευγαριού αρρώστησε με παρόμοια συμπτώματα.

Μετά από μια κρίση με απώλεια των αισθήσεων, ο σπινθηρογράφος έδειξε εγκεφαλικές βλάβες στο Νικ. Η χειρουργική διερεύνηση έδωσε τελικά την ακριβή διάγνωση: λοίμωξη από *Toxoplasma gondii*.¹³

Μια τέτοια λοίμωξη είναι αρκετά συχνή αλλά σχεδόν πάντοτε καλοήθης, κυρίως στους ενηλίκους. Συχνά περνάει απαρατήρητη. Στον Νικ, που πέθανε στις 15 Ιανουαρίου 1981, η εγκεφαλική τοξοπλάσμωση ήταν μια θανατηφόρα επιπλοκή. Η σοβαρότητα της περιπτώσεώς του οδήγησε στη σκέψη ότι μια αινιγματική καταστροφή του ανοσοποιητικού συστήματος προηγείτο των άλλων παθολογικών συμβαμάτων.

Νέα Υόρκη και Σαν Φρανσίσκο (1979-Αύγουστος 1981): ο «καρκίνος των γκαϊή»

Πράγματι, υπήρχαν ανεπίσημες πληροφορίες σύμφωνα με τις οποίες ένας σπανιότατος καρκίνος είχε κάνει την εμφάνισή του στην κοινότητα των ομοφυλοφίλων της Νέας Υόρκης. Στο αιματολογικό τμήμα του New York University Medical Center η γιατρός Linda Laubenstein είχε εξετάσει το φθινόπωρο του 1979

έναν άνδρα που έπασχε από σάρκωμα Kaposi. Λίγο αργότερα, ένας συνάδελφός της την ειδοποιούσε για μια παρόμοια περίπτωση στο Brooklin Veteran Administration Medical Center. Οι δύο ασθενείς ήταν νέοι, ομοφυλόφιλοι και, γεγονός όχι αμελητέο, είχαν κοινούς φίλους. Το Μάρτιο του 1981 ήταν ήδη γνωστές τουλάχιστον οκτώ περιπτώσεις αυτού του ιδιαίτερα «επιθετικού» σαρκώματος σε ασθενείς τριών νοσοκομείων της Νέας Υόρκης.

Η εξαπλώση συνεχίζεται (Σεπτέμβριος –Δεκέμβριος 1981)

Το Νοέμβριο του 1981 υπάρχουν ήδη 159 περιπτώσεις επίσημα καταγεγραμμένες από τις υγειονομικές υπηρεσίες των Ηνωμένων Πολιτειών. Αν περιληφθούν και οι ύποπτες περιπτώσεις, πλησιάζουν τις 180. Στην αρχή του 1980, οι επίσημα αναγνωρισμένοι άρρωστοι ξεπερνούν τους 200. Η αρρώστια δεν περιορίζεται πια στα γκέτο των ομοφυλοφίλων τριών μεγαλουπόλεων: αναφέρονται περιπτώσεις σε δεκαπέντε Πολιτείες. Δεν εμφανίζονται ως αυτόχθονες αλλά παρουσιάζονται ως διασπορά ενός παθογόνου παράγοντα από τρεις αρχικές εστίες: τη Νέα Υόρκη, το Λος Άντζελες και το Σαν Φρανσίσκο. Η επιδημιολογική έρευνα στους επαρχιώτες αρρώστους αποκαλύπτει την αλυσίδα των επαφών που τους συνδέει με τις ομοφυλοφιλικές κοινότητες αυτών των πόλεων.

Πριν το τέλος του 1981, οι ερευνητές των CDC κατέληξαν στην πεποίθηση ότι ο αιτιολογικός παράγοντας είναι μεταδοτικός και ότι μεταδίδεται με τη σεξουαλική οδό. Η πεποίθηση αυτή ήταν εσωτερική, χωρίς να μπορούν να δώσουν αδιάψευστες αποδείξεις. Η νόσος δεν έχει ακόμα το επιστημονικό της όνομα. Μιλάνε για την «πνευμονία των ομοφυλοφίλων» ή για τον «καρκίνο των ομοφυλοφίλων» ή τη «μάστιγα των ομοφυλοφίλων». Αρχίζουν να χρησιμοποιούν ένα ακρωνύμιο με πιο επιστημονική εμφάνιση: GRID (Gay-Related Immune Deficiency). Οι ανταποκριτές του Lancet προτείνουν την ονομασία «gay compromise syndrome». Ο ιατρικός τύπος αποφεύγει αυτούς τους όρους και χρησιμοποιεί μακροσκελείς και κουραστικές περιφράσεις. Παρά την απουσία μιας γενικά αποδεκτής και εύχρηστης ονομασίας, η νοσολογική εικόνα αυτού του συνδρόμου ανοσοανεπάρκειας περιγράφηκε σαφώς κατά το 1981.

Μόλις αναγνωρίστηκε, αυτή η παράξενη αρρώστια φαινόταν να εξαπλώνεται με το ρυθμό ανάπτυξης ενός ζωντανού όντος: η παρουσία της αυξανόταν εκθετικά. Από το 1981 ο νεοϋορκέζος γιατρός Alvin Freidman-Kien προειδοποιούσε ότι οι γνωστές περιπτώσεις αντιπροσωπεύουν μόνο την κορυφή ενός παγόβουνου. Αλλά δεν ακούει κανείς τις Κασσάνδρες. Και εκείνη τη μακρινή σήμερα εποχή ποιος θα μπορούσε να φανταστεί πως πίσω από κάθε άρρωστο υπήρχε μια ολόκληρη σειρά από ανθρώπους σημαδεμένους μ' αυτό που θα γινόταν στις μέρες μας ο σταυρός της οροθετικότητας;

Μετά από μια προϊστορία, της οποίας αγνοούμε τη διάρκεια και ένα σύντομο πρόλογο που η σημασία τους θα αποκρυπτογραφηθεί αργότερα, το AIDS μπαίνει στη σκηνή της ιστορίας τον Ιούνιο του 1981. Η πρώτη πράξη θα διαρκέσει περίπου ένα χρόνο: πράγματι, το καλοκαίρι του 1982 η αρρώστια θα βαφτισθεί τελικά, θα υπάρξουν οι αδιαμφισβήτητες αποδείξεις για την ιογενή αιτιολογία της και, δυστυχώς, θα αναγνωριστεί η παρουσία των προχωρημένων φυλακίων της σε όλες τις ηπείρους.

Οι ιατρικοί ντετέκτιβ επί το έργον

Η αναγνώριση του AIDS, η ταυτοποίηση του αιτιολογικού του παράγοντα και ο αγώνας εναντίον αυτής της μάστιγας είναι βασικά έργο τεσσάρων ιδρυμάτων, δύο αμερικανικών, ενός γαλλικού και ενός διεθνούς: των CDC, των NIH (National Institutes of Health), του Ινστιτούτου Παστέρ και του ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας). Στην πρώτη φάση, τη φάση της κλινικής ταυτοποίησης και του

επιδημιολογικού χαρακτηρισμού, το μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης και των τιμών ανήκουν στα CDC της Ατλάντα.¹⁴

Ως το τέλος του 1987 αναφέρθηκαν στο CDC πάνω από 27.000 περιπτώσεις, με πάνω από 15.000 θανάτους. Επιδημιολόγοι και ερευνητές που μελέτησαν αυτές τις περιπτώσεις, συμπέραναν ότι η ύπαρξη αυτής της θανατηφόρου πνευμονίας και του σαρκώματος Kaposi ήταν ένα σύνδρομο ανοσοανεπάρκειας. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Π.Ο.Υ. σήμερα οι φορείς του HIV ανέρχονται σε 22 εκατομμύρια περίπου και καθημερινά προσβάλλονται 8.500 άτομα σε ολόκληρο τον κόσμο. Από τη δεκαετία του 1980, εξάλλου, έχουν πεθάνει από AIDS 5,8 εκατομμύρια άτομα.⁸

Από τα στατιστικά δεδομένα και τις μελέτες που έχουν γίνει μπορούμε να διακρίνουμε τρία ξεχωριστά επιδημιολογικά μοντέλα της νόσου. Το πρώτο μοντέλο αφορά τις χώρες της Β.Αμερικής, Δ.Ευρώπης, Αυστραλίας, Ν.Ζηλανδίας και ορισμένες χώρες της Λατινικής Αμερικής και έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Η ομοφυλοφιλική σχέση ήταν μέχρι τώρα ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης του ιού.
- Η ετεροφυλοφιλική μετάδοση του ιού, ευθύνεται για ένα σχετικά μικρό αριθμό περιπτώσεων, αλλά αυξάνεται συνεχώς.
- Οι κυριότεροι υπεύθυνοι για την ετεροφυλοφιλική μετάδοση του ιού είναι οι μολυσμένοι τοξικομανείς.
- Επίσης, σε αυτό το μοντέλο, η αναλογία μολυσμένων ανδρών προς γυναίκες είναι 10:1 και 15:1 υπέρ των ανδρών.
- Η διασπορά της μόλυνσης στον γενικό πληθυσμό αυτών των χωρών, δεν ξεπερνά το 1% αλλά σε ορισμένες ομάδες υψηλού κινδύνου, είναι δυνατόν να υπερβαίνει το 50%.

Το δεύτερο επιδημιολογικό μοντέλο αφορά την Αφρική και ορισμένες χώρες της Καραϊβικής. Τα χαρακτηριστικά του είναι τα εξής:

- Η μετάδοση του ιού είναι κυρίως ετεροφυλοφιλική και η σχέση μολυσμένων ανδρών προς τις γυναίκες είναι 1:1.
- Η ομοφυλοφιλική μετάδοση σε αυτό το μοντέλο καθώς και η μετάδοση λόγω τοξικομανίας είναι ή ανύπαρκτη ή χαμηλή.
- Εκτεταμένη μετάδοση σε αυτές τις χώρες άρχισε τη δεκαετία του 1970 και σήμερα το ποσοστό των μολυνθέντων του γενικού πληθυσμού, ξεπερνάει το 1% και σε ορισμένες περιοχές φθάνει το 20% μεταξύ των σεξουαλικά ενεργών ατόμων.

Το τρίτο επιδημιολογικό μοντέλο αφορά τις χώρες της Β.Αφρικής, Αν.Ευρώπης, Αν.Μεσογείου, την Ασία και το μεγαλύτερο μέρος του Ειρηνικού.

- Στις χώρες αυτές, ο HIV εισήχθη στην δεκαετία του 1980 και γι' αυτό προς το παρόν έχουμε μικρό αριθμό κρουσμάτων.
- Στις χώρες αυτές, παρατηρείται και ομοφυλοφιλική και ετεροφυλοφιλική μετάδοση του ιού.
- Ένας μεγάλος αριθμός των μολυνθέντων ατόμων, μολύνθηκε ύστερα από ταξίδι σε ενδημικές για τι νόσημα περιοχές.
- Επίσης, ένας αριθμός μολυνθέντων σε αυτές τις χώρες, προέκυψε από μετάγγιση με εισαχθέντα παράγωγα αίματος.¹⁵

1.5. ΠΙΘΑΝΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ



Για την προέλευση του ιού HIV και τον τρόπο με τον οποίο αυτός μεταδόθηκε στον άνθρωπο έχουν κατά καιρούς αναπτυχθεί διάφορες θεωρίες. Μέχρι σήμερα επικρατέστερη φαίνεται να είναι εκείνη που αναφέρει ότι ο ιός του AIDS μεταδόθηκε στον άνθρωπο από τον πράσινο πίθηκο, για τον οποίο ο ιός αυτός δεν είναι παθογόνος. Πως όμως μολύνθηκε ο άνθρωπος από τον πίθηκο;^{4,15}

Φαίνεται ότι η άσχημη συνήθεια των ανθρώπων να τρώνε τους πιο στενούς συγγενείς τους, ήταν η αιτία για την τρομερή επιδημία του AIDS που μαστίζει την ανθρωπότητα.

Ο ιός HIV-1 που προκαλεί το AIDS, πιθανόν να μεταδόθηκε αρχικά στον ανθρώπινο πληθυσμό, όταν κυνηγοί πιθήκων στην Αφρική, ήρθαν σε επαφή με αίμα πιθήκων μολυσμένο από τον ιό. Έρευνες έχουν δείξει ότι η φυσική πηγή των ιών του AIDS είναι οι χιμπαντζήδες. Μεταδόθηκαν στον άνθρωπο, έκαναν μεταλλάξεις και προκάλεσαν το επίκτητο σύνδρομο ανοσοανεπάρκειας με τις σοβαρές θανατηφόρες συνέπειές του. Ο ιός HIV-1 είναι η αιτία του AIDS. Ο ιός HIV-2 είναι η αιτία του AIDS σε πολύ μικρότερο αριθμό περιστατικών.

Φαίνεται λοιπόν ότι η άκρατη λαιμαργία των ανθρώπων πολύ συχνά τους τιμωρεί. Περίπου το 1% των περιπτώσεων του AIDS που προκαλείται από τον ιό HIV-2 (είναι ο τύπος του ιού HIV που προσβάλλει τους ανθρώπους στη Δ.Αφρική), οφείλεται στη μετάδοση του ιού από τους πιθήκους στον άνθρωπο. Κατά το σφάξιμο των πιθήκων και το κόψιμό τους, το μολυσμένο αίμα που έρχεται σε επαφή με τους κυνηγούς και τους άλλους ανθρώπους, μεταδίδει τον ιό.

Δυστυχώς η όρεξη των ανθρώπων για κρέας των πιθήκων δεν μειώνεται. Στην Αφρική το κυνήγι των πιθήκων, χιμπαντζήδων και γοριλών βρίσκεται σε έξαρση. Το γεγονός αυτό φοβίζει πολλούς ερευνητές που πιστεύουν ότι υπάρχει η πιθανότητα να εμφανιστεί ένα νέο, τρίτο είδος του ιού HIV, επιδεινώνοντας την ήδη σοβαρή επιδημία του AIDS. Οι άνθρωποι μολύνονται από τους ιούς των πιθήκων όταν μολυσμένο αίμα από τα ζώα έρχεται σε επαφή με το στόμα τους ή με μια πληγή τους.

Το κυνήγι των πιθήκων μπορεί να ήταν η αιτία μετάδοσης του ιού HIV και πρόκλησης του AIDS στον άνθρωπο, απειλεί με εξαφάνιση τους πλησιέστερους συγγενείς του ανθρώπου και παράλληλα απειλεί με νέες μολύνσεις που πιθανόν να επιδεινώσουν τη σοβαρή επιδημία του AIDS.^{4,15,16,17}

Τώρα, αντίθετα με τη θεωρία αυτή, Γερμανοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι ο ιός που προκαλεί το AIDS στον άνθρωπο μεταδόθηκε σε αυτόν δια μέσου της αλογόμυγας, που είναι γνωστή με το επιστημονικό όνομα **stomoxys calcitrans**. Η μύγα αυτή απομυζά αίμα και μεταφέρει τον ιό από τον έναν οργανισμό στον άλλο. Η διαφορά σε σχέση με τα άλλα έντομα που αναρροφούν αίμα είναι ότι στην μύγα αυτή το αίμα δεν υφίσταται πέψη με αποτέλεσμα ο ιός να μην αδρανοποιείται. **Έντομα όπως τα κουνούπια, δεν μεταφέρουν τον ιό από τον ένα οργανισμό στον άλλο.** Τα κουνούπια απομυζούν το αίμα από ένα σωληνάριο και το επαναφέρουν από άλλο. Με τον τρόπο δεν μεταφέρουν μολυσματικούς ιούς που υπάρχουν μέσα στο αίμα. **Η μύγα *stomoxys calcitrans*, μεταφέρει από τον έναν οργανισμό στον άλλο μολυσματικούς ιούς που ευδοκιμούν μέσα στο αίμα.** Είναι

γνωστό ότι μεταδίδει τον ιό της λευχαιμίας των αλόγων, από το ένα άλογο στο άλλο. Οι μύγες αυτές τσιμπούν και απορροφούν αίμα και από τον άνθρωπο.

Οι αλογόμυγες όταν διατρέφονται ζύνουν το δέρμα, δημιουργούν μία πληγή και απομυζούν αίμα. Την επόμενη φορά που θα τσιμπήσουν κάποιον, επαναφέρουν λίγο αίμα από εκείνο που είχαν πάρει από κάποιον άλλο. Εάν υπήρχαν ιοί στο προηγούμενο αίμα, θα διεισδύσουν και θα πολλαπλασιαστούν μολύνοντας το νέο θύμα. **Οι Γερμανοί επιστήμονες απέδειξαν ότι ο ιός του AIDS επιβιώνει μέσα στο αίμα που επαναφέρει η αλογόμυγα.** Το μέρος του εμπρόσθιου πεπτικού σωλήνα της, στο οποίο διατηρείται το αίμα που απομυζά από τα θύματά της, δεν περιέχει πεπτικά ένζυμα. Το αποτέλεσμα είναι ο ιός να πολλαπλασιάζεται και να μπορεί να μολύνει το επόμενο θύμα της μύγας.

Επίσης ακόμη ένα γεγονός που πιθανόν να βοήθησε στη μετάδοση του ιού του AIDS από τον πίθηκο στον άνθρωπο, είναι η συνήθεια που είχαν οι κυνηγοί να εκθέτουν ακάλυπτο στον ήλιο το θήραμά τους. **Εκείνο που συμβαίνει στις περιπτώσεις αυτές είναι ότι οι μύγες και μεταξύ άλλων και οι αλογόμυγες καλύπτουν μεγάλο μέρος του θηράματος.** Εάν οι αλογόμυγες απορροφήσουν αίμα από τους χιμπαντζήδες που περιέχει τον ιό του AIDS, την επόμενη φορά που θα τσιμπήσουν έναν άνθρωπο θα του μεταδώσουν τον ιό. Με βάση τα ευρήματά τους οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι είναι διαμέσου της αλογόμυγας που μεταδόθηκε στον άνθρωπο αρχικά ο ιός που δημιούργησε την επιδημία του AIDS.

Όμως παρά το γεγονός ότι η θεωρία αυτή μπορεί να στηριχθεί με βάση το βιολογικό κύκλο που αναφέρεται, εντούτοις δεν έχει γίνει ακόμη αποδεκτή από όλη την επιστημονική κοινότητα. Δεν υπάρχουν επί του παρόντος αποδείξεις και τεκμηρίωση που να επισφραγίζουν πράγματι ότι η μετάδοση από τον χιμπαντζή στον άνθρωπο έγινε δια μέσου της αλογόμυγας. Η θεωρία είναι πράγματι ενδιαφέρουσα αλλά χρήζει και άλλης έρευνας για να γίνει αποδεκτή.

Εκείνο που είναι ιδιαίτερα σημαντικό είναι να τονισθεί ότι σήμερα παγκοσμίως, ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης του AIDS, είναι το σεξ χωρίς προφυλάξεις και από μητέρες που είναι φορείς και το μεταδίδουν στα παιδιά τους.

Δεν έχουν τεκμηριωθεί μέχρι σήμερα περιστατικά μετάδοσης στον άνθρωπο δια μέσου της αλογόμυγας. Οι Γερμανοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι πιθανόν να υπήρξαν σποραδικές τέτοιες περιπτώσεις οι οποίες πέρασαν απαρατήρητες. **Ανεξάρτητα από την αξία των θεωριών αυτών, η εκρηκτική και απειλητική για την εξάπλωση του AIDS, έγινε και γίνεται δυστυχώς καθημερινά δια μέσου του σεξ χωρίς προφυλάξεις.** Είναι στο τομέα αυτό που πρέπει να εστιαστούν οι προσπάθειες για τον περιορισμό της θανατηφόρας αυτής ασθένειας.¹⁶

1.6. ΦΟΡΕΑΣ, ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ, ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΕΠΙΛΗΨΙΑ

ΦΟΡΕΑΣ

Φορέας είναι το άτομο που έχει μολυνθεί από τον ιό, αλλά δεν έχει νοσήσει ακόμα (δηλαδή δεν έχει παρουσιάσει κανένα σύμπτωμα). Λέγεται και HIV (+) άτομο ή οροθετικός για HIV. Το άτομο αυτό μεταδίδει τον ιό στους άλλους μέσω του σεξ, αίματος ή με τον τοκετό (περιγεννητική μετάδοση).

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ

Είναι το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από τη στιγμή της μόλυνσης, μέχρι:
α. Την ορομετατροπή (την ανίχνευση δηλαδή για πρώτη φορά των αντισωμάτων έναντι του ιού στο αίμα). Κατά μέσο όρο διαρκεί τρεις μήνες. **β.** Την εμφάνιση των πρώτων κλινικών συμπτωμάτων. **γ.** Την εμφάνιση του πλήρους συνδρόμου AIDS. Τα(β) και (γ) μπορεί να διαρκέσουν και χρόνια.

ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Ο οργανισμός του ανθρώπου διαθέτει μία τεράστια ποικιλία αμυντικών όπλων απέναντι στα χιλιάδες μικρόβια και τους μικροοργανισμούς που υπάρχουν στο περιβάλλον. Την άμυνα αυτή την έχει αναλάβει το ανοσοποιητικό σύστημα. Το σύστημα αυτό αποτελείται από διάφορες ομάδες κυττάρων και κυρίως από λεμφοκύτταρα. Το κυριότερο από τα κύτταρα αυτά, ο "αρχηγός" θα λέγαμε της "αμυντικής ομάδας" του οργανισμού, είναι το T4 λεμφοκύτταρο. Τι ακριβώς κάνει το κύτταρο αυτό; Μόλις κάποιο μικρόβιο εισβάλλει στον οργανισμό, αυτό είναι που δίνει το σύνθημα και στη συνέχεια συντονίζει όλες τις αμυντικές ενέργειες του οργανισμού, ώστε τελικά να σκοτωθεί ο ξένος εισβολέας. Δυστυχώς όμως, ο ιός του AIDS αποδείχθηκε ο "πονηρότερος" των ιών, και βέβαια ο πιο επικίνδυνος: μπαίνοντας στο αίμα προσβάλλει ακριβώς αυτά τα κύτταρα και τα χρησιμοποιεί σαν εργοστάσια παραγωγής νέων ιών ενώ ταυτόχρονα τα καταστρέφει. Το αποτέλεσμα είναι μοιραίο. Η άμυνα του οργανισμού καταρρέει με συνέπεια μικρόβια που σε φυσιολογικά άτομα δεν προκαλούν νόσο, σε ασθενείς με AIDS να προκαλούν σοβαρές και συχνά θανατηφόρες αρρώστιες.¹⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2. ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΚΑΙ ΜΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΟΥ AIDS

Αποτελεί σήμερα βεβαιότητα, ότι η μετάδοση του ιού από άτομο σε άτομο γίνεται όταν τα προσβεβλημένα κύτταρα του ενός έρθουν σε άμεση επαφή με το αίμα ή τους ιστούς του άλλου. Ο ιός του AIDS μεταδίδεται:

2.1. Σεξουαλικώς

Ο ιός ανιχνεύθηκε στο σπέρμα και στο τραχηλικό έκκριμα φορέων. Ο ρόλος της γενετήσιας οδού στη μετάδοση του AIDS είναι σημαντικός.

Οι ομοφυλόφιλοι αποτελούν την κυριότερη ομάδα που σταθερά αντιπροσωπεύει πάνω από 70% των κρουσμάτων κατά τα τελευταία τρία χρόνια. Η αυξημένη διασπορά συμβαδίζει με το μεγάλο αριθμό σεξουαλικών συντρόφων, με παθητικές σεξουαλικές επαφές και με ευκαιρίες τραυματισμού που βοηθούν στον ενοφθαλμισμό του ιού (fisting κλπ). Η συνεχής και επανειλημμένη έκθεση στον ιό και η συνύπαρξη άλλων παραγόντων βοηθούν στην εγκατάσταση της λοιμώξεως.

Μεταξύ των κρουσμάτων υπάρχει ένα ποσοστό που δεν υπάγεται σε καμιά από τις γνωστές ομάδες κινδύνου. Τμήμα αυτού αποδίδεται σε ετεροφυλική μετάδοση. Η μελέτη των περιπτώσεων αυτών έδειξε ότι δεν συμβάλλει ποσοτικά στην εξάπλωση της επιδημίας στις αναπτυσσόμενες χώρες, αφού το ποσοστό των κρουσμάτων αυτών παραμένει σταθερό κατά τα τελευταία χρόνια. Στις ΗΠΑ μόνο 182 περιπτώσεις AIDS έχουν μέχρι σήμερα αποδοθεί σε ετεροφυλική μετάδοση. Η συντριπτική πλειοψηφία αυτών αφορά τις γυναίκες. Αυτό δείχνει ότι η πιθανότητα μεταδόσεως της λοιμώξεως από τη γυναίκα στον άνδρα είναι πολύ μικρή. Αντίθετα η ετεροφυλική διασπορά του ιού είναι αρκετά διαδεδομένη στην Κεντρική Αφρική και Καραϊβική. Η αναλογία του συνδρόμου είναι 1,2:1. Κρούσματα έχουν αναφερθεί σε ιερόδουλες και σε γυναίκες με κύριο χαρακτηριστικό την σεξουαλική ελευθεριότητα με πολλούς ερωτικούς συντρόφους. Οι τοξικομανείς μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στην ετεροφυλική διασπορά του ιού. Σε γειτονικές μας περιοχές (Ιταλία, Ισπανία) άρχισαν να καταλαμβάνουν την πρώτη θέση ξεπερνώντας τους ομοφυλόφιλους. Είναι υπεύθυνοι στην εξάπλωση του συνδρόμου με ετεροφυλική μετάδοση και στην εμφάνιση στα παιδιά.

Αντίθετα ο αριθμός των κρουσμάτων σε συζύγους πολυμεταγγιζομένων και αιμορροφιλικών παραμένει μικρός. Υπολογίζεται ότι η πιθανότητα μεταδόσεως σε ζευγάρι ομοφυλοφίλων ανέρχεται σε 50% περίπου. Λοίμωξη σε συζύγους αιμορροφιλικών υπολογίζεται ότι ανέρχεται σε ποσοστό περίπου 10%.¹⁹

2.1.1. Αιματογενώς

Ο τρόπος αυτός αφορά στους μεταγγιζόμενους και τοξικομανείς. Γνωστός είναι από παλιά ο κίνδυνος των μεταγγιζομένων από ιούς που μεταβιβάζονται με το αίμα ή διασπείρονται με τα παράγωγα αυτού. Η εμφάνιση του AIDS σε αιμορροφιλικούς εξαρτάται από πολλούς παράγοντες.

Έχει υπολογισθεί ότι η πιθανότητα λοιμώξεως από μετάγγιση είναι πάνω από 90%. Οι τοξικομανείς που κάνουν χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών χρησιμοποιούν κοινές μολυσμένες βελόνες ή σύριγγες. Η μετάδοση του AIDS φαίνεται να οφείλεται στην μεταφορά μικρών ποσοτήτων αίματος κατά την κοινή χρήση των βελόνων.

Ο τρόπος αυτός μόλυνσης έχει γίνει πολύ σπάνιος ως αποτέλεσμα: α) εθελοντικής αιμοδοσίας, β) ορολογικής εξέτασης και γ) επεξεργασίας με θερμότητα

των συμπυκνωμένων παραγόντων πήξης και άλλων μεθόδων απενεργοποίησης πιθανών μολυσματικών παραγόντων του αίματος.^{8,16,19}

2.1.2. Περιγεννητική και κάθετη μετάδοση

Η αύξηση των κρουσμάτων μεταξύ των γυναικών, που συμβαίνει κυρίως κατά την αναπαραγωγική τους ηλικία, συνεπάγεται κινδύνους για το έμβρυο και το νεογέννητο. Πολλές μελέτες απέδειξαν ότι η κάθετη μετάδοση ευθύνεται κυρίως σήμερα για το παιδιατρικό AIDS. Η συχνότητα κάθετης μετάδοσης του HIV κυμαίνεται μεταξύ 25-40%. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στη μικρότερη **λοιμογόνο δράση του HIV, στη μικρότερη αιμία και στις μικρότερες αλλοιώσεις του μητροπλακουντικού φραγμού**. Η ευρεία διακύμανση της συχνότητας της κάθετης μετάδοσης θα πρέπει να αποδοθεί: **1) στα χαρακτηριστικά του στελέχους του HIV, 2)σε παράγοντες που αφορούν τη μητέρα ή 3) το παιδί**. Η μετάδοση μπορεί να συμβεί **κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού ή και μετά τον τοκετό**. Μετάδοση προ της 20ής εβδομάδα της κύησης σπανιότατα μόνο μπορεί να συμβεί. Ενδομητρική μετάδοση αναφέρθηκε μετά την 35^η εβδομάδα κύησης γιατί τότε κυρίως διασπάται ο μητροεμβρυϊκός φραγμός. Υπολογίζεται ότι αυτό συμβαίνει σε λιγότερο από 35% των περιπτώσεων. Αντίθετα η μόλυνση συμβαίνει κυρίως κατά τον τοκετό (65%) και σπανιότερα μετά τη γέννηση.²⁰

Η μετάδοση γίνεται από τη μητέρα που έχει προσβληθεί, στο κύημα ή στο νεογνό κατά τον τοκετό ή λίγο μετά τη γέννηση. Έχουν δημοσιευθεί περιπτώσεις μόλυνσεως κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό σε νεογνά που δεν είχαν καμία επαφή μετά τη γέννηση με την μητέρα τους. Περιγράφεται και περίπτωση μόλυνσεως με καισαρική τομή.

Ο ιός έχει απομονωθεί στο μητρικό γάλα και έχει βεβαιωθεί περίπτωση μόλυνσεως νεογνού από θηλασμό. Μέχρι στιγμής 289 παιδιατρικές περιπτώσεις AIDS έχουν αναφερθεί στην Αμερική και Ευρώπη. Στο 75% η μητέρα ανήκε στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Η κάθετη λοίμωξη νεογνών ή βρεφών δεν είναι αναπόφευκτη. Μητέρες που υφίστανται τεχνητή γονιμοποίηση με μολυσμένο σπέρμα δεν είναι απαραίτητο να μετάδωσαν τον ιό στα παιδιά τους.

Σήμερα υπολογίζεται ότι η πιθανότητα προσβολής του νεογνού (κάθετη μετάδοση) από μητέρα φορέα, ανέρχεται σε 50% περίπου. Το ποσοστό των παιδιών που αναπτύσσουν AIDS μετά την προσβολή από τον ιό ανέρχεται σε 50%.^{4,8,15,16,19}

2.1.3. Άλλοι τρόποι μεταδόσεως

Έχει διαπιστωθεί ότι είναι δυνατή η μετάδοση με την είσοδο μικρής ποσότητας αίματος ή άλλων υγρών και εκκριμάτων ασθενών με AIDS, από τις αμυχές του δέρματος. Αυτό μπορεί να συμβεί με την κοινή χρήση ξυριστικών μηχανών, οδοντόβουρτσας και ερωτικών αντικειμένων(άτυπη μετάδοση).

Είναι πολύ μικρό το ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού που έχει μολυνθεί από τυχαίο εμβολιασμό αίματος ή εκκριμάτων ασθενών με AIDS. Σε δείγμα 666 ορών νοσηλευτικού προσωπικού που είχε τυχαία τρυπηθεί ή εκτεθεί στα εκκρίματα ασθενών, οι 26 βρέθηκαν να είναι οροθετικοί. Οι 23 όμως ανήκαν σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Μέχρι σήμερα έχει περιγραφεί μόνο μια περίπτωση νοσηλεύτριας που ανέπτυξε αντισώματα ύστερα από τρύπημα με βελόνη που χρησιμοποιήθηκε σε ασθενή με AIDS.

Σήμερα διεθνώς καταβάλλεται ιδιαίτερη προσπάθεια διερευνήσεως των πηγών λοιμώξεως των περιπτώσεων AIDS, που δεν ανήκουν σε καμία γνωστή ομάδα κινδύνου. Είναι παρήγορο ότι τουλάχιστον στις δυτικές χώρες ο αριθμός των κρουσμάτων αυτών δεν φαίνεται να αυξάνει σημαντικά. Σε διαφορετική περίπτωση θα αποτελούσε δυσοίωνα σημείο επεκτάσεως της επιδημίας στο γενικό πληθυσμό.^{7,15,19}

1978. Διαπιστώθηκε ότι 2,4% είχε εκδηλώσει AIDS μέχρι το τέλος του 1984. Η θνησιμότητα ανήλθε σε 600 ανά 100.000 δηλαδή ποσοτικά υψηλότερη από κάθε άλλη αιτία θανάτου για την ομάδα αυτή των ηλικιών. Ο επιπολασμός της λοιμώξεως το 1978 ήταν 2,7%, 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 αύξησης. Διαπιστώθηκε μεγάλος αριθμός κρουσμάτων στις τοπικές εστίες της Νέας Υόρκης, Αγίου Φρανσίσκου και άλλων αμερικανικών πόλεων.

Στις εστίες αυτές προσβάλλονται όσοι έχουν μεγάλο αριθμό σεξουαλικών συντρόφων, παθητικές σεξουαλικές επαφές και ευκαιρίες τραυματισμών ιδιαίτερα του βλενογόνου του ορθού που είναι η πύλη εισόδου του ιού.

Η προσβολή καταλήγει σε μόνιμη ιοφορία που επαυξάνει τον ρυθμό επεκτάσεως της επιδημίας. Η συνεχής επανειλημμένη έκθεση στον ιό και η συνύπαρξη άλλων υποβοηθητικών παραγόντων, βοηθούν στην εγκατάσταση της λοιμώξεως. Η μολυσματικότητα των φορέων δεν είναι μεγάλη. Το 50% των ερωτικών συντρόφων των φορέων δεν έχουν αντισώματα.

Ο χρόνος επώσεως της νόσου κυμαίνεται από έξι μήνες μέχρι και έξι χρόνια. Η πιθανότητα εκδηλώσεως της νόσου αυξάνει σε 20% εφ'όσον παρατηρείται και το σύνδρομο της λεμφαδενοπάθειας. Οι συνεχείς επαναλοιμώξεις με νέους αντιγονικά διάφορους τύπους του ιού (γενετικός πολυμορφισμός), οι δυσμενείς συνθήκες διαβιώσεως και άλλοι άγνωστοι παράγοντες του περιβάλλοντος συμβάλλουν στην εκδήλωση του συνδρόμου.¹⁹

2.2.2. Τοξικομανείς

Η δεύτερη σε μέγεθος ομάδα υψηλού κινδύνου είναι οι τοξικομανείς. Αποτελεί το 17% των κρουσμάτων στις ΗΠΑ και το 8,5% της Ευρώπης. Χαρακτηριστικές είναι οι μεγάλες διαφορές στις διάφορες χώρες. Ήδη αναφέρθηκε ο μεγάλος επιπολασμός στην Ισπανία και Ιταλία. Περισσότερο περίεργη είναι η παρατηρηθείσα διαφορά μεταξύ δυτικής (Γλασκώβης) και ανατολικής (Εδιμβούργο) Σκωτίας. Η διερεύνηση των διαφορών αυτών μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στη μείωση της διασποράς. Ευθύνεται κυρίως στην εξάπλωση του συνδρόμου με ετεροφυλική μετάδοση και στην εμφάνιση του συνδρόμου στα παιδιά.

Ο επιπολασμός της λοιμώξεως στις ΗΠΑ 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 δύσκολο να προσδιορισθεί η ακριβής αιτία θανάτου των τοξικομανών. Πολλοί πεθαίνουν από υπερβολική χρήση ναρκωτικών πριν ακόμη εκδηλωθεί το AIDS.

Υπάρχουν έμμεσες ενδείξεις στην Αμερική ότι η υπεύθυνη διαφώτιση και η παρατηρούμενη αύξηση των πωλήσεων βελονών και συρίγγων θα ελαττώσουν την διασπορά του συνδρόμου.¹⁹

2.3. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Αρχικά οι ασθενείς που προσβάλλονται από τον ιό HIV, μπορεί να μην νοιώθουν άσχημα. Συχνά όμως η μόλυνση από τον ιό συνοδεύεται από διάφορα συμπτώματα τα οποία ποικίλουν ανάλογα με το χρονικό διάστημα από τον καιρό που έχει μολυνθεί ο ασθενής. Ο ιός HIV προσβάλλει το ανοσοποιητικό σύστημα το οποίο αποτελεί τη βασική άμυνα του οργανισμού έναντι του εισβολέα.

Οι ασθενείς αναπτύσσουν σταδιακά ασθένειες οι οποίες κάτω από κανονικές συνθήκες εξουδετερώνονται από το ανοσοποιητικό σύστημα. Τα συμπτώματα που παρουσιάζουν τα άτομα που έχουν προσβληθεί από τον ιό του AIDS γίνονται

σοβαρότερα με την πάροδο του χρόνου και με την αύξηση του χρόνου παραμονής του ιού στο σώμα του ασθενούς.²¹

Τα κυριότερα συμπτώματα είναι:

- Διογκωμένοι λεμφαδένες
- Πυρετός στο 76-100% των ασθενών, ρίγος και νυχτερινοί ιδρώτες
- Διάρροια
- Απώλεια βάρους (5-10% του σωματικού βάρους στο 46% των ασθενών)
- Βήχας και δυσκολία αναπνοής
- Επίπονη παρατεταμένη κούραση
- Αλλοιώσεις στο δέρμα, στο εσωτερικό του στόματος, στη μύτη και τα βλέφαρα
- Αρθραλγίες
- Επίμονος ξηρός βήχας
- Μελανά σημάδια στο δέρμα (σάρκωμα Kaposi)
- Λοιμώξεις από έρπητα είτε απλό είτε ζωστήρα
- Προβλήματα όρασης και πονοκέφαλοι
- Προσβολή από διάφορες μολύνσεις και ειδικά ορισμένες μορφές πνευμονίας^{8,15,18,21,22,23,24}

2.4.ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΕΣ ΝΟΣΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΙΣΤΩΝΤΑΙ ΣΤΟ AIDS

Οι ασθένειες που προσβάλλουν τον άνθρωπο όταν έχει AIDS είναι:

1. Πρωτοζωϊκές και παρασιτικές: Κρυπτοσποριδίωση, πνευμονία από πνευμονοκύστη carinii, τοξοπλάσμωση, στρογγυλοειδίωση.
2. Μυκητιάσεις: Καντιντίαση του οισοφάγου, κρυπτοκόκκωση.
3. Βακτηριακές: Γενικευμένη φυματίωση από M.Aivium, Intracellulare.Kansasil.
4. Ιογενείς: Κυτταρομεγαλοϊός ερπητοϊός, προοδευτική πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια.
5. Νεοπλάσματα: Σάρκωμα Kaposi, λέμφωμα εγκεφάλου
6. Άλλες ευκαιριακές λοιμώξεις (με αντίχνευση και anti HIV): Διάχυτη ιστοπλάσμωση, βρογχική ή πνευμονική καντιντίαση, ισοσπορίωση
7. Χρόνια λεμφοειδής διάμεση πνευμονία (σε παιδιά κάτω των 13 ετών)
8. Λέμφωμα Burkitt. Λέμφωμα ή σάρκωμα ανοσοβλαστικό B ή αγνώστου φαινοτύπου.^{15,23}

2.5.ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΟΥ AIDS

Τα πιο συνηθισμένα τεστ που βοηθούν στην διάγνωση του AIDS είναι τα εξής: α) **Μέθοδος Elisa** που σημαίνει ανοσοαπορροφητική ανάλυση συνδεδεμένη με ένζυμο. Είναι μια εξέταση που ψάχνει για αντισώματα στο αίμα κατά συγκεκριμένων παθογόνων μικροοργανισμών. Αν το τεστ βγει θετικό, επειδή υπάρχει μία πιθανότητα να είναι "ψευδώς θετικό", να "ξεγελάστηκε" από την ύπαρξη άλλων αντισωμάτων. Γι'αυτό, για επιβεβαίωση γίνεται ένα πιο ειδικό (και ακριβότερο) τεστ που λέγεται β) **Western Blot**.

Το τεστ αυτό δεν προσφέρεται στη καθημερινή πράξη. Χρησιμοποιείται σαν επιβεβαιωτική μόνο της προηγούμενης μεθόδου γιατί προσδιορίζει την ύπαρξη του αντιγόνου αυτού καθεαυτού. Μόνο αν και το δεύτερο βγει θετικό μπορεί κανείς να πει με σιγουριά ότι ένα άτομο έχει μολυνθεί από τον HIV.^{15,25}

Στους τρεις μήνες το 95% των ανθρώπων που έχουν μολυνθεί έχουν αναπτύξει ανιχνεύσιμα αντισώματα στον ιό. Με βάση τα παραπάνω το τεστ αντισωμάτων (ELISA/WESTERN BLOT) πρέπει να γίνει τρεις μήνες από την πιθανή έκθεση στον ιό. Σε περίπτωση που αυτό είναι αρνητικό πρέπει να επαναλαμβάνεται στους 6 μήνες. Αν κάνετε τεστ πριν περάσουν τρεις μήνες, δεν έχει κανένα νόημα. Αν στο εργαστήριο που θα πάτε κάνουν τεστ τέταρτης γενιάς, μπορείτε να μάθετε αν μολυνθήκατε και μετά από δύο μήνες αντί για τρεις. Ρωτήστε τι τεστ κάνουν. Η εξέταση γίνεται σε μικροβιολογικά εργαστήρια (επί πληρωμή) ή σε ορισμένα νοσοκομεία και κέντρα αναφοράς AIDS (δωρεάν και ανώνυμα).

Ένα θετικό αποτέλεσμα δοκιμασίας **ΣΗΜΑΙΝΕΙ** ότι:

- ❖ Υπάρχουν αντισώματα για HIV στο σώμα σας.
- ❖ Έχετε μολυνθεί με HIV και το σώμα σας παρήγαγε αντισώματα.
- ❖ Πιθανά, έχετε ενεργό ιό στο σώμα σας και θα πρέπει να παραδεχθείτε ότι μπορείτε να μεταδώσετε τον ιό σε άλλους.

Ένα θετικό αποτέλεσμα δοκιμασίας **ΔΕΝ ΣΗΜΑΙΝΕΙ** ότι:

- ❖ Έχετε οπωσδήποτε AIDS.
- ❖ Θα παρουσιάσετε AIDS στο μέλλον.
- ❖ Έχετε ανοσία στο AIDS.

Ένα αρνητικό αποτέλεσμα δοκιμασίας **ΣΗΜΑΙΝΕΙ** ότι:

- ❖ Δεν υπάρχουν στο αίμα σας αυτή τη χρονική στιγμή αντισώματα για HIV.

Δύο πιθανές αιτίες για αυτό είναι ότι:

- ❖ Δεν έχετε μολυνθεί με HIV.
- ❖ Μολυνθήκατε με HIV, αλλά το σώμα σας δεν παρήγαγε ακόμα αντισώματα.

Ένα αρνητικό αποτέλεσμα δοκιμασίας **ΔΕΝ ΣΗΜΑΙΝΕΙ** ότι:

- ❖ Είσαστε εξασφαλισμένοι (μπορεί να έρθετε σε επαφή με τον ιό και να μολυνθείτε αργότερα).
- ❖ Είστε άνοσοι στον ιό.
- ❖ Δεν μολυνθήκατε με HIV (μπορεί να έχετε μολυνθεί, αλλά να μην παρήγαγε ακόμα αντισώματα το σώμα σας).⁸

Η πιθανότητα για ψευδώς θετικό ELISA και WESTERN BLOT είναι ελάχιστη και έχει υπολογιστεί σε 0,0007% του γενικού πληθυσμού. Οι περιπτώσεις που τα αποτελέσματα είναι ασαφή (μη καθοριστικό) είναι στα 5.000 τεστ. Στη περίπτωση αυτή το τεστ επαναλαμβάνεται μετά από ένα μήνα.²⁵

2.6. ΤΕΣΤ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΠΟΡΡΗΤΟ

Η λοίμωξη και νόσος HIV έχει, όπως ήταν αναμενόμενο, προκαλέσει μεγάλο προβληματισμό σε θέματα ηθικής αλλά και νομικής φύσης. Θεωρήσαμε σκόπιμο να επεκταθούμε στο θέμα της εμπιστευτικότητας και του ιατρικού απορρήτου, όπως αυτά διαμορφώνονται στις μέρες μας σε σχέση με τη λοίμωξη και νόσο HIV.

Περιεχόμενο του ιατρικού απορρήτου

Το ιατρικό απόρρητο, ως έμφαση της σχέσης γιατρού και ασθενούς, εμπίπτει στη γενικότερη έννοια της προστασίας της προσωπικότητας ως απόλυτα και συνταγματικά κατοχυρωμένου ατομικού και ανθρώπινου δικαιώματος που

προστατεύεται από διεθνείς συμβάσεις” (Παπαζήση, 1995α ,σελ.176).

Το ιατρικό απόρρητο μπορεί να είναι ατομικό ή συλλογικό σε περιπτώσεις όπου δεν εμπλέκεται ένας μόνο γιατρός αλλά περισσότεροι. Η τήρησή του μαζί με την ελεύθερη επιλογή του γιατρού συνιστούν τη βάση της σχέσης γιατρού-ασθενούς που πρέπει να βασίζεται στην εμπιστοσύνη.

Παρ’ότι μετά το Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο ο κανόνας του ιατρικού απόρρητου χρειάστηκε να εισαχθεί σε όλα τα διεθνή κείμενα τα οποία είχαν σχέση με την υγεία-με τη μορφή του κανόνα της απόλυτης σιωπής-πιο σημαντικές για την λειτουργία στην πράξη και τη δέσμευση του ιατρικού απορρήτου είναι στην ουσία μόνο οι ρυθμίσεις που προκύπτουν από κανόνες του εσωτερικού δικαίου των κρατών (Παπαζήση, 1995α). Στο ελληνικό δίκαιο, στο άρθρο 8β.σ25/5.6/1995 προβλέπεται ο σεβασμός της τιμής και της προσωπικότητας του νοσηλευόμενου και στα άρθρα 18,23 διασφαλίζεται νομοθετικά το ιατρικό απόρρητο. Συγκεκριμένα, το άρθρο 18 αναφέρεται στην ιατρική δεοντολογία και θεωρεί υποχρέωση κάθε γιατρού την αυστηρή τήρηση του ιατρικού απορρήτου, ενώ το άρθρο 23 αναφέρεται κυρίως στο περιεχόμενο του ιατρικού απορρήτου (Παπαζήση, 1995α, σελ.177). “Ένα θέμα που πρέπει να διευκρινιστεί είναι τι αποτελεί απόρρητο, μέχρι πότε ισχύει και έναντι ποιών. Απόρρητο πρέπει να θεωρείται οτιδήποτε αντιλήφθηκε ή έμαθε ο γιατρός ακόμα και αν αυτό δεν ανήκει σε όσα του εμπιστεύθηκε ο ασθενής (π.χ. αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων).

Στο άρθρο 23β.δ.1995 έχει ορισθεί ότι ο γιατρός οφείλει να είναι εχέμυθος για ό,τι είδε, άκουσε, έμαθε ή αντιλήφθηκε κατά τη διάρκεια ασκήσεως των καθηκόντων του και το οποίο αποτελεί απόρρητο του ασθενή και των οικείων του. Η ταυτότητα του ασθενούς περιλαμβάνεται επίσης στην έννοια του απορρήτου (Παπαζήση, 1995α). Στο άρθρο 11, παρ.1 της Σύστασης της Επιτροπής Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης για τις “νομικές” υποχρεώσεις των γιατρών απέναντι στους ασθενείς τους” διατυπώνεται η υποχρέωση του γιατρού να τηρεί το απόρρητο έναντι των τρίτων σχετικά με οποιαδήποτε πληροφορία που αφορά στον ασθενή και στην κατάσταση της υγείας του”. Τρίτος θεωρείται και ο σύζυγος ή ο ερωτικός σύντροφος στην περίπτωση του AIDS, όχι όμως και ο νόμιμος αντιπρόσωπος , δηλαδή γονέας ανηλίκου ή επίτροπος ανηλίκου (Παπαζήση, 1995α). Ο γιατρός οφείλει να τηρήσει το απόρρητο ακόμη και μετά το θάνατο του ασθενούς εκτός αν η εθνική νομοθεσία προβλέπει το αντίθετο (Παπαζήση, 1995α).

Παραβίαση του ιατρικού απορρήτου

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου το ιατρικό απόρρητο παραβιάζεται. Παράδειγμα αποτελεί η επιβολή από το ελληνικό δίκαιο στους γιατρούς να δηλώνουν στις αρμόδιες υγειονομικές υπηρεσίες περιπτώσεις ασθενών με AIDS. Στις περιπτώσεις αυτές συγκρούεται το ιατρικό απόρρητο (ως έκφραση του δικαιώματος της προσωπικότητας) με εκείνο της υγείας. Επειδή η υγεία είναι αγαθό ανώτερο από το ιατρικό απόρρητο, όταν τίθεται δίλημμα της προφύλαξης της δημόσιας υγείας ή της τήρησης του ιατρικού απορρήτου, φαίνεται πως η δημόσια υγεία θεωρείται σημαντικότερη. Υποστηρίζεται έτσι, ότι η αναγραφή του είδους της νόσου στο βιβλιάριο υγείας του ασθενούς δεν αντιστρατεύεται τον κανόνα της εχεμύθειας (Παπαζήση 1995α). Παραβίαση του ιατρικού απορρήτου δεν θεωρείται όταν ανακοινώνεται το ίδιο το περιστατικό χωρίς όμως να αποκαλύπτεται η ταυτότητα του ασθενούς και αυτό γιατί γίνεται για σκοπούς προώθησης της επιστήμης.

Πολλές δημόσιες αρχές ζητούν να έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες που αφορούν σε θέματα υγείας. Για παράδειγμα δικαστήρια, φορολογικές αρχές, ταμεία υγειονομικής περίθαλψης, εργοδότες, ασφαλιστικές εταιρίες, ερευνητικά ινστιτούτα (Παπαζήση, 1995α).

Το σύστημα προστασίας του απορρήτου κινδυνεύει επίσης και από την ανάπτυξη της πληροφορικής. Η αυξανόμενη χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών σε όλα τα στάδια της ιατρικής διαδικασίας (εξέταση, διάγνωση κλπ.) και η χρησιμοποίηση προσωπικών στοιχείων (των εργαζομένων) εγκυμονούν κινδύνους για τη διασφάλιση της προσωπικότητας και την κατοχύρωση του ιατρικού απορρήτου. Έχει ορισθεί από τη Σύσταση R(83)2 της Επιτροπής των Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης (18.1.1989) ότι όσα στοιχεία αφορούν στην υγεία και θεωρούνται απόρρητα, δεν πρέπει να καταγράφονται σε ηλεκτρονικούς υπολογιστές, παρά μόνο από προσωπικό που υπόκειται στους κανόνες του ιατρικού απορρήτου (Παπαζήση, 1995α, σελ.178). Λόγω ασάφειας των ορίων ιατρικού απορρήτου και δημόσιας υγείας, τίθεται το ερώτημα αν ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να διατηρήσει το απόρρητο σε περιπτώσεις ασθενών με AIDS και τι πρέπει να γίνεται σε περιπτώσεις αδιαφορίας αυτών των ασθενών. Επίσης αυτό το ερώτημα δεν ισχύει μόνο σε προσωπικό επίπεδο (ευθύνη γιατρού) αλλά και σε επίπεδο φορέα(νοσοκομείο). Ποια είναι η ευθύνη του νοσοκομείου από τη μετάδοση του ιού σε ασθενείς και σε ποιο βαθμό δεσμεύεται για τη τήρηση των απορρήτων στοιχείων; Φαίνεται πάντως ότι η συνταγματικότητα και η κατοχύρωση της προσωπικότητας με διεθνείς συμβάσεις δεν αποτελεί επαρκή προστασία για τα άτομα με λοίμωξη ή νόσο HIV. Αυτό συμβαίνει επειδή, παρότι το απόρρητο θεωρείται δικαίωμα δημοσίας τάξεως, συγκρούεται με εκείνο της δημοσίας υγείας η οποία υπερέχει και θεωρείται σημαντικότερη. Η νομοθεσία που υπάρχει μέχρι αυτή τη στιγμή δεν επαρκεί ούτε για την προστασία των φορέων από ενέργειες άλλων εναντίον τους, ούτε για την προστασία τρίτων προσώπων από πράξεις των φορέων (Παπαζήση, 1995 α).

Η εξέταση HIV καλύπτεται, ίσως αυστηρότερα από οποιαδήποτε άλλη, από το ιατρικό απόρρητο. Αυτό σημαίνει ότι:

- Το αποτέλεσμα ανακοινώνεται μόνο στον ίδιο.
- Η εξέταση μπορεί να γίνει ανώνυμα, με χρήση ψευδώνυμου, αρχικών του ονοματεπωνύμου, κωδικού αριθμού.
- Οι γιατροί και οι άλλοι λειτουργοί δεν έχουν δικαίωμα κοινοποίησης αποτελέσματος σε κανένα άλλο πρόσωπο. Αυτό μπορεί να γίνει μόνο αν το ζητήσει το άτομο που έκανε την εξέταση. Σε αντίθετη περίπτωση, υπάρχουν ποινικές και αστικές ευθύνες.

2.7.ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η φυσική πορεία της λοίμωξης έχει χωριστεί σε κλινικά στάδια ανάλογα με τα εμφανιζόμενα συμπτώματα και τον αριθμό των CD4 Τλεμφοκυττάρων (έκφραση κυτταρικής ανοσίας) του ασθενούς. Η ταξινόμηση που επικρατεί έως και σήμερα είναι αυτή που προέρχεται από το Κέντρο Ελέγχου Λοιμώξεων Η.Π.Α. (CDC) και εφαρμόζεται από το 1993. Τα στάδια αυτά περιλαμβάνουν την πρωτολοίμωξη, την ορομετατροπή με την εμφάνιση των ειδικών αντισωμάτων, την κλινικά ασυμπτωματική ή λανθάνουσα περίοδο (**στάδιο Α**), την πρώιμη συμπτωματική HIV-λοίμωξη (**στάδιο Β**), η οποία χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένες κλινικές εκδηλώσεις ενδεικτικές παθολογικής κυτταρικής ανοσίας και το στάδιο AIDS (**στάδιο Γ**) το οποίο επίσης χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένες κλινικές εκδηλώσεις, οι οποίες απαιτούν βαθειά ανοσοκαταστολή.^{26,27}

2.8. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Επί 3 εβδομάδες έως και 12 μετά τη μόλυνση από έναν ιό HIV δεν υπάρχει κανένα εργαστηριακό ή κλινικό εύρημα, ώσπου να εμφανιστούν αντισώματα κατά του ιού στον ορό του ασθενούς. Την αρχική μόλυνση ακολουθεί το σύνδρομο της ορομετατροπής (οξύ ρετροϊκό σύνδρομο, χαρακτηρίζεται από σύνδρομο που προσομοιάζει με λοιμώδη μονοπυρήνωση που παρουσιάζεται 2-4 εβδομάδες, έπεται μία ως επί το πλείστον μακρά ασυμπτωματική περίοδος 6-12 μηνών και καταλήγουμεστη συμπτωματική νόσο. Βέβαια υπάρχουν κατηγορίες ασθενών που δεν ακολουθούν την παραπάνω πορεία.^{3,28,29}

Αρχικά το άτομο αισθάνεται τελείως καλά, αλλά είναι φορέας του ιού και δυνητικά μολυσματικός. Στη συνέχεια εγκαθίσταται γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια. Επί 3-5 ή και περισσότερα χρόνια δεν υπάρχουν άλλα συμπτώματα. Όσο όμως λιγοστεύουν τα T4 λεμφοκύτταρα, αρχίζουν να εμφανίζονται διάφορα συμπτώματα, όπως πυρετός, διάρροια κ.α., καθώς και υποτροπιάζουσες στοματικές λοιμώξεις και λοιμώξεις από έρπητα. Το σύνδρομο αυτό ονομάζεται ARC(Aids Related Complex) δηλ. σύνδρομο που έχει σχέση με το Aids, και διαρκεί από λίγους μήνες έως λίγα χρόνια. Τέλος επακολουθεί το πλήρες Aids. Αυτό χαρακτηρίζεται από πλήρη έλλειψη κυτταρικής ανοσίας, δηλ. ο άρρωστος χάνει τελείως το μηχανισμό άμυνας απέναντι στα κοινά μικρόβια, με συνέπεια τις ευκαιριακές λοιμώξεις.

Το ποσοστό των μολυνθέντων που θα προχωρήσει στο πλήρες Aids είναι πολύ υψηλό, ίσως και άνω του 90%, και θα έχει τελική κατάληξη, που επέρχεται σε άλλους βραδύτερα και σε άλλους ταχύτερα. Πάντως, όταν εμφανιστεί το πλήρες Aids η επιβίωση είναι μετρημένη.³

2.9. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Οι κλινικές εκδηλώσεις του AIDS είναι πολλαπλές και αφορούν σχεδόν κάθε όργανο του σώματος. Οι παθολογικές εκδηλώσεις που συνδέονται με μόλυνση HIV και AIDS προέρχονται από λοιμώξεις, κακοήθειες και/ή από άμεση επίδραση του HIV στους σωματικούς ιστούς. Στο κεφάλαιο αυτό θα περιοριστούμε στις πιο κοινές κλινικές εκδηλώσεις της βαριάς λοίμωξης HIV.⁸

2.9.1. Νόσος HIV συνδυαζόμενη με την ορομετατροπή

Η νόσος HIV μπορεί να εμφανιστεί σαν μια νόσος συνδυαζόμενη με την ορομετατροπή, μέσα σε διάστημα μερικών εβδομάδων από τη λοίμωξη. Στους περισσότερους ασθενείς η ορομετατρεπτική νόσος είναι ασυμπτωματική και οι πρώτες κλινικές εκδηλώσεις της νόσου HIV ενδέχεται να παρουσιαστούν αρκετά χρόνια αργότερα.

Ο ασθενής παρουσιάζει οξεία, εμπύρετη κατάσταση με «πονόλαιμο», επώδυνη λεμφαδενοπάθεια και κεφαλαλγία. Ενδέχεται επίσης να συνυπάρχουν κλινικά σημεία μηνιγγίτιδος ή εγκεφαλίτιδος. Η οσφυονωτιαία παρακέντηση είναι δυνατόν να δείξει αυξημένο αριθμό λεμφοκυττάρων στο ENY, γεγονός που

υποδηλώνει την παρουσία άσηπτης μηνιγγίτιδος. Συνήθως, ο ασθενής αναρρώνει αυτομάτως μέσα σε μία βδομάδα. Δεν είναι γνωστό το ποσοστό των προσβεβλημένων από τον ιό HIV ατόμων που θα παρουσιάσουν νόσο συνδυαζόμενη με την ορρομετατροπή ή «οξεία νόσο HIV». Επειδή την συναντούμε πολύ σπάνια συμπεραίνουμε ότι, στις περισσότερες περιπτώσεις, η νόσος αυτή είναι ασυμπτωματική ή τόσο ελαφράς μορφής, ώστε να νομίζει ο ασθενής ότι μάλλον πάσχει από απλό κρυολόγημα ή γρίπη και να μην επισκέπτεται το γιατρό.³⁰

2.9.2. Λεμφαδενοπάθεια

Μια γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια σε ομοφυλόφιλο ασθενή, που επιμένει για διάστημα μεγαλύτερο των τριών μηνών, είναι πολύ πιθανόν να οφείλεται στη νόσο HIV. Το εύρημα είναι τόσο συχνό, ώστε η βιοψία λεμφαδένας δεν περιλαμβάνεται πλέον στις εξετάσεις ρουτίνας για τους θετικούς για αντισώματα HIV ασθενείς.

Η βιοψία είναι απαραίτητη προκειμένου να αποκλειστεί το λέμφωμα και η φυματιώδης αδενίτις στις περιπτώσεις όπου ο ασθενής παρουσιάζει σοβαρά σωματικά συμπτώματα, όπως καχεξία, νυκτερινές εφιδρώσεις, είναι ορροαρνητικός ή έχει αδένες που είναι άτυποι κατά την ψηλάφηση. Συνήθως, στην λεμφαδενοπάθεια της νόσου HIV οι λεμφαδένες έχουν ελαστική υφή κατά την ψηλάφηση και είναι κινητοί. Όταν οι αδένες μιας συγκεκριμένης περιοχής του σώματος είναι σκληροί ή καθηλωμένοι ή παρουσιάζουν απότομη διόγκωση, καλό είναι να γίνεται βιοψία.

Στη λεμφαδενοπάθεια που οφείλεται στη νόσο HIV, οι λεμφαδένες δεν είναι συνήθως επώδυνοι στην ψηλάφηση. Αρκετά συχνά όμως, ορισμένοι ασθενείς παρουσιάζουν μεγάλη διόγκωση των λεμφαδένων που είναι επώδυνοι κατά την ψηλάφηση, ενώ συγχρόνως παραπονούνται για αίσθημα κοπώσεως. Οι ασθενείς αναφέρουν συχνά ότι τα συμπτώματα αυτά παρουσιάζονται σε περιόδους stress ή μεγάλου φόρτου εργασίας.

Το σύνδρομο αυτό του «αδενοειδούς πυρετού» είναι συχνό και μπορεί να παρουσιάσει υποτροπές. Η αιτιολογία του είναι άγνωστη, είναι όμως πιθανόν να οφείλεται σε εξάρσεις μιας συστηματικής λοιμώξεως από το Μεγαλοκυτταρικό ιό (CMV). Συνήθως, η διόγκωση των λεμφαδένων και το αίσθημα κοπώσεως υποχωρούν με την ανάπαυση.

Η λεμφαδενοπάθεια της νόσου HIV συχνά υποχωρεί με την πάροδο του χρόνου και την επείδινωση της νόσου.³⁰

2.9.3. Απώλεια βάρους

Η προοδευτική απώλεια βάρους αποτελεί εκδήλωση πλήρως αναπτυγμένης νόσου HIV (ασχέτως αν παρουσιάζεται σε ασθενείς με ARC ή με AIDS) και ενδέχεται να είναι ιδιαίτερα σοβαρής μορφής σε ορισμένους ασθενείς. Η αιτιολογία είναι άγνωστη, αλλά είναι πιθανόν να έχει εν μέρει σχέση με τη δυσαπορρόφηση θρεπτικών ουσιών. Αποτελεί πολύ κακό προγνωστικό σημείο. Μετά την 1^η Σεπτεμβρίου 1987, η παρουσία ενός χρονίου συνδρόμου απισχνάνσεως σε HIV θετικό ασθενή (απώλεια βάρους ίση ή μεγαλύτερη από το 10% του σωματικού βάρους) σε συνδυασμό με διάρροια ή πυρετό διαρκείας ενός μηνός, καλύπτει τα κριτήρια του CDC για τη διάγνωση του AIDS.³⁰

2.9.4. Σάρκωμα Karosi

Το σάρκωμα Karosi περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Ούγγρο δερματολόγο Moritz Karosi το 1872. Ο Moritz Karosi περιέγραψε σε ηλικιωμένους Ιταλούς και σε άνδρες Εβραϊκής καταγωγής από την Ανατολική Ευρώπη έναν βραδέως αναπτυσσόμενο, καλοήγη συνήθως όγκο που, τις περισσότερες φορές εμφανιζόταν στα κάτω άκρα. Αργότερα βρέθηκε ότι, τόσο η καλοήγη όσο και η πιο επιθετική μορφή του σαρκώματος Karosi είναι πολύ διαδεδομένες στην Αφρική. Τα πρώτα περιστατικά σαρκώματος Karosi σε σχέση με τη νόσο HIV περιγράφηκαν το 1981 στις ΗΠΑ, όπου 35% των κρουσμάτων του AIDS παρουσιάστηκαν με αυτόν τον μέχρι τότε, πολύ σπάνιο όγκο. Στους πάσχοντες από AIDS, η κατανομή των αλλοιώσεων του σαρκώματος Karosi μπορεί να είναι η κλασσική, δηλαδή οι αλλοιώσεις να εμφανισθούν πρώτα στα κάτω άκρα, αλλά, συχνότερα είναι διάσπαρτες σε όλο το σώμα.

Το κύτταρο, από το οποίο προέρχεται ο όγκος, είναι ενδοθηλιακό και πιστεύεται ότι ο όγκος δεν παρουσιάζει μεταστάσεις, αλλά είναι πολυεστιακός. Εμφανίζεται συχνά σε ομοφυλόφιλους με AIDS, αλλά είναι σπάνιος σε άτομα που ανήκουν σε άλλες ομάδες υψηλού κινδύνου. Ο λόγος είναι άγνωστος, είναι όμως πιθανόν ότι το σάρκωμα Karosi οφείλεται σε έναν άγνωστο μέχρι σήμερα, «ευκαιριακό» ιό του σαρκώματος, που είναι ιδιαίτερα διαδεδομένος στην κοινότητα των ομοφυλοφίλων, αλλά σπανίως ανευρίσκεται σε άλλα άτομα. Είναι πιθανόν να μεταδίδεται μόνο με τη σεξουαλική επαφή και όχι με την ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών.

Το σάρκωμα Karosi ενδέχεται να εκδηλωθεί με ιδιαίτερα επιθετική μορφή στους ασθενείς με AIDS και ο θάνατος να επέλθει σαν συνέπεια της προσβολής των πνευμόνων. Είναι, όμως, πιθανότερο να πεθάνει ο ασθενής από μια ευκαιριακή λοίμωξη ή από εγκεφαλοπάθεια, παρά από τον ίδιο τον όγκο. Η διάχυτη προσβολή του εντερικού σωλήνα είναι πιθανή, ενώ η προσβολή του εγκεφάλου είναι εξαιρετικά σπάνια.³⁰



Κλινική μορφή σαρκώματος Karosi³⁰

2.9.5. Πνευμονικές εκδηλώσεις

Περιλαμβάνουν βράχυνση αναπνοής, δύσπνοια, βήχα, πόνο στο θώρακα, πυρετό που συνδέονται με μια ποικιλία ευκαιριακών λοιμώξεων, όπως εκείνες που προκαλούνται από *Mycobacterium avium-intracellulare*, μεγαλοκυτταροϊό και *Legionella*. Ωστόσο, η πιο κοινή λοίμωξη σε άτομα με AIDS είναι η πνευμονία από *Pneumocystis carinii*, που έχει θνητότητα περίπου 60%. Η *P. carinii*, ένα πρωτόζωο, προκαλεί νόσο μόνο σε ανοσοκατασταλμένους οργανισμούς. Εισβάλλει και πολλαπλασιάζεται μέσα στις πνευμονικές κυψελίδες, με αποτέλεσμα την πύκνωση του πνευμονικού παρεγχύματος και την ανάπτυξη διάμεσης πνευμονίτιδας.⁸

Ο «τυπικός» ασθενής παρουσιάζει επίμονο, μη παραγωγικό, ξερό βήχα που μπορεί να διαρκέσει μερικές εβδομάδες, είναι παροξυσμικός και μπορεί να προκαλέσει έμετο. Παρουσιάζει επίσης πυρετό και δύσπνοια ύστερα από κόπωση. Το πιο σημαντικό κλινικό σημείο είναι η ταχύπνοια σε κατάσταση ηρεμίας.

Συνήθως δεν υπάρχουν άλλα κλινικά συμπτώματα από τον θώρακα. Η εξέταση αερίων αίματος ενδέχεται να δείξει υποξία και η ακτινογραφία θώρακος αμφοτερόπλευρες διάμεσες πυκνώσεις. Είναι, όμως, πολύ πιθανόν, μια ή και όλες οι αναφερθείσες εξετάσεις να είναι απόλυτα φυσιολογικές. Συνήθως, για την επιβεβαίωση της διαγνώσεως απαιτείται βρογχοσκόπηση με πλύση των κυψελίδων ή διαβρογχική βιοψία, αν και, ορισμένες φορές, πτύελα που προέρχονται από εισπνοή υπέρτονου διαλύματος NaCl είναι πιθανόν να εμπεριέχουν πνευμονοκύστες.

Η έγκαιρη διάγνωση της πνευμονίας από *Pneumocystis carinii* (PCP) είναι ζωτικής σημασίας. Η έναρξη της νόσου είναι συνήθως ήπια και ο ασθενής μπορεί να φαίνεται και να αισθάνεται σχετικά υγιής. Η παρουσία ξηρού βήχα και, ιδιαίτερα, δύσπνοιας σε θετικό άτομο για HIV αντισώματα δεν θα πρέπει ποτέ να αγνοούνται, ακόμη και στην περίπτωση που η ακτινογραφία θώρακος και η εξέταση αερίων αίματος είναι αρχικά φυσιολογικές.

Αν η έναρξη της θεραπείας γίνει πριν εμφανισθούν παθολογικά σημεία στην ακτινογραφία θώρακος, οι πιθανότητες επιβίωσης είναι πολύ μεγάλες (80%). Ενώ αν καθυστερήσει (πιθανόν επειδή ο ασθενής δεν θα εισαχθεί αμέσως στο νοσοκομείο λόγω λανθασμένης εκτιμήσεως των γιατρών) και ο ασθενής παρουσιάζει σοβαρή υποξία όταν αρχίσει τελικά η θεραπεία, το ποσοστό επιβίωσης είναι πολύ χαμηλότερο (περίπου 50%).

Παρόλο που η πνευμονία από *Pneumocystis carinii* (PCP) είναι κατά πολύ συχνότερη, στη νόσο HIV παρουσιάζονται και πολλές άλλες λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος, όπως η πνευμονίτις από τον Μεγαλοκυτταρικό ιό (CMV), η φυματίωση και η λοβώδης πνευμονιοκοκκική πνευμονία. Συχνές είναι επίσης και οι μικτές λοιμώξεις.³⁰

2.9.6. Γαστρεντερικές εκδηλώσεις

- ❖ Ανεκτές στο 23-50% των ασθενών
- ❖ Διάρροιες (50-90%)
- ❖ Κοιλιακό άλγος
- ❖ Απώλεια βάρους
- ❖ Ανορεξία
- ❖ Ναυτία
- ❖ Έμετοι

- ❖ Οισοφαγική καντιντίαση
- ❖ Ευκαιριακή λοίμωξη εντέρου (σπάνια)^{8,29}

2.9.7. Νευρολογικές εκδηλώσεις

Ένα 50-60% αρρώστων με AIDS βιώνει κάποιο είδος νευρολογικής συμμετοχής κατά τη διάρκεια της πορείας της λοίμωξης HIV. Οι εκδηλώσεις αυτές είναι:

- Μηνιγγίτιδα
- Εγκεφαλοπάθεια HIV (40-65% των αρρώστων)
- Προοδευτική πολυεστιακή εγκεφαλοπάθεια
- Αγγειακή μυελοπάθεια
- Κεφαλαλγία (>50% των ασθενών)
- Οπισθοβολβικό άλγος
- Φωτοφοβία
- Αυχενική δυσκαμψία
- Διαταραχές συνείδησης, μνήμης
- Ριζίτιδα

2.9.7.1. Μηνιγγίτιδα

Η συχνότερη αιτία μηνιγγίτιδος σε ασθενείς με AIDS είναι ο *Cryptococcus* και η αμέσως επόμενη τα μυκοβακτηρίδια. Η εκδήλωση της νόσου ενδέχεται να είναι πολύ ήπια. Ο ασθενής αναφέρει κεφαλαλγία και παρουσιάζει ελαφρά σύγχυση. Η κατάσταση αυτή μπορεί να διαρκέσει μερικές μέρες ή και εβδομάδες. Ενδέχεται να μην σημειωθεί φωτοφοβία ή δυσκαμψία του αυχένα και είναι πιθανόν η οσφυονωτιαία παρακέντηση να μην δείξει την παρουσία φλεγμονωδών κυττάρων. Θα πρέπει εντούτοις να χρησιμοποιούνται πάντοτε ειδικές χρεώσεις για την ανίχνευση του *Cryptococcus* ή των μυκοβακτηριδίων που δεν αποκλείεται να υπάρχουν, παρά την απουσία φλεγμονώδους αντιδράσεως. Φαίνεται ότι η βακτηριακή μηνιγγίτις είναι μάλλον σπάνια στη νόσο HIV.^{8,29,30}

2.9.7.2. HIV Έγκεφαλοπάθεια

Υποστηρίζεται ότι τα 2/3 περίπου των ασθενών με AIDS πάσχουν από HIV εγκεφαλοπάθεια. Η κατάσταση αυτή αποκαλείται «σύμπλεγμα άνοιας του AIDS» (AIDS dementia complex), αλλά ο όρος αυτός είναι κάπως παραπλανητικός, καθώς η άνοια είναι συνήθως πολύ ελαφράς μορφής. Η απώλεια της μνήμης και η αλλαγή της

προσωπικότητας είναι ασήμαντες και διαρκούν ελάχιστα, εκτός από τις περιπτώσεις ατόμων που βρίσκονται στα τελευταία στάδια της νόσου. Αν έχει προσβληθεί ο νωτιαίος μυελός, ενδέχεται να παρουσιαστεί αταξία, ακράτεια και παραπληγία, ενώ μια αρχικά χαλαρή παράλυση των κάτω άκρων μπορεί να εξελιχθεί σε σπαστική παράλυση. Είναι ακόμη δυνατόν να παρουσιαστούν διαταραχές του λόγου και αλλοιώσεις των περιφερικών νεύρων, και ιδιαίτερα πτώση του άκρου ποδός καθώς και επιληπτικές κρίσεις.

Η HIV εγκεφαλοπάθεια αποτελεί εκδήλωση των τελευταίων σταδίων της νόσου και συνήθως εμφανίζεται σε ασθενείς με AIDS, ύστερα από μια ή περισσότερες ευκαιριακές λοιμώξεις.

Η διάγνωση της HIV εγκεφαλοπάθειας θα πρέπει να τίθεται μόνον εφόσον αποκλειστούν όλες οι άλλες δευτερογενείς παθήσεις του ΚΝΣ, όπως το εγκεφαλικό απόστημα και ο όγκος του εγκεφάλου, που επίσης ενδέχεται να προκαλέσουν απώλεια μνήμης και διαταραχές της προσωπικότητας. Προκειμένου να αποκλειστούν οι περιπτώσεις αυτές, θα πρέπει να υποβάλλονται οι ασθενείς σε αξονική ή μαγνητική τομογραφία. Τέλος υπάρχουν δύο ευκαιριακές λοιμώξεις από ιούς-η προοδευτική πολυεστιακή εγκεφαλοπάθεια και η εγκεφαλίτις του Μεγαλοκυτταρικού ιού (CMV) – που επίσης παρουσιάζουν παρεμφερή συμπτώματα.³⁰

2.9.8. Κακοήθειες

Τα άτομα με AIDS έχουν υψηλότερη από τη συνηθισμένη επίπτωση καρκίνου. Τα συχνότερα καρκινώματα είναι: δέρματος, στομάχου, παγκρέατος, ορθού και κύστης. Το σάρκωμα Kaposi είναι η πιο συχνή κακοήθεια που συμβαίνει στη λοίμωξη HIV. Τα λεμφώματα Β-κυττάρων είναι οι δεύτερες πιο κοινές κακοήθειες που συμβαίνουν στον πληθυσμό των ασθενών με AIDS.⁸

2.9.9. Λοιμώξεις γυναικείων γεννητικών οργάνων

Επίμονη, υποτροπιάζουσα κολπική καντιντίαση μπορεί να είναι το πρώτο σημείο λοίμωξης στις γυναίκες. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας έχει μεγαλύτερη επίπτωση σ' αυτές τις γυναίκες.⁸

2.9.10. Αιματολογικές εκδηλώσεις

- Θρομβοπενία
- Λεμφοπενία T4-T8 κυττάρων
- Αύξηση παραγόντων φλεγμονής T.K.E. και CRP²⁹

2.9.11. Ωτορινολαρυγγολογικά προβλήματα

Οι ασθενείς με νόσο HIV είναι πιο ευπαθείς σε ορισμένες λοιμώδεις και αλλεργικές ωτορινολαρυγγολογικές παθήσεις και είναι μάλιστα πιθανόν να απευθυνθούν αρχικά στον ωτορινολαρυγγολόγο. Τα συχνότερα προβλήματα είναι:

- ❖ Καταρροή/οπισθορρινική καταρροή
- ❖ Ιγμορίτις
- ❖ Μέση ωτίτις
- ❖ Εκκριτική μέση ωτίτις
- ❖ Εξωτερική ωτίτις
- ❖ Νευροαισθητήριος βαρηκοΐα

Το πιο συνηθισμένο πρόβλημα είναι η συνεχής οπισθορρινική καταρροή που ενδέχεται να οδηγήσει σε νυκτερινό βήχα. Ίσως να οφείλεται σε μια μορφή αλλεργικής ρινίτιδος και η χρήση κορτιζονούχων ρινικών σκευασμάτων προσφέρει συμπτωματική ανακούφιση. Ένα ενδιαφέρον στοιχείο είναι η κοκκιωματώδης εμφάνιση του ρινικού βλενογόννου. Η ιγμορίτις και η μέση ωτίτις οφείλονται συνήθως σε λοίμωξη από αιμόφιλο. Ειδικά σε περιπτώσεις ιγμορίτιδος, ενδέχεται η κατάσταση του ασθενούς να είναι τόσο σοβαρή, με πυρετό και πόνο, ώστε να γίνεται εισαγωγή σε νοσοκομείο με υποψία μηνιγγίτιδος ή πυρετού αγνώστου αιτιολογίας.

Η εκκριτική μέση ωτίτις είναι πολύ συχνή στα προχωρημένα στάδια της νόσου HIV. Οι ασθενείς αναφέρουν «βούισμα στα αυτιά σαν να βρίσκονται σε αεροπλάνο» και ορισμένες φορές παρουσιάζουν βαρηκοΐα αγωγιμότητας καθώς και αδυνάτισμα του προσώπου. Η εκκριτική μέση ωτίτις ενδέχεται να οδηγήσει σε απόφραξη της ευσταχιανής σάλπιγγος, δημιουργία αρνητικής πίεσεως και συλλογή εκκρίσεων στο μέσον ους. Η αυξημένη συχνότητα κρουσμάτων εξωτερικής ωτίτιδος ενδέχεται να οφείλεται στην αυξημένη συχνότητα σμηγματορροϊκής δερματίτιδος. Σε ορισμένα περιστατικά παρουσιάζεται νευροαισθητήριος βαρηκοΐα λόγω προσβολής του ακουστικού νεύρου, στα πλαίσια προφανώς της HIV νευροπάθειας.^{30,31}

2.9.12 Δερματικές εκδηλώσεις

Συχνά, η πρώτη κλινική εκδήλωση της νόσου HIV είναι ένα δερματικό εξάνθημα. Τα συνηθέστερα δερματικά εξανθήματα της νόσου HIV είναι τα ακόλουθα:

- Έρπητας ζωστήρας
- Απλός έρπητας
- Μολυσματική τέρμινθος
- Σμηγματορροϊκή δερματίτιδα
- Γενικευμένη θυλακίτιδα
- Έκζεμα ή ψωρίαση
- Κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα (23-70%)
- Στοματική καντιντίαση
- Έλκη οισοφάγου
- Αφθώδη έλκη στόματος-γεννητικών οργάνων (12-29%)
- Σύνδρομο Reiter
- Λεύκη
- Οξυτενή κονδυλώματα
- Τριχοφυτίες (μυκητσιακά εξανθήματα του δέρματος και των ονύχων)
- Αλλοιώσεις τριχών και ονύχων
- Σάρκωμα Kaposi^{8,29,30,32}

2.9.12.1. Απλός έρπητας

Ο ιός του απλού έρπητος αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για τη νόσο HIV. Όπως ο ιός HIV, έτσι και ο ιός του απλού έρπητος μεταδίδεται κατά τη σεξουαλική επαφή με αποτέλεσμα, οι περισσότεροι ασθενείς με λοίμωξη από τον ιό HIV να πάσχουν συγχρόνως από ερπητική λοίμωξη. Καθώς αυξάνει προοδευτικά η ανοσοανεπάρκεια, είναι λογικό οι ασθενείς να παρουσιάζουν συχνότερα σοβαρές προσβολές από έρπητα. Ασθενείς που για πρώτη φορά εμφανίζουν την κλινική συμπτωματολογία του έρπητος, ενδέχεται να ήταν φορείς του ιού για πολλά χρόνια.

Στους ομοφυλόφιλους, η συχνότερη εντόπιση των αλλοιώσεων του έρπητος είναι η περιπρωκτική περιοχή, όπου η διάγνωση είναι συχνά δύσκολη, καθώς οι αλλοιώσεις είναι μικρές και άτυπες και συχνά μοιάζουν με μικρές περιπρωκτικές εκδορές. Το στοιχείο που θα οδηγήσει στην σωστή διάγνωση είναι η παρουσία πολύ ισχυρού πόνου. Οι αλλοιώσεις του δέρματος ενδέχεται να συνοδεύονται από ερπητική πρωκτίτιδα, που μπορεί όμως να είναι ανεξάρτητη και η οποία είναι επίσης ιδιαίτερα επώδυνη.³⁰

2.9.12.2. Μολυσματική τέρμινθος

Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση διάσπαρτων ή συρρεόντων μικρών βλατιδοειδών οζιδίων χροιάς λευκοροδίνης χωρίς ενδείξεις φλεγμονής. Οι βλατίδες

αυτές εντοπίζονται οπουδήποτε, από τα βλέφαρα μέχρι τα γεννητικά όργανα. Σε βαριά ανοσοκαταστολή η εξάπλωση των βλαβών είναι μεγάλη και καθίσταται ενίοτε δραματική.³²

2.9.12.3. Σμηγματορροϊκή δερματίτιδα

Η προέλευση της σμηγματορροϊκής δερματίτιδος, είναι άγνωστη αν και πιστεύεται ότι η υπέρμετρη ανάπτυξη ή η ευαισθησία στα *Pityrospora* μπορεί να παίξουν σημαντικό ρόλο στον αιτιολογικό μηχανισμό της σμηγματορροϊκής δερματίτιδος. Η σμηγματορροϊκή δερματίτις προσβάλλει συχνότερα το πρόσωπο. Αν και παρουσιάζεται συχνά στον γενικό πληθυσμό, στη νόσο HIV είναι συνήθως σοβαρότερης μορφής και, τις περισσότερες φορές, ο συγκεκριμένος, ορροθετικός για HIV, ασθενής δεν είχε παρουσιάσει παρόμοιο πρόβλημα στο παρελθόν. Το κλασικό εξάνθημα του προσώπου προσβάλλει τις ρινοχειλικές πτυχές και θα πρέπει οπωσδήποτε να θεωρηθεί θετική ένδειξη προς τη κατεύθυνση της διάγνωσης του AIDS σε ασθενή με λοίμωξη του αναπνευστικού, διάρροια ή πάθηση του κεντρικού νευρικού συστήματος. Σε ελαφρότερη μορφή προσβάλλει μόνο τα φρύδια ή την περιοχή του άνω χείλους.

Η σμηγματορροϊκή δερματίτις μπορεί κάλλιστα να επεκταθεί και στο υπόλοιπο σώμα, γεγονός που αποτελεί κακό προγνωστικό σημείο.

Οι συχνότερα προσβαλλόμενες περιοχές είναι η άνω και έξω επιφάνεια του βραχίονα και η κεντρική περιοχή του θώρακα. Η προσεκτική επισκόπηση του εξανθήματος θα αποκαλύψει ότι πολλές περιοχές παρουσιάζουν θυλακίωδη επίταση.^{30,32}

2.9.12.4. Βλατιδοκνησμάδες εξάνθημα

Το βλατιδοκνησμάδες εξάνθημα ή κνησμάδες θυλακίτις είναι το συχνότερο και πιο ερεθιστικό από όλα τα δερματικά εξανθήματα της νόσου HIV. Οι αλλοιώσεις είναι μικρές, καθόλου εντυπωσιακές κλινικά και δεν περιβάλλονται από αξιοσημείωτο ερύθημα. Συνήθως είναι κνησμάδες και πολύ συχνά παρουσιάζουν εκδορές. Οι συχνότερα προσβαλλόμενες περιοχές είναι ο θώρακας, οι βραχίονες, οι πλάγιες επιφάνειες του τραχήλου και του προσώπου, το τριχωτό της κεφαλής, οι μασχάλες και οι μηροί. Ακόμη και στις περιπτώσεις που οι αλλοιώσεις είναι τόσο μικρές, ώστε να μην υποπέσουν καν στην αντίληψη του κλινικού γιατρού, τα δυσάρεστα για τον ασθενή συμπτώματα είναι ιδιαίτερα έντονα. Η καλλιέργεια είναι συνήθως αρνητική. Η ιστολογική εξέταση ενδέχεται να αποκαλύψει μια μορφή αγγειίτιδος. Η κατάσταση αυτή είναι δυστυχώς πολύ ανθεκτική στη θεραπεία. Οπωσδήποτε όμως, μια ισχυρή, τοπική θεραπεία με κορτικοστεροειδή και αντιισταμινικά ενδέχεται να ανακουφίσει κάπως τον ασθενή. Στους περισσότερους ασθενείς η κατάσταση αυτή είναι διαλείπουσα. Φαίνεται ότι στην Αφρική, το εξάνθημα αυτό καλύπτει το 30% των συμπτωμάτων, με τα οποία παρουσιάζεται η νόσος HIV, γεγονός που μπορεί να οφείλεται στο ότι το μελαψό δέρμα είναι περισσότερο κνησμάδες από το λευκό.³⁰



Σάρκωμα Kaposi³⁰

2.9.12.5. Σύνδρομο Reiter

Πέρα από τις βασικές κλινικές εκδηλώσεις του συνδρόμου (αρθρίτιδα, επιπεφυκίτιδα, ουρηθρίτιδα και εντερίτιδα) οι δερματικές αλλοιώσεις εμφανίζουν σαφή υπεροχή σε περιπτώσεις ασθενών με λοίμωξη HIV.

Οι βλάβες από το δέρμα είναι ψωριασιόμορφες. Αρχικά εμφανίζονται φυσαλίδες και φλυκταινίδια για να αντικατασταθούν κατά την εξέλιξη της νόσου σε υπερκερατωσικές απολεπιζόμενες ή κωνοειδείς σκληρές αλλοιώσεις στις παλάμες και στα πέλματα.

Το εξάνθημα στο τριχωτό της κεφαλής είναι ψωριασόμορφο, ενώ στο όσχεο και στη βάλανο παρατηρούνται διαβρώσεις (κυκλική βαλανίτιδα) και εξίδρωμα. Τέλος, υπάρχει προσβολή των ονύχων και ανευρίσκονται εκδηλώσεις στο στόμα.³²

2.9.12.6. Αλλοιώσεις τριχών και ονύχων

Οι αλλοιώσεις των τριχών και των ονύχων σε άτομα με λοίμωξη HIV είναι πολλές και ποικίλες. Έχουν καταγραφεί οι παρακάτω:

- ✓ Λέπτυνση και μαλάκυνση των τριχών κεφαλής και κορμού-άκρων
- ✓ Διάχυτος αλωπεκία, αιφνιδίως εμφανιζόμενη
- ✓ Λεύκανση τριχών αιφνιδίως και με ταχύ ρυθμό
- ✓ Αλωπεκία γυροειδής τριχωτού κεφαλής, οφρύων και βλεφαρίδων
- ✓ Επιμήκυνση των βλεφαρίδων
- ✓ Σύνδρομο κιτρίνου όνυχος
- ✓ Δυσχρωμίες ψωριασικού τύπου
- ✓ Λευκονυχία
- ✓ Δυσχρωμίες οφειλόμενες μάλλον στη χρήση των φαρμάκων
- ✓ Ονυχομυκητιάσεις³²

2.9.13. Παθήσεις της στοματικής κοιλότητας

Οι παθήσεις της στοματικής κοιλότητας είναι πάρα πολύ συχνές στα προχωρημένα στάδια της νόσου HIV (ARC και AIDS). Η μυκητίαση της στοματικής κοιλότητας και η τριχωτή λευκοπλακία αποτελούν σημαντικές κλινικές εκδηλώσεις για τη διάγνωση της νόσου HIV και υποδηλώνουν ότι η νόσος έχει προχωρήσει στο στάδιο, κατά το οποίο είναι σχεδόν βέβαιο ότι ο ασθενής, αν δεν πάσχει ήδη από AIDS, θα το αναπτύξει μέσα στα επόμενα δύο χρόνια. Το 60-80% των ασθενών με νόσο HIV που παρουσιάζουν μυκητίαση της στοματικής κοιλότητας ή τριχωτή λευκοπλακία, αναπτύσσουν σύνδρομο του AIDS μέσα σε δύο χρόνια.

Και οι δύο αυτές κλινικές εκδηλώσεις είναι μάλλον ειδικά σημεία της νόσου HIV: η μυκητίαση της στοματικής κοιλότητας είναι εξαιρετικά σπάνια σε νέα, μη διαβητικά άτομα χωρίς τεχνητές οδοντοστοιχίες, ενώ η τριχωτή λευκοπλακία δεν έχει περιγραφεί σε άλλες ασθένειες, εκτός από τη νόσο HIV.

Το σάρκωμα Karosi εμφανίζεται πρώτα στην σκληρά υπερώα. Η ουλίτιδα αποτελεί εξαιρετικά συχνό πρόβλημα στη νόσο HIV και μπορεί να προκαλέσει σημαντικό βαθμού διάβρωση. Ενώ όμως αποτελεί σημαντικό νοσηλευτικό πρόβλημα, είναι λιγότερο χρήσιμη διαγνωστικά, καθώς είναι διαδεδομένη σε ευρύτατα στρώματα του πληθυσμού.

Οι αφθώδεις εξελκώσεις είναι λιγότερο συχνές, αλλά μπορεί να προκαλέσουν σημαντική νοσηρότητα, με μεγάλα, επώδυνα έλκη της μαλθακής υπερώας και να επιμένουν για αρκετούς μήνες. Τα περιοδοντικά αποστήματα και τα κονδυλώματα της στοματικής κοιλότητας εμφανίζονται οπωσδήποτε συχνότερα στους ασθενείς με λοίμωξη HIV, από ό,τι στο γενικό πληθυσμό. Επίσης, η καντιντίαση του στόματος και το μη Hodgkin λέμφωμα αποτελούν σημαντικές βλάβες του στόματος.

Παθήσεις της στοματικής κοιλότητας στη νόσο HIV

8. Μυκητίαση
9. Τριχωτή λευκοπλακία
10. Σάρκωμα Karosi
11. Ουλίτιδα
12. Αφθώδεις εξελκώσεις
13. Περιοδοντικά αποστήματα
14. Κονδυλώματα της στοματικής κοιλότητας
15. Καντιντίαση
16. Μη Hodgkin λέμφωμα³⁰

2.9.13.1. Μυκητίαση της στοματικής κοιλότητας στη νόσο HIV

Η μυκητίαση της στοματικής κοιλότητας έχει την μορφή λευκού επιχρίσματος της μαλθακής και της σκληρής υπερώας καθώς και των παρειακών επιφανειών. Ο υποκείμενος βλεννογόμος ενδέχεται να έχει φυσιολογικό χρώμα, δεν αποκλείεται

όμως να είναι έντονα ερυθρός. Στη περίπτωση αυτή δεν αποκλείεται να υπάρχει δυσφορία στη στοματική κοιλότητα. Σε ορισμένα περιστατικά ο βλεννογόνος εμφανίζει εξέρυθρη πάχυνση, χωρίς λευκές πλάκες, οπότε μπορεί να χαρακτηριστεί ως «ερυθηματώδης μονιλίαση». Εάν δεν υπάρχει γενικευμένη προσβολή του βλεννογόνου, οι λευκές πλάκες ανευρίσκονται συχνότερα πίσω από το δεύτερο τραπεζίτη.³⁰

2.9.13.2. Τριχωτή λευκοπλακία

Η τριχωτή λευκοπλακία του στόματος περιγράφηκε ως νέα στοματολογική οντότητα το 1981, σε ομοφυλόφιλους άνδρες που ανέπτυξαν αργότερα AIDS. Αποτελεί ισχυρό διαγνωστικό αλλά και προγνωστικό δείκτη της νόσου, καθώς τα HIV οροθετικά άτομα με τριχωτή λευκοπλακία αναμένεται να αναπτύξουν AIDS ταχύτερα από τους αντίστοιχους οροθετικούς χωρίς τριχωτή λευκοπλακία.

Η επίπτωσή της κυμαίνεται από 3% έως 36%, ενώ δεν είναι συχνή σε HIV οροθετικά παιδιά. Μπορεί να εμφανιστεί νωρίς, από τον πρώτο χρόνο, μετά την ορομετατροπή, ενώ εξαιρετικά σπάνια παρατηρείται σε άλλες ομάδες ανοσοκατασταλμένων ασθενών ή σε υγιή άτομα.

Η τριχωτή λευκοπλακία του στόματος θεωρείται ως ευκαιριακή λοίμωξη που χαρακτηρίζεται από έντονο πολλαπλασιασμό του ιού Epstein Barr στα επιθηλιακά κύτταρα του στοματικού βλεννογόνου. Κλινικά, εμφανίζεται, συνήθως, ως ασυμπτωματική, λευκή, μη αποκολλώμενη πλάκα στο πλάγιο χείλος της γλώσσας, συχνά αμφοτερόπλευρα. Η επιφάνεια της τριχωτής λευκοπλακίας χαρακτηρίζεται από κάθετες προς τον επιμήκη άξονα της γλώσσας πτυχώσεις ή προεκβολές. Ιστοπαθολογικά, παρατηρείται υπερπλασία του επιθηλίου, ενώ είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τα αθροίσματα των διογκωμένων διαιγών κυττάρων.³¹

2.9.13.3. Ουλίτιδα

Η επώδυνη, υποτροπιάζουσα αιμορραγική ουλίτιδα με διάβρωση των ούλων είναι συχνή στη νόσο HIV. Η συστηματική υγιεινή του στόματος και η αφαίρεση της πλάκας έχει πρωταρχική σημασία. Οι πλύσεις του στόματος με Betadine μπορούν να εφαρμοστούν τόσο σαν θεραπεία, όσο και προληπτικά. Συνήθως, οι εξάρσεις ανταποκρίνονται θετικά στη θεραπεία με πενικιλίνη και μετρονιδαζόλη.³⁰

2.9.13.4. Καντιντίαση

Η καντιντίαση του στόματος είναι η πιο συχνή μυκητιασική λοίμωξη και η πιο συχνή βλάβη του στόματος σε HIV οροθετικούς ασθενείς. Η εμφάνισή της στο στόμα εγείρει την υποψία για HIV λοίμωξη, σε περίπτωση που ο ασθενής δεν αναφέρει άλλο προδιαθεσικό παράγοντα για ανάπτυξη καντιντίας, όπως λήψη αντιβιοτικών, ανοσοκατασταλτική αγωγή, μη ελεγχόμενο σακχαρώδη διαβήτη, ακτινοθεραπεία κεφαλής-τραχήλου, κ.α.

Η επίπτωση της καντιντίας στο στόμα κυμαίνεται από 9% έως 90% και περισσότερο, ανάλογα με το στάδιο, την ηλικιακή ομάδα, το φύλο, τις έξεις, τη στοματική υγιεινή, την τυχόν συνύπαρξη ξηροστομίας, την οδό μετάδοσης και την αντιρετροϊκή αγωγή. Γενικά, κατά μέσο όρο, η επίπτωση της καντιντίας, σε

ασθενείς με AIDS, ανέρχεται στο 75%, ενώ σε HIV οροθετικούς ασθενείς, σε οποιοδήποτε στάδιο, φθάνει το 35%.

Η καντιντίαση μπορεί να αποτελεί το πρώτο σημείο της HIV λοίμωξης, το οποίο, εφόσον αναγνωριστεί, θα οδηγήσει σε πρώιμη διάγνωση της HIV οροθετικότητας. Τα υψηλά ποσοστά καντιντίασης που αναφέρονται στις διάφορες μελέτες υποδηλώνουν ότι περίπου ή τουλάχιστον οι μισοί από τους HIV οροθετικούς ασθενείς μπορούν να διαγνωστούν από τη καντιντίαση του στόματος. Όμως, μόνο το 3% έως 11,3% των ασθενών έχουν διαγνωστεί επ' ευκαιρία βλάβης στο στόμα, πιθανώς λόγω μη επαρκούς εκπαίδευσης των κλινικών στην αναγνώριση των βλαβών αυτών, αλλά και της έλλειψης συμπτωματολογίας των βλαβών.

Ο αριθμός των CD4 σχετίζεται στενά με την εμφάνιση καντιντίασης. Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί συσχέτιση της καντιντίασης με υψηλότερο ιικό φορτίο.

Η ψευδομεμβρανώδης καντιντίαση, λεγόμενη και thrush, εμφανίζεται με τη μορφή λευκών ή υποκίτρινων ψευδομεμβρανών που ομοιάζουν με πήγματα γάλακτος και αποκολλώνται εύκολα, αφήνοντας συνήθως εξέρυθρη επιφάνεια. Μπορεί να προσβάλλει οποιαδήποτε περιοχή του στοματικού βλεννογόνου.

Η ερυθρηματώδης καντιντίαση εμφανίζεται ως ερυθρές κηλίδες και μεγαλύτερες περιοχές και εντοπίζεται πιο συχνά στην υπερώα και τη ράχη της γλώσσας. Η ερυθρηματώδης καντιντίαση που σχετίζεται με την HIV λοίμωξη είναι ασυμπτωματική, σε αντίθεση με την επώδυνη οξεία ερυθρηματώδη καντιντίαση μετά από αντιβίωση ευρέως φάσματος και η οποία εντοπίζεται μόνο στη ράχη της γλώσσας.

Η καντιντιασική συγχειλίτιδα συνυπάρχει, σε πολλές περιπτώσεις, με ερυθρηματώδη καντιντίαση και εμφανίζεται με τη μορφή γραμμοειδών εξελκώσεων ή ερυθρότητας στις γωνίες ή σε οποιαδήποτε θέση του ερυθρού κρασπέδου των χειλέων. Η απολεπιστική χειλίτιδα, επίσης καντιντιασικής αιτιολογίας, σε ποσοστό τουλάχιστον 50%, μπορεί να συνοδεύει βλάβες ερυθρηματώδους καντιντίασης.

Οι ασθενείς με καντιντίαση στο στόμα είναι δυνατόν να παραπονεθούν για καυσαλγία, ήπιο πόνο, αίσθημα ερεθισμού και κακή γεύση. Σε πολλές περιπτώσεις, όμως, η καντιντίαση, κυρίως η ερυθρηματώδης, είναι ασυμπτωματική.

Μετά την εφαρμογή της HAART, έχει παρατηρηθεί σημαντική μείωση της επίπτωσης της καντιντίασης, που είναι και η κύρια βλάβη, σχετιζόμενη με τη HIV λοίμωξη, αλλά και όλων, συνολικά των στοματικών εκδηλώσεων. Η μείωση των βλαβών του στόματος μετά τη HAART αποδίδεται στη μείωση του ιικού φορτίου και την αποκατάσταση του ανοσοποιητικού συστήματος, αλλά και σε άμεση επίδραση της αντιπρωτεάσης στην ανάπτυξη της καντιντίασης.³³

2.9.13.5. Μη Hodgkin λέμφωμα

Το μη Hodgkin λέμφωμα είναι η 2^η πιο συχνή κακοήθεια στη νόσο HIV, μετά το σάρκωμα Kaposi και αποτελεί συνήθως όψιμη εκδήλωση σε ασθενή με AIDS. Η HIV λοίμωξη συνδέεται με 60 έως 100 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης μη Hodgkin λεμφώματος, από ό,τι στο γενικό πληθυσμό. Η επίπτωση του λεμφώματος αυξάνει με την αύξηση της επιβίωσης του ασθενούς με HIV λοίμωξη.

Τα μη Hodgkin λεμφώματα είναι συνήθως επιθετικά, με συχνές εξωλεμφαδενικές εντοπίσεις. Το διάχυτο, ανοσοβλαστικό λέμφωμα Β-κυττάρων και το λέμφωμα Burkitt αποτελούν τους πλέον συχνούς τύπους λεμφώματος. Κλινικά, τα λεμφώματα στο στόμα εμφανίζονται με διόγκωση ή εξέλκωση που μιμείται τις

συνήθεις φλεγμονώδεις διογκώσεις οδοντικής και περιοδοντικής αιτιολογίας. Το μη Hodgkin λέμφωμα στο στόμα αποτελεί υψηλής αξίας κλινικό δείκτη, που μπορεί να οδηγήσει στη διάγνωση της HIV οροθετικότητας.³¹

2.9.14. Λέμφωμα

Το λέμφωμα του AIDS είναι συνήθως τύπου non-Hodgkin. Κατά κανόνα ανταποκρίνεται στην κλασική χημειοθεραπεία. Επειδή όμως, ο μυελός των οστών είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος στα κυτταροτοξικά φάρμακα, ίσως χρειαστεί να ελαττωθεί η συνολική ποσότητα του χορηγούμενου φαρμάκου. Σε αντίθεση με όσους έχουν διάχυτο λέμφωμα, οι ασθενείς που παρουσιάζουν αλλοιώσεις που περιορίζονται σε μια ανατομική περιοχή, ανταποκρίνονται συνήθως καλά στη θεραπεία.³⁰

2.9.15. Η νόσος HIV στην Παιδιατρική

Σε σχέση με τη νόσο των ενηλίκων, η νόσος HIV στα παιδιά παρουσιάζει σημαντικές διαφορές. Ο χρόνος επώασης είναι συνήθως συντομότερος. Τα παιδιά δεν αναπτύσσονται σωστά και η καθυστερημένη ανάπτυξη του εγκεφάλου έχει σαν αποτέλεσμα την αποτυχία στην επίτευξη φυσιολογικών δεικτών. Η σηψαιμία που οφείλεται σε gram-αρνητικούς μικροοργανισμούς είναι συχνή στα παιδιά, ενώ είναι πολύ σπάνια στους ενήλικες. Στα παιδιά παρουσιάζονται επίσης δύο κλινικές οντότητες που σπάνια συναντώνται στους ενήλικες-η λεμφοκυτταρική διάμεσος πνευμονίτις που οφείλεται μάλλον σε λοίμωξη των πνευμόνων από τον ιό Epstein-Barr και η χρόνια, αγνώστου αιτιολογίας, διόγκωση των παρωτίδων. Σε παιδιά με νόσο HIV έχει επίσης περιγραφεί ανώμαλος ανάπτυξη του προσώπου. Εξαιτίας των σημαντικών διαφορών που υπάρχουν ανάμεσα στη νόσο HIV των ενηλίκων και εκείνης των παιδιών, το CDC δημιούργησε μια ξεχωριστή ταξινόμηση για τη παιδιατρική νόσο. Επειδή, τέλος, ήταν δύσκολο να προσδιοριστεί αν ένα παιδί, ηλικίας κάτω των 15 μηνών, έχει πράγματι προσβληθεί από τον ιό HIV ή είναι απλώς θετικό για αντισώματα HIV εξαιτίας της παθητικής μεταφοράς των μητρικών ανοσοσφαιρινών κατά την εγκυμοσύνη, το CDC δημιούργησε ξεχωριστό ορισμό για τη νόσο HIV για τα παιδιά ηλικίας κάτω των 15 μηνών.³⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ



3. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το 1996 και 1997, χάρη στις αποκαλύψεις που έγιναν στις διαγνωστικές μεθόδους και στα φάρμακα, ξεκίνησαν σημαντικές αλλαγές στη θεραπεία των μολυνθέντων με τον ιό του AIDS, είτε πρόκειται για φορείς είτε για ασθενείς. Αυτό ελάττωσε κατά πολύ τον αριθμό των θανάτων από AIDS κυρίως στις προηγμένες τεχνολογικά χώρες και λιγότερο στην Αφρική και στην Ασία, όπου σε μερικές χώρες το AIDS έχει πάρει διαστάσεις μάστιγας.

Οι κυριότερες θεραπευτικές παρεμβάσεις στην HIV λοίμωξη είναι η αντιρετροϊκή αγωγή, η θεραπεία και η προφύλαξη των καιροσκοπικών λοιμώξεων και μελλοντικά οι ανοσοενισχυτικές θεραπείες και τα εμβόλια.

3.1. Η ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (ART)

Η αντιρετροϊκή θεραπεία αποτελεί σήμερα τον ακρογωνιαίο λίθο της μάχης εναντίον της HIV λοίμωξης και αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα της θεραπευτικής κατά το τέλος του 20^{ου} αιώνα, εφόσον μέσα σε λίγα χρόνια πέτυχε να μειώσει τον αριθμό των θανάτων περισσότερο από 80% στις Δ. Χώρες και στην Ελλάδα.

Ο κύριος στόχος της ART είναι η όσο το δυνατόν μέγιστη καταστολή του HIV, ώστε ο ιός να μην ανιχνεύεται στο πλάσμα με τις ευαίσθητες μεθόδους μέτρησης του HIV-RNA. Η ισχυρή αυτή καταστολή εμποδίζει την επιλογή ανθεκτικών στα φάρμακα στελεχών του ιού, επιβραδύνει ή διακόπτει την εξέλιξη της νόσου, βελτιώνει τις ανοσολογικές παραμέτρους και ελαττώνει την νοσηρότητα και την θνησιμότητα.

Η μέγιστη αυτή καταστολή επιτυγχάνεται με την χορήγηση συνδυασμών αντιρετροϊκών φαρμάκων, που ο ασθενής ή δεν έχει λάβει στο παρελθόν ή δεν παρουσιάζουν διασταυρούμενη αντοχή μα φάρμακα που αυτός έχει λάβει στο παρελθόν. Η ιδιαίτερα αυτή δραστική ART ονομάζεται HAART (Highly Active ART). Η εκρίζωση του ιού από τον οργανισμό είναι αδύνατη με τα τρέχοντα φάρμακα.

Η αγωγή πρέπει να είναι τελείως εξατομικευμένη, σύμφωνα με την κλινική κατάσταση, τις ανάγκες και τη δυνατότητα συμμόρφωσης του ασθενούς στη θεραπεία. Τα φάρμακα πρέπει να λαμβάνονται στην κατάλληλη δόση και στο σωστό χρόνο. Απαιτείται πλήρης ενημέρωση, κατανόηση και συναίνεση του ασθενούς, ώστε να επιτευχθεί η μέγιστη συμμόρφωσή του.^{8,34}

Τα αντιρετροϊκά φάρμακα στρέφονται εναντίον συγκεκριμένων στόχων του κύκλου ζωής του HIV. Τα φάρμακα αυτά αναστέλλουν τα ένζυμα ανάστροφη μεταγραφάση (RT) και πρωτεάση (P) και διακόπτουν τον πολλαπλασιασμό του HIV. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν αφενός οι νουκλεοσιδικοί και νουκλεοτιδικοί αναστολείς της RT (NRTIs και NtRTIs), που δρουν ως περαιωτές της επιμηκνόμενης αλύσου του DNA και αφετέρου οι μη νουκλεοσιδικοί αναστολείς της RT, που δρουν στο καταλυτικό σημείο του ενζύμου. Οι συγκεκριμένοι σήμερα NRTIs είναι η ζιδοβουδίνη (AZT), η διδανοσίνη (ddI), η ζαλσιταβίνη (ddC), η λαμβουδίνη (3TC), η εμτρισταβίνη (FTC), η σταβουδίνη (d4T), και η αμπακαβίρη (ABC).

Κύριος εκπρόσωπος των NtRTIs είναι η τενοφοβίρη (TDF). Πρόσφατα έλαβε έγκριση και ο πρώτος αναστολέας της σύντηξης του HIV με τα CD4+T λεμφοκύτταρα, που δρα σε ένα διαφορετικό σημείο του κύκλου ζωής, στη φάση της εισόδου. Σε διάφορα στάδια κλινικών μελετών ευρίσκονται και άλλα φάρμακα που είτε αναστέλλουν τα παραπάνω ένζυμα, είτε στοχεύουν άλλα φάσεις του κύκλου ζωής.

Η χρήση των αντιρετροϊκών φαρμάκων συχνά επιφέρει ανεπιθύμητες ενέργειες και μακροχρόνιες επιπλοκές, π.χ. ορισμένοι NRTIs συνδέονται με την εμφάνιση λιποατροφίας, ενώ ορισμένοι PIs με την εμφάνιση διαταραχών των λιπιδίων, σακχαρώδους διαβήτη, λιποδυστροφίας και οστεοπόρωσης. Επιπλέον, ανακύπτουν προβλήματα συμμόρφωσης στη θεραπεία, αντοχής και φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων. Η σύγχρονή ART προσπαθεί να αντιμετωπίσει τα προβλήματα αυτά με τη χρήση νεότερων φαρμάκων, με ισχυρή αντι-ική δράση, που απαιτούν συχνότητα χορήγησης μία ή δύο φορές μόνον ημερησίως και μικρότερο αριθμό δισκίων και ενδεχομένως με χαμηλότερη τοξικότητα.³⁵

Οι συχνότερες επιπλοκές των φαρμάκων εναντίον του ιού HIV είναι : Ναυτία, διάρροια, αδύνατα κόκκαλα, αναιμία, παθήσεις των περιφερικών νεύρων, ψηλή χοληστερόλη, σύνδρομο λιποδυστροφίας με συλλογή λίπους γύρω από τον λαιμό ή την κοιλιά. Ορισμένοι ασθενείς ανέχονται καλά τις παρενέργειες αυτές και άλλοι λιγότερο.

3.1. 1. ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ

Οι θεραπείες αυτές έχουν την δυνατότητα να μειώνουν τα επίπεδα του ιού HIV μέσα στο αίμα. Αυξάνουν τους αριθμούς των λεμφοκυττάρων τύπου CD4 και με τον τρόπο αυτό μειώνουν τον κίνδυνο για ευκαιριακές μολύνσεις από επικίνδυνα μικρόβια που απειλούν την ζωή των ασθενών με AIDS. Η θεραπεία χορηγείται σε ασθενείς χωρίς συμπτώματα όταν ο αριθμός των λεμφοκυττάρων CD4 μειώνεται κάτω από 350 κύτταρα ανά κυβικό εκατοστό. Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι το 95% των ασθενών που αρχίζουν θεραπεία με ένα αριθμό λεμφοκυττάρων CD4 μεγαλύτερο από 200 ανά κυβικό εκατοστό, επιβιώνουν για τουλάχιστον ακόμη δύο χρόνια.³⁶

Τα νέα αυτά φάρμακα έχουν οπωσδήποτε αλλάξει το πρόσωπο του AIDS. Ασθενείς που έχουν προσβληθεί από τον ιό HIV ζουν περισσότερα χρόνια από όσο ποτέ πριν. Ενώ στις αρχές της επιδημίας ο μέσος όρος ζωής των ασθενών ήταν 5-7 χρόνια, σήμερα μιλάμε για 10-12 χρόνια. Με την παροχή φαρμάκων που πολλές φορές ξεπερνούν τα 30-40 χάπια τη μέρα, το ανοσοποιητικό σύστημα ατόμων που έχουν προσβληθεί από τον ιό μπορεί να βελτιωθεί για να αντιμετωπίσει διάφορες ασθένειες.³⁴

Αντίθετα το ποσοστό των ασθενών που επιβιώνουν, μειώνεται σημαντικά όταν η θεραπεία αρχίζει με επίπεδα των λεμφοκυττάρων CD4 κάτω των 200.³⁶

Οι κατά καιρούς συνιστώμενες κατευθυντήριες οδηγίες για την έναρξη θεραπείας διαφέρουν ως προς: το στάδιο της νόσου, το χρόνο μόλυνσης, τους υποπληθυσμούς λεμφοκυττάρων και το υικό φορτίο, ανεξάρτητα από την παρουσία ή όχι συμπτωμάτων.

Οι οδηγίες εστιάζουν:

Στα άτομα που έχουν πολύ πρόσφατα μολυνθεί (στάδιο πρωτολοίμωξης)

Σε εκείνους που έχουν εγκατεστημένη χρόνια λοίμωξη χωρίς συμπτώματα και,

Σε αυτούς που έχουν χρόνια λοίμωξη η οποία συνοδεύεται από συμπτώματα.

Οι οδηγίες συμπεριλαμβάνουν τις κατηγορίες και τους συνδυασμούς των φαρμάκων που πρέπει να προτιμώνται σε σχέση με το στάδιο της λοίμωξης, αλλά και τις ενδείξεις αλλαγής των χορηγούμενων σχημάτων. Η επιλογή του χρόνου έναρξης και του θεραπευτικού σχήματος οφείλει να είναι προϊόν γνώσης του ιατρού, αλλά και σεβασμού των επιλογών του ασθενούς. Στόχος παραμένει η θεραπευτική επιτυχία και η καλή ποιότητα ζωής του οροθετικού.³⁷

Ακόμη ένας παράγοντας που λαμβάνεται υπ' όψη για το πότε πρέπει να αρχίσει η θεραπεία HAART, είναι το φορτίο που φέρει σε ιούς ένας ασθενείς. Σε ασθενείς με φορτία ιών σε περισσότερα από 30.000 κύτταρα (με τη μέθοδο branched DNA) ή σε περισσότερα από 55.000 κύτταρα (με τη μέθοδο PCR), συστήνεται η έναρξη της θεραπείας έστω και εάν δεν υπάρχουν κλινικά συμπτώματα. Ένας καθοριστικής σημασίας παράγοντας που επηρεάζει την επιβίωση είναι το πόσο καλά παίρνει την θεραπεία του ο ασθενής. Ένας από τους συχνότερους λόγους για τους οποίους αναπτύσσονται ανθεκτικά στελέχη σε ασθενείς είναι διότι δεν παίρνουν κανονικά τις δόσεις των φαρμάκων τους. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν είναι το κατά πόσο υπήρχε η πλήρης εικόνα του AIDS όταν έγινε η διάγνωση, εάν υπήρχαν ευκαιριακές μολύνσεις και η ανοχή που έχει ο οργανισμός του ασθενούς στα διάφορα φάρμακα. Επίσης, η κατάσταση του ασθενούς, ο αριθμός των λεμφοκυττάρων CD4 και το φορτίο ιών που φέρει μέσα στα κύτταρα του προτού ακόμα αρχίσει η θεραπεία, παίζουν ένα σημαντικό ρόλο για την πρόγνωση και τη διάρκεια ζωής του ασθενούς.³⁶

Το κόστος της θεραπείας HAART είναι πολύ μεγάλο. Με τα σημερινά δεδομένα περίπου το 90% των φορέων του HIV παγκοσμίως δεν μπορούν για οικονομικούς λόγους να πάρουν θεραπεία τύπου HAART. Απαιτούνται 2.000 δολάρια το μήνα, ενώ στα τελευταία στάδια της ασθένειας το ποσό μπορεί να φτάσει τα 10.000 δολάρια. Στην Ελλάδα λόγω υψηλού κόστους η πολιτεία αναλαμβάνει εξ' ολοκλήρου τα έξοδα.



«Και οι αναπτυσσόμενες χώρες πρέπει να προσπαθήσουν»

Τα φάρμακα αυτά τα οποία θα μπορούσαν να κρατήσουν στη ζωή τα 30 εκατομμύρια θύματα του ιού είναι πανάκριβα. Ο λόγος είναι η συμφωνία του 1995 που υποχρεώνει τις χώρες της Δύσης και τις περισσότερες της Αφρικής να προστατεύουν τα πνευματικά δικαιώματα των μεγάλων φαρμακευτικών επιχειρήσεων που ανακάλυψαν τα σωτήρια φάρμακα. Το αποτέλεσμα είναι η δημιουργία μιας μονοπωλιακής κατάστασης, που επιτρέπει στις εταιρίες αυτές να διαθέτουν τα προϊόντα τους σε υψηλές τιμές, απαγορευτικές για τις αναπτυσσόμενες χώρες.

Η κατάσταση αυτή προκάλεσε διεθνείς διαμαρτυρίες με αποτέλεσμα ο Οργανισμός Παγκοσμίου Εμπορίου να αποφασίσει ότι ορισμένες ασθένειες όπως το AIDS είναι τόσο σοβαρές ώστε οι αναπτυσσόμενες χώρες επιτρέπεται να εισάγουν φθηνά φάρμακα, δηλαδή αναστέλλονται οι κανόνες για το σεβασμό των πνευματικών δικαιωμάτων. Έτσι φθηνότερα φάρμακα κατά του ιού HIV παρασκευάζονται ήδη στη Βραζιλία ή στην Ινδία όπου ισχύει διαφορετική νομοθεσία.^{35,36,38}



Τα σωτηρία φάρμακα παρασκευάζονται φθηνά στην Ινδία και στην Βραζιλία

3.1. 2. ΑΡΧΕΣ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

α) Κατανόηση της παθογένειας

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι ο ιός συνεχώς πολλαπλασιάζεται εντός των CD4+T κυττάρων με αποτέλεσμα να παράγεται συνεχώς νέο ιικό φορτίο σε όλες τις κλινικές φάσεις της νόσου. Τα μολυσμένα με τον ιό HIV CD4+T κύτταρα συνεχώς αποθνήσκουν εξαντλούμενα από την παραγωγή του ιού HIV (φαινόμενο απόπτωσης). Όμως ο αριθμός των CD4+T λεμφοκυττάρων παραμένει σταθερός διότι αυτά συνεχώς ανανεώνονται από νέα υγιή CD4+T κύτταρα που και αυτά μολύνονται από τον ιό. Όταν εξαντληθεί η δυνατότητα αναπαραγωγής νέων CD4+T κυττάρων τα υπάρχοντα σταδιακά μειώνονται αριθμητικά μέχρι μηδενισμού, με αποτέλεσμα την προοδευτική εμφάνιση των ευκαιριακών λοιμώξεων.

β) Το ιικό φορτίο ως προγνωστικός δείκτης

Από το 1995 έγινε δυνατή η μέτρηση του ιικού φορτίου στο πλάσμα των ασθενών με σύγχρονες ποσοτικές μεθόδους και ευρέθη ότι το ποσό του ιού στο πλάσμα συσχετίζεται άμεσα με την εξέλιξη της λοίμωξης προς πλήρες σύνδρομο AIDS καθώς και με την διάρκεια επιβίωσης των HIV οροθετικών ασθενών. Σημαντική μείωση ή μη ανίχνευση του ιικού φορτίου στο πλάσμα με τις σύγχρονες τεχνικές έχει ως αποτέλεσμα την διακοπή της εξέλιξης της νόσου και την σταδιακή αύξηση των CD4+T λεμφοκυττάρων.

Αποτέλεσμα των ανωτέρω εξελίξεων είναι η τρέχουσα αντιμετώπιση της HIV λοίμωξης να βασίζεται στην χορήγηση τριπλών ή πολλαπλών συνδυασμών αντιρετροϊκών φαρμάκων με στόχο την πτώση του ιικού φορτίου στο πλάσμα σε μη μετρητά επίπεδα. Όταν επιτευχθεί αυτό απαιτείται συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής, προς το παρόν επ'άπειρον, με στόχο το ιικό φορτίο να διατηρηθεί εφ'όρου ζωής μη μετρητό ή τουλάχιστον εξαιρετικά χαμηλό.

Έμφαση εξακολουθεί να δίνεται και σήμερα, όπως στη δεκαετία 1987-1997, στον απόλυτο αριθμό των CD4+T λεμφοκυττάρων στο περιφερικό αίμα ως δείκτη παρακολούθησης της εξέλιξης της νόσου και της αποτελεσματικότητας της αντιρετροϊκής αγωγής. Το ιικό φορτίο, προβάλλει σήμερα ως ο αυθεντικότερος, ταχύτερος και ακριβέστερος προγνωστικός δείκτης αποτελεσματικότητας της αντιρετροϊκής αγωγής, τα δε CD4+T αξιολογούνται περισσότερο ως δείκτης ταχύτητας αποκατάστασης του ανοσολογικού αμυντικού μηχανισμού.

γ) Η κλινική σημασία της ανάπτυξης ανθεκτικών μεταλλάξεων του ιού HIV

Στην ιολογία και γενικότερα στα λοιμώδη νοσήματα βασικό κανόνα αποτελεί το γεγονός ότι η χρήση πολλών και για μακρύ χρονικό διάστημα χημειοθεραπευτικών φαρμάκων οδηγεί αυτόματα στην ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών. Τα στελέχη αυτά έχουν μεγάλη κλινική σημασία και προκαλούν πρόβλημα ανάλογο με αυτό της ανάπτυξης των πολυανθεκτικών μικροβιακών στελεχών.

Στην HIV λοίμωξη η ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών είναι αναπόφευκτη, διότι κατά τον πολλαπλασιασμό του ιού υπάρχει συνεχής υψηλή συχνότητα μεταλλάξεων που οδηγεί σε ταχεία ανάπτυξη αντοχής για κάθε χρησιμοποιούμενο αντιρετροϊκό φάρμακο. Γι' αυτό σήμερα η εξαρχής χρήση ισχυρών συνδυασμών αντιρετροϊκών φαρμάκων, έχει ως αποτέλεσμα την μη επικράτηση των ανθεκτικών μεταλλάξεων που συνεχώς δημιουργούνται όσο πολλαπλασιάζεται ενεργά ο ιός.

δ) Κατανομή του ιού στο ανθρώπινο σώμα

Ο ιός HIV υπάρχει ως εξωκυττάριος μορφή καθώς και συνδεδεμένος με το γονιδίωμα του ξενιστού κυττάρου ως προϊόν ή ως προσυνδεδετικό σύμπλεγμα. Η κατανόηση της κατανομής του ιού στα διάφορα διαμερίσματα του σώματος και της δυναμικής του ιϊκού πολλαπλασιασμού μέσα στο κύτταρο-ξενιστή, στις διάφορες φάσεις της νόσου, είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη αποτελεσματικής θεραπείας.

ε) Ο πολλαπλασιασμός του ιού στους λεμφαδένες

Ο λεμφικός ιστός αποτελεί την πρωτογενή θέση εγκατάστασης του ιού HIV. Οι πρωτοποριακές εργασίες του Giuseppe Pantaleo, έδειξαν ότι κατά τη διάρκεια της HIV λοίμωξης η πλειονότητα του κυκλοφορούντος ιού παράγεται και απελευθερώνεται από τον λεμφικό ιστό. Η μείωση ή εξαφάνιση του ιϊκού φορτίου από το περιφερικό αίμα κατά τη διάρκεια της αντιρετροϊκής θεραπείας δεν διακόπτει τελείως τον ενεργό πολλαπλασιασμό του ιού στο λεμφικό ιστό.

Οι περισσότεροι ερευνητές πιθανολογούν ότι η πλήρης εξάλειψη του ιού μπορεί να επιτευχθεί μόνο κατά την πρωτολοίμωξη, ενώ όταν η διάγνωση της HIV λοίμωξης τίθεται σε μετέπειτα στάδιο μπορεί να γίνει μόνο φαρμακευτική παρέμβαση για μετατροπή της νόσου σε υποκλινική χρονία μη εξελισσόμενη.

Κατά την περίοδο που η HIV λοίμωξη σε κλινικό επίπεδο είναι σε λανθάνουσα κατάσταση τα επίπεδα του ιού HIV RNA στο πλάσμα, ο αριθμός των μολυσμένων CD4+T κυττάρων και ο ολικός αριθμός των CD4+T κυττάρων παραμένουν σταθερά. Παραδόξως δε, κατά την περίοδο αυτή παρατηρείται ταχύτερος πολλαπλασιασμός του ιού. Η διάρκεια επιβίωσης των CD4+T κυττάρων εξαρτάται από πολλούς παράγοντες που τώρα ΕΡΕΥΝΩΝΤΑΙ.

στ) Η δυναμική αναπαραγωγής του ιού και η σταθερή κατάσταση ισορροπίας στην HIV λοίμωξη

Η κατάσταση της σταθερής ισορροπίας επιτυγχάνεται αμέσως μετά το τέλος της περιόδου της πρωτολοίμωξης και διαρκεί μέχρι την κατάρρευση του ανοσοποιητικού συστήματος στο τέλος των κλινικών εκδηλώσεων του πλήρους συνδρόμου AIDS. Οι αλλαγές του αριθμού των κυττάρων και του ιϊκού φορτίου είναι τρομερά βραδείες όταν συγκρίνονται με την ταχύτητα πολλαπλασιασμού του ιού.

Βραχείες διακυμάνσεις του ιϊκού φορτίου και του αριθμού των CD4+T κυττάρων παρατηρούνται σε καταστάσεις που προκαλούνται από αίτια άσχετα με τον ιό HIV. Όλοι οι ερευνητές συμφωνούν ότι υπάρχει ένα σαφώς καθορισμένο οριακό

σημείο που παραμένει σταθερό επί μακρά χρονικό διάστημα. Αυτό οφείλεται στο συνεχή πολλαπλασιασμό του ιού, που σε συνδυασμό με την σταθερότητα του

αριθμού των CD4+T κυττάρων και του ιικού φορτίου στο πλάσμα προϋποθέτουν την σταθερή παραγωγή και καταστροφή του ιού και των CD4+T κυττάρων.

ζ) Η χρήση των αντιρετροϊκών φαρμάκων στην επαγωγή της σταθερής κατάστασης

Με την έναρξη της χορήγησης ενός αντιρετροϊκού, το ποσό του ιού στο πλάσμα μειώνεται μέχρι το 1% της αρχικής τιμής εντός 1-2 εβδομάδων και παραμένει στο χαμηλό αυτό επίπεδο για λίγο χρονικό διάστημα. Στη συνέχεια όμως αυξάνει ταχέως καθώς ανθεκτικά στελέχη σχηματίζουν την πλειονότητα του νέου ιικού πληθυσμού.

Έχει τονιστεί από πολλούς ερευνητές η εκπληκτικά σταθερή συγκέντρωση του ελεύθερου ιού στο πλάσμα. Επίσης, έχει δειχθεί ότι το ποσό του ιικού φορτίου όταν σταθεροποιηθεί αμέσως μετά την πρωτολοίμωξη κατά την αρχική φάση της νόσου είναι ικανοποιητικός δείκτης για την πρόγνωση του χρόνου έναρξης του AIDS. Με δεδομένη βραχείας διάρκειας ζωή του ιού στην κυκλοφορία, αξιοθαύμαστη είναι η σταθερότητα του ποσού του ιού στο πλάσμα για μακρά χρονικά διαστήματα. Επίσης, είναι εκπληκτικό ότι στο ίδιο επίπεδο σταθερής ισορροπίας καταλήγει και ένας μεταλλαγμένος ιός που αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια της αντιρετροϊκής αγωγής και έχει γίνει ανθεκτικός στο χορηγούμενο αντιρετροϊκό φάρμακο.

3.1.3. ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΥΝΔΥΑΣΜΩΝ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΟΜΑΔΕΣ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

NRTI → Νουκλεοσιδικά ανάλογα αναστολείς της ανάστροφης μεταγραφάσης
NNRTI → Μη νουκλεοσιδικά ανάλογα αναστολείς της ανάστροφης μεταγραφάσης
NTRTI → Νουκλεοτιδικά ανάλογα αναστολείς της ανάστροφης μεταγραφάσης
PI → Αναστολέας πρωτεάσης
Διάφορα → Υδροξυουρία

α) Η ΛΟΓΙΚΗ ΤΗΣ ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΩΝ

Η αποτυχία ως μονοθεραπεία, των αντιρετροϊκών της ομάδας της ανάστροφης μεταγραφάσης, τόσο εργαστηριακά σε κυτταρικές σειρές in vitro όσο και κλινικά σε ασθενείς, συνδέθηκε με την ανάπτυξη ανοχής του ιού HIV. Η ανοχή παρατηρήθηκε για όλα τα αντιρετροϊκά φάρμακα της ομάδας NRTI, καθώς και για όλα τα άλλα που ανακαλύφθηκαν έκτοτε.

Αποδείχθηκε ότι ο ιός HIV έχει ταχεία και συνεχή αναπαραγωγή με υψηλό ποσοστό μεταλλάξεων και κύκλους μόλυνσεων που επαναλαμβάνονται σε όλη τη

διάρκεια της φυσικής πορείας της νόσου. Οι ιδιότητες αυτές δίνουν τη δυνατότητα στον ιό HIV κάτω από συνθήκες μη πλήρους καταστολής, να μπορεί να πολλαπλασιάζεται παρουσία του φαρμάκου και να το αχρηστεύει.³⁹

Στη συνέχεια βρέθηκε ότι ο συνδυασμός αντιρετροϊκών φαρμάκων αναγκάζει τον ιό, για να γίνει ανθεκτικός, να μεταλλαχθεί ταυτόχρονα σε πολλαπλές θέσεις του ιϊκού γονιδιώματος πράγμα γενετικά δύσκολο. Έτσι η χρήση πολλών φαρμάκων μειώνει την ταχύτητα πολλαπλασιασμού και την εμφάνιση ανθεκτικών ιϊκών σωματιδίων.

Η συνδυασμένη αντιρετροϊκή θεραπεία έδωσε την δυνατότητα να στοχεύονται ταυτόχρονα διαφορετικοί κυτταρικοί πληθυσμοί, καθώς και φαρμακολογικά διαμερίσματα ή ιστοί με διαφορετικές ιδιότητες φαρμακευτική διείσδυσης. Επιπλέον, ορισμένα φάρμακα όπως η ζαλσιταβίνη, η διδανασίνη και η λαμβουδίνη, έχουν μεγαλύτερη δράση σε μη διεγερμένα κύτταρα.

Υπήρξαν όμως και δυσκολίες κατά τη χορήγηση συνδυασμού αντιρετροϊκών εξαιτίας της αυξημένης τοξικότητας τους, όπως η αθροιστική περιφερική νευρίτιδα, από τη χρήση συνδυασμού διδανασίνης/ζαλσιταβίνης.

Άλλο πρόβλημα ήταν ο ανταγωνισμός μεταξύ ζιδοβουδίνης και σταβουδίνης επειδή φωσφορυλιώνονται από τον ίδιο ενδοκυττάριο μηχανισμό, με αποτέλεσμα τον ανταγωνισμό κατά την συγχορήγηση τους. Επίσης, με την επιλογή συνδυασμού αντιρετροϊκών υπάρχει ο κίνδυνος εμφάνισης διασταυρούμενης ανοχής.

β) ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΙΚΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ

Το αποτελεσματικό αντιρετροϊκό φάρμακο χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

- Υψηλή δραστηριότητα
- Ικανοποιητικές φαρμακοκινητικές ιδιότητες
- Αναγκαιότητα ανάπτυξης πολλαπλών μεταλλάξεων για να εκδηλωθεί υψηλού επιπέδου κλινική ανοχή στο φάρμακο.

Μεταλλαγμένα στελέχη του ιού, ανθεκτικά στο αντιρετροϊκό φάρμακο που χρησιμοποιείται, μπορούν να παρουσιάσουν μειωμένη ικανότητα πολλαπλασιασμού στα άτομα που ανέπτυξαν την ανοχή. Αυτό οφείλεται σε μείωση της προσαρμοστικότητας του ιού.

γ) ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΙ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΙΚΩΝ

- Φάρμακα που χρησιμοποιούνται σε συνδυασμούς πρέπει να έχουν αθροιστική ή αντιρετροϊκή δράση και να μην εμφανίζουν φαρμακοκινητικό ανταγωνισμό, ανταγωνιστική αντιρετροϊκή δράση ή διασταυρούμενη τοξικότητα.
- Η επιλογή των αντιρετροϊκών φαρμάκων ενός συνδυασμού πρέπει να βασίζεται στην εμφάνιση μοριακών αλληλεπιδράσεων που αυξάνουν την ένταση της αντιρετροϊκής θεραπείας και καθυστερούν την εμφάνιση ανοχής.
- Εάν υπάρχουν πολλαπλές δυνατότητες συνδυασμών για έναρξη αντιρετροϊκής αγωγής, η επιλογή πρέπει να γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να διαφυλάσσεται ακέραια κάθε μελλοντική εναλλακτική δυνατότητα συνδυασμών εάν αποτύχει η αρχική επιλογή.
 - Με την έναρξη της αντιρετροϊκής αγωγής και την αιτιολογημένη επιλογή των αντιρετροϊκών φαρμάκων, θα πρέπει επιπλέον να καθορίζεται ο επιθυμητός στόχος καταστολής του ιϊκού φορτίου καθώς και το εναλλακτικό σχήμα αν αποτύχει η αρχική προσπάθεια.

- Σήμερα συμπεριλαμβανομένων και των πλέον ισχυρών αναστολέων πρωτεάσης, δεν υπάρχουν αντιρετροϊκά φάρμακα που να προκαλούν σημαντική και μόνιμη καταστολή του ιού HIV όταν χρησιμοποιούνται ως μονοθεραπεία. Επιπλέον, η χρήση ενός μόνο φαρμάκου εμφανίζει μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης ανοχής και διασταυρούμενης ανοχής προς φάρμακα της ίδιας ομάδας. Για το λόγο αυτό η αντιρετροϊκή μονοθεραπεία δεν συνίσταται πλέον ως εναλλακτική μορφή θεραπείας.

Εξαιρέση στη χρήση μονοθεραπείας ως αντιρετροϊκής αγωγής είναι η χορήγηση ζιδοβουδίνης για μείωση κινδύνου περιγεννητικής μετάδοσης του ιού HIV, σε έγκυες γυναίκες με υψηλά CD4+T κύτταρα και χαμηλό επίπεδο HIV RNA στον ορό που δεν έχουν αποφασίσει ακόμα να αρχίσουν αντιρετροϊκή θεραπεία.

- Η λαμιβουδίνη και όλα τα μη νουκλεοσιδικά ανάλογα αναστολείς της ανάστροφης μεταγραφάσης, έχουν ισχυρή αντιϊκή δράση αλλά γρήγορα ο HIV ιός αναπτύσσει υψηλού επιπέδου ανοχή. Για τον λόγο αυτό δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται σε συνδυασμούς που αναμένεται να προκαλέσουν μειωμένη καταστολή του ιού με μετρικό ιικό φορτίο στο πλάσμα του ασθενούς.

- Παρατεταμένη καταστολή με μη μετρικό ιικό φορτίο επιτυγχάνεται με την χρήση:

α) Συνδυασμού δύο νουκλεοσιδικών αναλόγων αναστολέων της ανάστροφης μεταγραφάσης μαζί με ένα ισχυρό φάρμακο της ομάδας των αναστολέων της πρωτεάσης.

β) Δύο νουκλεοσιδικών αναλόγων αναστολέων της ανάστροφης μεταγραφάσης σε συνδυασμό με ένα μη νουκλεοσιδικό αναστολέα της ανάστροφης μεταγραφάσης. Ο συνδυασμός αυτός είναι λιγότερο αποτελεσματικός σε άτομα που ήδη παίρνουν συνδυασμούς με νουκλεοσιδικά ανάλογα. Για τους ασθενείς αυτούς, η καταστολή του HIV ιικού πολλαπλασιασμού είναι παροδική και το κλινικό κέρδος μικρό.

δ) ΜΗ ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΟΙ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΙ

α) Ακόμα και σήμερα, για μια ομάδα ασθενών και ιατρών, η χρήση δύο μόνο νουκλεοσιδικών αναλόγων σε συνδυασμό θεωρείται εναλλακτική θεραπευτική αγωγή. Πρέπει όμως να γνωρίζουμε ότι κανένας συνδυασμός δύο φαρμάκων της ομάδας των νουκλεοσιδικών αναλόγων δεν έχει προσφέρει ως τώρα μόνιμη καταστολή στον πολλαπλασιασμό του HIV ιού.

Σε καλά ελεγχόμενες κλινικές μελέτες, αν και είχε φανεί αρχική πτώση των επιπέδων των HIV RNA με τη χρησιμοποίηση δύο νουκλεοσιδικών αναλόγων, η διατήρηση της θεραπευτικής ανταπόκρισης πέραν των 24-48 εβδομάδων ήταν απογοητευτική. Επιπλέον, η επιλογή μεταλλάξεων του HIV ιού στα δύο φάρμακα, λόγω μη πλήρους καταστολής του πολλαπλασιασμού, θέτει σε κίνδυνο τη δυνατότητα επιλογής μελλοντικών δραστικών συνδυασμών.

β) Η μη νουκλεοσιδικού αναλόγου σε συνδυασμό με ένα μόνο νουκλεοσιδικό ανάλογο δεν συνίσταται, ούτε και για πρωτοθεραπευόμενους ασθενείς, δεδομένου του κινδύνου επιλογής ανθεκτικών στελεχών HIV στα μη νουκλεοσιδικά ανάλογα.³⁹

γ) Ορισμένοι συνδυασμοί δύο αναστολέων πρωτεάσης, έχει ανακοινωθεί ότι προκαλούν καταστολή του πολλαπλασιασμού του ιού HIV. Δεδομένης όμως της μικρής εμπειρίας από τον συνδυασμό αυτό δεν πρέπει να συνίσταται. Επιπλέον δεν επιτυγχάνεται ικανοποιητική αντιρετροϊκή δράση στο ΚΝΣ.

δ) Σε προθεραπευμένους ασθενείς πρέπει πριν από την έναρξη της νέας θεραπείας να λαμβάνεται ιστορικό του είδους των φαρμάκων που έχουν χρησιμοποιηθεί. Τα αντιρετροϊκά που θα χρησιμοποιηθούν δεν πρέπει να εμφανίζουν διασταυρούμενη αντοχή με αυτά που έχουν χρησιμοποιηθεί ή να μοιράζονται κοινούς τύπους ανθεκτικών μεταλλάξεων.

ε) Όταν τροποποιείται ένα αντιρετροϊκό σχήμα που απέτυχε είναι απαραίτητο να αλλάζονται περισσότερα από ένα φάρμακα του συνδυασμού. Απλή προσθήκη ενός μόνο νέου αντιρετροϊκού φαρμάκου, προκαλεί αυξημένη προδιάθεση ανάπτυξης αντοχής του ιού στον νέο παράγοντα.

3.1. 4. ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Η πρόοδος στην αντιρετροϊκή θεραπεία κατά τη δεκαετία 1988-1999 καθορίστηκε από 3 βασικούς παράγοντες.

α) Την κατανόηση της παθογένειας της νόσου, με την ανακάλυψη της φύσης του απειράριθμου ιϊκού πολλαπλασιασμού. Καθημερινά παράγονται 10^{10} ιϊκά σωματίδια τα οποία και καταστρέφονται αυθημερόν. Στην ταχεία αυτή ιϊκή ανακύκλωση ο χρόνος ημιζωής των ιϊκών σωματιδίων στο πλάσμα είναι λιγότερος από 6 ώρες.

β) Την αύξηση του αριθμού των αντιρετροϊκών φαρμάκων που είναι κλινικά δοκιμασμένα και ξεπέρασαν τα 15 κατά το 1999.

γ) Την εμφάνιση λεπτών εργαστηριακών τεχνικών παρακολούθησης και αξιολόγησης της δραστηριότητας των αντιρετροϊκών συνδυασμών, όπως ο προσδιορισμός του ιϊκού φορτίου πλάσματος και από το 2000, των γονοτύπων αντοχής του ιού.

Η επικρατούσα σήμερα αντίληψη για την φαρμακολογική αντιμετώπιση της HIV λοίμωξης είναι η χρήση ισχυρών συνδυασμών αντιρετροϊκών που μειώνουν και διατηρούν το ιϊκό φορτίο του πλάσματος κάτω από το ανιχνεύσιμο πεδίο. Αυτό πρέπει να είναι ο στόχος κάθε αντιρετροϊκής θεραπείας.

Πρακτικοί περιορισμοί μειώνουν την καθολική εφαρμογή της ανωτέρω αρχής όπως:

α) Η ποικιλία της ιϊκής αντίδρασης ανάλογα με το κλινικό στάδιο της νόσου που αρχίζει η θεραπεία, ιδιαίτερα για ασθενείς με πολύ προχωρημένη κλινική νόσο.

β) Η δυσκολία προσαρμογής του ασθενούς στους πολύπλοκους συνδυασμούς και τις δοσολογίες.

γ) Η εμφάνιση αντοχής του ιού HIV στα αντιρετροϊκά.

δ) Η άμεση και απώτερη τοξικότητα των αντιρετροϊκών, ιδίως της ομάδας των αναστολέων της πρωτεάσης.

ε) Το ευρύ χάσμα προσφοράς και διάθεσης αντιρετροϊκών φαρμάκων, λόγω κόστους, ανάμεσα στους ασθενείς των αναπτυγμένων και υπανάπτυκτων χωρών.



**A
I
D
S**

3.1. 5. ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Τα αντιρετροϊκά φάρμακα υπάγονται μόνο σε δύο ομάδες.

α) Στην ομάδα που δρα με αναστολή της HIV ανάστροφης μεταγραφάσης και περιλαμβάνει τις υποομάδες των νουκλεοσιδικών αναλόγων (NRTI), μη νουκλεοσιδικών αναλόγων (NNRTI) και των νουκλεοτιδικών αναλόγων NtRTI

β) Στην ομάδα των αναστολέων της πρωτεάσης.

Αν και οι δυνατότητες συνδυασμού των αντιρετροϊκών φαρμάκων είναι μεγάλες, οι περιορισμοί λόγω τοξικότητας, φαρμακολογικών ιδιοτήτων και διασταυρούμενης ανοχής καθιστούν τον αριθμό των συνδυασμών αρκετά περιορισμένο.³⁹

Όνομασία ουσίας	Τάξη	Άλλα Ονόματα	Όνομα χαπιού	Μήνας Έγκρισης από το FDA
Zidovudine	NRTI	Azidothymidine, AZT; ZDV	Retrovir	March 1987
Didanosine	NRTI	Dideoxyinosine, ddi	Videx	October 1991
Zalcitabine	NRTI	Dideoxycytidine, ddC	Hivid	June 1992
Stavudine	NRTI	d4T	Zerit	June 1994
Lamivudine	NRTI	3tc	Epivir	November 1995
Saquinavir	PI	NA	Invirase	December 1995
Indinavir	PI	NA	Crixivan	March 1996
Ritonavir	PI	NA	Norvir	Marc 1996
Nevirapine	NNRTI	NA	Viramune	June 1996
Nelfinavir	PI	NA	Viracept	March 1997
Delavirdine	NNRTI	NA	Rescriptor	April 1997
Zidovudine and Lamivudine	NRTI	AZT and 3TC	Combivir	September 1997
Saquinavir	PI	NA	Fortovase	November 1997
Sustiva	NNRTI	NA	Efavirenz	September 1998
Ziagen	NRTI	NA	Abacavir	December 1998
Agenerase	PI	NA	Amprenavir	April 1999

Πίνακας αντιρετροϊκών φαρμάκων³⁴



Η παραγωγή νέων αντιρετροϊκών φαρμάκων καλπάζει, με τουλάχιστον τα ακόλουθα φάρμακα που κάνουν τους επιστήμονες όλου του κόσμου να τρίβουν τα μάτια τους. Δεν πρόκειται για ολόκληρη την λίστα φαρμάκων υπό δοκιμή, αλλά οι ουσίες με το κόκκινο χρώμα παρουσιάστηκαν στο πρόσφατο Συνέδριο της Βοστώνης. Η έρευνα συνεχίζεται και οι επιστήμονες στα εργαστήρια των φαρμακευτικών εταιρειών εργάζονται ασταμάτητα!⁹

Φάρμακο	Είδος	Φάση δοκιμής	Φαρμακευτική εταιρεία
ACH-100,076	zinc finger inhibitor	Προ-κλινική	Achillion
AK 602	CCR5 antagonist	Προ-κλινική	Ono/Moravek
AMD-070	CXCR4 antagonist	Προ-κλινική	Anormed
BMS 806	entry inhibitor	Προ-κλινική	Bristol-Myers Squibb
MV026048	NNRTI	Προ-κλινική	Medivir
PA 457	budding inhibitor	Προ-κλινική	Panacos
PRO 140	monoclonal antibody/CCR5 blocker	Προ-κλινική	Progenics
TAK 220	CCR5 antagonist	Προ-κλινική	Takeda
AXD455	inhibits eIF-5A	Φάση I	Axxima Pharmaceuticals
BAY 50-4798		Φάση I	Bayer
D-D4FC (Reverset, DPC-817)	NRTI	Φάση I	Pharmasset
DEHSPM	inhibits hypusin/eIF-5A	Φάση I	SunPharm
DPC 961	NNRTI	Φάση I	Bristol-Myers Squibb

GEM 92		Φάση I	Hybridon
L-870,810	integrase inhibitor	Φάση I	Merck
MIV-210 (FLG)	NRTI	Φάση I	Medivir
Peldesine	inhibits cellular factors	Φάση I	Biocryst
Resveratrol	inhibits cellular factors	Φάση I	Pharmascience
SPD 756 (BCH-13520)	NRTI	Φάση I	Shire Biochem
T-1249	fusion inhibitor	Φάση I	Trimeris/Roche
TNX 355 (Hu5A8)	Anti-CD4	Φάση I/Επιταχυνόμενη	Tanox/Biogen
UK-427,857	CCR5 antagonist	Φάση I	Pfizer
Z-100	↑ MIP-1α production	Φάση I	Zeria
Cytolin		Φάση I/II	Amerimmune Pharma
HGTV43	Anti-sense	Φάση I/II	Enzo
Mycophenylate	inhibits cellular factors	Φάση I/II	Hoffman-La Roche
REV 123		Φάση I/II	Novartis
SCH C (SCH 351125)	CCR5 antagonist	Φάση I/II* διεκόπη	Schering Plough
SCH D	CCR5 antagonist	Phase I/II	Schering Plough
S1360/GSK810781	integrase inhibitor	Φάση I/II	GSK/Shionogi Pharma
TMC 114/r	protease inhibitor	Φάση I/II	Tibotec
Alovedine (MIV-310, FLT)	NRTI	Φάση II	Medivir (mitochondrial tox)
AI-183 (DPC 083)	NNRTI	Φάση II	Bristol-Myers Squibb
Amdoxovir (DAPD)	NRTI	Φάση II	Gilead
Calanolide A	NNRTI	Φάση II	Advanced Life Sciences/Sarawak MediChem
PRO 542	attachment inhibitor	Φάση II	Progenics
TMC 125	NNRTI	Φάση II	Tibotec
ACH-126,443 (Elvucitabine)	NRTI (reverses MT)	Φάση IIb	Achillion
Capravirine	NRTI	Φάση III	Agouron/Pfizer
Tipranavir	protease inhibitor	Φάση III	Boehringer Ingelheim

3.1.5 α. ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΟ

Περί τα τέλη της δεκαετίας του 80' εμφανίζεται στο προσκήνιο το πρώτο αντιρετροϊκό φάρμακο το AZT(ζιδοβουδίνη). Τα πρώτα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά αλλά με την πάροδο του χρόνου ο ιός αρχίζει να δημιουργεί αντίσταση στη φαρμακοθεραπεία και το "θαυματοουργό" AZT σιγά-σιγά αρχίζει να χάνει την αποτελεσματικότητά του.^{8,34}

Η ανακάλυψη της AZT (διδεοξυθυμιδίνη) είναι μια από τις πιο σημαντικές προόδους στον αγώνα κατά του AIDS. Το φάρμακο εμποδίζει την αναπαραγωγή του HIV, με μίμηση ενός από τα μοριακά υλικά που χρησιμοποιούνται από τον HIV για παραγωγή DNA για νέα σωματίδια ιού. Αλλάζοντας τα δομικά συνθετικά της αλυσίδας DNA, αναστέλλει την παραγωγή νέων ιών. Το 1987 η FDA ενέκρινε την AZT για θεραπεία βαριάς λοίμωξης HIV. Πιο πρόσφατα ωστόσο, ενέκρινε τη χρήση AZT για αρρώστους σε πρωιμότερα στάδια της πορείας της λοίμωξης, πριν από την ανάπτυξη μεγάλου βαθμού ανοσοκαταστολή. Ο προσδιορισμός του αριθμού των βοηθητικών T-λεμφοκυττάρων (CD4coynt) αποτελεί σημαντική παράμετρο για το επίπεδο ανοσοκαταστολής. Φυσιολογικά, ο αριθμός των CD4 κυμαίνεται μεταξύ 700-1200. Σε αρρώστους με αριθμό CD4 κάτω από 500, δίνεται AZT από το στόμα 500mg/ημέρα, μοιρασμένη σε ίσες δόσεις. Η AZT επιβραδύνει την ιική παραγωγή, βελτιώνει την ανοσιακή ικανότητα και παρατείνει τη ζωή. Οι άρρωστοι που παίρνουν AZT παρουσιάζουν βελτίωση, αισθήματος ευεξίας, αύξηση βάρους, λιγότερες ευκαιριακές λοιμώξεις και βελτίωση της νευρολογικής λειτουργίας μέσα στις πρώτες εβδομάδες θεραπείας. Η εκπαίδευση του αρρώστου τονίζει τη σπουδαιότητα λήψης κάθε δόσης. Η AZT μπορεί να είναι πολύ τοξική στο μυελό των οστών. Σε ορισμένες περιπτώσεις το φάρμακο πρέπει να διακοπεί. Πολλοί κλινικοί εξετάζουν την χρήση αυξητικών παραγόντων, όπως η ερυθροποιητίνη και ο αυξητικός παράγοντας κοκκιοκυτάρων, για την αντιμετώπιση της αναιμίας και της ουδετεροπενίας. Οι αυξητικοί παράγοντες είναι ουσίες που παράγονται φυσικά από το σώμα για να διεγείρουν αύξηση και παραγωγή τόσο των ερυθρών, όσο και των λευκών αιμοσφαιρίων.

Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου είναι: ναυτία, έμετοι, δυσχέρεια, πυρετός, ρίγη, μυαλγίες, πονοκέφαλος, αναιμία, ουδετεροπενία και λιγότερο συχνά σύγχυση, υπνηλία και σπασμοί. Ο άρρωστος διδάσκεται των τακτικών ιατρικών εξετάσεων και την εκτίμηση και αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών.

Υπό έρευνα είναι και διάφορα άλλα αντι-ιικά φάρμακα. Για πολλούς αρρώστους, η διδεοξυνοσίνη έδωσε καλά αποτελέσματα ως εναλλακτικό της AZT. Οι μηχανισμοί δράσης είναι διαφορετικοί για κάθε φάρμακο. Μερικά από τα φάρμακα ενεργούν με παρέμβαση στην συγγένεια του HIV με τα T4-λεμφοκύτταρα. Άλλα μεταβάλουν την ιική μεμβράνη και εμποδίζουν την είσοδο του HIV στα κύτταρα του ξενιστή. Τα περισσότερα από τα φάρμακα βρίσκονται σε διάφορες φάσεις των κλινικών δοκιμασιών, όπου μελετώνται για τοξικότητα και μέγιστες ανεκτές δόσεις(φάση 1), δραστηριότητα ενάντια στον HIV (φάση 2) και αποτελεσματικότητα σε σύγκριση με άλλα φάρμακα (φάση 3).

Στα μέσα της δεκαετίας του 90' υπάρχουν πολλά φάρμακα κατά του ιού καθώς της και ορισμένα εμβόλια τα οποία βρίσκονται ακόμα σε πειραματικό στάδιο. Αυτή τη στιγμή κυκλοφορούν συνολικά 16 νέα φάρμακα τα οποία έχουν οπωσδήποτε αλλάξει το πρόσωπο του AIDS. Ασθενείς που έχουν προσβληθεί από τον ιό HIV ζουν περισσότερα χρόνια από ποτέ πριν. Ενώ της αρχές της επιδημίας ο μέσος όρος ζωής των ασθενών ήταν γύρω στα 5-7 χρόνια, σήμερα μιλάμε για 10-12 χρόνια.^{8,34}

3. 1. 6. ΕΝΑΡΞΗ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Οι σύγχρονες θεραπευτικές οδηγίες για την HIV λοίμωξη βασίζονται στη γνώση του παθογενετικού μηχανισμού του ιού HIV. Η μεγάλη ταχύτητα αναπαραγωγής του ιού και η τάση που έχει για συνεχείς μεταλλάξεις κατά τον πολλαπλασιασμό του ενισχύουν τη χρήση συνδυασμού αντιρετροϊκών φαρμάκων για επίτευξη μακροχρόνιου ελέγχου της HIV λοίμωξης.

Πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι υπάρχει μια μικρή αλλά σημαντική δεξαμενή μη δραστικών μνημονικών CD4+T λεμφοκυττάρων, τα οποία συμβάλλουν στην παραμονή ενεργού HIV ιού σε άτομα με μη ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο στο πλάσμα ακόμα και ύστερα από δύο χρόνια συνεχούς αντιρετροϊκής θεραπείας. Ο χρόνος επιβίωσης των κυττάρων αυτών δεν είναι γνωστός αλλά μπορεί να κυμαίνεται από μήνες έως χρόνια. Η κλινική σημασία είναι μεγάλη διότι αποδεικνύεται ότι η αντιρετροϊκή θεραπεία είναι μία μακροχρόνια διαδικασία που η διάρκεια της με τα σημερινά δεδομένα ξεπερνά τα 20 έτη.

Δύο σημαντικά θέματα που έχουν πρακτικό ενδιαφέρον για την έναρξη θεραπείας των HIV+ ασθενών είναι το **πότε** θα αρχίσει η θεραπεία και με **ποιο** συνδυασμό αντιρετροϊκών φαρμάκων θα βοηθηθεί καλύτερα ο ασθενής. Από τις τελευταίες μελέτες έχει τεκμηριωθεί ότι στόχος της θεραπείας είναι η μέγιστη ιική καταστολή και ότι ο αρχικός αντιρετροϊκός συνδυασμός έχει τη μεγαλύτερη δυνατότητα επιτυχίας. Όταν αναπτύσσεται ανοχή με αποτέλεσμα την αποτυχία ενός θεραπευτικού σχήματος, οι πιθανότητες των επομένων αντιρετροϊκών σχημάτων για ικανοποιητική θεραπευτική ανταπόκριση είναι περιορισμένες λόγω του φαινομένου της διασταυρούμενης ανοχής.

Η ευθύνη του θεράποντος ιατρού είναι μεγάλη για τη σωστή αρχική επιλογή και επιπλέον για την εξασφάλιση συμμόρφωσης του ασθενούς. Η ευθύνη γίνεται ακόμη μεγαλύτερη αν θεωρήσουμε την HIV λοίμωξη όχι ως μία θανατηφόρο τελικά νόσο αλλά σαν ένα χρόνιο νόσημα που απαιτεί ιατρική αντιμετώπιση για αρκετές δεκαετίες.

3.1.6 α. ΠΟΤΕ ΑΡΧΙΖΟΥΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Αν και δεν υπάρχουν μεγάλες διαφωνίες όπως στο παρελθόν, ακόμα και σήμερα επικρατούν διαφορετικές απόψεις για το πότε είναι ο κατάλληλος χρόνος έναρξης της αντιρετροϊκής αγωγής και συγκεκριμένα τι σημαίνει ο όρος πρόωμη έναρξη αντιρετροϊκής αγωγής.

Όλοι όμως ότι χαρακτηριστικά σημεία και ευρήματα της HIV λοίμωξης όπως: α) έκδηλα κλινικά συμπτώματα της νόσου β) αριθμός CD4+T κυττάρων

<350-400mm³ και γ) ιικό φορτίο (HIV-1RNA) >5.000 αντίγραφα /mL είναι ισχυρές ενδείξεις για έναρξη αντιρετροϊκής αγωγής.

Η θέληση του ασθενούς για λήψη αντιρετροϊκής θεραπείας παίζει σημαντικό ρόλο, τόσο για τη συμμόρφωση του στο θεραπευτικό σχήμα, ώστε να αποφευχθεί ανάπτυξη φαρμακευτικής ανοχής, όσο και για τον κίνδυνο άμεσων και απωτέρων ανεπιθυμητών ενεργειών. Φυσικά όταν στο μέλλον βρεθούν απλά, ισχυρά, φθηνά, μη τοξικά και παρατεταμένης δράσης αντιρετροϊκά φάρμακα, τότε η έναρξη της θεραπείας θα γίνεται ευθύς ως ανιχνευθεί αιμία από ιό HIV, όπως γίνεται με τα περισσότερα ιογενή και μικροβιακά λοιμώδη νοσήματα.

Οι περισσότερες διεθνείς οδηγίες για έναρξη αντιρετροϊκής αγωγής συνιστούν να αρχίζει η θεραπεία όταν τεκμηριωθεί ιικό φορτίο στο πλάσμα μεγαλύτερο από 5.000-10.000 αντίγραφα /mL. Ορισμένοι συγγραφείς θεωρούν ότι υφίσταται διαφορά μεταξύ ανδρών-γυναικών όσον αφορά τις τιμές ιικού φορτίου στο πλάσμα και αυτό πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν στον υπολογισμό του χρόνου έναρξης της αντιρετροϊκής θεραπείας. Επίσης, έχει βρεθεί ότι ο βαθμός και η διάρκεια της ιολογικής απάντησης στη θεραπεία συσχετίζονται άμεσα με την τιμή του ιικού φορτίου στο πλάσμα και τον αριθμό των CD4+T κυττάρων κατά την έναρξη της θεραπείας.

Γενικά συνίσταται πριν από την έναρξη θεραπείας η λήψη δύο τιμών ιικού φορτίου πλάσματος, των οποίων η μέτρηση θα γίνει με την ίδια εργαστηριακή μέθοδο, και δύο μετρήσεων CD4+T κυττάρων, οι οποίες θα ληφθούν σε δύο διαφορετικές επισκέψεις του ασθενούς στο εξωτερικό ιατρείο.

Η πρώτη θεραπευτική παρέμβαση είναι και η πιο σημαντική για την επίτευξη της πιο ισχυρής και μεγαλύτερης διάρκειας ιολογικής απάντησης. Για ασυμπτωματικούς ασθενείς με χαμηλό επίπεδο ιικού φορτίου πλάσματος και υψηλό αριθμό CD4+T κυττάρων οι διεθνείς οδηγίες συνιστούν μη χορήγηση θεραπείας αλλά συχνή παρακολούθηση του ασθενούς. Οι λόγοι που παρατίθενται είναι οι δυσκολίες της φαρμακευτικής αγωγής λόγω των συχνών δόσεων, του μεγάλου αριθμού δισκίων, των περιορισμών στα γεύματα, των απαιτήσεων ενυδάτωσης και οι δυσκολίες προσαρμογής των δόσεων στις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου. Επίσης, η τοξικότητα των φαρμάκων ιδίως σε άτομα με υποκείμενα νοσήματα αποτελεί έναν επιπλέον παράγοντα.

Για τους ασθενείς με χαμηλό ιικό φορτίο και χαμηλά CD4+T κύτταρα συνίσταται η έναρξη θεραπείας δεδομένου ότι ο αριθμός των CD4+T κυττάρων είναι ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης κλινικής εξέλιξης της νόσου. Σπάνια η έναρξη αντιρετροϊκής αγωγής αποτελεί επείγουσα θεραπευτική παρέμβαση. Γι' αυτό όταν αρχίζει αντιρετροϊκή θεραπεία ο ασθενής πρέπει να πεισθεί για την αξία της συμμόρφωσης στη θεραπεία. Επίσης, πρέπει να ενημερωθεί για τις απαιτούμενες αλλαγές στον τρόπο ζωής και στο διαιτολόγιο του και να κατανοήσει ότι η αντιρετροϊκή αγωγή είναι δέσμευση για όλη του τη ζωή.³⁹

3.1.6.β. ΤΑ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ:

Γενικώς, η συνδυαστική αντιρετροϊκή θεραπεία προκαλεί μεγαλύτερες και πιο παρατεταμένες ελαττώσεις του ιικού φορτίου και αυξήσεις των CD4 κυττάρων, συγκριτικά με τη μονοθεραπεία. Για παράδειγμα, στους ασθενείς που υποβάλλονται για πρώτη φορά σε αντιρετροϊκή αγωγή, έχουν παρατηρηθεί καλύτερες ιολογικές και ανοσολογικές με συνδυασμούς με ζιδοβουδίνη. Οι πιο εντυπωσιακές ελαττώσεις του ιικού φορτίου και αυξήσεις του αριθμού των CD4 κυττάρων έχουν παρατηρηθεί σε ασθενείς που λαμβάνουν ένα τριπλό θεραπευτικό σχήμα, συμπεριλαμβανομένου ενός αναστολέα πρωτεάσης. Επίσης, η συνδυαστική θεραπεία ελαττώνει την εξέλιξη της HIV νόσου και βελτιώνει την επιβίωση. Τέλος, η συνδυαστική θεραπεία καθυστερεί την ανάπτυξη φαρμακοανθεκτικών HIV-1 στελεχών.

Σύγχρονα προβλήματα αντιρετροϊκής θεραπείας

1. Εξατομικευμένη και απρόβλεπτη ή ιϊκή καταστολή από τα αντιρετροϊκά.
--

2. Δυσκολία συμμόρφωσης ασθενούς στον φαρμακευτικό συνδυασμό
3. Ανάπτυξη ανοτοχής ή εξάντληση φαρμακολογικής δράσης ενός αντιρετροϊκού
4. Άμεσες ανεπιθύμητες ενέργειες
5. Κυκλοφορία και χρήση αντιρετροϊκών μόνο στις ανεπτυγμένες χώρες λόγω κόστους
6. Θεραπεία σωτηρίας ασθενών ύστερα από αποτυχία πολλαπλών συνδυασμών

3.1.6.γ. ΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η απόφαση έναρξης ή μεταβολή θεραπείας και η επιλογή του αντιρετροϊκού σχήματος είναι πολύπλοκα θέματα που απαιτούν να λαμβάνονται υπ' όψιν παράγοντες, όπως το υικό φορτίο, ο αριθμός των CD4 κυττάρων, το ιστορικό προηγούμενης αντιρετροϊκής αγωγής, πιθανές φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις, συνυπάρχοντα ιατρικά προβλήματα, το κόστος, η ενδοτικότητα και η θέληση του ασθενούς να λάβει πολλά φάρμακα. Επί του παρόντος, οι ειδικοί συνηγορούν υπέρ της χρήσεως τριπλού φαρμακευτικού συνδυασμού

1. Οποιοδήποτε από τα ακόλουθα + αναστολέα πρωτεάσης (indinavir, nelfinavir- ritonavir)

2. Οποιοδήποτε από τα ακόλουθα + αναστολέα της μη νουκλεοσιδικής ανάστροφης μεταγραφάσης

- Zidovudine + lamivudine (AZT + 3TC)
- Zidovudine + didanosine (AZT + DDI)
- Zidovudine + zalcitabine (AZT + ddC)
- Stavudine + lamivudine (D4T + 3TC)
- Didanosine + stavudine (DDI + D4T)

ΣΥΝΗΘΕΣΤΕΡΕΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΚΑΘΕ ΕΝΑΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΥΣ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ⁴⁰

Ιδιοσκεύασμα

Ανεπιθύμητες Ενέργειες

<u>Ιδιοσκεύασμα</u>	<u>Ανεπιθύμητες Ενέργειες</u>
	Αναστολείς ανάστροφης μεταγραφάσης
Zidovudine(AZT)	Κόπωση, κεφαλαλγία, γαστρεντερικές διαταραχές, μυοπάθεια, αναιμία, λευκοπενία.
Didanosine (DDI)	Περιφερική νευροπάθεια, παγκρεατίτιδα, ηπατίτιδα, δυσάρεστη στη γεύση.
Zalcitabine (ddC)	Περιφερική νευροπάθεια, στοματικά έλκη
Stavudine (D4T)	Περιφερική νευροπάθεια
Lamivudine (3TC)	Σπανίως ναυτία, κεφαλαλγία
Nevirapine	Ερύθημα (δυσνηκώς βαρύ), πυρετός, ναυτία, κεφαλαλγία.
Delavirdine	Ερύθημα, ναυτία, αυξημένα ηπατικά ένζυμα.
	Αναστολείς πρωτεάσης

Saquinavir	Ναυτία, διάρροια, κοιλιακός πόνος
Ritonavir	Ναυτία, έμετος, διάρροια, περιστοματικές παραισθησίες, φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις.
Indinavir	Ασυμπτωματική υπερχολερυθριναιμία, ναυτία, νεφρόλιθοι, φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις.
Nelfinavir	Διάρροια, ναυτία, κεφαλαλγία, φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις.

3.1. 7. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ HIV ΛΟΙΜΩΞΗΣ

Η αναγνώριση αφ' ενός ότι η αντιρετροϊκή αγωγή απαιτεί μακροχρόνια, πρακτικώς εφ' όρου ζωής, λήψη και αφ' ετέρου η χρήση 3 ή 4 συνδυασμών που αλληλοδιαδέχονται λόγω ανάπτυξης ανοχής ή επανάκαμψης του ιϊκού φορτίου, οδήγησε στην εισαγωγή του όρου θεραπευτική στρατηγική στην HIV λοίμωξη.

Σήμερα υπάρχουν 4 στρατηγικές προσέγγισης της θεραπείας της νόσου: 1) Η κλασική αγωγή, 2) η στρατηγική εφόδου/διατήρησης, 3) η ενισχυτική αγωγή, 4) η αγωγή εκρίζωσης και 5) η τροποποιητική αγωγή.

1. Η κλασική αγωγή έχει ως στόχο την έναρξη αντιρετροϊκής θεραπείας για μείωση του HIV-1 RNA πλάσματος σε επίπεδα μη μετρητά από τις σύγχρονες μεθόδους προσδιορισμού του ιϊκού φορτίου. Εάν αποτύχει η αγωγή και επανακάμψει το ιϊκό φορτίο σε μετρητά επίπεδα ή αν δεν επιτύχει το αρχικό σχήμα να μειώσει εξ' αρχής το ιϊκό φορτίο σε ικανοποιητικά, μετρητά επίπεδα τότε συνιστάται τροποποίηση της αντιρετροϊκής θεραπείας αλλάζοντας τουλάχιστον 2 αντιρετροϊκά φάρμακα ή κατά προτίμηση όλα.

2. Η στρατηγική εφόδου/διατήρησης βασίζεται στην έναρξη της αντιρετροϊκής αγωγής με ισχυρά φάρμακα ώστε το ιϊκό φορτίο να πέσει σε μη μετρητά επίπεδα και εν συνέχεια στη χορήγηση ενός πιο απλοποιημένου αντιρετροϊκού σχήματος για να διατηρήσει μεν την ιϊκή καταστολή αλλά να είναι συγχρόνως πιο ανεκτό από τον ασθενή και ευκολότερο στην υλοποίηση του.

Δυστυχώς οι κλινικές μελέτες που έχουν ολοκληρωθεί εφαρμόζοντας αυτήν τη τεχνική δεν έδωσαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Εντούτοις και άλλες μελέτες διεξάγονται με πιο παρατεταμένη διάρκεια της αγωγής εφόδου ή και πιο ισχυρά σχήματα διατήρησης.

3. Η ενισχυτική στρατηγική έχει δύο στόχους. Ο πρώτος είναι να καθυστερήσει το χρόνο της ιολογικής αποτυχίας ενός σχήματος που χρησιμοποιείται και ο δεύτερος να βελτιώσει την θεραπευτική αποτελεσματικότητα ενός σχήματος που αν και έχει ρίξει σημαντικά το ιϊκό φορτίο εντούτοις δεν καταφέρει να το καταστείλει σε μη ανιχνεύσιμα επίπεδα.

Για να είναι επιτυχής η προσέγγιση αυτή θα πρέπει ο ασθενής να παρακολουθείται στενά ώστε η προσθήκη νέου φαρμάκου στα ήδη χορηγούμενα να έχει θετικά αποτελέσματα στη ιϊκή καταστολή και να μην αυξήσει την φαρμακευτική ανοχή.

Η ενισχυτική στρατηγική είναι πιο αποτελεσματική στην αντιμετώπιση των ασθενών στην πράξη, διότι εκμεταλλεύεται στο έπακρο τις δυνατότητες της αρχικής αντιρετροϊκής αγωγής. Με τη στρατηγική αυτή, ορισμένες κατευθυντήριες οδηγίες σε

όσους ασθενείς έχουν λάβει δύο φάρμακα NRTI και έχουν μετρητό ιϊκό φορτίο στο αίμα συνιστούν ότι μπορεί να προστεθεί 1 PI ή NNRTI για να επιτευχθεί πλήρης καταστολή του ιϊκού φορτίου χωρίς την ανάγκη αλλαγής και των δύο ήδη χρησιμοποιημένων NRTI.

4. Η ιολογική εκρίζωση αποτελεί σήμερα θεωρητική υπόθεση και όχι μία κλινικά πρακτική δυνατότητα. Πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι υπάρχει μία δεξαμενή αδρανών μολυσμένων μνημονικών CD4+T λεμφοκυττάρων από τα οποία μπορεί να απομονωθεί ιός HIV ικανός για αναπαραγωγή ύστερα από ικανοποιητική αντιρετροϊκή αγωγή με μη ανιχνεύσιμο μη ιϊκό φορτίο στο πλάσμα για πάνω από 2 έτη.

Η στρατηγική εκρίζωσης της HIV νόσου κατά τον D. Ho δείχνεται στον παρακάτω πίνακα.

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΕΚΡΙΖΩΣΗΣ ΤΗΣ HIV ΝΟΣΟΥ

Κατάσταση HIV ιού	Στρατηγική	Αντικειμενικός στόχος
I. Ο ιός δεν ανιχνεύεται στο αίμα. Παραμένει εντός αδρανών CD4+T μνημονικών κυττάρων	Ενεργοποίηση κυττάρων. Χορήγηση ιντερλευκίνης-2 μαζί με HAART	Εκρίζωση της νόσου
II. Ο ιός δεν ανιχνεύεται στο αίμα, παραμένει ικανός για πολλαπλασιασμό εντός αδρανών CD4+T μνημονικών κυττάρων.	Αύξηση ειδικής ανοσολογικής απάντησης ασθενούς. Χορήγηση εμβολίου από αδρανοποιηθέντα ιό.	Καταστολή ιού. Υποκλινική HIV λοίμωξη.
III. Ο ιός δεν ανιχνεύεται στο αίμα. Μικρός αριθμός πολλαπλασιάζεται συνεχώς.	Εντατικοποίηση της αντιρετροϊκής αγωγής με νεότερα φάρμακα.	Πλήρης διακοπή πολλαπλασιασμού του ιού.

Σύμφωνα με τη θεραπευτική αυτή στρατηγική θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί ανοσολογική ενεργοποίηση ώστε τα κύτταρα να εξέλθουν από τη φάση αδράνειας και να εισέλθουν σε ενεργό φάση, οπότε μπορούν να εξολοθρευτούν από αντιρετροϊκά φάρμακα. Κύριοι τρόποι ενεργοποίησης θεωρούνται : α) η χρήση κυτταροκινών, β) η ενίσχυση της ανοσολογικής άμυνας έναντι του ιού HIV και γ) αγωγές με ισχυρά αντιρετροϊκά φάρμακα.

5. Τροποποίηση δοσολογίας για βελτίωση συμμόρφωσης ασθενούς.

Ο μεγάλος αριθμός δισκίων που καθημερινά πρέπει να παίρνει ο HIV+ ασθενής καθώς και τα συχνά μεσοδιαστήματα των δόσεων αποτελούν αιτία μη συμμόρφωσης των ασθενών και κατά συνέπεια αποτυχίας ενός αντιρετροϊκού σχήματος.

Σήμερα, επινοούνται νέες στρατηγικές χορήγησης, αξιοποιώντας τις φαρμακοκινητικές ιδιότητες νέων και παλαιότερων φαρμάκων καθώς και την αλληλεπίδραση τους, ώστε να είναι πιο άνετη η λήψη από τους ασθενείς.

3.1.8. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΥΠΟ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η παρακολούθηση του ασθενούς υπό αντιρετροϊκή θεραπεία περιλαμβάνει τακτικές επισκέψεις στο εξωτερικό ιατρείο της Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων, στην οποία παρακολουθείται, ή στο ιατρείο του προσωπικού του ιατρού, τουλάχιστον μία φορά ανά μήνα ή δίμηνο. Κατά την επίσκεψη αυτή εκτός της κλινικής εξέτασης πρέπει να γίνεται και αξιολόγηση εργαστηριακών εξετάσεων που περιοδικά υποβάλλεται ο ασθενής όπως:

1. Επίπεδα ιϊκού φορτίου στο πλάσμα
2. Εργαστηριακή αξιολόγηση ανοχής του ιού (δεν συνίσταται ακόμη σε κλινικό επίπεδο)
3. Αριθμός CD4+T λεμφοκυττάρων και υποπληθυσμοί (δεν συνίσταται σε κλινικό επίπεδο)
4. Θεραπευτικά επίπεδα αντιρετροϊκών φαρμάκων (δεν συνίσταται σε κλινικό επίπεδο)
5. Συμμόρφωση του ασθενούς προς το δοσολογικό σχήμα.
6. Τοξικότητα και ανεπιθύμητες ενέργειες αντιρετροϊκού.

Στην τακτική επίσκεψη στο Εξωτερικό Ιατρείο πρέπει να αξιολογείται ο ασθενής για πιθανές παρενέργειες των αντιρετροϊκών, όπως η λιποδυστροφία σε παρατεταμένη χορήγηση αναστολέων πρωτεάσης. Η γνώση των ανεπιθύμητων ενεργειών των αντιρετροϊκών φαρμάκων καθώς και των αλληλοεπιδράσεων μεταξύ τους και με τα άλλα συγχορηγούμενα φάρμακα στον άρρωστο είναι απαραίτητη.³⁹

3.1.9. Εξετάσεις ανθεκτικότητας του HIV σε αντιρετροϊκά φάρμακα

α. Τι είναι η ανθεκτικότητα;

Ανθεκτικότητα είναι η ικανότητα του ιού HIV (ή και άλλων ιών, βακτηριδίων ή μικροοργανισμών) να αντιστέκεται στη δράση φαρμάκων που κανονικά θα μπορούσαν να τον καταπολεμήσουν. Αρχικά, ένα αντιρετροϊκό φάρμακο κατά του HIV μπορεί να είναι αποτελεσματικό, αλλά ο HIV είναι ικανός να καταφέρει να αναπτύξει στελέχη που να είναι ανθεκτικά στο φάρμακο αυτό. Λέμε λοιπόν ότι τα νέα αυτά στελέχη είναι ανθεκτικά στο συγκεκριμένο φάρμακο. Ο HIV είναι σχεδόν πάντα ικανός να αναπτύξει ανθεκτικότητα σε ένα φάρμακο ή σε συνδυασμό δύο φαρμάκων. Είναι όμως πιο δύσκολο να κάνει το ίδιο σε συνδυασμό τριών ή περισσότερων φαρμάκων.

β. Τι είναι οι εξετάσεις ανθεκτικότητας;

Οι εξετάσεις ανθεκτικότητας μπορούν να δείξουν αν ο HIV ενός ασθενή είναι ανθεκτικός σε κάποιο ή κάποια από τα αντιρετροϊκά φάρμακα που διαθέτουμε σήμερα. Η ανθεκτικότητα μπορεί να οφείλεται σε έναν από τους παρακάτω λόγους:

- επειδή δεν τηρείται σωστά η δοσολογία και οι ώρες λήψης των φαρμάκων
- επειδή δεν γίνεται αρκετή απορρόφηση των φαρμάκων από τον οργανισμό

- επειδή το άτομο μολύνθηκε με ιό που ήταν ήδη από την αρχή ανθεκτικός σε ένα ή περισσότερα φάρμακα.

Πώς λειτουργούν αυτές οι εξετάσεις;

Υπάρχουν δύο βασικοί τύποι εξετάσεων ανθεκτικότητας: η γονοτυπική και η φαινοτυπική.

Η **γονοτυπική** εξέταση δείχνει κατά πόσον τα γονίδια του ιού έχουν μεταλλαχθεί. Οι μεταλλάξεις αυτές, αν υπάρχουν, προκαλούν ανθεκτικότητα στα φάρμακα. Ξέροντας ποιες μεταλλάξεις προκαλούν ανθεκτικότητα στο κάθε φάρμακο, ο γιατρός μπορεί να αποφανθεί σε ποια φάρμακα θα είναι ανθεκτικός ο ιός.

Η **φαινοτυπική** εξέταση ελέγχει την ανθεκτικότητα με πιο άμεσο τρόπο. Ο ιός καλλιεργείται σε συνδυασμό με διάφορα αντιρετροϊκά φάρμακα. Το πόσο καλά θα αναπτυχθεί ο ιός παρουσία ενός αντιρετροϊκού φαρμάκου, δείχνει αν και πόσο ανθεκτικός είναι ο ιός στο συγκεκριμένο φάρμακο.

Είναι προφανές ότι η φαινοτυπική εξέταση είναι αυτή που θα θέλαμε, γιατί απαντά άμεσα στην ερώτηση αν θα αναπτυχθεί ο ιός παρουσία ενός συγκεκριμένου φαρμάκου. Αλλά και η γονοτυπική εξέταση έχει πλεονεκτήματα. Κατ' αρχάς, η γονοτυπική εξέταση χρειάζεται μερικές μέρες για να δώσει αποτελέσματα, ενώ η φαινοτυπική μερικές εβδομάδες. Για αποφάσεις αλλαγής θεραπείας χρειάζονται αποτελέσματα όσο το δυνατόν πιο γρήγορα. Δεύτερον, ο ιός συνήθως χρειάζεται δύο ή περισσότερες μεταλλάξεις για να αναπτύξει ανθεκτικότητα σε ένα φάρμακο. Όσο πιο γρήγορα ανιχνευτούν οι μεταλλάξεις που υπάρχουν ήδη, τόσο πιο εύκολα μπορεί να εμποδιστεί η ανάπτυξη ανθεκτικότητας. Τέλος, η γονοτυπική εξέταση γίνεται πιο εύκολα.

γ. Γιατί θα χρειαζόμουν μια εξέταση ανθεκτικότητας;

Είναι αποδεδειγμένο ότι οι εξετάσεις ανθεκτικότητας μπορούν να προβλέψουν πόσο καλά θα δουλέψει ο επόμενος συνδυασμός αντιρετροϊκών φαρμάκων. Αυτό μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε ασθενείς που ο συνδυασμός φαρμάκων τους έχει μόλις αποτύχει. Μπορεί επίσης να είναι χρήσιμες για να διαπιστωθεί αν ο συνδυασμός φαρμάκων που παίρνει κάποιος κρατά αποτελεσματικά τον ιό υπό έλεγχο. Τέλος μπορούν να δείξουν κατά πόσο ο ιός είναι ήδη ανθεκτικός σε άτομα που έχουν μόλις μολυνθεί.

δ. Πότε μπορεί να χρειαστώ μια εξέταση ανθεκτικότητας;

Η πληροφορία για την ανθεκτικότητα του ιού θα μπορούσε να είναι χρήσιμη τη στιγμή που ένα άτομο μολύνεται (πρωτολοίμωξη), πριν ξεκινήσει φαρμακευτική αγωγή, κατά τη διάρκεια θεραπείας για να είναι κανείς σίγουρος ότι ο συνδυασμός φαρμάκων εξακολουθεί να έχει αποτελέσματα και πριν την αλλαγή θεραπείας.

Πρέπει να τονιστεί ότι αν ένας ασθενής θέλει να ξέρει αν ο ιός έχει ανθεκτικότητα σε κάποιο από τα φάρμακα που έχει ήδη πάρει, πρέπει να εξακολουθεί να παίρνει το

συγκεκριμένο φάρμακο τουλάχιστον μέχρι τη στιγμή της εξέτασης και να μην το έχει σταματήσει πιο πριν. Όταν κάποιος σταματήσει να παίρνει ένα φάρμακο, τα στελέχη του ιού που είναι ανθεκτικά στο φάρμακο αυτό, αν υπάρχουν, σταματούν να αναπαράγονται με μεγάλους ρυθμούς και, ενώ παραμένουν στον οργανισμό, δεν μπορούν να ανιχνευθούν με τις σημερινές μεθόδους.

ε. Τι πληροφορίες θα έδινε σε μένα και τον γιατρό μου μια εξέταση ανθεκτικότητας;

Αν και η εξέταση αυτή μπορεί να υποδείξει ποια φάρμακα δεν θα είναι αποτελεσματικά, δεν μπορεί να εγγυηθεί ποια φάρμακα θα είναι αποτελεσματικά. Αυτό οφείλεται στο ότι οι εξετάσεις αυτές μπορούν να ανιχνεύσουν στελέχη του ιού όταν αυτά αποτελούν ένα σημαντικό ποσοστό της συνολικής ποσότητας ιού σε έναν ασθενή. Ανάλογα με το είδος της εξέτασης, το ποσοστό αυτό μπορεί να κυμαίνεται από 1 έως και 20%. Είναι όμως γνωστό ότι και πολύ μικρές ποσότητες ανθεκτικών στελεχών είναι αρκετές για να κάνουν ένα φάρμακο μη αποτελεσματικό.

στ. Ποια είναι η χρησιμότητα;

Με τις εξετάσεις ανθεκτικότητας μπορεί κανείς να αποκλείσει τα φάρμακα που δεν είναι αποτελεσματικά, περιορίζοντας τις επιλογές του σε αυτά που ίσως είναι. Με αυτό τον τρόπο μπορεί ένας ασθενής να αποφύγει να πάρει φάρμακα που δε θα λειτουργούσαν έτσι κι αλλιώς. Έτσι γίνεται μικρότερη σπατάλη χρημάτων, αποφεύγονται πιθανές παρενέργειες χωρίς οφέλη και αυξάνεται η πιθανότητα ο επόμενος συνδυασμός φαρμάκων να είναι τελικά αποτελεσματικός.

ζ. Πώς μπορώ να κάνω μια εξέταση ανθεκτικότητας;

Οι εξετάσεις ανθεκτικότητας είναι σχετικά νέες και δεν γίνονται σε οποιοδήποτε εργαστήριο. Προς το παρόν στην Ελλάδα υπάρχει μόνο ένα εργαστήριο, και αυτό πραγματοποιεί μόνο γονοτυπικές εξετάσεις ανθεκτικότητας. Μπορείτε να συζητήσετε με τον γιατρό σας, ο οποίος θα σας πει αν και πότε χρειάζεται να τις κάνετε. Οι γιατροί συνήθως συστήνουν εξετάσεις ανθεκτικότητας μόνο στο στάδιο της πρωτολοίμωξης ή όταν μια θεραπεία φαίνεται να αποτυγχάνει (π.χ., όταν το ιικό φορτίο ανεβαίνει). Τέλος για να γίνει μια τέτοια εξέταση, πρέπει το ιικό φορτίο να είναι τουλάχιστον 2.000 αντίγραφα/ml.²⁵

3.2. ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Η μάχη του AIDS απαιτεί όχι μόνο μέσα που αναχαιτίζουν την ιική αύξηση, αλλά επίσης και μέσα που αποκαθιστούν ή βελτιώνουν τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, που ανεπαρκεί. Αποσκοπούν στην αποκατάσταση όλων των διαταραχών της κυτταρικής και της χημικής ανοσίας, που προκαλεί ο HIV. Η ιντερφερόνη μελετάται για τις αντί-ιικές ιδιότητες της, καθώς επίσης και για την ικανότητα της να διεγείρει μακροφάγα και T-λεμφοκύτταρα. Άλλες ουσίες που αξιολογούνται για το ρόλο τους στη διέγερση μακροφάγων και λεμφοκυττάρων,

περιλαμβάνουν ιντερλευκίνη-2, ισοπρινοζίνη, διαιθυλδιθειοκαρβαμάτη (DTC), λεντινάση και αυξητικό παράγοντα κοκκιοκυττάρων-μακροφάγων. Πολλές από τις ουσίες αυτές προκαλούν μία αντίδραση τύπου γρίπης με πυρετό, ρίγη, αρθραλγίες, μυαλγίες και πονοκέφαλο. Επιπλέον, ορισμένες προκαλούν ναυτία, εμέτους, αύξηση των ηπατικών ενζύμων, ουδετεροπενία, σύγχυση και συμπεριφορικές μεταβολές. Πιστεύεται ότι με την ταυτόχρονη χορήγηση της HAART, εμποδίζουν την προσβολή των ενεργοποιημένων λεμφοκυττάρων. Οι θεραπείες αυτές είναι δυνατόν να επιτύχουν έναν χρόνιο έλεγχο της HIV λοίμωξης. Αργότερα ίσως είναι δυνατόν να επιτευχθεί παροδική ή και μόνιμη διακοπή της HAART με προφανή επίπτωση στη ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι προγραμματισμένες διακοπές της HAART αποτελούν κατ'ουσίαν μία μορφή ανοσολογικής παρέμβασης, που δείχνει ότι σε ορισμένες τουλάχιστον περιπτώσεις η HAART είναι δυνατόν να δημιουργήσει σταθερότερες ανοσολογικές αποκρίσεις. Ως ανοσολογικές θεραπείες έχουν χρησιμοποιηθεί οι κυτταροκίνες, διάφορες ανοσοκατασταλτικές ουσίες, οι εγχύσεις λεμφοκυττάρων, η γονιδιακή θεραπεία καθώς και τα θεραπευτικά εμβόλια. Ο νοσηλευτής παίζει σημαντικό ρόλο σ' αυτό το είδος θεραπείας, με την συμμετοχή του στην εκτίμηση και αγωγή των ανεπιθύμητων ενεργειών, με παροχή της σωστής υποστήριξης και εκπαίδευσης στους αρρώστους και με τη συμμετοχή στη συλλογή κλινικών δεδομένων.^{8,34,35}

Παρά τις προόδους της επιστήμης των τελευταίων ετών και των ανακαλύψεων καινούριων φαρμάκων θα πρέπει να υπάρχει συγκρατημένη αισιοδοξία. Τα φάρμακα κατά του AIDS ΔΕΝ θεραπεύουν. Τα φάρμακα δεν είναι αντικατάστατα των προφυλακτικών. Απλά βοηθούν τον οργανισμό να καταπολεμήσει την ασθένεια και να παρατήνει τη ζωή για ορισμένα χρόνια. Το γεγονός παραμένει ότι ο ιός HIV προκαλεί AIDS και το AIDS σκοτώνει.³⁴

3.3. ΕΜΒΟΛΙΟ

Είναι γενικά παραδεκτό ότι ένα ασφαλές και αποτελεσματικό εμβόλιο είναι δυνατό να αποτελέσει το μοναδικό μέσο ελέγχου της επιδημίας. Οι πρώτες μελέτες για την ανάπτυξη του άρχισαν ήδη από το 1987 και, παρά τις αρχικές ελπίδες και προσδοκίες η δημιουργία ενός ικανοποιητικού εμβολίου έχει αναδειχθεί ως ένα από τα πλέον δισεπίλυτα προβλήματα.

Σημαντικά εμπόδια για την ανάπτυξη του εμβολίου έχουν αποδειχθεί:

- η αδυναμία προσδιορισμού συγκεκριμένων δεικτών, που να υποδηλώνουν επαρκή ανοσία στον HIV
- οι πολλαπλοί γονότυποι και η μεγάλη ποικιλότητα του HIV
- η δυνατότητα ανοσολογικής διαφυγής του ιού
- η δυσκολία ανεύρεσης ανοσογόνων που να επάγουν ευρεία και μακρόχρονη κυτταρική και χημική ανοσία
- οι δυσχέρειες των κλινικών δοκιμών στους ανθρώπους
- η δυσκολία χρηματοδότησης
- η έλλειψη ενός ικανοποιητικού ζωϊκού μοντέλου για την HIV λοίμωξη

Τέλος, μπορεί να προκύψουν ορισμένα νομικά και ηθικά θέματα, που περιλαμβάνουν υπευθυνότητα των βιομηχάνων, εμφάνιση σοβαρών

ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων και ανάπτυξη οροθετικότητας ή και AIDS στα άτομα όπου δοκιμάστηκε το εμβόλιο.^{8,35}

3.4. ΝΕΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ-ΑΝΑΚΑΛΥΨΕΙΣ

Νέο πανίσχυρο φάρμακο εναντίον του AIDS

Ένα νέο πολύ ισχυρό φάρμακο εναντίον του ιού του AIDS παρουσίασαν ερευνητές στο όγδοο ετήσιο συνέδριο εναντίον των ρετροϊών (η οικογένεια ιών στην οποία ανήκει ο ιός HIV που προκαλεί το AIDS) που έγινε στο Σικάγο. Το φάρμακο αυτό ονομάστηκε TMC-126 και ανήκει σε μια νέα οικογένεια φαρμάκων που ονομάζονται αναστολείς της πρωτεάσης. Το φάρμακο έχει την ικανότητα να παρεμποδίζει τον ιό να αναπτύξει γενετικούς μηχανισμούς οι οποίοι να του επιτρέπουν να δημιουργήσει αντίσταση εναντίον του. Η νέα αυτή οικογένεια φαρμάκων, οι αναστολείς της πρωτεάσης, έχουν την ικανότητα να καταστέλλουν τους μηχανισμούς αντίστασης που εξυπνά δημιουργεί ο ιός του AIDS για να αντέχει στη δράση των φαρμάκων που τον καταπολεμούν. Φαίνεται ότι ο λόγος για τον οποίο το TMC-126 το νέο αυτό φάρμακο είναι αποτελεσματικό είναι ότι έχει την ελαστικότητα να προσαρμόζεται σε νέες αλλαγές που επιχειρεί ο ιός HIV για να αποφύγει τη δράση του φαρμάκου και να γίνει ανθεκτικός. Ήδη οι πρώτες κλινικές μελέτες έχουν αρχίσει στην Ευρώπη και φαίνεται ότι οι ανεπιθύμητες επιδράσεις του είναι περιορισμένες διότι οι δόσεις που δίνονται είναι χαμηλές λόγω της υψηλής αποτελεσματικότητας του. Οι πρώτες θεραπείες δίνονται σε ασθενείς που έχουν αναπτύξει ανθεκτικότητα στα ήδη υπάρχοντα φάρμακα με αποτέλεσμα ο ιός να αναπτύσσεται ανεξέλεγκτα και να καταστρέφει το ανοσολογικό σύστημα, την άμυνα δηλαδή του ασθενούς.³⁶



THE
SCRIPPS
RESEARCH
INSTITUTE

Η ανακάλυψη της μοριακής δομής μίας ανοσοσφαιρίνης, η οποία έχει την δυνατότητα να εξουδετερώνει τον ιό του AIDS, ανοίγει νέους δρόμους, στην προσπάθεια κατασκευής ενός εμβολίου ενάντια στη νόσο, σύμφωνα με τους ερευνητές του [[The Scripps Research Institute](#)] της Καλιφόρνια.

Σύμφωνα με τους επιστήμονες, έχουν βρεθεί μόνο τρεις ανοσοσφαιρίνες (μόρια που παράγονται από το ανοσοποιητικό σύστημα και συμβάλλουν μεταξύ άλλων στην άμυνα του οργανισμού ενάντια στις λοιμώξεις), που έχουν την ικανότητα να εξουδετερώνουν ιούς, οι οποίοι επιτίθενται στο ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού. Μία από αυτές, το αντίσωμα IG1 b12, επιτίθεται σε μία επιφανειακή πρωτεΐνη του HIV, η οποία ονομάζεται gp120, με αποτέλεσμα να εξουδετερώνεται ο ιός. Τη δομή αυτού του αντισώματος και τον τρόπο δράσης της κατόρθωσε να ανακαλύψει η ερευνητική ομάδα, υπό τον Δρ. Ian A. Wilson.



Η χρήση γενετικά τροποποιημένων φυτών τα οποία όταν τρώει κάποιος θα έχουν δράση παρόμοια με τα εμβόλια, καθώς θα περιέχουν αντιγόνα διάφορων ασθενειών με αποτέλεσμα να διεγείρουν το ανοσοποιητικό σύστημα, γίνεται όλο και πιο δημοφιλής μεταξύ των επιστημόνων. Έτσι μετά από τις πιερίδες στις οποίες οι επιστήμονες του Εργαστηρίου Γενετικής του Πανεπιστημίου της Θεσσαλονίκης κατόρθωσαν να εισαγάγουν αντιγόνο της ηπατίτιδας C, Αμερικανοί ερευνητές στράφηκαν προς το σπανάκι προκειμένου να δημιουργήσουν ένα τύπο εμβολίου κατά του ιού του AIDS. Το κύριο προτέρημα αυτής της μεθόδου, εφόσον βρει πρακτική εφαρμογή, είναι ότι τα εμβόλια αυτού του τύπου θα είναι φτηνά, η μεταφορά τους εύκολη και η χρήση τους απλούστατη. Όσο αφορά το σπανάκι, ερευνητές του Πανεπιστημίου Thomas Jefferson στην Πενσυλβάνια, κατόρθωσαν με την εισαγωγή ενός γονιδίου που εκφράζει την πρωτεΐνη TAT του HIV, να το μετατρέψουν, σε βιομηχανία παραγωγής της εν λόγω πρωτεΐνης¹¹

Πρόσφατα αποτελέσματα από προέκυψαν απογοητευτικά μεγάλες κλινικές μελέτες εμβολίων, από ανασυνδυασμένα αντιγόνα επιφανείας, που όμως παρείχαν σημαντικές πληροφορίες για την περαιτέρω εξέλιξη άλλων τύπων εμβολίων, όπως π.χ. το ανδρικό εμβόλιο κατά του AIDS, το οποίο αναμένεται το 2007. Ωστόσο οι ειδικοί επιστήμονες τονίζουν ότι το συγκεκριμένο εμβόλιο θα παρέχει προστασία μόνο κατά 50%.⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΟΥΣ

4.1. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ HIV ΛΟΙΜΩΞΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η HIV λοίμωξη είναι μία χρόνια νόσος δεδομένου ότι από τη στιγμή της μόλυνσης του ατόμου μέχρι του θανάτου του, μεσολαβούν 3 έως και περισσότερα από 20 χρόνια. Επομένως η παρακολούθηση των HIV(+) ασθενών είναι μακροχρόνια και οι κλινικές εκδηλώσεις ποικίλες ανάλογα με τα στάδια της λοίμωξης.

Σήμερα, στις ανεπτυγμένες χώρες οι HIV (+) ασθενείς παρακολουθούνται συνήθως στα εξωτερικά ιατρεία Ειδικών Μονάδων AIDS που έχουν δημιουργηθεί, όταν δε απαιτείται η εισαγωγή τους στο νοσοκομείο νοσηλεύονται στους κοινούς παθολογικούς θαλάμους. Τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης που λαμβάνονται από το προσωπικό, δεν διαφέρουν από εκείνα που πρέπει να τηρούνται και στην νοσηλεία οποιουδήποτε άλλου ασθενή.

Ιδιαίτερα μέτρα προφύλαξης πρέπει να λαμβάνονται για το προσωπικό και τους άλλους ασθενείς, όταν ο HIV (+) ασθενής πάσχει από ευκαιριακό μεταδοτικό λοιμώδες νόσημα, όπως φυματίωση.

Στην Ελλάδα η παρακολούθηση και φροντίδα των ασθενών με HIV λοίμωξη γίνεται από:

1. Τις 16 κρατικές ειδικές Μονάδες AIDS που ιδρύθηκαν και λειτουργούν σε αντίστοιχα τριτοβάθμια νοσοκομεία ανά την χώρα.
2. Τα κρατικά και ιδιωτικά νοσοκομεία, που έχουν ιατρούς με εξειδίκευση ή εμπειρία στα Λοιμώδη Νοσήματα. Όλες οι Παθολογικές Κλινικές των κρατικών νοσοκομείων επιβάλλεται να διαθέτουν τουλάχιστον μια κλίνη για νοσηλεία ασθενών με HIV/AIDS νόσο.
3. Ιδιώτες ιατρούς με εμπειρία ή εξειδίκευση στα Λοιμώδη Νοσήματα.

4.1.1. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ HIV ΟΡΟΘΕΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η φυσική πορεία της HIV λοίμωξης έχει χωριστεί σε κλινικά στάδια ανάλογα με τα εμφανιζόμενα συμπτώματα και τον αριθμό των CD4+T λεμφοκυττάρων. Η ταξινόμηση που έχει επικρατήσει προέρχεται από το Κέντρο Ελέγχου Λοιμώξεων ΗΠΑ και εφαρμόζεται από το 1993.

Οι ασθενείς με HIV λοίμωξη μπορούν να παρουσιάσουν ποικιλία κλινικών σημείων και εκδηλώσεων, ανάλογα με το στάδιο της νόσου στο οποίο βρίσκονται. Γενικά μπορεί να εμφανιστούν στον therapοντα ιατρό τους:

- Στο στάδιο της πρωτολοίμωξης, με την εκδήλωση του οξέως ρετροϊκού συνδρόμου.
- Στην περίοδο της ασυμπτωματικής πορείας της νόσου, όπου μπορεί να γίνει ανεύρεση της οροθετικότητας με τυχαία εργαστηριακή εξέταση.
- Στην περίοδο των ηπίων συμπτωμάτων της HIV λοίμωξης, με την εμφάνιση λοιμώξεων ή άλλων εκδηλώσεων.
- Στο στάδιο του πλήρους AIDS, με την ποικιλία των παθολογικών καταστάσεων, λοιμώξεων και νεοπλασιών της HIV λοίμωξης.³⁹

Ο ιατρός, ανεξαρτήτως ειδικότητας, θα πρέπει να έχει υπόψη του την ποικιλία των κλινικών εκδηλώσεων, ώστε σε κάθε ασθενή που τις εμφανίζει να διερευνά την πιθανότητα HIV λοίμωξης. Ιδιαίτερα θα πρέπει να μη διαφεύγει η διάγνωση της HIV λοίμωξης κατά την πρωτολοίμωξη, όπου τα συμπτώματα μπορεί να είναι από βραχείας διάρκειας έως τέτοιας σοβαρότητας που να απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο.

Ο θεράπων ιατρός του HIV(+) ασθενούς πρέπει να δώσει ιδιαίτερη έμφαση στα κατώτερα σημεία:

1. Αρχική κλινική εκτίμηση του ασθενή
2. Εργαστηριακή εκτίμηση της νόσου
3. Σταδιοποίηση της HIV λοίμωξης.
4. Τακτική, κλινική και εργαστηριακή, παρακολούθηση του ασθενούς.
5. Μακροχρόνια θεραπευτική αντιμετώπιση τόσο της HIV λοίμωξης, όσο και των ευκαιριακών λοιμώξεων και άλλων καταστάσεων που περιλαμβάνονται στον ορισμό του AIDS.
6. Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και ενθάρρυνση του για την αντιμετώπιση της νόσου του με στόχο την ισορροπημένη διαβίωση του στην κοινότητα.
7. Συντονισμό των συμβούλων ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων, που συμβάλουν στη διάγνωση και θεραπεία των ιδιαίτερων προβλημάτων που εμφανίζονται στην πορεία της λοίμωξης. Συχνά ο θεράπων ιατρός πρέπει να συνεργάζεται με ανοσολόγο, δερματολόγο, οφθαλμίατρο, γυναικολόγο ή χειρουργό. Επίσης, μπορεί να απαιτείται η συνεργασία με ειδικό φαρμακολόγο, ψυχολόγο, διαιτολόγο και κοινωνικό λειτουργό.

Για την εργαστηριακή διάγνωση και παρακολούθηση της HIV λοίμωξης χρησιμοποιούνται ειδικές ανοσολογικές, ιολογικές και μικροβιολογικές εξετάσεις, όπως η μέτρηση υποπληθυσμών Τ λεμφοκυττάρων, ο προσδιορισμός του ιικού φορτίου στο πλάσμα, η ανίχνευσή του ιού HIV με την μέθοδο της PCR. Η εκτέλεση των εξετάσεων απαιτεί εξειδικευμένα εργαστήρια με κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό και την απαραίτητη τεχνογνωσία και υποδομή.

Κλινική Εκτίμηση (+) Ασθενούς

1.Λήψη πλήρους επιδημιολογικού ιστορικού
2.Ιστορικό τρόπου μόλυνσης, αν είναι δυνατόν
3.Πλήρης φυσική εξέταση με έμφαση στο δέρμα, βλεννογόνους, νευρικό και μυοσκελετικό σύστημα.
4.Αξιολόγηση νοητικής λειτουργίας και ψυχικής κατάστασης
5.Αρχικόςβιοχημικός,αιματολογικός,μικροβιολογικός,ιολογικός, ανοσολογικός έλεγχος.
6.Αξιολόγηση επάρκειας ανοσοποιητικού συστήματος

7. Με τα ανωτέρω αποτελέσματα:

↓
Σταδιοποίηση HIV λοίμωξης
↓

Λήψη απόφασης: α) Έναρξη ή μη χημειοπροφύλαξης.
β) Έναρξη ή μη αντιρετροϊκής αγωγής

8. Θεραπεία ευκαιριακών λοιμώξεων και νεοπλασιών

4.1.2. Αρχική κλινική εκτίμηση

Η πρώτη κλινική και εργαστηριακή εκτίμηση του ασθενούς περιλαμβάνει:

- ✓ Την λήψη πλήρους επιδημιολογικού ιστορικού.
- ✓ Τον προσδιορισμό, όσο είναι δυνατόν, του τρόπου και χρόνου μόλυνσης του.
- ✓ Την πλήρη φυσική εξέταση και αξιολόγηση των παθολογικών ευρημάτων.
- ✓ Την αξιολόγηση της διανοητικής λειτουργίας και της ψυχικής κατάστασης του.
- ✓ Τον αρχικό εργαστηριακό έλεγχο.
- ✓ Την αξιολόγηση της ανοσολογικής του κατάστασης.

Με την συγκέντρωση όλων των ανωτέρω αποτελεσμάτων γίνεται η σταδιοποίηση του ασθενούς κατά CDC/93. Ακολουθεί η απόφαση χορήγησης ή μη αντιρετροϊκής αγωγής ή/ και χημειοπροφύλαξης όπου απαιτείται. Αντιμετωπίζονται επιπλέον οι τυχόν ευκαιριακές λοιμώξεις ή και άλλες παθολογικές καταστάσεις που ανευρίσκονται.

Αφού ολοκληρωθεί η αρχική εκτίμηση και η σταδιοποίηση του ασθενούς, η συχνότητα της παρακολούθησης του καθορίζεται από τον θεράποντα ιατρό ανάλογα από το στάδιο ή τις ειδικές ανάγκες του ασθενούς.

Στην πρώτη ιατρική συνάντηση οι ασθενείς συνήθως έχουν πολλές απορίες και αγωνία σχετικά με το τι πρόκειται να τους συμβεί. Θα πρέπει να καθησυχάζεται ο ασθενής με την ενημέρωση του για την μακροχρόνια πορεία της HIV- λοίμωξης και να ενθαρρύνεται στην απαραίτητη προσπάθεια που πρέπει ο ίδιος να καταβάλει για την αντιμετώπιση της.



Εκτός από την ενημέρωση, στόχος της πρώτης επαφής μεταξύ ασθενούς και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι και η δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης. Η ανάπτυξη εμπιστοσύνης είναι απαραίτητη, ώστε ο ασθενής να συμμορφώνεται με τις υποδείξεις του ιατρού, τόσο όσον αφορά την θεραπεία του, όσο και τα μέτρα προφύλαξης που πρέπει να λαμβάνει στην οικογενειακή του ζωή και την σεξουαλική του δραστηριότητα.

Στον παρακάτω πίνακα αναφέρονται τα βασικά βήματα σύμφωνα με τα οποία γίνεται η αρχική εκτίμηση των HIV(+) ασθενών. Αυτά συμπληρώνονται με ειδικές εξετάσεις ανάλογα με τα συμπτώματα και τα ευρήματα του κάθε ασθενούς.

Αρχική εκτίμηση HIV(+) ασθενών

1.Λεπτομερές ιστορικό και πλήρης φυσική εξέταση	6.Ιολογική αξιολόγηση α)προσδιορισμός ιικού φορτίου β)προσδιορισμός p24 αντιγόνου
2.Αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος	7.Απεικονιστικός έλεγχος ο οποίος περιλαμβάνει ακτινογραφία θώρακος, υπερηχογράφημα άνω-κάτω κοιλίας, αξονική τομογραφία (CT) εγκεφάλου. Όπου απαιτείται συμπληρώνεται ο έλεγχος και με CT σε άλλες περιοχές του σώματος.
3.Αναζήτησηπαθογόνων μικροοργανισμών: α)Δείκτες ηπατίτιδας A,B,C. β)Ορολογικές εξετάσεις ερπητοϊών. γ)Ορολογικές εξετάσεις σύφιλης, τοξοπλάσματος και λεισμανίασης. δ)Παρασιτολογικές εξετάσεις και καλλιέργειες κοπράνων. ε)Δερματοαντίδραση mantoux.	8.Προσδιορισμός επιπέδων γλυκόζης-6-φωσφορικής δεϋδρογονάσης. 9. Αξιολόγηση για λήψη μέτρων Κοινωνικής Πρόνοιας
4.Εκτίμησηανοσολογικής κατάστασης με: α)προσδιορισμό υποπληθυσμών λεμφοκυττάρων β)εκτέλεση δερματοαντιδράσεων γ)μέτρηση ανοσοσφαιρινών	10.Πλήρης γυναικολογικός έλεγχος
5.Δήλωση κρούσματος στο Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων.	11.Ψυχοκοινωνική εκτίμηση.

1. Ιστορικό και φυσική εξέταση

Στο εξωτερικό ιατρείο για κάθε ασθενή δημιουργείται φάκελος που περιλαμβάνει: α) το πλήρες ιστορικό του ασθενούς β) όλα τα αποτελέσματα των

εργαστηριακών εξετάσεων γ) φύλλο πορείας νόσου, το οποίο ενημερώνεται από τον ιατρό σε κάθε επίσκεψη του ασθενούς. Καταγράφεται επιπλέον και κάθε νοσηλεία στο νοσοκομείο. Ο φάκελος είναι απαραίτητος λόγω τα μακροχρόνια παρακολούθησης των ασθενών.

Η λήψη του ιστορικού αρχίζει με το ατομικό αναμνηστικό του ασθενούς. Υπάρχουν ασθενείς που ενώ γνωρίζουν από καιρό το πρόβλημα τους αποφάσισαν καθυστερημένα να ζητήσουν ιατρική βοήθεια για πρώτη φορά. Άλλοι έχουν ξεκινήσει ή και ακόμα θεραπεία στο παρελθόν και έχουν διακόψει.

Κατά τη διάρκεια της λήψης του ατομικού αναμνηστικού, εάν δεν ληφθούν ακριβείς πληροφορίες για τον χρόνο ορρομετατροπής, πρέπει να ακολουθούν κατευθυνόμενες ερωτήσεις, ώστε να προσδιορισθεί κατά το δυνατόν ο χρόνος μόλυνσης. Αυτό δεν είναι πάντα εύκολο να γίνει, σημαντικό δε ρόλο παίζει η δεξιοτεχνία και η εμπειρία του ιατρού.

Με την λήψη ιστορικού επιδιώκεται:

α)ΠΟΤΕ

Ο ακριβής προσδιορισμός του χρόνου μόλυνσης

β)ΠΩΣ

Τρόπος μετάδοσης

Ο κύριος λόγος της προσπάθειας ανεύρεσης του ακριβούς χρόνου της ορρομετατροπής είναι για τον προσδιορισμό του χρονικού σημείου που βρίσκεται ο ασθενής στην εξέλιξη της φυσικής πορείας της νόσου του, που διαρκεί από 2 έως περισσότερα από 20 έτη. Σε αυτό θα βοηθήσει καθοριστικά και η ιολογική και ανοσολογική εικόνα του ασθενούς.

Με τις κατευθυνόμενες ερωτήσεις γίνεται προσπάθεια να προσδιοριστεί κλινικό σύμβαμα που να συνδέεται με το σύνδρομο πρωτολοίμωξης. Άλλοτε πάλι μπορεί να υπολογιστεί η διάρκεια της λοίμωξης, από την εκδήλωση ειδικών ευκαιριακών λοιμώξεων όπως π.χ επεισόδιο έρπητα ζωστήρα, που εμφανίζεται συνήθως ένα έτος πριν από την εκδήλωση πλήρους AIDS. Από το ιστορικό είναι απαραίτητο να διερευνηθεί αν ο εξεταζόμενος ασθενής βρίσκεται στο στάδιο της πρωτολοίμωξης διότι αυτό απαιτεί διαφορετική θεραπευτική αντιμετώπιση.

Το πλήρες ιστορικό περιλαμβάνει:

1. Ατομικό αναμνηστικό: περιγράφονται όλα τα παρελθόντα νοσήματα, νοσηλείες ή επεμβάσεις που μπορεί να είχε ο ασθενής, από την παιδική του ηλικία μέχρι την παρούσα στιγμή, καθώς και οι εμβολιασμοί που έχει υποβληθεί. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται όταν αναφέρεται ιστορικό από ορισμένα νοσήματα και συγκεκριμένα:

- ✓ Επί ιστορικού φυματίωσης προσδιορίζεται ο χρόνος διάγνωσης και το είδος της θεραπείας που έλαβε. Επίσης καταγράφονται τα αποτελέσματα δερματοαντιδράσεων Mantoux.
- ✓ Επί ιστορικού συφιλίδος θα πρέπει να εκτιμηθεί ο πιθανός χρόνος μόλυνσης, η έκταση της νόσου, το είδος και η διάρκεια της θεραπείας. Αναζητάται επιπλέον το αποτέλεσμα της τελευταίας εξέτασης VDRL αν έχει γίνει.³⁹

- ✓ Επί ιστορικού έρπητα γεννητικών οργάνων θα πρέπει να γίνονται τέτοιες ερωτήσεις ώστε να προσδιορίζεται η συχνότητα και η διάρκεια των υποτροπών, καθώς και η ανταπόκριση τους σε τοπική ή συστηματική θεραπεία.
- ✓ Με κατευθυνόμενες ερωτήσεις αναζητάται πιθανόν ιστορικό άλλου σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος. Επί θετικού ιστορικού προσδιορίζεται ο χρόνος και η διάρκεια της θεραπείας του.
- ✓ Σε HIV(+) γυναίκες λαμβάνεται πλήρες γυναικολογικό ιστορικό. Ιδιαίτερα ερωτώνται αν υπήρχε ποτέ ατυπία ή δυσπλασία του τραχήλου της μήτρας και πως αντιμετωπίστηκε. Επίσης οι ασθενείς ερωτώνται για τον χρόνο και το αποτέλεσμα της τελευταίας κολπικής κυτταρολογικής εξέτασης.

2. Οικογενειακό ιστορικό: Καταγράφονται στοιχεία για : α) ιστορικό κληρονομικών ή εκφυλιστικών νοσημάτων όπως: καρδιοπάθειες, σακχαρώδης διαβήτης, νεοπλασίες. β) πιθανά λοιμώδη μεταδοτικά νοσήματα μεταξύ σεξουαλικών συντρόφων.

3. Τρόποι και συνήθειες ζωής:

α) Τρόπος διαβίωσης: προσδιορίζεται αν ο ασθενής ζει μόνος ή με άλλο άτομο, τους συγγενείς του ή με τον σεξουαλικό του σύντροφο. Ερωτάται αν υπάρχουν κατοικίδια ζώα στο σπίτι, στον κήπο ή στην εξοχική κατοικία. Επίσης, καταγράφεται αν έχει κήπο ή φυτά και αν το περιποιείται ο ασθενής

β) Εργασία: προσδιορίζεται το είδος της εργασίας και ο χώρος της.

γ) Επίπεδο μόρφωσης.

δ) Ταξίδια και παραμονή στο εξωτερικό με ανάπτυξη σεξουαλικής δραστηριότητας. Όταν αναφέρεται μετανάστευση προσδιορίζεται ακριβώς ο τόπος και ο χρόνος.

ε) Χρήση καπνού, αλκοόλης ή άλλων εθιστικών ουσιών, η συχνότητα, η ποσότητα και το χρονικό διάστημα χρήσης τους.³⁹

4.1.3. Κλινική εξέταση

Μετά την λήψη του ιστορικού ακολουθεί η κλινική εξέταση κατά συστήματα και γίνεται πλήρης περιγραφή των παθολογικών αντικειμενικών ευρημάτων. Η μακροχρόνια παρακολούθηση ασθενών με HIV/AIDS αποκάλυψε, ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων σπανίων ή και αγνώστων έως σήμερα. Οι κλινικές εκδηλώσεις μπορεί να είναι αποτέλεσμα λοιμώξεων από μικροβιακούς, παρασιτικούς ή ιογενείς παράγοντες, με διαφορετική από τη συνήθη εμφάνιση λόγω μέτριας ή σοβαρής ανοσοκαταστολής. Επίσης μπορεί να οφείλονται σε επιθετικές νεοπλασίες του λεμφικού συστήματος, καθώς και σε γνωστές ή άγνωστες ανεπιθύμητες ενέργειες των χρησιμοποιούμενων αντερετροϊκών ή άλλων φαρμάκων.

Θεωρείται αναγκαία η σχολαστική επισκόπηση και η κλινική εξέταση του ασθενή, όχι μόνο τόσο κατά την αρχική εκτίμηση αλλά και κατά την τακτική παρακολούθηση του.

Κατωτέρω αναλύονται τα παθολογικά ευρήματα που αναζητούνται στην κλινική εξέταση των HIV(+) ασθενών.

α. Θερμοκρασία: Ιστορικό «δεκατικής» πυρετικής κίνησης (37,2-37,8⁰ C ή πυρετού >38⁰ C διάρκειας δύο εβδομάδων, μπορεί να αποτελεί εκδήλωση HIV-

λοιμώξης ή ευκαιριακής λοίμωξης ή και ακόμα νεοπλασίας. Σε κάθε επίσκεψη γίνεται θερμομέτρηση, καθώς και ερωτήσεις για πιθανή εμφάνιση πυρετού κατά τα διαστήματα των επισκέψεων. Όταν αναφέρεται ή ανευρίσκεται θερμοκρασία $>38^{\circ}\text{C}$ συστήνεται η ημερήσια παρακολούθηση και καταγραφή της από τον ασθενή επί δύο εβδομάδες, ώστε να διαπιστωθεί ο τύπος του πυρετού που θα βοηθήσει και στην αξιολόγηση. Σημειώνεται ότι η χορήγηση αντιβιοτικών ή αντιπυρετικών φαρμάκων τροποποιεί τα ημερήσια πυρετικά κύματα.

β. Βάρος: Η μέτρηση του βάρους του ασθενούς είναι απλή μέθοδος ελέγχου της κατάστασης της υγείας του. Η απώλεια βάρους είναι χαρακτηριστικό εύρημα της AIDS νόσου.

Καταγραφή του βάρους γίνεται σε κάθε επίσκεψη του HIV(+) ασθενούς στο εξωτερικό ιατρείο. Σημαντική απώλεια βάρους, όταν δεν είναι αποτέλεσμα κακής διατροφής, είναι ένδειξη αναζήτησης λανθάνουσας ευκαιριακής λοίμωξης, Κακοήθειας ή δυσμενούς εξέλιξης της HIV- νόσου.

Εκτός από την μέτρηση του βάρους, παρατηρείται και καταγράφεται η κατανομή της μυϊκής μάζας και του λίπους στο σώμα. Απώλεια μυϊκής μάζας συνοδεύει την εξέλιξη της AIDS νόσου και εμφανίζεται στο σύνδρομο της AIDS καχεξίας ή μπορεί να είναι αποτέλεσμα ανεπιθύμητων ενεργειών αντιρετροϊκών φαρμάκων. Οι αναστολείς της πρωτεάσης προκαλούν λιποδυστροφία.

γ. Οφθαλμοί: Η αμφιβληστροειδίτιδα είναι η περισσότερη συχνή οπτική παθολογική εκδήλωση της HIV- νόσου. Επίσης, μπορούν να εμφανιστούν και άλλες αμφιβληστροειδοπάθειες, οπτική νευρίτις, ερπητική κερατίτις, καθώς και νεοπλασίες όπως σάρκωμα Karosi επιπεφυκότος.

Ο κυτταρομεγαλοϊός (CMV) είναι η περισσότερο συχνή αιτία της αμφιβληστροειδίτιδας και εμφανίζεται περίπου στο 20% των ασθενών με AIDS και , σχεδόν πάντα, σε εκείνους με $\text{CD4}^+ < 100 \text{ mm}^3$.

Για ασθενείς με $\text{CD4}^+ < 100 \text{ mm}^3$ ενδείκνυται η βυθοσκόπηση προληπτικά ανά 3-4 μήνες, για δε τους υπόλοιπους ασθενής όποτε εμφανισθούν ειδικά προβλήματα από τους οφθαλμούς.

Η βυθοσκόπηση πρέπει να γίνεται εκτός από τον θεράποντα ιατρό και από οφθαλμίατρο με εμπειρία στη HIV λοίμωξη, ώστε να είναι δυνατή η διαφοροδιάγνωση μεταξύ πρώιμης αμφιβληστροειδίτιδας και άλλων οφθαλμικών παθήσεων.

δ. Στοματική κοιλότητα: Νοσήματα της στοματικής κοιλότητας εμφανίζονται σε περισσότερο από το 50% των ασθενών, σε όλα τα στάδια της HIV λοίμωξης. Η στοματική κοιλότητα θα πρέπει να ελέγχεται σε κάθε επίσκεψη και να δίνονται συμβουλές και συστάσεις για την υγιεινή του στόματος.

Επίσης, θα πρέπει να συστήνεται τακτικός οδοντιατρικός έλεγχος ώστε να αντιμετωπίζονται πιθανά προβλήματα, διότι συχνά τερηδονισμένοι οδόντες αποτελούν εστίες λοιμώξεων.

ε. Λεμφαδένες: Απαιτείται προσεκτική ψηλάφηση σε όλες τις προσιτές θέσεις για ανεύρεση παθολογικών λεμφαδένων και παρακολουθείται η θέση το μέγεθος και η υφή τους σε κάθε επίσκεψη, ώστε να διαπιστώνονται εύκολα οι μεταβολές όταν εμφανιστούν. Συχνό συνοδό εύρημα της HIV- λοίμωξης είναι συνήθως η τραχηλική και η βουβωνική λεμφαδενοπάθεια.

Επισημαίνεται ότι η λεμφαδενοπάθεια δεν οφείλεται πάντα μόνο στον ιό HIV. Η εμφάνιση οξέως και ταχέως αυξανόμενων λεμφαδένων πιθανόν να αποτελεί ένδειξη νεοπλασματικής νόσου, όπως λεμφώματος ή ευκαιριακής λοίμωξης. Σε

επιμένουσα ή οξείως εμφανιζόμενη λεμφαδενοπάθεια, ιδιαίτερα όταν είναι ελεγχόμενη η HIV- λοίμωξη, μπορεί να χρειασθεί εξαίρεση του πιο προσιτού παθολογικού λεμφαδένα και ιστολογική εξέταση.

στ. Θωρακική κοιλότητα: α) Αναπνευστικό: Προσεκτική επισκόπηση του θώρακα και ακρόαση γίνεται σε κάθε επίσκεψη. Κατά την αρχική αξιολόγηση του HIV(+) ασθενούς, η εξέταση των πνευμόνων συμπληρώνεται με ακτινογραφία θώρακος.

Όταν υπάρχει αρχική ακτινογραφία είναι ευκολότερη η διαφορική διάγνωση λοιμώξεων ή άλλων συστηματικών νοσημάτων με πνευμονική εντόπιση που θα εμφανισθούν μελλοντικά.

Επί θετικών ή ασαφών ευρημάτων από την ακτινογραφία ο έλεγχος συνεχίζεται με αξονική τομογραφία θώρακος από όπου αναδεικνύονται τυχόν παθολογικοί λεμφαδένες μεσοθωρακίου ή αποσαφηνίζονται άλλες βλάβες. Όταν κρίνεται απαραίτητο ο έλεγχος ολοκληρώνεται με βρογχοσκόπηση και βιοψία. Ο απεικονιστικός έλεγχος επαναλαμβάνεται επί εμφανίσεως παθολογικών ευρημάτων κατά την διάρκεια της μακροχρόνιας παρακολούθησης.

β) Κυκλοφορικό: Καρδιολογική εκτίμηση με ακρόαση και ηλεκτροκαρδιογράφημα γίνεται στην πρώτη κλινική εξέταση. Η ακτινογραφία θώρακος αναδεικνύει πιθανή καρδιομεγαλία. Επί παθολογικών ευρημάτων ο έλεγχος συνεχίζεται με υπερηχογράφημα καρδιάς και άλλες επεμβατικές ή μη μεθόδους. HIV- μυοκαρδιοπάθεια, καθώς και άλλες καρδιοπάθειες, πρέπει να αποκλείονται, ιδιαίτερα σε ασθενείς με συμβατό ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό.

ζ. **Πεπτικό:** Νοσήματα του οισοφάγου ου εκδηλώνονται με δυσκαταποσία και οδυνοφαγία, εμφανίζονται στο 40%-50% των ασθενών με HIV- νόσο.

Συμπτώματα όπως ανορεξία, ναυτία και πρόωρο αίσθημα πληρότητας είναι πιθανόν να δηλώνουν ειδική ή μη γαστρίτιδα που μπορεί να εμφανιστεί στην HIV- λοίμωξη. Η διάρροια είναι η πιο συχνή εκδήλωση των εντεροπαθειών που συνδυάζονται με την HIV- λοίμωξη και εμφανίζεται στο 50%-90% των ασθενών κατά την διάρκεια της φυσικής πορείας της νόσου.

Κατά την κλινική εξέταση γίνονται ερωτήσεις για την πιθανή εμφάνιση των ανωτέρω συμπτωμάτων. Όταν υπάρχουν θετικά συμπτώματα ακολουθεί ενδοσκοπικός έλεγχος, ώστε να ληφθεί και ιστολογικό υλικό προς διάγνωση.

Η ανεύρεση ηπατοσπληνομεγαλίας, καθώς και παθολογικών μεσεντέριων λεμφαδένων είναι συχνά ευρήματα της HIV- λοίμωξης. Απαραίτητο θεωρείται το υπερηχογράφημα άνω-κάτω κοιλίας κατά την αρχική κλινική εκτίμηση. Εάν είναι εφικτό ορισμένοι συνιστούν ακόμη και αξονική τομογραφία, ώστε να προσδιορίζονται σαφώς τα παθολογικά ευρήματα από την άνω και κάτω κοιλία, αλλά και για σύγκριση σε πιθανές μελλοντικές παθολογικές καταστάσεις.

Κατά την κλινική εξέταση ελέγχεται ψηλαφητικά το ήπαρ και ο σπλην και επί παθολογικών ευρημάτων περιγράφεται το μέγεθος και η σύσταση τους. Αξιολογείται και πιθανή μεταβολή. Αναζητώνται κλινικά σημεία ασκίτου, που μπορεί να συνοδεύει λοιμώξεις όπως φυματίωση, νεοπλασίες ή φλεγμονώδη νόσο της πύελου στις γυναίκες.

η. **Δέρμα:** Δερματικές εκδηλώσεις εμφανίζονται πολύ συχνά σε ασθενείς με HIV νόσο, οι οποίες κάνουν συχνά υποτροπές ή έχουν φτωχή ανταπόκριση στις χρησιμοποιούμενες θεραπείες.

Οι HIV(+) ασθενείς εμφανίζουν αυξημένη επίπτωση σε αντιδράσεις υπερευαισθησίας σε διάφορα φάρμακα, εκδηλούμενες με αλλεργικό εξάνθημα ή και με πιο σοβαρές κλινικές εικόνες. Η δερματολογική εξέταση δεν πρέπει να

παραλείπει την εξέταση της περιοχής των γεννητικών οργάνων και της περιεδρικής χώρας, ώστε να ανευρίσκονται πιθανά έλκη, κονδυλώματα ή άλλες βλάβες.

Θ. Νευρολογική εξέταση: Όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να υποβάλλονται σε αδρή νευρολογική εκτίμηση από τον θεράποντα ιατρό. Ιδιαίτερα σε ασθενείς με κλινικό AIDS θα πρέπει να αναζητούνται σημεία HIV εγκεφαλοπάθειας. Αναζητούνται τα πρώτα συμπτώματα ελάττωσης της συγκέντρωσης, διαταραχών μνήμης, έλλειψης συνειρμού, καθώς και πρόωρης εκδήλωσης μηχανικών δυσλειτουργιών, όπως αστάθειας και ασυνέργειας. Αναζητώνται δυσκολίες στην ανταπόκριση λόγου και ψυχολογική ή συναισθηματική αστάθεια όπως διέγερση, κυκλοθυμία, κατάθλιψη.

Ελέγχονται η αισθητικότητα, τα τενόντια και πελματιαία αντανακλαστικά, καθώς και σημεία περιφερικής νευροπάθειας. Επί παθολογικών ευρημάτων συνεχίζεται ο έλεγχος με απεικονιστικές μεθόδους.

Μετά την ολοκλήρωση του ιστορικού και της κλινικής εξέτασης, ο ασθενής ή εισάγεται στο νοσοκομείο για περαιτέρω έλεγχο ή του προσδιορίζεται ο χρόνος της επόμενης επίσκεψης για επαναξιολόγηση μαζί με τις εργαστηριακές ιολογικές και ανοσολογικές εξετάσεις. Καλό είναι να αρχίζει επίσης η διαπαιδαγώγηση του ασθενούς για απόκτηση ασφαλούς συμπεριφοράς, τόσο προς τον εαυτό του όσο και στους άλλους.

Επίσης, θα πρέπει να παροτρύνεται ο ασθενής στο να ενημερώσει τους σεξουαλικούς του συντρόφους ώστε να ελεγχθούν για οροθετικότητα στον HIV ιό.

4.1.4. Αιματολογικός έλεγχος

Στους ασθενείς με HIV- λοίμωξη συχνή είναι η αναιμία καθώς και η θρομβοπενία, η οποία μπορεί να είναι δευτεροπαθής, οφειλόμενη σε ευκαιριακές λοιμώξεις και νεοπλασίες, ή να πρόκειται για ιδιοπαθή θρομβοπενική πορφύρα.

Ο αιματολογικός έλεγχος συνήθως σε άτομα με $CD4+ < 200/mm^3$ μπορεί να αναδείξει μέτρια έως σοβαρή λευκοπενία, αναιμία ή θρομβοπενία. Όταν από τους μορφολογικούς χαρακτήρες της γενικής αίματος υπάρχουν ενδείξεις αιματολογικών νοσημάτων, συνεχίζεται ο έλεγχος με μυελόγραμμα ή με οστεομυελική βιοψία.

Η συχνότητα της εξέτασης κατά την διάρκεια της παρακολούθησης των HIV(+) ασθενών ποικίλει ανάλογα με τα αρχικά ευρήματα. Για ασθενείς που δεν παρουσιάζουν αιματολογικές διαταραχές, η συχνότητα εξέτασης είναι ανά 3-4 μήνες.

Σε περίπτωση χορήγησης αντιρετροϊκής θεραπείας ή άλλου φαρμάκου που προκαλεί κυτταροπενία ή αναιμία, αρχικά η εξέταση γίνεται ανά 15νήμερο και στην συνέχεια μηνιαίως.

4.1.5. Βιοχημικός έλεγχος

Ο βιοχημικός έλεγχος κατά την πρώτη εκτίμηση έχει σκοπό να ελέγξει τόσο την ηπατική και νεφρική λειτουργία, όσο και τις υπόλοιπες παραμέτρους της φυσιολογικής λειτουργίας των ασθενών. Εκτός των βιοχημικών διαταραχών που μπορεί να οφείλονται στη HIV λοίμωξη, πιθανόν να συνυπάρχουν και άλλες παθολογικές καταστάσεις και πρέπει να αναζητώνται.³⁹

Η συχνότητα του βιοχημικού έλεγχου κατά την μακροχρόνια παρακολούθηση είναι ανά 2-4 μήνες, αλλά καθορίζεται κυρίως από τα ειδικά προβλήματα που προκύπτουν κατά την πορεία της λοίμωξης.

Η ανεύρεση φυσιολογικών ευρημάτων κατά την πρώτη εκτίμηση χρησιμεύει σαν βάση για την διαφορική διάγνωση επόμενων μεταβολών που μπορεί να συνδέονται με ευκαιριακή λοίμωξη, νεοπλασία ή τοξικότητα φαρμάκου.

Η ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη στη χορήγηση φαρμάκων και να γίνεται προσαρμογή των δόσεων. Ασθενείς που λαμβάνουν φάρμακα που επηρεάζουν βιοχημικές παραμέτρους, θα πρέπει να ελέγχονται ανά τακτά διαστήματα.

Βιοχημικές μεταβολές σχετιζόμενες με HIV- λοίμωξη

Αύξηση τιμών	Μείωση τιμών
Ηπατικών ενζύμων	Χοληστερίνης
Κρεατινίνης ορού	Ουρικού οξέος
Γαλακτικής αφυδρογονάσης	Νατρίου
Αμυλάσης ορού	Λευκοματίνης ορού
Μυϊκού κλάσματος κρεατινικής φωσφοκινάσης	
Τριγλυκεριδίων	

4.1.6. Μικροβιολογικός έλεγχος

α. Αναζήτηση ηπατίτιδας Β και C

Ορολογική ανίχνευση ηπατίτιδος Β και C γίνεται με αναζήτηση Αυστραλιανού αντιγόνου ηπατίτιδος Β και αντισώματα ηπατίτιδος C, τόσο σε ασθενείς με επηρεασμένη ηπατική λειτουργία όσο και στους έχοντες φυσιολογικές τιμές ενζύμων.

Συνυπάρχουσα λοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδος C είναι πολύ συχνή σε HIV(+) ασθενείς χρήστες ενδοφλεβίων ουσιών ή πολυμεταγγιζόμενους(>50%).

β. Ορολογικές εξετάσεις ερπητοϊών

Κατά την αρχική εκτίμηση γίνεται πάντα αναζήτηση IgG και IgM αντισωμάτων ερπητοϊών, όπως του κυτταρομεγαλοϊού, του απλού έρπητα, του έρπητα ζωστήρα-ανεμοβλογιάς και του ιού Epstein Barr. Όταν δε ανιχνεύονται IgG αντισώματα, έχει μεγάλη σημασία η ενημέρωση του ασθενούς, ώστε να περιορισθεί στο μέλλον η έκθεση του στους ανωτέρω ιούς.

Επανελέγχος γίνεται κάθε φορά που τίθεται κλινική υποψία ή ετησίως.

γ. Άλλες ορολογικές εξετάσεις

α) Η επίπτωση θετικών ορολογικών εξετάσεων για σύφιλη μεταξύ των ομοφυλοφίλων HIV(+) ασθενών φαίνεται να είναι 5 φορές περισσότερη από ότι μεταξύ των υπολοίπων ομοφυλοφίλων. Η συχνότητα εμφάνισης κάνει αναγκαίο τον

έλεγχο κατά την αρχική εκτίμηση όλων των ασθενών με VDRL ή RPR ορού. Ψευδώς θετικά και αρνητικά αποτελέσματα έχουν αναφερθεί σε HIV(+) ασθενείς αλλά είναι σπάνια.

β) Η εγκεφαλική τοξοπλάσμωση είναι συχνή στους ασθενείς με AIDS, με ανιχνεύσιμα αντισώματα IgG στον ορό. Πρέπει να γίνεται ανίχνευση αντισωμάτων IgG και IgM τοξοπλάσματος *godii* στον ορό, κατά την αρχική εκτίμηση.

γ) Λόγω της σοβαρότητας της νόσου, καλό είναι να γίνεται στα πλαίσια της αρχικής αξιολόγησης αναζήτηση αντισωμάτων λείσμανίας.

δ. Ανίχνευση επιπέδων G-6PD

Στα πλαίσια της αρχικής αξιολόγησης, πρέπει να προσδιορίζεται η ύπαρξη φυσιολογικών επιπέδων ή η έλλειψη του ενζύμου G6PD, γιατί κατά την εξέλιξη της HIV-λοίμωξης πιθανόν να χρειαστεί η χορήγηση φαρμάκων που αντεδεικνύται επί απουσίας του.

Μείωση	Αύξηση
Εξωγενής λήψη κορτικοειδών	Σπληνεκτομή (αυξάνεται σημαντικά ο αριθμός των CD4 στο περιφερικό αίμα)
Οξεία CMV λοίμωξη	
Φυματίωση	
Ορισμένες μικροβιακές λοιμώξεις	
Ιστοπλάσμωση	
Κάθε χειρουργική επέμβαση	
Στρες, έντονη σωματική αύξηση	
Εγκυμοσύνη	
Λήψη κοκκαΐνης	

ε. Παρασιτολογικές εξετάσεις και καλλιέργειες κοπράνων

Λόγω της συχνής εμφάνισης γαστρεντερικών λοιμώξεων από διάφορα παθογόνα αίτια, ιδιαίτερα σε ομοφυλόφιλους άνδρες, θα πρέπει στην αρχική εκτίμηση αλλά και όποτε υπάρχουν κλινικές ενδείξεις, να γίνονται περισσότερες από μία παρασιτολογικές εξετάσεις και καλλιέργειες κοπράνων.

4.1.7. Εκτίμηση ανοσολογικής κατάστασης

α) Υποπληθυσμοί CD4+T λεμφοκυττάρων

Κατά την διάρκεια της HIV λοίμωξης παρατηρείται βαθμιαία έως οριστική ελάττωση του αριθμού των κυκλοφορούντων λεμφοκυττάρων και ιδιαίτερα των βοηθητικών CD4+ λεμφοκυττάρων, η οποία συνοδεύεται από βαριά δυσλειτουργική διαταραχή όλων των λεμφοκυτταρικών πληθυσμών. Ο αριθμός των CD4+ προσδιορίζει κυρίως την ανοσολογική κατάσταση του HIV(+) ασθενούς, αλλά και την πρόοδο της νόσου.³⁹

Παράγοντες που επηρεάζουν τα CD4+T λεμφοκύτταρα

Κατά την παρακολούθηση των σθενών θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψη ότι τα CD+T λεμφοκύτταρα είναι πολύ ευαίσθητος δείκτης. Υπάρχουν εποχιακές αλλαγές του αριθμού τους, ακόμα και στους υγιείς ενήλικους. Επίσης, διακυμάνσεις έχουν παρατηρηθεί κατά την διάρκεια της ημέρας, με το χαμηλότερο επίπεδο την 12:30 και το υψηλότερο την 18:30. Παράγοντες που επηρεάζουν εύκολα και σημαντικά τον αριθμό τους αναφέρονται στον παραπάνω πίνακα.

Η συχνότητα ελέγχου των λεμφοκυττάρων ορίζεται κυρίως από τις ανάγκες της παρακολούθησης του ασθενούς, την εξέλιξη της λοίμωξης και την χορήγηση ή όχι αντιρετροϊκής θεραπείας.

β) Άλλες παράμετροι που προσδιορίζουν την ανοσολογική κατάσταση

Στοιχεία για την ανοσολογική κατάσταση του ασθενούς μπορούν να δοθούν και από τον προσδιορισμό ορισμένων λεμφοκινών όπως της ιντερλευκίνης και ιντερφερόνης- γ , καθώς των ανοσοσφαιρινών. Συχνά παρατηρείται πολυκλωνική ή ολιγοκλωνική υπεργαμμασφαιριναιμία.

Υψηλά επίπεδα $\beta 2$ - μικροσφαιρίνης συνδυάζονται με πρόοδο της νόσου. Λόγω της μη ειδικότητας αυτών των παραμέτρων στην HIV λοίμωξη, καθώς και της δυσκολίας εκτέλεσής τους, ο έλεγχος τους συνήθως δεν γίνεται και δεν προσφέρει ιδιαίτερα στην παρακολούθηση των ασθενών.

γ) Δοκιμασία δερματοαντιδράσεων

Αναφέρεται ότι το 75% των HIV(+) ασθενών με $CD4 < 200/mm^3$ εμφανίζει ανεργία σε αντιγονικά ερεθίσματα ενεθέντα υποδορίως. Ένας τρόπος για να ελέγχεται η λειτουργικότητα των λεμφοκυττάρων και η ανοσολογική κατάσταση των ασθενών, είναι η μέτρηση της ικανότητας τους να αντιδρούν σε χορηγούμενο υποδορίως αντιγόνο. Για το αντιγόνο αυτό κυκλοφορούν στο αίμα αντισώματα λόγω λειτουργίας των μνημονικών κυττάρων. Οι δοκιμασίες δερματοαντοδράσεων, γίνονται κατά την αρχική κλινική εκτίμηση των ασθενών. Οι ευρέως χρησιμοποιούμενες είναι:

- Το πακέτο των πολλαπλών δερματοαντοδράσεων. Αποτελεί συνδυασμό επτά αντιγόνων: τοξοειδές τετάνου, διφθερίτιδας, κοκίτη, παρωτίτιδας, Candida, πνευμονιόκκοκου, και μυκοβακτηριδίου φυματίωσης, καθώς και ενός υλικού αδρανούς ελέγχου. Με αυτά εμποτίζονται ακίδες οι οποίες ενίονται ταυτόχρονα στο αντιβράχιο του ασθενούς. Ο αριθμός των ερεθισμάτων με θετική απάντηση εκφράζει την ανοσολογική κατάσταση του HIV(+) ασθενούς
- Η δερματοαντίδραση mantoux περιλαμβάνει τη χορήγηση φυματίνης που ενίεται υποδορίως στο αντιβράχιο. Αξιολογείται τι θετικό αποτέλεσμα.

Θετική θεωρείται η mantoux όταν υπάρχει δερματική διήθηση $\geq 5mm$ μέσα σε 48-72 ώρες.

4.1.8. Απεικονιστικός έλεγχος

α) Η ακτινογραφία θώρακος ολοκληρώνει την πρώτη κλινική εξέταση του αναπνευστικού και του καρδιαγγειακού συτήματος. Από αυτή είναι δυνατόν να διαγνωσθούν λοιμώξεις των πνευμόνων, άλλες πνευμονοπάθειες ή και καρδιοπάθειες. Για τους ασθενείς, η αρχική ακτινογραφία αποτελεί για το μέλλον σημείο συγκρισης επό οξέων μεταβολών.

β) Υπερηχογραφικός έλεγχος άνω και κάτω κοιλίας και επό παθολογικών ευρημάτων αξονική ή μαγνητική τομογραφία θα πρέπει να γίνονται στην αρχική εκτίμηση, τόσο για να διαγνωσθούν πιθανά νοσήματα, όσο και για να υπάρχει σημείο αναφοράς σε πιθανή ανάπτυξη μελλοντικών βλαβών.

γ) Λόγω της συχνής εμφάνισης HIV εγκεφαλοπάθειας, λεμφωμάτων ΚΝΣ ή λοιμώξεων με εγκεφαλική εντόπιση, ενδείκνυται απεικονιστικός έλεγχος εγκεφάλου με αξονική ή με μαγνητική τομογραφία κατά την αρχική εκτίμηση. Επαναλαμβάνεται όταν εμφανισθούν αντίστοιχα νευρολογικά συμπτώματα.

4.1.9. Γυναικολογική αξιολόγηση

Για τις γυναίκες ασθενείς ο έλεγχος περιλαμβάνει προσεκτική ψηλάφηση των μαστών και αναζήτηση σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων, καθώς και πλήρης γυναικολογική εξέταση. Στις γυναίκες με HIV λοίμωξη είναι πολύ συχνές οι υποτροπιάζουσες μυκητιασικές κολπίτιδες και η τραχηλική δυσπλασία. Τα ανωτέρω συσχετίζονται με ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Για αυτόν τον λόγο είναι απαραίτητο στην παρακολούθηση των γυναικών με HIV-λοίμωξη, να γίνεται εκτός από την γυναικολογική εξέταση και Pap test ανά 6μηνο.

4.1.10. Ψυχοκοινωνική εκτίμηση

Η πρώτη εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης του ασθενούς γίνεται από τον θεράποντα ιατρό, από τον οποίο παρέχεται και ανάλογη υποστήριξη. Συνήθως προτείνεται στον HIV(+)ασθενή η επικοινωνία με κατάλληλο ψυχολόγο, η οποία θα συνεχίζεται για όσο χρονικό διάστημα χρειαστεί

4.1.11. Αξιολόγηση για λήψη μέτρων Κοινωνικής Πρόνοιας.

Στην Ελλάδα παρέχεται επίδομα ασθενείας από την Κοινωνική Πρόνοια σε κάθε HIV(+) ασθενή, ανεξάρτητα από την οικονομική του κατάσταση. Γίνεται η συγκεκριμένη ενημέρωση και χορηγείται το απαραίτητο πιστοποιητικό ασθενείας, προκειμένου ο ασθενής να λάβει το ανώτερο επίδομα. Αξιολογείται τόσο η κατάσταση υγείας, όσο και η οικονομική κατάσταση κάθε ασθενούς ώστε, όπου κρίνεται απαραίτητο, να χορηγηθούν τα απαραίτητα πιστοποιητικά προς συνταξιοδότηση ή να ληφθούν άλλα μέτρα βοήθειας π.χ. διαμονή στους ξενώνες και οικονομική ενίσχυση από διαφόρους Συλλόγους.³⁹

4.2. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΣΥΝΗΘΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΙΟ ΗΙV.

4.2.1. ΟΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΤΕΝΙΚΕΣ ΘΕΩΡΗΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΟΞΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

α. Κατανοήστε τους τύπους των νοσημάτων για τους οποίους οι μολυσμένοι από HIV ασθενείς βρίσκονται σε κίνδυνο. Παρά το φαινομενικά ατελείωτο αριθμό διαγνωστικών πιθανοτήτων, οι ειδικοί τύποι νοσημάτων που λαμβάνονται υπ' όψη σε ασθενείς μολυσμένους από ιό HIV περιλαμβάνουν τις κλασικές ευκαιριακές λοιμώξεις, ορισμένες βακτηριακές λοιμώξεις και ορισμένες καταστάσεις κακοήθειας. Επιπλέον, οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν ασθένειες σχετικές με ιδιαίτερη συμπεριφορά των ατόμων. Τέλος οι μολυσμένοι από HIV αναπτύσσουν νοσήματα συνήθη στο γενικό πληθυσμό.

β. Κατά την ερμηνεία των σημείων και συμπτωμάτων, ξανασκεφτείτε τις πρόσφατες τιμές των CD4 κυττάρων. Ορισμένα ευκαιριακά νοσήματα είναι πιθανά μόνο όταν υπάρχει σημαντική ανοσοανεπάρκεια. Για παράδειγμα, η κεφαλαλγία σε έναν ασθενή με αριθμό $CD4 < 600$ κύτταρα/ mm^3 είναι περισσότερο πιθανό να είναι καλοήθης, παρά εξαιτίας κρυπτοκοκκικής μηνιγγίτιδας. Αντίθετα, η πρόσφατη κεφαλαλγία σε έναν ασθενή με $60 CD4$ λεμφοκύτταρα/ mm^3 απαιτεί επιθετικότερη διαγνωστική προσέγγιση, προκειμένου να αποκλειστούν ευκαιριακές επεξεργασίες, όπως η κρυπτοκοκκική μηνιγγίτιδα, η τοξοπλάσμωση του ΚΝΣ ή το λέμφωμα του ΚΝΣ.

γ. Αναγνωρίστε τις συνήθεις αιτίες ενός δεδομένου κλινικού συνδρόμου. Αν και μπορεί να υπάρχουν πάνω από 100 διαφορετικές αιτίες πνευμονικών συμπτωμάτων σε ασθενείς μολυσμένους από ιό HIV, η μεγαλύτερη πλειονότητα των αναπνευστικών συμπτωμάτων οφείλονται σε πνευμονία από *P. Carinii*, σε βακτηριακή πνευμονία, σε φυματίωση και σε ιογενείς αναπνευστικές λοιμώξεις. Γνωρίζοντας το σύνθητες, βοηθούμε στην καθοδήγηση της αρχικής διαγνωστικής επεξεργασίας και της εμπειρικής θεραπείας.

δ. Αρχικά, λάβετε υπόψιν τα νοσήματα που μπορεί να αποβούν απειλητικά για τη ζωή. Ο κατάλογος αυτός περιλαμβάνει εκτεταμένη πνευμονία. Η εισαγωγή στο νοσοκομείο ή η στενή παρακολούθηση στα εξωτερικά ιατρεία, μπορεί να είναι απαραίτητες για τον αποκλεισμό αυτών των νοσημάτων.

4.2.2. Ποια ευρήματα βοηθούν στη διαφορική διάγνωση της πνευμονίας από *P. Carinii* (PCP) από τις άλλες πνευμονικές λοιμώξεις;

Ακόμα και στην εποχή της χημειοπροφύλαξης, η πνευμονία από *P. carinii* παραμένει μία από τις πλέον συνήθεις ευκαιριακές λοιμώξεις στους ασθενείς με προχωρημένη νόσο από HIV. Τα κλινικά συμπτώματα του πυρετού, του βήχα, της ελάττωσης του εύρους αναπνοής και της δύσπνοιας προσπάθειας είναι σαφώς μη ειδικά, και ως εκ τούτου, θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν και άλλες διαγνώσεις, όπως βακτηριακή πνευμονία, φυματίωση και άλλες ευκαιριακές λοιμώξεις. Η διαφορική διάγνωση της πνευμονίας από *P. carinii* από τη βακτηριακή πνευμονία είναι ιδιαίτερα σημαντική. Η αιφνίδια έναρξη των συμπτωμάτων, ο υψηλός πυρετός,

τα πυώδη πτύελα και η τοπική διήθηση είναι περισσότερο συνηθισμένα στη βακτηριακή πνευμονία. Η κλασική ακτινογραφική εμφάνιση της πνευμονίας από *P. carinii* είναι αμφοτερόπλευρες δικτυωτές διηθήσεις. Ωστόσο, μία λιγότερο τυπική ακτινογραφική εμφάνιση της πνευμονίας από *P. Carinii* είναι ίσως πιθανότερη από ότι οι τυπικές εκδηλώσεις πολλών λιγότερο συνηθισμένων νοσημάτων. Κατά την πνευμονία από *P. carinii* μπορεί να εμφανιστούν τοπικές διηθήσεις, διηθήσεις των πνευμονικών κορυφών, πνευματοκήλες και πνευμοθώρακας. Επιπλέον, περίπου 10% των περιπτώσεων PCP σχετίζονται με φυσιολογική ακτινογραφία θώρακος. Πλευριτική συλλογή, αδενοπάθεια των πυλών και λοβώδης πύκνωση είναι απίθανο να οφείλονται σε πνευμονία από *P. carinii* και απαιτούν άμεση διερεύνηση άλλων αιτιών. Η αυξημένη τιμή γαλακτικής αφυδρογονάσης στο ορό, αν και σε μεγάλο βαθμό είναι μη ειδική, περιλαμβάνεται μεταξύ των βοηθητικών σημείων. Η ειδική μικροβιολογική επιβεβαίωση είναι ο μόνος σίγουρος τρόπος διασφάλισης της διάγνωσης.

4.2.3. Ποια είναι η καλύτερη αντιμικροβιακή αγωγή στην πνευμονία από *P. carinii*;

Η τριμεθοπρίμη-σουλφαμεθοξαζόλη παραμένει η θεραπεία εκλογής όλων των βαθμών βαρύτητας της πνευμονίας από *P. carinii*. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως ο πυρετός, το ερύθημα και η ηπατίτιδα μπορούν σε επιλεγμένα περιστατικά να περιορίσουν τη χρήση της. Στη βαριά μορφή της νόσου, εναλλακτικές επιλογές αντιβιοτικών αποτελούν η ενδοφλέβια πενταμιδίνη ή ο ενδοφλέβιος συνδυασμός τριμετρεξάτης-φυλλινικού οξέως. Για τις ηπιότερες μορφές της πνευμονίας από *P. carinii*, εναλλακτικές λύσεις είναι η τριμεθοπρίμη-δαψόνη, η ατοβακουόνη ή η κλυδαμυκίνη. Η συμπληρωματική αγωγή μπορεί να περιλαμβάνει ενδοφλέβια υγρά, υποστηρικτική οξυγόνου, μηχανικό αερισμό ή κορτικοστεροειδή.

4.2.4. Πότε ένας μολυσμένος από ιό ΗΠV ασθενής, θα πρέπει να νοσηλεύεται για πνευμονία από *P. carinii*;

Πολλά περιστατικά πνευμονίας από *P. carinii* διαγιγνώσκονται και αντιμετωπίζονται στα εξωτερικά ιατρεία. Παρ' όλα αυτά, η πνευμονία από *P. carinii* μπορεί να είναι σοβαρή και παρουσιάζει ακόμα ποσοστό θνησιμότητας περίπου 10%. Η νοσηλεία του ασθενούς θα πρέπει να λαμβάνεται ηπόψιν, όταν υπάρχει ένα από τα ακόλουθα κριτήρια:

- Βαριά πνευμονία.
- Πνευμοθώρακας
- Σημαντική μείωση του όγκου, που δεν διορθώνεται εύκολα.
- Αδυναμία πρόσληψης φαρμακευτικών σκευασμάτων από του στόματος.
- Αναξιόπιστος ασθενής ή δύσκολη κοινωνική κατάσταση.⁴⁰

4.2.5. Ποια κλινικά σύνδρομα προκαλούνται από κυτταρομεγαλοϊό (CMV) σε ασθενείς μολυσμένους από ιό ΗΠV;

Η νόσος από CMV είναι μία επιπλοκή της προχωρημένης λοίμωξης από ιό HIV. Τα περισσότερα περιστατικά συμβαίνουν όταν αριθμός των CD4 λεμφοκυττάρων είναι κάτω από 50 κύτταρα/mm³. Η αμφιβληστροειδίτιδα από CMV είναι σαφώς το πλέον συχνό κλινικό σύνδρομο και τυπικά, η διάγνωση βασίζεται μόνον στην οφθαλμολογική εξέταση. Οι άλλες θέσεις της νόσου από CMV απαιτούν μικροβιολογική επιβεβαίωση, η οποία συχνά περιλαμβάνει καλλιέργεια ή ανοσόχρωση ενός δείγματος βιοψίας. Άλλα σημαντικά σύνδρομα από CMV είναι η κολίτιδα, η πνευμονίτιδα, η εγκεφαλίτιδα, η οισοφαγίτιδα και η νευροπάθεια.

4.2.6. Ποια είναι η συνηθέστερη εμφάνιση της φυματίωσης σε λοίμωξη από ιό HIV;

Σε ασθενείς με λοίμωξη από ιό HIV, έχουν αναφερθεί συχνά εξωπνευμονικές εκδηλώσεις φυματίωσης (TB), συμπεριλαμβανομένης της λεμφαδενίτιδας, της περικαρδίτιδας, της περιτονίτιδας, των σπλαχνικών αποστημάτων και της μηνιγγίτιδας. Σε ασθενείς μολυσμένους από ιό HIV, οι εκδηλώσεις είναι σίγουρα συχνότερες, συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Παρ' όλα αυτά, η TB παραμένει η συχνότερη εκδήλωση σε άτομα μολυσμένα από ιό HIV. Η TB είναι μία νόσος, η οποία μπορεί να συμβεί πρώιμα στην εξέλιξη της λοίμωξης από ιό HIV, με φυσιολογικές ή μέτρια ελαττωμένες τιμές CD4 λεμφοκυττάρων. Όταν συμβαίνει πρώιμα στη λοίμωξη από ιό HIV, έχει παρόμοια εμφάνιση με την κλασική νόσο των HIV-οροαρνητικών ατόμων. Όταν η TB συμβαίνει αργότερα στη λοίμωξη από HIV, η κεγχροειδής νόσος ή οι εξωπνευμονικές εκδηλώσεις είναι συνηθέστερες.

4.2.7. Σε τι διαφέρει η αντιμετώπιση της σύφιλης στη λοίμωξη από HIV;

Η επιδημιολογία της σύφιλης και της λοίμωξης από ιό HIV αλληλοεπικαλύπτονται και η ταυτόχρονη λοίμωξη είναι συνήθης. Τα τελευταία 10 χρόνια, μία σειρά περιστατικών αναφοράς έχουν εγείρει ανησυχίες σχετικά με το ότι τα άτομα με λοίμωξη από ιό HIV είναι πιθανότερο να μην ανταποκρίνονται στην καθιερωμένη θεραπεία της σύφιλης. Ορισμένες από αυτές τις αποτυχίες υπήρξαν δραματικές, συμπεριλαμβανομένης της ταχείας ανάπτυξης νευροσύφιλης, των υποτροπών δευτεροπαθούς σύφιλης παρά την κατάλληλη θεραπεία και της ανάπτυξης ασυνήθων επιπλοκών, όπως οφθαλμικής σύφιλης. Για το λόγο αυτό, η κατάλληλη προσέγγιση των ταυτόχρονα μολυσμένων ασθενών είναι ασαφής. Τα καθιερωμένα θεραπευτικά σχήματα για κάθε στάδιο της σύφιλης είναι οι ισχύουσες συστάσεις των οδηγιών θεραπείας του CDC, από το 1993. Παρ' όλα αυτά, ορισμένοι ειδικοί συστήνουν για όλα τα στάδια της νόσου περισσότερο επιθετική αγωγή, όπως εκείνη που χρησιμοποιείται στην νευροσύφιλη. Ανεξάρτητα από τη χρησιμοποιούμενη θεραπεία, συστήνεται έντονα η συνεχής παρακολούθηση με διαδοχικές ορολογικές δοκιμασίες, προκειμένου να εκτιμάται η κλινική και ορολογική ανταπόκριση στη θεραπεία. Επίσης, δεν θα πρέπει να διστάζουμε στην πραγματοποίηση οσφυονωτιαίας παρακέντησης για την εξακρίβωση του μεγέθους συμμετοχής του κεντρικού νευρικού συστήματος.

4.2.8. Ποιες είναι οι συχνότερες αιτίες πυρετού αγνώστου αιτιολογίας σε ασθενείς μολυσμένους από ιό HIV;

Ο κλασικός ορισμός πυρετού αγνώστου αιτιολογίας απαιτεί σε ορισμένες περιπτώσεις πυρετό $>38,4^{\circ}\text{C}$, νόσηση για τουλάχιστον 3 εβδομάδες και αδυναμία διάγνωσης, παρά την επίμονη έρευνα για τουλάχιστον 1 εβδομάδα. Ο πυρετός αγνώστου αιτιολογίας είναι ένα σύνηθες σύνδρομο σε λοίμωξη από ιό HIV, αν και τα αίτια διαφέρουν κάπως από ό,τι στις κλασικές μελέτες. Έχουν καταγραφεί πάνω από 10 μελέτες πυρετού αγνώστου αιτιολογίας σε λοίμωξη από ιό HIV. Οι μυκοβακτηριακές λοιμώξεις, το λέμφωμα, η πνευμονία από *P. carinii*, η τοξοπλάσμωση και ο φαρμακευτικός πυρετός είναι ιδιαίτερα συνήθη αίτια πυρετού αγνώστου αιτιολογίας σε λοίμωξη από ιό HIV. Αν και η διαγνωστική προσέγγιση ποικίλλει από περιστατικό σε περιστατικό, η αιμοκαλλιέργεια για μυκοβακτηρίδια, η βιοψία μυελού των οστών, η βιοψία λεμφαδένων και η αξονική τομογραφία της κοιλιακής και πνευλικής χώρας είναι συχνά χρήσιμες. Ο πυρετός δεν θα πρέπει να αποδίδεται στη λοίμωξη από HIV, προτού αποκλειστούν οι υπόλοιπες αιτίες.

4.2.9. Ποιες είναι οι κατάλληλες διαγνωστικές εξετάσεις για την οξεία διάρροια σε λοίμωξη από ιό HIV;

Οι μεταβολές των συνηθειών του εντέρου (διάρροια, χαλαρά κόπρανα, υπεραφόδευση) είναι συνήθη συμπτώματα σε ασθενείς με λοίμωξη από ιό HIV. Τα χρόνια, ήπια συμπτώματα μπορεί να μην έχουν καμία εμφανή αιτία. Επιπλέον, οι παρενέργειες πολλών φαρμάκων περιλαμβάνουν διάρροια. Ωστόσο, η οξεία έναρξη διάρροιας συνήθως υποδηλώνει φλεγμονή. Ο παρακάτω πίνακας αναφέρει ορισμένους από τους αιτιολογικούς παράγοντες και τις κατάλληλες διαγνωστικές δοκιμασίες σχετικά με το επίπεδο της ανοσοανεπάρκειας.

Επίπεδο ανοσοανεπάρκειας	Διαγνωστικές επιλογές	Διαγνωστικές δοκιμασίες
Αριθμός CD4 λεμφοκυττάρων ≥ 200 κύτταρα/ mm^3	Ιογενείς γαστρεντερίτιδα Λοιμώξεις από εντεροβακτηριοειδή Κολίτιδα σχετιζόμενη με αντιβιοτικά Τροφική δηλητηρίαση Γκιαρδίαση	Κ/α κοπράνων Εξέταση κοπράνων για ωάρια και παράσιτα.
Αριθμός CD4 λεμφοκυττάρων μεταξύ 100-199 κύτταρα/ mm^3	Όλα τα παραπάνω, συν κρυπτοσποριδίαση και ισοσποριδίαση	Κ/α κοπράνων Εξέταση κοπράνων για ωάρια και παράσιτα
Αριθμός CD4 λεμφοκυττάρων < 100 κύτταρα/ mm^3	Όλα τα παραπάνω, συν κολίτιδα και CMV και μικροσποριδίαση	Κ/α κοπράνων Εξέταση κοπράνων για ωάρια και παράσιτα Εξέταση κοπράνων για μικροσπορίδιο Αιμοκαλλιέργεια με χρώση για οξείαντοχους βάκιλλους Βιοψία κόλου

4.2.10. Ποιες επιπλοκές της λοίμωξης από ιό HIV απαιτούν νοσηλεία;

Το 1996, καταγράφηκαν προοπτικά 137 αιτίες διαδοχικών εισαγωγών σε κλινική πτέρυγα 456 μολυσμένων από ιό HIV ασθενών. Οι αιτίες εισαγωγής στο νοσοκομείο κυμαίνονταν μεταξύ 50 διαφορετικών διαγνώσεων. Οι συνήθεις κατηγορίες νοσημάτων περιελάμβαναν ευκαιριακές λοιμώξεις (28%), βακτηριακές λοιμώξεις (23%), επιπλοκές κακοήθειας (11%), ανάγκη χειρουργικής ή διαγνωστικής παρέμβασης (9%), και φαρμακευτικές παρενέργειες (7%). Ειδικές διαγνώσεις που ήταν συνήθεις αιτίες εισαγωγής υπήρξαν η πνευμονία από *P.carinii*, η νόσος από *M. Avium-intracellulare*, το μη- Hodgkin λέμφωμα, η βακτηριακή πνευμονία, η κυτταρίτιδα, η σήψη, η παγκρεατίτιδα και ο πυρετός με υποογκαιμία. Η αβεβαιότητα σχετικά με την ορθή διάγνωση και η ανησυχία για νοσήματα απειλητικά για τη ζωή ήταν επίσης, συνήθεις αιτίες εισαγωγής. 90% όλων των εισαγωγών αφορούσαν άτομα με AIDS με αριθμό CD4 λεμφοκυττάρων <200 κύτταρα/mm³ και το 70% όλων των εισαγωγών, αφορούσαν άτομα με AIDS και αριθμό CD4 λεμφοκυττάρων <50 κύτταρα/mm³. Η ισχυρή συνδυαστική αντιρετροϊκή θεραπεία, τα προφυλακτικά φάρμακα και εμβόλια και η πρόωπη διάγνωση και αντιμετώπιση των ευκαιριακών νοσημάτων μειώνουν σημαντικά τη συχνότητα νοσηλείας στο νοσοκομείο.⁴⁰



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗ ΠΡΟΛΗΨΗ-ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

5.1. ΠΡΟΛΗΨΗ



Η προληπτική αντιμετώπιση της HIV λοίμωξης αποτελεί, προς το παρόν, το κύριο μέσο προστασίας του πληθυσμού. Ως διαδικασία περιλαμβάνει, αφενός την πρωτογενή πρόληψη, η οποία αφορά στην ενημέρωση όλων των κοινωνικών ομάδων για το AIDS και αφετέρου τη μείωση στο ελάχιστο των σύνθετων περιπτώσεων της νόσου στους φορείς, στους ασθενείς, στο οικογενειακό τους περιβάλλον και στην κοινωνία ευρύτερα. Μια αδρή παράθεση πρακτικών οδηγιών για την πρόληψη της HIV λοίμωξης αφορά στα εξής:

1. **Πρόληψη της σεξουαλικής μετάδοσης:** Προσεκτική επιλογή των ερωτικών συντρόφων και χρήση προφυλακτικών σε κάθε είδους σεξουαλική επαφή και καθ'όλη τη διάρκεια της.
2. **Πρόληψη μετάδοσης με αίμα και παράγωγα πλάσματος:** Αυστηρή τήρηση των κανόνων αιμοδοσίας, προσεκτική επιλογή των αιμοδοτών και αξιόπιστος έλεγχος του μεταγγιζόμενου αίματος.
3. **Πρόληψη μετάδοσης στους χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών:** Συστηματική ενημέρωση και μέτρα για χρήση αποστειρωμένων βελονών και συρίγγων, επίταση του προσφερόμενου έργου των θεραπευτικών κοινοτήτων και ουσιαστική κοινωνική επανένταξη των αποτοξινωθέντων χρηστών.
4. **Πρόληψη περιγεννητικής μετάδοσης:** Ενδεδειγμένη ενημέρωση των γυναικών της αναπαραγωγικής ηλικίας με HIV λοίμωξη για όλες τις παραμέτρους μιας πιθανής εγκυμοσύνης τους. Σε έγκυες γυναίκες με HIV λοίμωξη απαιτείται ειδική συμβουλευτική καθοδήγηση, ιατρική φροντίδα και ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τις αρμόδιες υπηρεσίες.
5. **Πρόληψη με προσυμπτωματικό έλεγχο:** Έχει ως στόχο τον εντοπισμό φορέων σε διάφορες κοινωνικές ομάδες συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου (screening) ή σε μεμονωμένα άτομα (testing).
6. **Προφυλάξεις για φορείς και ασθενείς AIDS:** Αυστηρή τήρηση των κανόνων ατομικής υγιεινής, αποφυγή έντονης ψυχοσωματικής κόπωσης, σωστή διατροφή, τήρηση των οδηγιών του θεράποντος ιατρού, ενδεδειγμένη ερωτική συμπεριφορά, αποφυγή μητρικού θηλασμού κ.ά.



Η ελπίδα για τον έλεγχο της διασποράς της HIV λοίμωξης βρίσκεται σε συνάρτηση με τη παρασκευή αποτελεσματικού εμβολίου. Μέχρι, όμως, να υλοποιηθεί ο συγκεκριμένος στόχος, η συστηματική ενημέρωση των διαφόρων κοινωνικών ομάδων για όλες τις παραμέτρους, οι οποίες αφορούν στο AIDS, θα συνεχίζει να αποτελεί το κορυφαίο μέτρο για την πρόληψή του.²⁹

5.2. ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΥΠΕΙΘΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Όσον αφορά τον κίνδυνο που διατρέχουν οι λειτουργοί υγείας (γιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό, φοιτητές, μεταφορείς των δειγμάτων, εργαστηριακοί, καθώς και αυτοί που πειραματίζονται πάνω στον ιό του AIDS), εκτεταμένες μελέτες αποδεικνύουν ότι αυτός είναι σημαντικά μικρότερος από το 1%. Σε μία ανασκόπηση που έγινε το Μάιο του 1988 στα αρχεία του CDC και αφορούσε 53.010 περιπτώσεις AIDS, βρέθηκε ότι 2.805 από αυτές σχετίζονταν με ιστορικό επαγγελματικής έκθεσης στον ιό, ενώ η αναμενόμενη περίπτωση στον αντίστοιχο γενικό πληθυσμό ήταν 5,7%. Συγκρίνοντας αυτά τα δεδομένα βλέπουμε ότι δεν υπάρχει σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό αυξημένος κίνδυνος για AIDS στους λειτουργούς υγείας.

Εξάλλου, σε τέσσερις προγραμματισμένες μελέτες, που έγιναν στο Κέντρο Ελέγχου Νόσων (CDC), το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των ΗΠΑ (NIH), στο Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνιας και στην Αγγλία για να εκτιμηθεί ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού HIV σε νοσηλευτικό προσωπικό, διαπιστώθηκαν τα ακόλουθα:

Στην πρώτη μελέτη του CDC ως τον Ιούνιο του 1987 είχαν εξετασθεί για αντίσωμα έναντι του ιού HIV 883 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού. Από αυτούς, 708 (80%) ανέφεραν υποδόρια έκθεση σε αίμα και 175 (20%) έκθεση των βλεννογόνων σε αίμα ή βιολογικά υγρά πασχόντων από AIDS. Οι 458 εξετάστηκαν μία φορά για αντίσωμα 90 ημέρες μετά την έκθεση και βρέθηκε ένας θετικός, για τον οποίον δεν αποκλείστηκε η μόλυνση δια της οδού της ετερόφυλης σεξουαλικής επαφής. Οι υπόλοιποι 425 εξετάστηκαν δύο φορές, στην αρχή της έκθεσης και αρκετούς μήνες αργότερα. Από αυτούς, 74 που ανέφεραν άλλο τρόπο έκθεσης από τον υποδόριο, ήταν οροαρνητικοί, ενώ 3 (0,9%) από τους απομείναντες 351, που ανέφεραν υποδόρια έκθεση, η οποία ήταν και η μοναδική πηγή που ενοχοποιήθηκε για την μόλυνση, ήταν θετικοί (129).

Στην μελέτη που έγινε στο NIH ως τον Απρίλιο του 1987 εξετάστηκαν 332 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού και κανένα δεν βρέθηκε θετικό για αντίσωμα έναντι του ιού HIV. Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα από την τρίτη έρευνα, που έγινε στο Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνιας και την τέταρτη στην Αγγλία κατά τις οποίες εξετάστηκαν 129 και 150 αντιστοίχως άτομα νοσηλευτικού προσωπικού μετά από έκθεση τους σε αίμα ή εκκρίσεις ασθενών με AIDS, χωρίς κανένα να αναπτύξει αντισώματα.

Γενικά, η πιθανότητα μόλυνσης με τον ιό του AIDS ύστερα από νυγμό του δέρματος με μολυσμένα υλικά υπολογίζεται σε 0,3% έως 0,9%.

Ως το τέλος του 1988 είχαν αναφερθεί παγκοσμίως πολύ λίγες περιπτώσεις διαπιστωμένης ορομετατροπής μετά από παρεντερική επαφή των εργαζομένων στο χώρο της υγείας με μολυσμένο αίμα ή σωματικά υγρά ασθενών με AIDS. Οι περισσότερες περιπτώσεις αφορούσαν τρύπημα με βελόνα κατά τη λήψη αίματος, και λιγότερα συχνά αφορούσαν τραυματισμό από αιχμηρό όργανο στην κλινική ή στο εργαστήριο ή επαφή δερματικών βλαβών του εργαζομένου με σωματικά υγρά πάσχοντος. Έχει αναφερθεί επίσης μία περίπτωση μετάδοσης ύστερα από επαφή μολυσμένου αίματος με τον στοματικό βλεννογόνο.

Όμως, παρόλο τον μικρό κίνδυνο μόλυνσης, κατά την αντιμετώπιση του ασθενούς με AIDS θα πρέπει να τηρούνται με σχολαστικότητα οι κανόνες προφύλαξης που συνιστώνται από τους αρμόδιους υγειονομικούς φορείς

Για την προφύλαξη βασική γραμμή των νοσηλευτών, νοσηλευτριών, σπουδαστών και του άλλου υγειονομικού προσωπικού είναι η εφαρμογή ίδιας προληπτικής φροντίδας για όλους τους αρρώστους ανεξάρτητα από την αρρώστια τους. Όλοι οι αρρώστοι πρέπει να θεωρούνται ως μολυσμένοι, οπότε ο χειρισμός του αίματος και των σωματικών υγρών θα γίνεται σύμφωνα με τους παρακάτω κανόνες προληπτικής φροντίδας:

1. Αποφυγή κάθε άμεσης επαφής του δέρματος και των βλεννογόνων με αίμα ή άλλα σωματικά υγρά και βιολογικά υλικά οποιoδήποτε αρρώστου. Όταν προβλέπεται τέτοια επαφή χρησιμοποιούνται προστατευτική μπλούζα ή και αδιάβροχη ποδιά, γάντια, μάσκα και προστατευτικά γυαλιά. Αυτά πρέπει να αλλάζουν μετά από κάθε χρήση.
2. Συχνή και σχολαστική πλύση των χεριών και ιδιαίτερα μετά τη νοσηλεία.
3. Τα χέρια πρέπει να προστατεύονται από τραυματισμούς και τσιμπήματα με μαχαιρίδια, αιχμηρά εργαλεία ή βελόνες συριγγών μετά την ένεση. Μετά τη χρήση οι βελόνες δε λυγίζονται, ούτε τοποθετούνται πάλι στη θήκη τους γιατί υπάρχει κίνδυνος να συμβεί κάποιο τυχαίο τσίμπημα. Αντιθέτως συγκεντρώνονται όλες σε αδιάτρητο δοχείο με το οποίο μεταφέρονται για ασφαλή αχρήστευση.
4. Χρήση νοσηλευτικού και ιατρικού υλικού μιας χρήσεως εάν είναι διαθέσιμο.
5. Προσεκτική ασφάλιση των εργαστηριακών δειγμάτων.
6. Δε θα πρέπει να γίνεται περισυλλογή σπασμένων γυάλινων ειδών νοσηλείας.
7. Επιφάνειες που ρυπάνθηκαν από αίμα και άλλα βιολογικά υγρά αρρώστων καθαρίζονται και απολυμαίνονται με διάλυμα χλωρίνης 1:10.
8. Οι έγκυες νοσηλεύτριες όταν είναι δυνατόν δεν πρέπει να νοσηλεύουν αρρώστους με AIDS.
9. Κατά την εκτέλεση βιοψιών θα πρέπει όλο το προσωπικό να φοράει γάντια, μάσκα, γυαλιά και καλύτερα αδιάβροχη μπλούζα

Γενικές οδηγίες προστασίας, δηλαδή για όλους τους ασθενείς, θα πρέπει να τηρούνται και από το προσωπικό των εργαστηρίων που χειρίζονται αίμα ή άλλα σωματικά υγρά.

Η χρήση των μέτρων προφύλαξης για το AIDS είναι αναγκαία τόσο στον επαγγελματικό χώρο όσο και στη προσωπική ζωή.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας τόνιζε με έμφαση από τις αρχές της επιδημίας ότι ένας είναι ο κύριος τρόπος για την πρόληψη του AIDS: η συνεχής εκπαίδευση. Αυτή η εκπαίδευση δεν θεωρείται σήμερα τυχαία επιλογή. Είναι υποχρέωση όλων μας.^{1,4,27}

Ως γενική αρχή θα πρέπει να αποφεύγεται η επαφή του δέρματος ή των βλεννογόνων του νοσηλευτικού προσωπικού με αίμα ή εκκρίσεις οποιουδήποτε ασθενούς. Για το λόγο αυτό, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται: α) **γάντια** μιας χρήσεως στις περιπτώσεις που η επαφή με αίμα, εκκρίσεις ή τραύματα ασθενών είναι αναπόφευκτη, π.χ σε φλεβοκέντηση, μεταφορά αντικειμένων που έχουν έλθει σε επαφή με τα παραπάνω βιολογικά υγρά ή κατά την περιποίηση που έχει τραύματα ή απώλειες. Τα γάντια πρέπει να αλλάζονται μετά την απομάκρυνση από τον αρρώστο και τα χέρια να πλένονται σχολαστικά, ενώ απαγορεύεται τα λερωμένα γάντια να έρχονται σε επαφή με αντικείμενα κοινής χρήσεως, όπως όργανα (ψαλίδια, μανόμετρο, στηθοσκόπιο, το τηλέφωνο, στρόφιγγες βρύσης, χειρολαβές πόρτας, μολύβια), β) **μάσκες και προστατευτικά γυαλιά** όταν γίνονται επεμβάσεις και υπάρχει κίνδυνος να εμβολιασθούν στους βλεννογόνους του στόματος, της ρινός και

των οφθαλμών των παρευρισκόμενων σταγονίδια από το αίμα ή άλλα εκκρίματα του ασθενούς, καθώς επίσης και κατά την περιποίηση ασθενών που εμφανίζουν αιμορραγίες, διάρροιες ή εξωτερικά τραύματα.

Ιδιαίτερα προσεχτικά θα πρέπει να είναι κατά την εξάσκηση των καθηκόντων τους άτομα με εκδορές, ανοιχτές πληγές, δερματικές αλλοιώσεις καθώς και οι άντρες με μικροτραυματισμούς στο πρόσωπο ύστερα από το ξύρισμα. Επιπλέον θα πρέπει να αποκλείονται από την εκτέλεση αιματηρών ιατρικών πράξεων, άτομα που πάσχουν από οξεία δερματίτιδα μέχρι να αποκατασταθούν οι βλάβες καθώς και τα άτομα με μειωμένες πνευματικές ικανότητες.



Από την άλλη πλευρά, αν ο εργαζόμενος τραυματιστεί με βελόνα ή άλλο αιχμηρό αντικείμενο στο νοσοκομειακό περιβάλλον, θα πρέπει να διακόψει αμέσως την εργασία του, να αφήσει το τραύμα να αιμορραγήσει για λίγα λεπτά και στη συνέχεια να το πλύνει με σαπούνι και άφθονο νερό, οινόπνευμα και κάποιο ισχυρό αντισηπτικό ή ακόμη, με πρόσφατα παρασκευασμένο διάλυμα υποχλωριώδους νατρίου. Αν υπάρξει μόλυνση βλεννογόνου (μάτια ή στόμα) η περιοχή θα πρέπει να πλυθεί αμέσως και για αρκετή ώρα με τρεχούμενο νερό. Το συμβάν

θα πρέπει να αναφερθεί στις αρμόδιες υπηρεσίες και να εξετασθεί **ο νοσηλεύόμενος ασθενής** για αντισώματα έναντι του ιού HIV, αφού μετά από ενημέρωση του συμφωνεί και ο ίδιος . Σε περίπτωση που βρεθεί θετικός για AIDS ή αρνείται να εξεταστεί, τότε το άτομο που εκτέθηκε στα μολυσμένα υλικά πρέπει να ελεγχθεί το συντομότερο για αντισώμα έναντι του ιού HIV και να συμβουλευθεί γιατρό αν εντός 12 εβδομάδων μετά την έκθεση εμφανίσει εμπύρετο νόσημα που συνοδεύεται από λεμφαδενοπάθεια ή εξάνθημα. Τα οροαρνητικά στην πρώτη εξέταση άτομα πρέπει να επανελεγχθούν σε 6, 12 εβδομάδες καθώς και 6 μήνες μετά την έκθεση. Περαιτέρω παρακολούθηση συνιστάται μόνο για όσους μολύνθηκαν από άτομα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου και βρέθηκαν οροαρνητικά όταν έγινε το ατύχημα. Τα ίδια ισχύουν και για οποιονδήποτε νοσηλεύόμενο μολυνθεί από άτομο νοσηλευτικού προσωπικού.

Πρώτες βοήθειες σε περίπτωση μόλυνσης με υλικά ύποπτα για HIV

Επαφή των μολυσμένων υλικών στο δέρμα, μάτια ή στο στόμα:
Αμέσως καλό πλύσιμο με άφθονο νερό

Τραύματα με αιχμηρά αντικείμενα:

- α. Πιέζουμε το τραύμα να ματώσει
- β. Πλένουμε καλά την περιοχή με σαπούνι και νερό
- γ. Αναφέρουμε το συμβάν στους προϊσταμένους και τις αρμόδιες υγειονομικές υπηρεσίες

Μέχρι σήμερα δεν έχει δημοσιευθεί ούτε ανακοινωθεί στις αρμόδιες υπηρεσίες περίπτωση AIDS που να μεταδόθηκε σε ασθενή από άτομο του ιατρικού ή νοσηλευτικού προσωπικού. Εντούτοις, προβληματισμό αν θα πρέπει να επιτρέπεται στους φορείς ή τους πάσχοντες από AIDS λειτουργούς υγείας να παρέχουν νοσηλεία, και κυρίως να εκτελούν επεμβάσεις σε νοσηλεύόμενους ασθενείς, δεν έχει δοθεί απάντηση. Οι εμπειρογνώμονες συνιστούν κάθε περίπτωση να εξετάζεται χωριστά και να αποφασίζει ειδική επιτροπή. Σύμφωνα με τη διακήρυξη του Ανωτάτου Ιατρικού Συμβουλίου στη Μ.Βρετανία: «... είναι κοινωνική και ηθική επιταγή για όποιον γιατρό νομίζει ότι έχει μολυνθεί με AIDS να αναζητήσει ιατρική παρακολούθηση και κατάλληλη καθοδήγηση ώστε κατά την εξάσκηση των καθηκόντων

του να προστατεύονται οι ασθενείς του ...γιατί είναι τελείως αντιδεοντολογικό να θέτει έστω και στον ελάχιστο κίνδυνο την υγεία των ασθενών του».

Σε περίπτωση που κάποια επιφάνεια μολυνθεί με ύποπτο υλικό, συνιστάται η προσεκτική απομάκρυνση των υπολειμμάτων και ο καθαρισμός με νερό και χλωρίνη. Σ' αυτό το σημείο πρέπει να τονιστεί ότι ο ιός του AIDS είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος και αδρανοποιείται εύκολα με τα συνήθη μέσα απολύμανσης. Σχετικά με τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται κατά την εκτέλεση διαφόρων ιατρικών πράξεων, αν δεν είναι μιας χρήσεως, θα πρέπει να αποστειρώνονται στο αυτόκαυστο, ή με γλουταραλδεϋδη εάν καταστρέφονται στο αυτόκαυστο. Τα εξαρτήματα της συσκευής ανάνηψης μπορούν να αποστειρωθούν με υποχλωριώδες νάτριο.

Οι αιμοληψίες θα πρέπει να γίνονται φορώντας απαραίτητως γάντια και με τον ασθενή σε κατακεκλιμένη θέση για την αποφυγή άσκοπων τραυματισμών σε περίπτωση εκδήλωσης λιποθυμικής κρίσης. Η διανομή των δειγμάτων να γίνεται επιτόπου ώστε να αποφεύγονται οι άσκοπες μετακινήσεις, που εγκυμονούν κινδύνους διασποράς του ιού.

Συνήθεις τρόποι εξουδετέρωσης του HIV

<ul style="list-style-type: none">-Θέρμανση στους 60⁰ C 30 λεπτά, 70⁰ C για 2 λεπτά, 80⁰ C για 1 λεπτό-Αυτόκαυστο-Διάλυμα 10% χλωρίνης οικιακής χρήσεως-Διάλυμα 2% γλουταραλδεϋδης πρόσφατα παρασκευασμένο-Διάλυμα 4% φορμόλης-Διάλυμα 70% αιθυλικής αλκοόλης-Ισχυρό όξινο pH (<2.0)-Όλα τα είδη απολυμαντικών που χρησιμοποιούνται συνήθως στα νοσοκομεία <p>Ο HIV είναι ένας ιδιαίτερος ευαίσθητος ιός Ο HIV είναι ανθεκτικός στη γ- ακτινοβολία, σε υπεριώδη ακτινοβολία και σε υγρό ψυχρό περιβάλλον. Καλύτερος τρόπος προφύλαξης είναι η χρησιμοποίηση εργαλείων και συσκευών μίας χρήσης όπου αυτό είναι δυνατόν</p>

Όλα τα δείγματα αίματος και βιολογικών υγρών πρέπει να τοποθετούνται σε σωληνάρια ή λοιπά κατάλληλα δοχεία με ασφαλές πώμα, ώστε να αποφεύγεται διαρροή κατά τη μεταφορά τους. Εδίκη προσοχή απαιτείται ώστε κατά τη συλλογή των δειγμάτων να μη μολυνθεί η εξωτερική επιφάνεια του δοχείου και επομένως το παραπεμπτικό που συνοδεύει το δείγμα, γιατί η μόλυνση αλυσίδας ατόμων είναι αναπόφευκτη. Και τούτο γιατί τμήμα του παραπεμπτικού προσκομίζεται στο λογιστήριο, άλλο επιστρέφει στον άρρωστο με τα αποτελέσματα της εξέτασης και το στέλεχος παραμένει στο εργαστήριο. Τα ύποπτα δείγματα για AIDS αλλά και ηπατίτιδα Β τοποθετούνται σε πλαστικές θήκες και επισημαίνονται με ειδική προειδοποιητική ένδειξη.

Θεωρείτε τραγική απειροσκεψία το να προσπαθήσουμε να επανατοποθετήσουμε στη βελόνα το κάλυμμα της. Οι περισσότεροι τραυματισμοί με αυτόν τον τρόπο έχουν γίνει. Σε περίπτωση που χρειάζεται να αλλάξουμε βελόνα σε μια σύριγγα, αυτό γίνεται με την βοήθεια αιμοστατικής λαβίδας ή άλλης ειδικής συσκευής. Η δε αφαίρεση της λαβίδας γίνεται ταυτόχρονα με την απόρριψη της στα ειδικά κατασκευασμένα και ενισχυμένα δοχεία. Επιπλέον, με τον τρόπο αυτό προφυλάσσονται και τα επιφορτισμένα με την καθαριότητα άτομα.

Ιδιαίτερα προσεκτικοί θα πρέπει να είμαστε τις ημέρες της εφημερίας και γενικά όταν έχουμε να αντιμετωπίσουμε έκτακτα περιστατικά, όπου ο χρόνος είναι

πολύτιμος για η ζωή του αρρώστου και δεν ξέρουμε αν είναι φορέας του ιού ή όχι. Σ' αυτές τις περιπτώσεις τα μέτρα εντείνονται τόσο λόγω του επειγόντος της διαδικασίας όσο και γιατί οι τραυματίες έχουν εφταπλάσια πιθανότητα να είναι φορείς του AIDS, δεδομένου ότι τα άτομα αυτά εμφανίζουν στην πλειονότητα εριστική διάθεση και περισσότερο επιθετική συμπεριφορά. Σε μελέτη που διεξήχθη σε μεγάλο νοσοκομείο των ΗΠΑ διεπιστώθη ότι 5% του συνόλου των ασθενών και 14% των εισερχομένων επειγόντως στα εξωτερικά ιατρεία ήταν οροθετικοί.

Η τεχνική του «φιλιού της ζωής», δηλαδή η στόμα με στόμα ανάνηψη, θα πρέπει να αποφεύγεται, γιατί υπάρχει κίνδυνος επαφής με το σίελο και τις ενδοβρογχικές εκκρίσεις του ασθενούς που μπορεί να περιέχουν και αίμα. Για το σκοπό αυτό θα πρέπει να χρησιμοποιούνται ειδικές μάσκες τόσο σε επείγουσες περιπτώσεις όσο και στα εξωτερικά ιατρεία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση νεαρού ιατρού στο νοσοκομείο Johns Hopkins των ΗΠΑ, ο οποίος υποστήριξε ότι μολύνθηκε με τον ιό του AIDS κατά την ανάνηψη ασθενούς και ζητούσε 8.000.000 δολάρια για αποζημίωση. Τελικά η αρμόδια επιτροπή του νοσοκομείου αφού διερεύνησε με κάθε λεπτομέρεια τον τρόπο ζωής του και τις σεξουαλικές του συνήθειες τον αποζημίωσε με 2.000.000 δολάρια, δεχόμενη ότι κατά την προσπάθεια εισαγωγής καθετήρα στην τραχεία είναι δυνατόν να μολυνθεί ο διεξάγων την ανάνηψη γιατί εκτοξεύονται εκκρίσεις και αίμα ή ακόμα γιατί μπορεί να προκληθεί και αιμορραγία.

Στις μέρες μας ο τεχνητός νεφρός θεωρείται αρκετά ασφαλής, γιατί χρησιμοποιούνται φίλτρα και συνδέσεις μιας χρήσεως. Άτομα όμως που αιμοδιυλίζονταν στο παρελθόν είναι σε αυξημένη συχνότητα φορείς του ιού και επομένως θα πρέπει να λαμβάνονται επιπρόσθετες προφυλάξεις κατά τους χειρισμούς τους.

Όσον αφορά τις εργαστηριακές ειδικότητες, όσοι εκτελούν τις διάφορες αναλύσεις θα πρέπει, εκτός από τα προαναφερθέντα, να είναι πολύ προσεκτικοί και συγκεντρωμένοι στην εργασία τους και να χρησιμοποιούν κατά προτίμηση όργανα μιας χρήσεως. Η αναρρόφηση των διαφόρων δειγμάτων με τη βοήθεια πιπεττών θα πρέπει να γίνεται με μηχανικό τρόπο και ποτέ με το στόμα. Όπου είναι δυνατόν, να αποφεύγεται η φυγοκέντρηση στα ύποπτα δείγματα εξαιτίας του κινδύνου να σπάσουν τα σωληνάρια και να υπάρξει διασπορά του μολυσματικού υλικού, και να χρησιμοποιούνται ξεχωριστοί αυτόματοι αναλυτές για αυτά. Μετά το πέρας της εργασίας θα πρέπει να καθαρίζονται προσεκτικά τα όργανα ή οι συσκευές που χρησιμοποιήθηκαν, καθώς επίσης και οι πάγκοι εργασίας.

Σε οργανωμένα κέντρα ισχύει ο διαχωρισμός των εργαστηρίων ανάλογα με το πόσο επικίνδυνα θεωρούνται τα υλικά που χρησιμοποιούν ή τα δείγματα που επεξεργάζονται, και λαμβάνονται και οι ανάλογες προφυλάξεις. Η χρήση βιολογικών



θαλάμων ασφαλείας φαίνεται να μην είναι απαραίτητη για καθημερινές εργαστηριακές εξετάσεις, όπως ιστολογικά ή παθολογοανατομικά παρασκευάσματα και καλλιέργειες μικροβίων. Αν όμως κατά την επεξεργασία των δειγμάτων δημιουργούνται σταγονίδια, π.χ όταν γίνεται ομογενοποίηση ή ισχυρή ανακίνηση τότε πρέπει για τα ύποπτα δείγματα να χρησιμοποιούνται βιολογικοί θάλαμοι ασφαλείας. Οι εργαζόμενοι σε παθολογοανατομικά εργαστήρια θα πρέπει να γνωρίζουν ότι ο ιός

καταστρέφεται με τη συνήθη διαδικασία εγκλεισμού του δείγματος σε παραφίνη και επομένως οι προφυλάξεις θα πρέπει να λαμβάνονται μέχρι να φτάσουν στο στάδιο αυτό.

Σχετικά με το **νοσηλευτικό προσωπικό**:

Συνήθως κατηγορούν το AIDS, αλλά υπάρχουν λάθη που οι εργαζόμενοι κάνουν για αρκετό καιρό. Είναι θέμα ενημέρωσης όλων των εργαζομένων και εφαρμογής των αρχών προφύλαξης πράγμα που δεν γίνεται από όλους. Όλες σχεδόν οι περιπτώσεις μόλυνσης νοσηλευτριών από AIDS οφείλονται σε απροσεξία.

5.3. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΜΟΛΥΝΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΩΝ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

Περίπτωση 1. Νοσηλεύτρια βοήθησε στην εισαγωγή καρδιακού καθετήρα σε ασθενή που προσήλθε στα επείγοντα περιστατικά με καρδιακή ανακοπή. Στην προσπάθεια της να σταματήσει την αιμορραγία από το σημείο εισαγωγής του καθετήρα άσκησε πίεση με το χέρι της, στο οποίο σημειωτέον δεν φορούσε γάντι, με αποτέλεσμα να παραμείνει αίμα στο ακάλυπτο δέρμα περίπου για 20 λεπτά. Δεν είχε στα χέρια πληγές, αλλά μερικά σκασίματα. Τελικά ο ασθενής με την καρδιακή ανακοπή απεβίωσε και η ιατροδικαστική εξέταση αποκάλυψε πνευμονία εκ *pneumocystis carinii*. Το του βρέθηκε θετικό για HIV αντισώματα. Είκοσι ημέρες μετά το συμβάν η νοσηλεύτρια ένιωσε αδιαθεσία και στη συνέχεια εμφάνισε πυρετό, μυαλγίες, φοβερή εξάντληση, ναυτία, εμέτους, διάρροια, απώλεια βάρους γύρω στα 7 κιλά και γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια, τα οποία από τον οικογενειακό της γιατρό αποδόθηκαν σε ίωση. Τα συμπτώματα διήρκεσαν κάπου 3 εβδομάδες. Δεκαέξι εβδομάδες αργότερα θέλησε να δώσει αίμα και στον έλεγχο βρέθηκε θετική για HIV, ενώ σε αιμοδοσία 8 μήνες πριν από το γεγονός ήταν αρνητική. Ισχυρίστηκε πάνω από 8 χρόνια είχε σεξουαλικές σχέσεις μόνο με τον άντρα της, ο οποίος βρέθηκε οροαρνητικός και αρνήθηκε κάθε άλλο παράγοντα κινδύνου. Τα υπόλοιπα 15 άτομα που είχαν βοηθήσει στο περιστατικό παρέμεναν οροαρνητικά 4 μήνες μετά την έκθεση.

Περίπτωση 2. Κατά την προσπάθεια νοσηλεύτριας να γεμίσει με αίμα φιαλίδιο με αρνητική πίεση, το πώμα εκσφενδονίστηκε και αίμα πετάχτηκε στο πρόσωπο και στο στόμα της. Φορούσε γάντια και προστατευτικά γυαλιά και δεν είχε ανοιχτές πληγές παρά μόνο ακμή στο πρόσωπο. Πλύθηκε καλά αμέσως μετά την έκθεση. Το αίμα προερχόταν από ασθενή ύποπτο για μόλυνση με HIV. Σε έλεγχο που έγινε κατόπιν, διαπιστώθηκε οροθετικότητα για HIV και ιό της ηπατίτιδας Β. Η νοσηλεύτρια αποδείχτηκε οροαρνητική σε ελέγχους που της έγιναν την επόμενη μέρα του ατυχήματος και 8 εβδομάδες αργότερα. Όταν πήγε να δώσει αίμα μετά από 9 μήνες, βρέθηκε οροθετική. Δεν είχε καθόλου συμπτώματα ούτε προέκυψαν επιβαρυντικά στοιχεία από το ιστορικό της. Ανέφερε μόνο ότι 2 μήνες μετά το ατύχημα τρυπήθηκε στο χέρι της, χωρίς να αιμορραγήσει, από βελόνα που είχε χρησιμοποιηθεί για αιμοληψία σε έναν τοξικομανή αγνώστου ορολογικής κατάστασης. Συνάδελφος της, που επίσης ήρθε σε επαφή με αίμα από το ίδιο περιστατικό, ήταν οροαρνητικός μέχρι και ένα έτος μετά.

Περίπτωση 3. Αφορούσε χειρίστρια μηχανήματος διαχωρισμού των συστατικών του αίματος. Στην προσπάθεια της να διορθώσει ένα πρόβλημα της συσκευής, ενώ αυτή χρησιμοποιείτο για έναν εξωτερικό ασθενή, τα χέρια της ακάλυπτα ήρθαν σε επαφή με το αίμα του. Αν και δεν θυμόταν να είχε τραυματισμούς στα χέρια ή να υπήρξε βλεννογονική έκθεση, εντούτοις ανέφερε δερματίτιδα στο ένα αυτί, οπότε και είναι πιθανό να το έτριψε με τα μολυσμένα χέρια της. Το άτομο που υποβαλλόταν στην κυταφαίρεση αρνήθηκε κάθε παράγοντα κινδύνου για το AIDS, αλλά σε έλεγχο που του έγινε αποδείχτηκε οροθετικό. Ο έλεγχος στη χειρίστρια ήταν αρνητικός 5 ημέρες και 6 εβδομάδες ύστερα από το επεισόδιο. Οκτώ εβδομάδες αργότερα εμφάνισε γριπώδες σύνδρομο που διήρκεσε λίγες εβδομάδες. Τρεις μήνες μετά βρέθηκε οροθετική. Δεν αποδείχτηκε κανένας παράγοντας κινδύνου από το ιστορικό της (μεταγγίσεις, λήψη ναρκωτικών ενδοφλεβίως) ούτε από τον εργαστηριακό έλεγχο (σύφιλη, ηπατίτιδα Β).

Πριν σχολιάσουμε τα τρία περιστατικά, πρέπει να αναφέρουμε ότι τα άτομα μπορεί στο παρελθόν να είχαν εκτεθεί και άλλες φορές σε μολυσμένα υλικά και να μην το θυμούνται. Συνοψίζοντας τα δεδομένα βλέπουμε ότι : 1) η μόλυνση έγινε μέσω των βλεννογόνων ή μέσω του πάσχοντος δέρματος, 2) Ότι τα άτομα που μολύνθηκαν είτε δεν φορούσαν γάντια ή το αίμα ήρθε σε επαφή με ακάλυπτες περιοχές.

Επομένως, αν και το νοσηλευτικό προσωπικό είναι αυτό που έχει επωμιστεί το μεγαλύτερο βάρος της νοσηλείας ασθενών με AIDS, η άγνοια ή αμέλεια φαίνεται να είναι οι κυριότεροι παράγοντες που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία του πολύτιμου αυτού υγειονομικού κλάδου.

Σε μελέτη που περιελάμβανε την παρακολούθηση για την εμφάνιση ορομετατροπής 1019 ατόμων, που είχαν ακτεθεί παρεντερικά στο αίμα HIV(+) ατόμου, διαπιστώθηκε ότι το 37% αυτών των περιπτώσεων έκθεσης θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί. Το 17% στην προσπάθεια να καλυφθεί χρησιμοποιημένη βελόνα, το 14% σε κακή απόρριψη και στη συνέχεια περισυλλογή βελόνων ή άλλων αιχμηρών αντικειμένων και το 6% οφειλόταν σε επαφή του αίματος με ανοιχτά τραύματα στα χέρια λόγω μη χρησιμοποίησης γαντιών. Συνολικά, παρατηρήθηκε ορομετατροπή κατά το διάστημα της παρακολούθησης σε ποσοστό 0,5% των ατόμων αυτών.

Επομένως, η επαρκής ενημέρωση, η σωστή εκπαίδευση και η τήρηση των προαναφερθέντων στοιχειωδών κανόνων προφύλαξης πιστεύουμε ότι μπορούν να προστατεύσουν τους νοσηλευτές από τον επαγγελματικό κίνδυνο του AIDS. Ακόμη, εάν υπάρξει κατάλληλος προσανατολισμός ανεκτίμητη θα είναι στο μέλλον η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού στην αναγνώριση των φορέων και των πασχόντων από AIDS, καθώς επίσης και στην αγωγή υγείας και την ψυχολογική υποστήριξη των ατόμων αυτών.

Ευαισθητοποιημένη και προβληματισμένοι θα πρέπει να είμαστε και στο θέμα της ορθής κατάρτισης (ενημέρωση, διδαχή και αυστηρή προσήλωση στα καθιερωμένα μέτρα προφύλαξης) για τους νεαρούς Ασκληπιάδες δηλαδή τους φοιτητές Ιατρικής, Οδοντιατρικής και Νοσηλευτικής, σχετικά με το AIDS. Τα άτομα αυτά λόγω της απειρίας τους φαίνεται να είναι πιο επιρρεπή σε μικροτραυματισμούς κατά την εξάσκηση των κλινικών τους καθηκόντων. Επιπλέον, σωστά εκπαιδευμένοι φοιτητές σήμερα σημαίνει καλά καταρτισμένοι αυριανοί γιατροί ή νοσηλευτές, οι οποίοι θα κληθούν να παράσχουν τις υπηρεσίες τους σε αρκετούς, σύμφωνα με τις στατιστικές, φορείς ή ασθενείς με AIDS. Ακόμη, επειδή οι νέοι είναι πιο ορμητικοί και αυθόρμητοι στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, υφίσταται κίνδυνος μόλυνσης τους και δια της οδού της ετερόφυλης σεξουαλικής επαφής. Για το λόγο αυτό συστήνεται, επιπλέον των επαγγελματικών προφυλάξεων, η αποφυγή των περιστασιακών

σχέσεων με άτομα λίγο γνωστά και η επιλογή μόνιμου ερωτικού συντρόφου. Η χρησιμοποίηση (όσο δυσάρεστο και αν φαίνεται αυτό) προφυλακτικών μέσων κατά τη σεξουαλική επαφή κρίνεται απαραίτητη. Τέλος, εξαιτίας της υψηλής συχνότητας AIDS σε ορισμένες χώρες της Αφρικής αλλά και αλλού, δεν ενθαρρύνεται η μετάβαση των φοιτητών για άσκηση στις περιοχές αυτές της υψηλής ενδημικότητας.

Όμως, παρά τις προφυλάξεις που οφείλουν να λαμβάνουν οι λειτουργοί υγείας, δεν θα πρέπει να πανικοβάλλονται και να αντιμετωπίζουν με απέχθεια και υστερία τον ασθενή με AIDS, από άγνοια ή προκατάληψη, παραγνωρίζοντας έτσι τα δικαιώματα του στη ζωή και στην υγεία, τα οποία εκφράζονται με την όσο δυνατόν καλύτερη περίθαλψη και επιβάλλονται από τη λογική και τον ανθρωπισμό.

Αυτοί που υποστηρίζουν ξεχωριστά νοσοκομεία για τους ασθενείς με AIDS θα πρέπει να έχουν υπόψιν τους ότι ο νοσοκομειακός άρρωστος με AIDS ή φορέας δεν είναι επικίνδυνος εκτός και αν βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο της νόσου του και εκδηλώνει τάσεις αυτοκαταστροφής και διασποράς του ιού στο περιβάλλον, π.χ κόβει τις φλέβες του. Καταστάσεις οι οποίες θα δικαιολογούσαν ξεχωριστούς θαλάμους για τους ασθενείς με AIDS είναι οι εξής : ευκαιριακή λοίμωξη, αιμορραγία, ακράτεια ή διάρροια, έντονος παραγωγικός βήχας, νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις και βαριά ουδετεροπενία.

Επειδή ο κίνδυνος που διατρέχουν οι λειτουργοί υγείας είναι ελάχιστος , ο υποχρεωτικός έλεγχος των ασθενών για HIV στα νοσοκομεία δεν θα είχε να προσθέσει παρά υπέρμετρη αύξηση του κόστους, δυσαρέσκεια των ασθενών και παραβίαση των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας . Όλοι όσοι υπεραμύνονται της υποχρεωτικής οροδιάγνωσης για τους ασθενείς θα πρέπει να αναρωτηθούν αν θα δέχονταν να υποβληθούν οι ίδιοι σε παρόμοιο έλεγχο. Η γενίκευση του ελέγχου θα μπορούσε να δικαιολογηθεί μόνο στην περίπτωση εύρεσης αποτελεσματικού φαρμάκου για τους φορείς , οπότε και θα μπορούσε να υπάρξει θετική παρέμβαση .

Περιπτώσεις με AIDS που χρειάζονται απομόνωση

- Ασθενείς με λοιμώξεις όπως φυματίωση, σαλμονέλλωση
- Ασθενείς με διάρροια
- Ασθενείς με προθανάτια κατάσταση
- Ασθενείς με ουδετεροπενία (για να προφυλαχθούν οι ίδιοι οι ασθενείς)

Η στάση επομένως του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στα άτομα με AIDS πρέπει να χαρακτηρίζεται από **υπευθυνότητα, νηφαλιότητα, ρεαλισμό** και πάνω από όλα από **αγάπη και φροντίδα για τον άρρωστο.**

Σύμφωνα με τη συνταρακτική μαρτυρία ενός οροθετικού νέου, «θυμός με κυριέψε εναντίον ενός ιατρικού συστήματος που επιτρέπει στους γιατρούς να ανακοινώνουν τη διάγνωση μίας φοβερής αρρώστιας με ψυχρό επαγγελματικό ύφος χωρίς να συνειδητοποιήσουν ότι, δίνοντας σε κάποιον αυτή τη διάγνωση, του αφαιρούν ταυτόχρονα όλες τις αξίες και τους σκοπούς της ζωής του. Θυμός εναντίον των λειτουργών υγείας που μοιάζουν να είναι τόσο τρωτοί σε παράλογους φόβους και προκαταλήψεις όταν υποχρεώνονται να περιθάλψουν αρρώστους και φορείς του AIDS. Τέλος, θυμός εναντίον της κοινωνίας που θεωρεί ισοδύναμη με έγκλημα και τιμωρία τη συμφορά που είχες να νοσήσεις. Η κοινωνία και οι γιατροί μπορούν να κάνουν την διαδικασία της προσαρμογής μας πολύ λιγότερο επώδυνη μόνο όταν γνωρίσουν και κατανοήσουν τα ψυχολογικά, τα κοινωνικά και τα συναισθηματικά

εμπόδια που αντιμετωπίζουμε μέχρις ότου φθάσουμε στο τελικό στάδιο της προσαρμογής μας και της παραδοχής της αρρώστιας μας. Αφού με τα σημερινά δεδομένα η ιατρική δεν μπορεί να μας θεραπεύσει, μόνο η ηθική υποστήριξη του γιατρού μας και της κοινωνίας απομένει σε μας που δίνουμε καθημερινά τη σκληρή προσωπική μας μάχη».⁴²

5.4. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ

Οι σύγχρονες τάσεις που διέπουν την οργάνωση και λειτουργία ενός σύγχρονου Οδοντιατρείου, χαρακτηρίζονται από την γνώση που αποκτήθηκε από τις εμπειρίες του παρελθόντος και την τεχνογνωσία που περιβάλλει κάθε τύπο συσκευής εργαλείου, αναλώσιμου προϊόντος αλλά και υπηρεσίας που προσφέρεται προς τους ασθενείς. Η προστασία τόσο των ασθενών αλλά και του υγειονομικού προσωπικού αποτελούσε και αποτελεί το βασικό θεμέλιο επί του οποίου δομείται η λειτουργία των συγχρόνων μονάδων παροχής υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης.

Σύγχρονα και τελειοποιημένα υλικά χρησιμοποιούνται για την κάλυψη των επιφανειών που είναι αδύνατον να αποστειρωθούν, η σχεδίαση των εργαλείων χειρός καθώς και τα υλικά από τα οποία αυτά κατασκευάζονται έχει τροποποιηθεί ριζικά. Οι χειρολαβές υποδοχής των περιστροφικών κοπτικών εργαλείων κατασκευάζονται από κράματα και κεραμικά υλικά ικανά να αποστειρωθούν σε σχετικά υψηλές θερμοκρασίες, ενώ λειτουργικά υπάρχει πρόνοια για την αποφυγή του φαινομένου της επανεισρόφησης υγρών κατά την διάρκεια της λειτουργίας τους. Οι οδοντιατρικές μονάδες διαθέτουν την δυνατότητα απολύμανσης του εσωτερικού των σωληνώσεων τους και οι διακόπτες τους όπου αυτοί υπάρχουν έχουν τη δυνατότητα κάλυψης ή απολύμανσης. Παράλληλα τα χρησιμοποιούμενα απολυμαντικά ενώ είναι δραστικά για τους παθογόνους μικροοργανισμούς, διαθέτουν περιορισμένο φάσμα βλαπτικών επιδράσεων στο προσωπικό του οδοντιατρείου και τους ασθενείς.

Οι προδιαγραφές και οι δυνατότητες των συγχρόνων αυτόκαυστων κλιβάνων έχουν ενισχυθεί σημαντικά, έτσι ώστε ο κύκλος της αποστείρωσης να εκτελείται ομαλά να είναι εξαιρετικά αξιόπιστος και να καταστρέφει όλο και μεγαλύτερο φάσμα μικροοργανισμών και όχι μόνο.

Εξαιρετικά μεγάλος αριθμός υλικών, εργαλείων και διατάξεων έχει πλέον μεταταγεί στην κατηγορία των εφάπαξ χρησιμοποιούμενων παρά την τεράστια οικονομική επιβάρυνση που αυτό επιφέρει στον προϋπολογισμό του οδοντιατρείου, ενώ παράλληλα έχουν υιοθετηθεί πρωτόκολλα για την ασφαλή απομάκρυνση των μολυσματικών και των δυνητικά μολυσματικών απορριμάτων.

Τεράστια εμπειρία έχει πλέον αποκτηθεί στα μοντέλα και τις τεχνικές προσέγγισης των περαστικών, τη θέση εργασίας, την συνεργασία με το βοηθητικό προσωπικό έτσι ώστε να αποφεύγετε η εκτόξευση βιολογικών υγρών στον περιβάλλοντα χώρο και στο υγειονομικό προσωπικό του ιατρείου.

Τέλος, με την εμπειρία της προηγούμενης εικοσαετίας έχει επέλθει τεράστια τροποποίηση των συνειδήσεων σχετικά με την προσέγγιση υπόπτων ή βεβαιωμένων ειδικών περιστατικών, έτσι ώστε να αποφεύγετε ο πανικός και η άρνηση στην παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης στα άτομα με AIDS.⁴³

5.5. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΜΟΛΥΝΣΗΣ ΑΠΟ ΗΙV ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Όταν τηρούνται οι κανόνες υγιεινής, ο κίνδυνος να μολυνθεί από τον ιό HIV ένας φίλος ή κάποιο άτομο που προσφέρει βοήθεια είναι πολύ μικρός. Είναι αναληθές ότι ένας ασθενής που πάσχει από AIDS είναι ιδιαίτερα μολυσματικός!

Στην πράξη όμως γνωρίζουμε ότι τα άτομα που περιθάλπουν έναν ασθενή που πάσχει από AIDS φοβούνται πολύ (μολονότι γνωρίζουν ότι ο κίνδυνος που υπάρχει να μολυνθούν από τον HIV είναι περιορισμένος). Μπορούν δηλαδή στην αρχή να έχουν άγχος ότι θα μολυνθούν εάν έρθουν σε επαφή π.χ με τα κόπρανα. Οι φόβοι είναι φυσιολογικοί. Στις περισσότερες περιπτώσεις το άγχος αυτό μειώνεται γρήγορα όταν τα άτομα που περιθάλπουν τον ασθενή κάνουν τις εργασίες τους ήρεμα και τηρούν τους κανόνες υγιεινής. Τα άτομα που φοβούνται να περιθάλπουν έναν ασθενή δεν πρέπει να πιέζουν τους εαυτούς τους. Ο ασθενής τον οποίο περιθάλπουν αντιλαμβάνεται τους φόβους τους και γι' αυτό δεν αισθάνεται καλά. Αυτό δεν είναι κάτι ευχάριστο. Όταν ακόμη και μετά από συζήτηση με τον ασθενή ή και με άλλους ο φόβος αυτός δεν εξαφανισθεί, τότε είναι καλύτερο το άτομο αυτό να πάψει να περιθάλπει τον ασθενή.

Στην πράξη επίσης παρατηρείται ότι ορισμένα από τα άτομα που περιθάλπουν ασθενείς παύουν να τηρούν τους κανόνες υγιεινής μετά την πάροδο ορισμένου χρόνου. Νομίζουν ότι δεν υπάρχει κίνδυνος και θεωρούν όλα αυτά περιττά. Αυτό δεν πρέπει ποτέ να συμβεί. Ο ασθενής πρέπει να εφιστά την προσοχή των ατόμων που τον περιθάλπουν επί του προκειμένου.

5.5.1. ΠΟΤΕ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙ ΚΑΝΕΙΣ ΓΑΝΤΙΑ, ΜΑΣΚΑ Η ΠΟΔΙΑ

Τα γάντια χρησιμοποιούνται :

- Όταν έρχεται κανείς σε επαφή με αίμα, σπέρμα ή κολλικά υγρά (εξαιτίας μόλυνσης από τον HIV).
- Όταν έρχεται κανείς σε άμεση επαφή με κόπρανα, ούρα ή έμετο. Αυτό συμβαίνει όχι εξαιτίας του κινδύνου μόλυνσης από τον ιό HIV, αλλά προκειμένου να αποφευχθούν μολύνσεις από άλλα μικρόβια (π.χ βακτηρίδια του εντέρου).

Η **χρήση μάσκας** ή ποδιάς στην κατ' οίκο περίθαλψη του ασθενούς δεν είναι αναγκαία (ο HIV δεν μεταδίδεται με το φτέρνισμα ή το βήχα).

Η **απολύμανση** γίνεται με τον εξής τρόπο:

Αμέσως όταν το αντικείμενο λερωθεί.

Χρησιμοποιούνται γάντια κατά προτίμηση μιας χρήσεως ή γάντια της κουζίνας.

Φάση 1. Πρώτα καθαρίζουμε την επιφάνεια με χαρτί κουζίνας. Το χαρτί αυτό μετά τη χρήση είναι μολυσμένο υλικό γι' αυτό πρέπει να απομακρυνθεί με κατάλληλο τρόπο.

Φάση 2. Καθαρίζουμε την επιφάνεια πρώτα με νερό και μετά με ένα κοινό υγρό καθαρισμού, στη συνέχεια ξεπλένουμε.

Φάση 3. Καθαρίζουμε με ένα απολυμαντικό μέσο. Τρίβουμε καλά την επιφάνεια μέχρι να καθαρίσει εντελώς. Πετάμε τα γάντια μιας χρήσεως και καθαρίζουμε τα γάντια της κουζίνας με απολυμαντικό. Πλένουμε τα χέρια μας.

Ως μέσο απολύμανσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί:

1. **Διάλυμα χλωρίνης.** Τα περισσότερα « απολυμαντικά μέσα» που πωλούνται στα σούπερ μάρκετ είναι κατάλληλα (πρέπει να περιέχουν τουλάχιστον 5 έως 9% υποχλωριώδες νάτριο).

Εάν έχει προηγηθεί καθαρισμός του αντικειμένου με νερό και υγρό καθαρισμού, είναι αρκετό ένα διάλυμα 1:50, δηλαδή ένα καπάκι γεμάτο υγρό απολύμανσης σε 5 λίτρα νερού. Εάν δεν έχει προηγηθεί καθαρισμός, τότε το διάλυμα πρέπει να είναι 1:9.

ΠΡΟΣΟΧΗ!

- ❖ Αναλογίες 1:9 ή ακόμη πιο δυνατές μπορούν να προκαλέσουν ερεθισμό των αναπνευστικών οδών.
 - ❖ Δεν πρέπει ποτέ να ανακατεύουμε το διάλυμα χλωρίνης με άλλα υγρά καθαρισμού. Μπορούν κατ' αυτόν τον τρόπο να παραχθούν επικίνδυνοι ατμοί. Πρέπει να κρατάμε το υδάτινο διάλυμα χλωρίνης μακριά από παιδιά.
 - ❖ Το διάλυμα χλωρίνης πρέπει να φυλάσσεται σε ένα σκοτεινό χώρο.
 - ❖ Το διάλυμα χλωρίνης ξεβάφει ορισμένα αντικείμενα (ρουχισμό, τάπητες) και σκουριάζει τα σίδερα.
 - ❖ Να μη χρησιμοποιείται ποτέ το υδάτινο διάλυμα χλωρίνης για τον καθαρισμό του δέρματος.
2. **Αλκοόλη 70%, καθαρό οινόπνευμα.** Το καθαρό οινόπνευμα περιέχει 85% αλκοόλη. Το πλεονέκτημα της αλκοόλης και του καθαρού οινόπνευματος είναι ότι δρουν αποτελεσματικά και δεν προκαλούν ερεθισμό. Το μειονέκτημα είναι ότι η μεν αλκοόλη είναι ακριβή, το καθαρό οινόπνευμα δεν είναι και ότι είναι εύφλεκτα. Πρέπει δηλαδή να προσέχει κανείς όταν τα χρησιμοποιεί ιδίως όταν παίρνει φάρμακα, είναι άρρωστος ή πάσχει από άνοια. Επίσης, όταν χρησιμοποιεί τακτικά, η αλκοόλη προσβάλλει τα πλαστικά και τα αντικείμενα από ελαστικό. Πριν από τη χρησιμοποίηση αλκοόλης τα αντικείμενα πρέπει πρώτα να καθαρίζονται με ένα κοινό υγρό καθαρισμού. Η αλκοόλη παύει να δρα όταν έρθει σε επαφή με οργανικές ουσίες (όπως το αίμα, τα κόπρανα).

5.6. ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Όταν σε ένα άτομο που παρέχει περίθαλψη συμβεί ένα ατύχημα, πρέπει να έχει υπόψιν του τα ακόλουθα:

Όταν το δέρμα του (που δεν φέρει τραύματα ή εκδορές) έρθει σε επαφή με αίμα, σπέρμα ή κολπικά υγρά, πρέπει να το πλύνει καλά με σαπούνι και άφθονο νερό. Το άφθονο νερό, βοηθά στην αραίωση και στην απομάκρυνση του μολυσμένου υλικού.

Όταν ο βλεννογόνος (μύτη, στόμα) ή το δέρμα το οποίο φέρει τραύματα ή εκδορές έρθει σε επαφή με αίμα του ασθενή, πλένεται με άφθονο νερό.

Από ένα τέτοιο ατύχημα μπορεί κανείς να μολυνθεί από τον ιό της Ηπατίτιδας Β. Ίσως χρειασθεί να χορηγηθεί υπεράνοσος Β-σφαιρίνη που προλαμβάνει την μόλυνση από την Ηπατίτιδα Β.

Όταν έρθει σε επαφή με αίμα μία ανοιχτή πληγή ή κάποιος έχει τρυπηθεί από μία βελόνα που χρησιμοποιεί ένας ασθενής που πάσχει από AIDS, αφήνεται η πληγή

να αιμορραγεί (δεν απομυζάται το αίμα), ρίπτεται λίγο οινόπνευμα 70% και τοποθετείται μία αποστειρωμένη γάζα.⁴⁴

Η πρόληψη είναι το κλειδί για να μειωθούν οι ρυθμοί μετάδοσης και να νικηθεί το AIDS.

Τα Κράτη μπορούν να περιορίσουν την εξάπλωση της επιδημίας του AIDS με σχετικά χαμηλό κόστος επενδύοντας στην πρόληψη και προσφέροντας στους νέους που διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο την ενημέρωση και την υποστήριξη που χρειάζονται για να μην γίνουν θύματα του AIDS και αυτοί. Η έκθεση "ΝΕΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ & AIDS" που έδωσε στη δημοσιότητα η UNICEF, σε συνεργασία με την UNAIDS και την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας προτείνει μια στρατηγική για την πρόληψη του AIDS που αποτελείται από 10 βήματα:

- 1. Τέρμα στη Σιωπή το Στιγματισμό και την Ντροπή**
Ο φόβος του στιγματισμού και οι βαθιά ριζωμένες διακρίσεις κάνει τους νέους να αποφεύγουν να μιλήσουν για το AIDS ή να παίρνουν άλλα προφυλακτικά μέτρα.
- 2. Παροχή γνώσης και ενημέρωσης στους νέους**
Οι νέοι άνθρωποι δεν μπορούν να προστατεύσουν τον εαυτό τους από το AIDS αν δεν γνωρίζουν τα απαραίτητα. Πρέπει να μάθουν την αλήθεια για το AIDS τόσο πριν γίνουν ενεργοί σεξουαλικά, όσο και μετά.
- 3. Παροχή δεξιοτήτων στους νέους**
Η συμπεριφορά δεν αλλάζει μόνο με τη γνώση. Χρειάζονται ικανότητες όπως η κριτική σκέψη, η επίλυση συγκρούσεων, η επικοινωνία κ.ά., που βοηθούν τους νέους να κάνουν πράξη αυτά που γνωρίζουν.
- 4. Υπηρεσίες Υγείας Φιλικές προς τους νέους**
Υπηρεσίες υγείας στελεχωμένες με άτομα στα οποία οι νέοι θα μπορούν να μιλήσουν, που δεν θα τους πατρονάουν, ώστε να μιλήσουν ελεύθερα και να δεχθούν ενημέρωση, συμβουλές και άλλες υπηρεσίες.
- 5. Εθελοντική και εμπιστευτική παροχή συμβουλευτικής και ελέγχου για τον HIV (τεστ για AIDS)**
Εννέα στους δέκα ανθρώπους δεν γνωρίζουν ότι έχουν μολυνθεί και όσοι το γνωρίζουν χρειάζονται ειδική ενημέρωση και φροντίδα ώστε να μην μολύνουν και άλλους. Σε πολλές χώρες λιγότεροι από τους μισούς νέους γνωρίζουν που μπορούν να κάνουν ένα τεστ για AIDS.
- 6. Συνεργασία με τους νέους, προώθηση της συμμετοχής τους**
Η ανάμειξη των νέων στις προσπάθειες πρόληψης είναι ουσιαστική. Οι νέοι με την κατάλληλη εκπαίδευση γίνονται οι καλύτεροι και πιο αποτελεσματικοί φορείς επικοινωνίας, κυρίως για τους συνομηλικούς τους.
- 7. Χρησιμοποίηση νέων που ήδη ζουν με το AIDS**
Το AIDS μπορεί να χτυπήσει οποιονδήποτε. Η εμπειρία ατόμων που ζουν με την ασθένεια είναι πολύτιμη. Μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στην ενημέρωση για την πρόληψη και στην απομυθοποίηση του στίγματος του AIDS.

8. **Δημιουργία ασφαλούς και υποστηρικτικού περιβάλλοντος**
Η παροχή ενημέρωσης και δεξιοτήτων χωρίς την εξασφάλιση ενός αισθήματος ασφάλειας και υποστήριξης στην κοινωνία, το σχολείο, το σπίτι, θα ήταν ανεπαρκής. Τα κράτη πρέπει να φροντίσουν (νομοθετικά) για την καταπολέμηση της σεξουαλικής βίας κάθε μορφής.
9. **Βοήθεια προς τους νέους που διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο**
Ιδιαίτερα δύσκολο αλλά ζωτικής σημασίας, τόσο για να προστατευθούν και να βοηθηθούν ομάδες υψηλού κινδύνου (π.χ. τοξικομανείς, ιερόδουλες, ομοφυλόφιλοι) όσο και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.
10. **Ενίσχυση συνεργασιών και παρακολούθηση της προόδου**
Είναι δύσκολο να αντιμετωπισθεί ένα τέτοιου μεγέθους πρόβλημα από ένα μονάχα τμήμα της κοινωνίας. Ισχυρές και ευρείες συνεργασίες απαιτούνται καθώς και συνεχής συλλογή πληροφοριών και παρακολούθηση της προόδου.¹²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΟΣΤΩΝ
MEADS

6.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η νοσοκομειακή φροντίδα των ασθενών με AIDS, ξεκίνησε και συνεχίζεται με την εθελοντική προσπάθεια ορισμένων γιατρών-νοσηλευτών, οι οποίοι δημιουργούν γιγαντιαία τμήματα σχετικά με τον αριθμό των κρουσμάτων στην Ελλάδα.

Όσον αφορά την εξωνοσοκομειακή τους φροντίδα οι άρρωστοι θα μπορούσαν να χωριστούν σε ορισμένες ομάδες με βάση τα νοσήματα που αναπτύσσουν και αποτελούν την καθημερινή μέριμνα του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού της κλινικής. Η νοσηλεία σε εξωτερικά ιατρεία ενθαρρύνεται παγκοσμίως, γιατί είναι μεγάλο πρόβλημα οι άρρωστοι αυτοί να περνούν την υπόλοιπη ζωή τους μέσα στο νοσοκομείο και έτσι και παροτρύνονται και οι ίδιοι, το επιθυμούν να νοσηλεύονται ως εξωτερικοί ασθενείς.

Στην πρώτη ομάδα, ανήκουν οι ασθενείς που παίρνουν απλώς το AZT. Οι άνθρωποι αυτοί, που κάνουν μόνο αντι-ική θεραπεία, προσέρχονται κάθε 15 μέρες για απλό τακτικό εργαστηριακό έλεγχο, ενώ ανοσιακό έλεγχο κάνουν κάθε 3 μήνες.

Τη δεύτερη ομάδα, αποτελούν οι άρρωστοι που κάνουν εισπνοές νεφελοποιημένης πενταμιδίνης, είτε για πρωτογενή είτε για δευτερογενή προφύλαξη από PCP.

Την τρίτη ομάδα, αποτελούν οι άρρωστοι που κάνουν συγκεκριμένες θεραπείες για ειδικά νοσήματα, όπως για σάρκωμα Kaposi με ιντερφερόνη. Επίσης, οι ασθενείς με αμφιβληστροειδοπάθεια από κυτταρομεγαλοϊό που παίρνουν Gancyclovir ή Foscarent, οι ασθενείς υπό χημειοθεραπεία για Hodgkin ή non-Hodgkin λεμφώματα και, τέλος, οι ασθενείς που κάνουν αντιφυματική αγωγή.

Η τέταρτη ομάδα αποτελείται από ασθενείς που εμφανίζουν καθημερινά προβλήματα, όπως μυκητιάσεις ή ιογενείς λοιμώξεις.

Και, τέλος, υπάρχει και μια άλλη ομάδα, όπου γίνονται μικροεπεμβάσεις ή ενδοσκοπήσεις στο εξωτερικό ιατρείο. Έρχεται όμως η ώρα που οι άρρωστοι, δυστυχώς, χρειάζονται και νοσηλεία.

Τη στιγμή που ο άρρωστος χρειάζεται νοσοκομειακή περίθαλψη είναι δυνατόν να ξέρει ότι είναι οροθετικός ή να μην το ξέρει. Οι άρρωστοι που δεν το ξέρουν μπορεί να προσέλθουν για έλεγχο πολυαδενικού συνδρόμου ή για πυρετό άγνωστης αιτιολογίας ή γιατί βρίσκονται σε στάδιο ορομετατροπής, δηλαδή σε φάση έντονης ανοσιακής διέγερσης στην προσπάθεια να περιχαρακωθεί η νόσος. Οι άρρωστοι αυτοί μπορεί να μουν με ποικίλα συμπτώματα στο νοσοκομείο και εκεί βεβαίως είναι δυνατόν να μπερδευτεί ο εσωτερικός γιατρός μέχρι να αποδειχθεί η νόσος. Άλλοι άρρωστοι, είτε είναι γνωστοί οροθετικοί είτε όχι, εμφανίζονται με βαριά δύσπνοια και διαπιστώνεται για πρώτη φορά PCP ή κάποια από τις άλλες ευκαιριακές διάμεσες πνευμονίες. Είναι επίσης δυνατόν οι άρρωστοι να έλθουν για έλεγχο αιμορραγικού εξανθήματος ή, τέλος, για συμπτώματα προσβολής του ΚΝΣ.⁴⁵

Το σχέδιο φροντίδας για άρρωστο με AIDS εξατομικεύεται για να καλύψει τις ανάγκες του.

6.1.1. Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

1. Ιστορικό υγείας

- Διαιτητικό ιστορικό:παράγοντες που εμπόδιζαν τη στοματική πρόσληψη τροφής, δυνατότητα αρρώστου να αγοράζει τρόφιμα και να παρασκευάζει φαγητό.
- Παράπονα αρρώστου για βήχα, πτύελα, βράχυνση αναπνοής, ορθόπνοια, ταχύπνοια και θωρακικό πόνο. Επίσης, για πονοκέφαλο, αιμωδία και σπασμούς στα άκρα.
- Σεξουαλικό ιστορικό και ιστορικό ενδοφλέβιας χρήσης φαρμάκων.
- Εκτίμηση επιπέδου γνώσης του αρρώστου, μελών της οικογενείας και φίλων, για τη νόσο και τον τρόπο μετάδοσής της.
- Αναγνώριση πόρων του αρρώστου για υποστήριξη
- Τρόποι διαπραγμάτευσης αρρώστου με νόσο και μεγάλα stress της ζωής στο παρελθόν.

2.Φυσική εκτίμηση και εκτίμηση συμπεριφοράς

- Επισκόπηση δέρματος για σημεία ρήξης, εξέλκωσης και λοίμωξης, στοματικής κοιλότητας για ερυθρότητα, εξέλκωση και παρουσία πλακών ενδεικτικών καντιντίασης.
- Επισκόπηση περιπρωκτικής περιοχής για εκδορά και λοίμωξη σε αρρώστους με σοβαρή διάρροια.
- Παρουσία και ποιότητα αναπνευστικών ήχων.
- Εκτίμηση νευρολογικής κατάστασης:επίπεδο συνείδησης, προσανατολισμός σε πρόσωπα, χώρο, χρόνο, ύπαρξη κενών μνήμης, αισθητικές διαταραχές, κινητικές διαταραχές, αλλαγές στο βάδισμα, παρουσία πάρεσης.
- Εκτίμηση της υδατοηλεκτρολυτικής κατάστασης:δέρμα για ελαστικότητα, βλεννογόνοι για ερυθρότητα και ξηρότητα, μείωση όγκου ούρων και συστολικής αρτηριακής πίεσης και μικρός, συχνός σφυγμός. Σημεία διαταραχής ηλεκτρολυτών:μικροί μυϊκοί σπασμοί, μυϊκές κράμπες, άρρυθμος σφυγμός και επιπόλαιες αναπνοές.
- Εκτίμηση ψυχολογικής αντίδρασης του αρρώστου στη διάγνωση AIDS:άρνηση, θυμός, φόβος, ντροπή, απόσυρση από κάθε κοινωνική αλληλεπίδραση.

▪

3.Διαγνωστικές εξετάσεις

- Για AIDS(συζητήθηκαν παραπάνω)
- Για εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης:πρωτεΐνες ορού και επίπεδα τρανσφερίνης
- Καλλιέργειες υγρού εξελκώσεων για αναγνώριση λοιμογόνων οργανισμών
- Ακτινογραφία θώρακα, αέρια αρτηριακού αίματος και δοκιμασίες πνευμονικής λειτουργίας, για αναπνευστική κατάσταση
- Ειδικό βάρος ούρων για έλεγχο ενυδάτωσης
- Προσδιορισμός ηλεκτρολυτών ορού

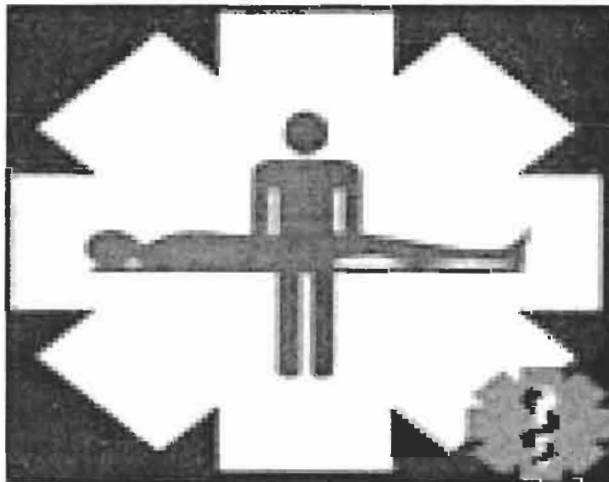
6.1.2. Προβλήματα του αρρώστου

- 1.Μειωμένη διακίνηση οξυγόνου(PCP, αυξημένες βρογχικές εκκρίσεις και μειωμένη ικανότητα βήχα εξαιτίας αδυναμίας και κόπωσης)
- 2.Θρεπτικό ανισοζύγιο(μειωμένη στοματική πρόσληψη)
- 3.Υδατοηλεκτρολυτικό ανισοζύγιο(μειωμένη πρόσληψη, έμετοι, διάρροια, άφθονη εφίδρωση)
- 4.Ενεργειακό ανισοζύγιο(πυρετός)

- 5.Μείωση ασφάλειας(ανοσοανεπάρκεια, κακή λειτουργία νευρικού συστήματος, κινητικές διαταραχές, σπασμοί, επιπλοκές θεραπείας)
- 6.Μείωση άνεσης(πόνος, δυσχέρεια)
- 7.Μείωση δραστηριοτήτων(αδυναμία, κόπωση)
- 8.Ψυχολογικά προβλήματα(αντίδραση στη διάγνωση)
- 9.Οικονομικά προβλήματα(αδυναμία για εργασία, ακριβή θεραπεία)
- 10.Κοινωνικά προβλήματα(απόσυρση από κάθε κοινωνική αλληλεπίδραση)
- 11.Έλλειμμα γνώσης, που αφορά τη φύση της νόσου, τρόπους μετάδοσης και μέτρα προφύλαξης.

6.1.3. Σκοποί της φροντίδας

- Επίτευξη και διατήρηση ακεραιότητας δέρματος και βλεννογόνων
- Αντιμετώπιση διάρροιας
- Πρόληψη λοίμωξης
- Βελτίωση ανοχής δραστηριότητας
- Προαγωγή βελτίωσης διεργασίας σκέψης
- Βελτίωση θρεπτικής κατάστασης
- Αποκατάσταση και διατήρηση υδατοηλεκτρολυτικής ισορροπίας
- Βελτίωση καθαρισμού αεραγωγού
- Αύξηση γνώσης που αφορά πρόληψη μετάδοσης της νόσου
- Μείωση αισθήματος κοινωνικής απομόνωσης.



6.1.4. Παρέμβαση

1.Επίτευξη και διατήρηση ακεραιότητας δέρματος και βλεννογόνων:

- Τακτική εκτίμηση δέρματος και στοματικού βλεννογόνου για αλλαγές σε όψη, για εντόπιση και μέγεθος αλλοιώσεων και για σημεία λοίμωξης.
- Βοήθεια ακίνητων αρρώστων να αλλάζουν θέση κάθε δύο ώρες. Χρήση αεροστρώματος για πρόληψη ρήξης του δέρματος. Τεντωμένα λευχείματα, αποφυγή σφικτών ρούχων.
- Ενθάρρυνση αρρώστων να αποφεύγουν εκδορές, να χρησιμοποιούν μαλακά σαπούνια και να εφαρμόζουν σε ξηρές επιφάνειες δερματικά ενυδατικά χωρίς άρωμα και να φροντίζουν τακτικά το στόμα τους.⁸

- Χορήγηση αντικνησμικών, αντιβιοτικών και αναλγητικών, σύμφωνα με ιατρική οδηγία.
- Εφαρμογή σε αλλοιωμένες δερματικές επιφάνειες φαρμακευτικών λοσιών, αλοιφών και επιδέσεων, σύμφωνα με ιατρική οδηγία.
- Διατήρηση περιπρωκτικής περιοχής όσο το δυνατό καθαρότερης. Καθαρισμός της μετά από κάθε κένωση, με μαλακό σαπούνι και νερό. Χρήση μαλακών εσωρούχων.
- Σε υποψία λοίμωξης, καλλιέργεια υγρού αλλοίωσης.

2. Αντιμετώπιση διάρροιας:

- Περιορισμός στοματικής πρόσληψης, αν ενδείκνυται και προτείνεται από το γιατρό, για ανάπαυση του εντέρου σε περιόδους οξείας φλεγμονής που συνδέεται με βαριές εντερικές λοιμώξεις.
- Με την πρόοδο της διαιτητικής πρόσληψης, αποφυγή ερεθιστικών τροφών και λήψη μικρών και συχνών γευμάτων.
- Χορήγηση, με βάση ιατρική οδηγία, αντιχολινεργικών, αντισπασμωδικών ή οπιούχων. Επίσης αντιβιοτικών και αντιμυκητιακών μέσων για καταπολέμηση που αναγνωρίστηκαν από καλλιέργειες κοπράνων.
- Αποθάρρυνση καπνίσματος, γιατί η νικοτίνη ενεργεί ως διεγερτικό του εντέρου.
- Πρόσληψη 2500 mL υγρών, εκτός αν αντενδείκνυται.

3. Πρόληψη λοίμωξης:

- Παρακολούθηση αρρώστου για σημεία και συμπτώματα λοίμωξης: πυρετό, ρίγη και εφίδρωση, βήχα, βράχυνση αναπνοής, στοματικό πόνο ή επώδυνη κατάποση, αφρογαλακτώδεις λευκές πλάκες στη στοματική κοιλότητα, συχνουρία, δυσουρία, ερυθρότητα, οίδημα ή παροχέτευση από δερματικό τραύμα, φυσαλιδώδεις αλλοιώσεις στο πρόσωπο, χείλη ή περιπρωκτική περιοχή.
- Διδασκαλία αρρώστου και παρέχοντα φροντίδα, για ανάγκη αναφοράς σημείων και συμπτωμάτων λοίμωξης.
- Καλλιέργειες υγρού παροχέτευσης τραυμάτων, αλλοιώσεων δέρματος, ούρων, κοπράνων, πτυέλων και αίματος και εφαρμογή αντιμικροβιακής θεραπείας, σύμφωνα με ιατρική οδηγία.
- Παρακολούθηση λευκών και τύπου.
- Άσηπτη τεχνική στις αιματηρές διαδικασίες και στον καθετηριασμό κύστης.
- Διδασκαλία αρρώστου για τρόπους πρόληψης λοίμωξης:
 - ✓ Καθαρισμός κουζίνας και μπάνιου με απολυμαντικά
 - ✓ Τέλειος καθαρισμός χεριών μετά από έκθεση σε σωματικά υγρά
 - ✓ Αποφυγή έκθεσης σε σωματικά υγρά άλλων ή χρήση κοινών σκευών φαγητού
 - ✓ Γύρισμα, βήξιμο και βαθιές αναπνοές, ειδικά όταν μειώνεται η δραστηριότητα
 - ✓ Διατήρηση καθαρής της περιπρωκτικής περιοχής

4. Βελτίωση ανοχής δραστηριότητας:

- Εκτίμηση ανοχής δραστηριότητας του αρρώστου με παρακολούθηση της ικανότητάς του να σηκώνεται από το κρεβάτι και να εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες.
- Βοήθεια στο σχεδιασμό καθημερινής ρουτίνας, που διατηρεί ισορροπία ανάμεσα σε δραστηριότητα και ανάπαυση.
- Χρήση μέσων, όπως χαλάρωση για μείωση άγχους, που συνεισφέρουν στην αντιμετώπιση αίσθησης αδυναμίας και κόπωσης.
- Διδασκαλία τεχνικών συντήρησης ενέργειας, όπως χρήση καθιστικής θέσης κατά το πλύσιμο ή μαγείρεμα, διατήρηση σε κοντινή θέση αντικειμένων που χρησιμοποιούνται συχνά

5. Προαγωγή διεργασιών σκέψης:

- Εκτίμηση αρρώστου για διαταραχή διεργασιών σκέψης, όπως μειωμένη προσοχή, διαταραγμένη μνήμη, σύγχυση, αποπροσανατολισμός, διέγερση και μειωμένο επίπεδο συνείδησης.
- Επαναπροσανατολισμός του αρρώστου σε πρόσωπα, τόπο και χρόνο, ανάλογα με την κατάσταση. Έχετε ημερολόγιο και ρολόι σε σημείο που μπορεί να τα βλέπει ο άρρωστος. Αφήνετε χαμηλό φως τη νύχτα.
- Ενθάρρυνση οικογένειας και φίλων να επισκέπτονται τον άρρωστο για να του δημιουργούν οικείο και λιγότερο απειλητικό περιβάλλον.
- Λήψη μέτρων για προστασία του αρρώστου από βλάβη.
- Αργή επανάληψη των οδηγιών χρησιμοποιώντας απλή και καθαρή γλώσσα.

6. Βελτίωση θρεπτικής κατάστασης:

- ✓ Εκτίμηση αρρώστου για σημεία πλημμελούς θρέψης μέσω των ακόλουθων: ύψους, βάρους, ηλικίας, επιπέδων πρωτεΐνης ορού και τρανσφερίνης, αιμοσφαιρίνης, αιματοκρίτη, απώλεια δερματικής αντιδραστικότητας και ανθρωπομετρικών μετρήσεων.
- ✓ Λήψη διαιτητικού ιστορικού, συμπεριλαμβανομένων συμπαθειών και αντιπαθειών και ανοχής τροφών.
- ✓ Εκτίμηση παραγόντων που παρεμποδίζουν στοματική πρόσληψη.
- ✓ Συνεργασία με διαιτολόγο, για να προσδιοριστούν οι θρεπτικές ανάγκες του αρρώστου
- ✓ Μείωση παραγόντων που περιορίζουν στοματική πρόσληψη
- ✓ Ενθάρρυνση αρρώστου να ξεκουράζεται πριν από τα γεύματα.
- ✓ Σχεδιασμός γευμάτων, ώστε να μη λαμβάνονται αμέσως μετά από οδυνηρές ή δυσάρεστες διαδικασίες.
- ✓ Ενθάρρυνση αρρώστου να παρασκευάζει απλά γεύματα ή να έχει βοήθεια στην προπαρασκευή τους, αν είναι δυνατόν.
- ✓ Περιορισμός υγρών μία ώρα πριν από το γεύμα και κατά τη διάρκεια του.
- ✓ Ενθάρρυνση αρρώστου να παίρνει τα γεύματα με επισκέπτες ή άλλους στο σπίτι, αν είναι δυνατό.
- ✓ Συνολικά, 6 μικρά γεύματα την ημέρα.
- ❖ Διδασκαλία αρρώστου για τρόπους συμπλήρωσης θρεπτικής αξίας των γευμάτων: να καταναλώνει τροφές πλούσιες σε πρωτεΐνη (κρέας, ψάρι, όσπρια, προϊόντα γάλακτος) και υδατάνθρακες (αμυλώδη, φρούτα, γλυκά).
- ❖ Χρήση τεχνητής διατροφής ή παρεντερικής θρέψης, με ιατρική οδηγία.

- ❖ Συνεργασία με κοινωνικό λειτουργό, για να βρεθούν μέσα για παροχή οικονομικής βοήθειας, αν ο άρρωστος δεν έχει την οικονομική δυνατότητα να αγοράσει τρόφιμα.⁸

7. Αποκατάσταση και διατήρηση υδατοηλεκτρολυτικής ισορροπίας.

- Παρακολούθηση σε συνεχή βάση, ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών:ελαστικότητα δέρματος, καθημερινή μέτρηση προσλαμβανόμενων-αποβαλλόμενων υγρών και ειδικού βάρους ούρων, συχνή μέτρηση συστολικής αρτηριακής πίεσης και σφυγμού σε σχέση με τη θέση του αρρώστου και συχνός προσδιορισμός ηλεκτρολυτών ορού, Hb και Ht.
- Παρακολούθηση για σημεία και συμπτώματα διαταραχής ηλεκτρολυτών, όπως μυϊκές κράμπες, αδυναμία, άρρυθμος σφυγμός, μειωμένη διανοητική κατάσταση, ναυτία και έμετοι, που αναγράφονται και αναφέρονται στο γιατρό.
- Βοήθεια αρρώστου στην επιλογή τροφών που θα αναπληρώσουν απώλειες ηλεκτρολυτών.
- Καθημερινή πρόσληψη 2500 mL υγρών, εκτός αν αντεδείκνυται.
- Αν οι διαταραχές επιμένουν, ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών, σύμφωνα με ιατρική οδηγία.

8. Βελτίωση καθαρισμού αεραγωγού:

- Εκτίμηση και αναφορά σημείων και συμπτωμάτων αλλαγής της αναπνευστικής κατάστασης:ταχύπνοια, χρήση επικουρικών μυών, βήχας, χρώμα και ποσότητα πτυέλων, παθολογικοί αναπνευστικοί ήχοι, κυάνωση, ανησυχία, σύγχυση ή υπνηλία.
- Λήψη δείγματος πτυέλων για καλλιέργεια, με ιατρική οδηγία. Χορήγηση αντιμικροβιακών μέσων, με βάση ιατρική οδηγία.
- Παροχή πνευμονικής φροντίδας(βήχας, βαθειές αναπνοές, θεσική παροχέτευση και δονήσεις) κάθε 2-4 ώρες.
- Διατήρηση θέσης ημι- ή ψηλής Fowler.
- Ενθάρρυνση επαρκούς ανάπαυσης.
- Έναρξη μέτρων για μείωση της γλοιότητας των εκκρίσεων:
 - ✓ Διατήρηση πρόσληψης υγρών στα 2500 mL τουλάχιστον
 - ✓ Εφύγραση εισπνεόμενου αέρα
 - ✓ Χρήση βλενολυτικών μέσων μέσω νεφελοποιητών, με ιατρική οδηγία
- Τραχειακή αναρρόφηση, αν χρειάζεται
- Χορήγηση οξυγόνου, με ιατρική οδηγία
- Βοήθεια στην ενδοτραχειακή διασωλήνωση για μηχανικό αερισμό.

10. Αύξηση γνώσης που αφορά πρόληψη μετάδοσης της νόσου:

- Διδασκαλία αρρώστου, οικογένειας και φίλων για τις οδούς μετάδοσης του HIV.
- Διδασκαλία αρρώστου, οικογένειας και φίλων για τα μέσα πρόληψης μετάδοσης του HIV.
 - ✓ Αποφυγή σεξουαλικής επαφής με πολλαπλούς συντρόφους.
 - ✓ Χρησιμοποίηση προφυλάξεων όταν δεν είναι απολύτως βέβαιο ότι ο ερωτικός σύντροφος δεν έχει εκτεθεί στον HIV μέσω χρήσης

ενδοφλέβιου φαρμάκου, σεξουαλικής επαφής ή αίματος και προϊόντων αίματος.

- ✓ Χρήση προφυλακτικών κατά τη συνουσία.
- ✓ Αποφυγή στοματικής επαφής με πέος, κόλπο ή απευθυσμένο.
- ✓ Αποφυγή σεξουαλικών πρακτικών που μπορούν να προκαλέσουν κοψίματα ή ρήξεις στο βλεννογόνο του ορθού, του κόλπου και του πέους.
- ✓ Αποφυγή χρήσης ενδοφλέβιων φαρμάκων. Αν ο άρρωστος είναι τοξικομανής και ανίκανος ή απρόθυμος να αλλάξει συμπεριφορά, χρήση καθαρών βελονών και συρίγγων.
- ✓ Γυναίκες που εκτέθηκαν σε AIDS μέσω σεξουαλικών πρακτικών ή ενδοφλέβιων φαρμάκων, πρέπει να συμβουλευονται το γιατρό πριν από εγκυμοσύνη.

11. Μείωση αισθήματος κοινωνικής απομόνωσης:

- Εκτίμηση των συνήθων προτύπων κοινωνικής αλληλεπίδρασης του αρρώστου.
- Παρακολούθηση για συμπεριφορές ενδεικτικές κοινωνικής απομόνωσης, όπως μειωμένες αλληλεπιδράσεις με προσωπικό ή οικογένεια και φίλους, εχθρότητα, μη συμμόρφωση, κακή διάθεση και έκφραση με λόγια αισθημάτων απόρριψης ή απομόνωσης.
- Ακριβής πληροφόρηση για τρόπους μετάδοσης του HIV, για διόρθωση παρεξηγήσεων και απαλλαγή από το άγχος.
- Βοήθεια αρρώστου να αναγνωρίσει και να διερευνήσει πόρους που θα τον υποστηρίξουν και θα τον βοηθήσουν θετικά να αντιμετωπίσει την κατάσταση του.
- Ενθάρρυνση αρρώστου να συμμετέχει σε ποικίλες δραστηριότητες, όπως μελέτη, παρακολούθηση T.V ή χειροτεχνία.
- Αφιέρωση χρόνου από το νοσηλευτή, εκτός εκείνου για τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, για παραμονή με τον άρρωστο, ώστε να έχει ευκαιρία για κοινωνική αλληλεπίδραση.

6.1.5. Αξιολόγηση

Αναμενόμενα αποτελέσματα:

- Έχει συνηθισμένη κένωση έντερου.
- Δεν παρουσιάζει λοιμώξεις. Διατηρεί ακεραιότητα δέρματος.
- Διατηρεί το σύνηθες επίπεδο διεργασιών σκέψης.
- Διατηρεί ισορροπία υγρών και ηλεκτρολυτών.
- Διατηρεί αποτελεσματικό καθαρισμό αεραγωγού.
- Βιώνει αυξημένο αίσθημα άνεσης.
- Διατηρεί επαρκή θρεπτική κατάσταση και ανοχή δραστηριότητας.
- Κατανοεί τα μέσα πρόληψης μετάδοσης του ιού.
- Βιώνει μειωμένο αίσθημα κοινωνικής απομόνωσης.

6.1.6. ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Τα άτομα που είναι εξασθενημένα εξαιτίας χρόνιας νόσου που συνδέεται με λοίμωξη HIV, έχουν ανάγκη πολλών ειδών υποστηρικτικής φροντίδας που είναι:

1. Θρεπτική υποστήριξη ως βοήθεια στην απόκτηση ή ετοιμασία φαγητού.
2. Ολική παρεντερική θρέψη για άτομα με προχωρημένη θρεπτική διαταραχή εξαιτίας μειωμένης πρόσληψης ή γαστρεντερικής δυσσαπορρόφησης.
3. Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών για απώλειες από εμέτους και διάρροιες.
4. Οξυγονοθεραπεία, εξάσκηση χαλάρωσης και τεχνικών διατήρησης ενέργειας ή και χρήση μηχανικού αερισμού, σε σοβαρή αναπνευστική δυσλειτουργία, για υποστήριξη της ζωής.
5. Αναλγητικά χορηγούμενα σε τακτικά διαστήματα μέσα στο 24ωρο, για πόνο.
6. Χαλάρωση και ευχάριστες εικόνες, για μείωση πόνου και άγχους.
7. Σχολαστική φροντίδα δέρματος.⁸



Όταν πρόκειται κανείς να νοσηλευθεί σε νοσοκομείο, πρέπει σε σύντομο διάστημα να διευθετηθούν πολλά ζητήματα. Τις υποθέσεις αυτές τις ρυθμίζει συνήθως ο ίδιος ο ασθενής, εάν όμως δεν είναι σε θέση να το κάνει, την ευθύνη αναλαμβάνει ο σύντροφος του ή κάποιος άλλος.

6.2.1. ΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Σχετικά με τη ρύθμιση διαφόρων υποθέσεων σε περίπτωση νοσηλείας σε νοσοκομείο, είναι χρήσιμες οι ακόλουθες πρακτικές συμβουλές:

Καταγράψτε τις υποθέσεις που πρέπει οπωσδήποτε να ρυθμιστούν σε περίπτωση νοσηλείας σε νοσοκομείο. Ο κατάλογος αυτός πρέπει να γίνει εν ηρεμία πολύ πριν χρειαστεί να νοσηλευθείς σε νοσοκομείο. Διαφορετικά σε περίπτωση που θα χρειασθεί άμεση νοσηλεία σε νοσοκομείο, υπάρχει κίνδυνος να ξεχάσει κανείς ορισμένα πράγματα.

- Σε περίπτωση που υπάρχουν παιδιά, πρέπει από τώρα να φροντίσετε ποιος θα αναλάβει την φροντίδα τους, ώστε να μην ανησυχείτε πλέον για αυτό το θέμα.
- Ρυθμίζουμε επίσης τη φροντίδα των κατοικίδιων ζώων.
- Ρυθμίζουμε τη φροντίδα των φυτών που υπάρχουν στο σπίτι καθώς και ποιος επιμελείται το ταχυδρομείο.
- Καθορίζεται ένα άτομο το οποίο θα επιμελείται το επισκεπτήριο, ώστε να μην έχετε την μία ημέρα 10 επισκέπτες και την άλλη μέρα κανέναν. Το πρόσωπο αυτό πρέπει επίσης να ξέρει πότε δεν επιθυμείτε επισκέπτες. Όταν νοσηλεύεστε σε ένα ειδικό τμήμα « για άτομα που πάσχουν από AIDS» και ορισμένοι γνωστοί σας δεν ξέρουν ότι έχετε προσβληθεί από AIDS και επιθυμείτε αυτό να μην γνωστοποιηθεί, τότε είναι καλύτερο τα άτομα αυτά να μην σας επισκέπτονται. Μπορείτε επίσης να συνεννοηθείτε με τον ιατρό ή τους νοσοκόμους του τμήματος να πουν αυτοί στους επισκέπτες σας ότι επιθυμείτε.
- Καλό είναι το πρόσωπο που επιμελείται το επισκεπτήριο σας, να είναι αυτό που θα παρέχει πληροφορίες σχετικά με την εξέλιξη της υγείας σας. Έτσι, μετά από συνεννόηση, μπορείτε να καθορίσετε τι επιθυμείτε να ξέρουν οι άλλοι για σας. Είναι ενοχλητικό και κοπιαστικό να εξηγείται κάθε φορά τα ίδια πράγματα σε κάθε έναν επισκέπτη.

- Εάν επιθυμείτε να έχετε επαφή με έναν πνευματικό λειτουργό, μπορείτε να το ρυθμίσετε αμέσως μόλις εισαχθείτε στο νοσοκομείο.
- Πάρτε μαζί σας στο νοσοκομείο: ρουχισμό, ενδεχομένως ένα γουόκμαν, είδη τουαλέτας, φάρμακα που χρησιμοποιείται στο σπίτι και μία ηλεκτρική ξυριστική μηχανή όταν δεν μπορείτε να ξυρίζεστε μόνοι σας. Δεν πρέπει να πάρετε πολλά πράγματα επειδή συνήθως σε ένα νοσοκομείο δεν υπάρχει αρκετός χώρος. Για το πλύσιμο των ρούχων σας μπορούν να φροντίσουν οι φίλοι σας.

6.2.2. ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS

Τα νοσοκομεία που περιθάλπουν πολλά άτομα που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV , συχνά έχουν ένα ιδιαίτερο τμήμα για ασθενείς που πάσχουν από AIDS. Το τμήμα αυτό μπορεί να υπάγεται σε ένα άλλο, ή να είναι αυτοδύναμο. Ορισμένα τμήματα έχουν δωμάτια του ενός ή δύο ατόμων, αλλά αυτό δεν υπάρχει παντού. Τα νοσοκομεία προτιμούν γενικώς να τοποθετούν τους ασθενείς που πάσχουν από AIDS στο εν λόγω τμήμα. Η προτίμηση αυτή οφείλεται στο γεγονός ότι κατ'αυτό τον τρόπο ο ασθενής εξυπηρετείται από νοσηλευτικό προσωπικό που έχει σαφή γνώση της αποστολής του.



Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Τις περισσότερες φορές ένας ιατρός ή νοσηλευτής καταγράφει το ιστορικό του ασθενούς. Καταγράφονται διάφορα προσωπικά ή κοινωνικά στοιχεία του ασθενούς προκειμένου να συνταχθεί ο φάκελος του. Με τον ιατρό ο ασθενής μπορεί να συζητήσει διάφορα θέματα και προβλήματα που τον απασχολούν. Μπορεί επίσης να εκφράσει ορισμένες επιθυμίες όπως π.χ ρύθμιση επισκεπτηρίου. Στη συνέχεια ο ασθενής εξετάζεται από τον γιατρό, ο οποίος συντάσσει το ιστορικό του. Βάσει του ιστορικού αυτού τεκμηριώνεται η σημερινή κατάσταση του ασθενούς και αποφασίζεται εάν θα πρέπει να γίνουν περαιτέρω εξετάσεις.⁴⁶

6.2.3. Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΕΧΕΙ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΛΟΓΟ

Ο ασθενής πρέπει πάντοτε να θυμάται καλά ότι είναι ο ίδιος υπεύθυνος για ότι του συμβεί. Πρέπει να είναι καλά ενημερωμένος όσον αφορά τις εξετάσεις ή άλλα παρόμοια θέματα και να εξετάζει ενδεχομένως κατά πόσον θέλει να κάνει την προτεινόμενη εξέταση ή θεραπεία.

- Μπορεί κανείς να αρνηθεί ο,τιδήποτε νομίζει ότι δεν είναι απαραίτητο. Πρέπει ωστόσο να εξηγεί σαφώς στον ιατρό ή στο νοσηλευτικό προσωπικό τους λόγους της άρνησης του. Πρέπει να έχει κανείς υπόψη

του ότι μία θεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί μόνο εφόσον προηγουμένως έχουν γίνει ορισμένες εξετάσεις.

- Οι πληροφορίες τις οποίες δίνει ο ασθενής στον ιατρό ή στο νοσηλευτικό προσωπικό έχουν εμπιστευτικό χαρακτήρα και επιτρέπονται να τις γνωρίζουν μόνο τα πρόσωπα που έχουν σχέση με τη θεραπεία του. Για την παροχή των εν λόγω πληροφοριών σε τρίτους είναι αναγκαία η συγκατάθεση του ασθενούς.

6.2.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΣΤΟ AIDS

Σε ορισμένα νοσοκομεία όπου νοσηλεύονται πολλά άτομα που πάσχουν από AIDS υπάρχει ειδικό νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο είναι εξειδικευμένο στο AIDS. Ο τρόπος με τον οποίο προσφέρει τις υπηρεσίες του το εν λόγω εξειδικευμένο προσωπικό διαφέρει από νοσοκομείο σε νοσοκομείο. Σε γενικές γραμμές είναι πλήρως υπεύθυνοι για τη φροντίδα των ασθενών που πάσχουν από AIDS.⁴⁶

Η αντιμετώπιση αρρώστων με AIDS απαιτεί εξειδικευμένη φροντίδα, η οποία βασίζεται σε γνώσεις παθοφυσιολογίας της νόσου, στις μεθόδους της σύγχρονης νοσηλευτικής επιστήμης και τέχνης και αποσκοπεί στην παροχή υψηλής απόδοσης νοσηλευτικής φροντίδας σε όλους αδιακρίτως τους αρρώστους.

Περιλαμβάνει την εκτίμηση της κατάστασης και το σχεδιασμό της νοσηλευτικής παρέμβασης αφού ληφθούν υπόψη τα παρόντα αλλά και τα πιθανά μελλοντικά προβλήματα που εμφανίζονται κατά την εξέλιξη της νόσου. Άλλες παράμετροι, όπως η μόρφωση, το κοινωνικό επίπεδο, η φυσική και ψυχολογική κατάσταση του συγκεκριμένου αρρώστου, που μπορεί να επηρεάσουν το αποτέλεσμα της νοσηλευτικής φροντίδας και της εν γένει εξέλιξης της νόσου, θα πρέπει επίσης να λαμβάνονται υπόψη. Ο σχεδιασμός και ο τελικός στόχος της νοσηλευτικής φροντίδας θα πρέπει να είναι « η βοήθεια στο άτομο, υγιές ή πάσχον, ώστε να έχει δραστηριότητες που συμβάλλουν στη διατήρηση ή την αποκατάσταση της υγείας ή και του ειρηνικού θανάτου. Τις δραστηριότητες αυτές θα τις εκτελούσε χωρίς νοσηλευτική βοήθεια αν διέθετε την απαιτούμενη δύναμη, θέληση ή γνώση. Για την επίτευξη αυτού του στόχου απαιτείται βοήθεια τέτοια, ώστε το άτομο να αποκτήσει ανεξαρτησία όσο το δυνατόν ταχύτερα».⁴⁷

6.3. ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΡΡΩΣΤΩΝ

Οι πάσχοντες από AIDS έχουν ανάγκες που είτε εκφράζονται από τους ίδιους είτε άλλοι θα πρέπει να τις διαπιστώσουν. Παραδείγματα τέτοιων αναγκών φαίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Ανάγκες αρρώστων

-ικανοποιητική αναπνοή	-ατομική υγιεινή και ένδυση
-επαρκής ενυδάτωση	-έκφραση και επικοινωνία
-ικανοποιητική διατροφή	-εργασία και διασκέδαση
-σωστή διαόρηση-κένωση	-ικανοποιητικός ύπνος
-έλεγχος θερμοκρασίας	-ψυχική ισορροπία
-κινητοποίηση	-έκφραση θρησκευτικών αναγκών
-ασφαλές περιβάλλον	-σεξουαλική δραστηριότητα

Η διαπίστωση και καταγραφή των αναγκών αυτών θα δώσει την δυνατότητα για την επίλυση τους ειδικότερα για τα επιμέρους προβλήματα. Η νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει να έχει τους παρακάτω στόχους:

6.3.1. Αναπνευστικό

Προβλήματα	Αίτια	Αντικειμενικοί στόχοι
Δύσπνοια	πνευμονία	Καλύτερη αναπνευστική λειτουργία
Βήχας	Σάρωμα Karosi	Καταπράυνση βήχα
Ταχύπνοια Κυάνωση	Αναιμία	Καλή οξυγόνωση

Απαραίτητο είναι να εκτιμώνται η διανοητική κατάσταση του ασθενούς, να ελέγχονται τα ζωτικά του σημεία, να μετρώνται τα αέρια αίματος και η παραγωγή πτυέλων.⁴⁷

Η θέση του αρρώστου θα πρέπει να είναι αυτή που διευκολύνει κατά το δυνατόν την αναπνοή. Η χορήγηση οξυγόνου θα καθορίζεται από την κατάσταση και τις απαιτήσεις. Αναγκαίο επίσης είναι να γίνεται αναπνευστική γυμναστική και διδασκαλία του αρρώστου, ώστε να βήχει και να αναπνέει σωστά. Όταν υπάρχει σοβαρό αναπνευστικό πρόβλημα απαιτείται αναρρόφηση πτυέλων αφού ληφθούν όλα τα προστατευτικά μέτρα (γάντια, μάσκα).

Επί χορηγήσεως οξυγόνου η ξηρότητα των βλεννογόνων είναι συχνή και απαιτεί πλύση του στόματος με νερό ή αρωματισμένο διάλυμα ανά ώρα. Εάν χρησιμοποιείται ρινικός καθετήρας πρέπει ο βλεννογόνος να προστατεύεται με ειδικές αλοιφές.

Η επανεκτίμηση του αρρώστου θα πρέπει να γίνεται συχνά τόσο για τον έλεγχο της απόδοσης της νοσηλευτικής φροντίδας όσο και για τον έλεγχο πιθανών νέων λοιμώξεων του αναπνευστικού.

6.3.2. Ενυδάτωση

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΙΤΙΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ
Αφυδάτωση	Ανεπαρκής πρόσληψη υγρών	Διόρθωση αφυδάτωσης και ηλεκτρολυτικών διαταραχών
Ηλεκτρολυτικές διαταραχές (διάρροια, ναυτία)	Απώλεια υγρών (έμετοι, υπέρπνοια, πυρετός)	Διατήρηση ενυδάτωσης και ηλεκτρολυτικής ομοιόστασης

Καθημερινό ζύγισμα του αρρώστου και ακριβής καταγραφή προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών είναι απαραίτητη. Χορηγούνται υγρά σε συχνά διαστήματα από το στόμα, ιδίως όταν ο άρρωστος πυρέσσει, ενώ σε ειδικές περιπτώσεις απαιτείται και η ενδοφλέβια χορήγηση τους. Παράλληλα πρέπει να γίνεται συχνή μέτρηση των ηλεκτρολυτών και προσθήκη τους στα υγρά ανάλογα με το έλλειμμα. Επί υποκαλιαμίας είναι φρόνιμο να γίνεται και παρακολούθηση του καρδιακού ρυθμού με monitor.⁴⁷

6.3.3. Διατροφή

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΙΤΙΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ
Απώλεια βάρους.	Καταβολισμός σχετιζόμενος με την νόσο.	Σωστή διατροφή.
Περαιτέρω σοβαρή απώλεια βάρους.	Αυξημένος καταβολισμός βάρους. Πυρετός, ναυτία, έμετοι, δυσφαγία.	Πρόληψη περαιτέρω απώλειας βάρους. Προσπάθεια αύξησης βάρους.

Ο άρρωστος θα πρέπει να ζυγίζεται και να είναι γνωστές οι προηγούμενες διαιτητικές του συνήθειες, οι επιθυμίες του και η πιθανή αλλεργία σε συγκεκριμένες τροφές. Η διατροφή προσαρμόζεται στα ανωτέρω αλλά και στις συγκεκριμένες απαιτήσεις.

Εφόσον είναι δυνατόν, η σίτιση γίνεται κανονικά. Ένα γεύμα σερβιρισμένο με σωστό και ευχάριστο τρόπο γίνεται ευκολότερα δεκτό από τον άρρωστο. Σε περίπτωση αδυναμίας λήψεως τροφής γίνεται σίτιση με ρινογαστρικό σωλήνα. Επειδή υπάρχει ενδεχόμενο να εμφανιστούν διάρροιες σαν αντίδραση, θα πρέπει να μειωθεί η συχνότητα των γευμάτων.

Σε ορισμένες περιπτώσεις απαιτείται ολική παρεντερική διατροφή, η οποία όμως πρέπει να γίνεται με προσοχή. Ιδίως θα πρέπει να ελέγχεται συχνά το επίπεδο του σακχάρου και των κετονικών σωμάτων λόγω των χορηγούμενων υδατανθράκων. Η διακοπή της παρεντερικής σίτισης θα πρέπει να γίνεται προοδευτικά.

6.3.4. ΔΙΟΥΡΗΣΗ-ΚΕΝΩΣΕΙΣ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΙΤΙΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ
Διάρροια	Ευκαιριακές λοιμώξεις Σάρκωμα Kaposi στο γαστρεντερικό	Έλεγχος-περιορισμός συνεπειών διάρροιας ή ακράτειας
Ολιγουρία	Αφυδάτωση	Έλεγχος λοιμώξεων γαστρεντερικού
Ακράτεια	Σύγχυση, τελικά στάδια νόσου	Διόρθωση διαταραχών ύδατος

Επιβάλλεται μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και της συχνότητας των κενώσεων. Επί συχνών διαρροϊκών κενώσεων καλό είναι να διατίθεται μοναχικό δωμάτιο με ιδιαίτερη τουαλέτα. Αν ο άρρωστος δεν είναι περιπατητικός απαιτείται η χρήση ειδικής πάνας. Επί ακράτειας ούρων ενδεχομένως η χρήση εξωτερικών καθετήρων βοηθά στον περιορισμό του προβλήματος. Εάν η διάρροια είναι έντονη υπάρχει κίνδυνος αφυδάτωσης του αρρώστου, επομένως είναι αναγκαία η συχνή παρακολούθηση των χορηγούμενων υγρών και ενδεχομένως τροποποίηση του διαιτολογίου.

Η φροντίδα του δέρματος είναι βασικό στοιχείο σωστής νοσηλευτικής φροντίδας για τα προβλήματα της διάρροιας και της ακράτειας. Πρέπει να παραμείνει καθαρό και στεγνό και να ελέγχεται συχνά για κατακλίσεις σύμφωνα με την κλίμακα Norton.

6.3.5. ΕΛΕΓΧΟΣ ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΙΤΙΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ
Πυρετός-Νυκτερινοί ιδρώτες	Ευκαιριακές λοιμώξεις	Φυσιολογική θερμοκρασία Άνεση αρρώστου

Τακτική και συχνή παρακολούθηση της θερμοκρασίας και των ζωτικών σημείων είναι απαραίτητη για την παρακολούθηση της εξέλιξης του αρρώστου αλλά και για το ενδεχόμενο νέων λοιμώξεων. Απαιτείται καλή ενυδάτωση και διατροφή, επειδή παρατεταμένη πυρεξία προκαλεί αυξημένες μεταβολικές διεργασίες.⁴⁷

6.3.6. ΚΙΝΗΣΗ ΚΑΙ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΙΤΙΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ
Μυϊκή ατροφία	Περιορισμένη κινητοποίηση	Πρόληψη κατακλίσεων και φλεβοθρομβώσεων
Κατακλίσεις	Αδυναμία και παρατεταμένη κατάκλιση	Ελαχιστοποίηση απώλειας μυϊκής μάζας
Εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση	Καταβολισμός	Πλήρης κινητοποίηση και ανεξαρτησία εντός των δυνατοτήτων του αρρώστου

Καθημερινή εκτίμηση της ικανότητας του αρρώστου να κινείται και να περπατάει καθώς και έλεγχος για πιθανή απώλεια μυϊκής μάζας, κατακλίσεων και θρομβοφλεβίτιδας είναι αναγκαίο. Όπου απαιτείται γίνεται φυσιοθεραπεία, ενώ σε κατακεκλιμένους αρρώστους η συχνή αλλαγή θέσεως προλαμβάνει την εμφάνιση κατακλίσεων.

Στην τελευταία περίπτωση πρέπει να λαμβάνονται όλα τα μέτρα πρόληψης (καθαρά σεντόνια χωρίς τσακίσεις, στεγνό καθαρό δέρμα).⁴⁷

6.3.7. ΑΣΦΑΛΕΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΙΤΙΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ
Νοσοκομειακές λοιμώξεις	Ανοσοκαταστολή Αδυναμία-Καταβολή	Πρόληψη ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων
Ατυχήματα	Σύγχυση Νοσοκομειακό περιβάλλον και εργαλεία	Εξασφάλιση ασφαλούς περιβάλλοντος

Το περιβάλλον μέσα στο οποίο κινείται ο άρρωστος, οι συνθήκες και οι ενδεχόμενοι περιορισμοί, θα εξαρτηθούν από την διανοητική του κατάσταση από την αντίληψη και το βαθμό συνεργασίας, αλλά και από συνυπάρχοντα προβλήματα όπως

ζάλη, ίλιγγος, αστάθεια. Ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού ή ευκαιριακής λοίμωξης του αρρώστου επίσης θα παίξουν καθοριστικό ρόλο.

6.3.8. ΑΤΟΜΙΚΗ ΥΓΕΙΝΗ-ΕΝΔΥΣΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΙΤΙΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ
Κακή στοματική υγιεινή	Αφυδάτωση, λοιμώξεις, λήθαργος	Διατήρηση καλής στοματικής υγιεινής
Ανεπαρκής υγιεινή σώματος	Σύγχυση, ακράτεια, ακινησία	Εξασφάλιση ακεραιότητας και καθαριότητας δέρματος

Η καθημερινή σχολαστική φροντίδα του στόματος είναι απαραίτητη κυρίως μετά από κάθε γεύμα. Επί ξηροστομίας ή δυσσομίας μπορεί να χρησιμοποιηθούν διαλύματα εκλύσεως του στόματος. Επί μυκητιάσεως θα πρέπει να εφαρμοστεί η κατάλληλη αγωγή.⁴⁷

Καθημερινό λουτρό καθαριότητας είναι απαραίτητο ιδίως επί πυρετού και εντόνων ή νυχτερινών εφιδρώσεων. Εάν ο άρρωστος είναι κατακεκλιμένος ή έχει κατακλίσεις απαιτείται ειδική φροντίδα με αντιβακτηριακά σκευάσματα για πρόληψη δευτερογενών λοιμώξεων.

6.3.9. ΕΚΦΡΑΣΗ-ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΙΤΙΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ
Ανεπαρκής αντίληψη	Νευρολογικές συνέπειες HIV λοίμωξης	Ελαχιστοποίηση συνεπειών νευρολογικών διαταραχών
Αποπροσανατολισμός	Ευκαιριακές λοιμώξεις ΚΝΣ	
Απομόνωση	Φόβος AIDS από οικογένεια, φίλους, νοσηλευτές Υπερβολική προφύλαξη για λοιμώξεις	Πρόληψη καταστροφικών επιδράσεων απομόνωσης

Πρέπει να καθοριστεί η ικανότητα του αρρώστου να προσανατολίζεται στο χώρο, το χρόνο και τα γεγονότα.

Το επισκεπτήριο θα ρυθμίζεται ανάλογα με τις επιθυμίες του και φυσικά δεν δίδονται πληροφορίες για την κατάσταση του σε οποιονδήποτε. Εάν δεν υπάρχουν συγγενείς ή φίλοι θα πρέπει να προσφέρεται κάποια συντροφιά στους αρρώστους από όποιον έχει τη διάθεση. Θα πρέπει να έχει εύκολη πρόσβαση σε τηλέφωνο, να διαθέτει τηλεόραση ή ραδιόφωνο, μπορεί να διαβάζει εφημερίδες και περιοδικά και γενικά πρέπει να διευκολύνεται η επικοινωνία του με το νοσοκομειακό και εξωνοσοκομειακό περιβάλλον.

Εφόσον οι συνθήκες το επιτρέπουν μπορεί ο άρρωστος να συναναστρέφεται με άλλους αρρώστους, λαμβανομένων πάντοτε των απαραίτητων μέτρων ελέγχου των λοιμώξεων.

Εάν βρίσκεται σε σχετική σύγχυση θα πρέπει με ήρεμο τρόπο να προσανατολίζεται (ημέρα, ώρα) χωρίς να του δίδεται η εντύπωση ότι πρόκειται περί μικρού παιδιού. Ενδεχομένως κάποια περισσότερη οικειότητα μεταξύ αρρώστου και νοσηλευτών βοηθάει στην αντιμετώπιση του όλου προβλήματος.⁴⁷

6.3.10. ΕΡΓΑΣΙΑ-ΔΙΑΣΚΕΔΑΣΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΙΤΙΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ
Οικονομική δυσχέρεια	Απώλεια εργασίας	Αξιολόγηση λειτουργικής ικανότητας Εξασφάλιση πρόσβασης σε οικονομικές πηγές
Πνευματικές-Διανοητικές διαταραχές	Πλήξη,συμμετοχή ΚΝΣ, αίσθημα μοναξιάς	Ελαχιστοποίηση συνεπειών μοναξιάς

Η επίδραση της απουσίας από την εργασία θα πρέπει να εκτιμάται και να διερευνάται η πιθανή αισθητική ανεπάρκεια, η φυσική ανικανότης του αρρώστου σαν αίτια ή αποτέλεσμα της απομάκρυνσης από την εργασία. Το οικονομικό πρόβλημα είναι πολύ πιθανόν να αποτελεί ένα σοβαρό παράγοντα που δεν πρέπει να αγνοείται. Θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι συνήθειες, τα ενδιαφέροντα και τα hobbies του αρρώστου καθώς και οι σχέσεις του με το οικογενειακό, φιλικό ή άλλο περιβάλλον του. Οι επισκέψεις επιτρέπονται και ενθαρρύνονται και ίσως ένα ελαστικό ωράριο αποδειχθεί χρήσιμο ενώ πρέπει να ενθαρρύνεται να ασχολείται με τα hobbies του.

6.3.11. ΑΝΑΠΑΥΣΗ-ΥΠΝΟΣ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΙΤΙΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ
Αϋπνία	Πόνος, άγχος, ανησυχία	Εξασφάλιση περιόδων συνεχούς ύπνου Καταβάλλεται προσπάθεια να ακολουθηθεί το ωράριο και οι συνήθειες του αρρώστου στην ανάπαυση και τον ύπνο.

Εφόσον υπάρχει ανάγκη ενδείκνυται χορήγηση ηρεμιστικών ή ήπιων υπνωτικών.

6.3.12. ΨΥΧΙΚΗ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΙΤΙΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ
Άγχος	Stress συνοδευόμενο από το φόβο , την γνωστοποίηση και την εξέλιξη της νόσου.	Διευκόλυνση του αρρώστου να εκφράζει τα αισθήματα του,

		επιθυμίες.
Ανεπιτυχής αντιμετώπιση	Απώλεια ελέγχου	Μείωση προδιαθεσικών παραγόντων ψυχικής διαταραχής.
Κοινωνική απομόνωση	Απώλεια κοινωνικής στήριξης Απομόνωση ενδονοσοκομειακή	Υποστήριξη αρρώστου
Απώλεια αυτοσεβασμού	Ενοχή, στίγμα του AIDS, φόβος μετάδοσης της νόσου. Αίσθημα έλλειψης προστασίας	Διευκόλυνση επαφής με κατάλληλα πρόσωπα για προσφορά βοήθειας
Κατάθλιψη	Θλίψη λόγω απώλειας: -προσωπικών σχέσεων -φυσικής ευεξίας	

Μετά την εισαγωγή του αρρώστου πρέπει να εκτιμάται η ψυχική ισορροπία του. Το συχνότερο πρόβλημα είναι το άγχος που μπορεί να ταξινομηθεί σαν ήπιο, μέτριο, σοβαρό, και πολύ σοβαρό (πανικός) με ανάλογα συνοδά συμπτώματα, και φυσικά όλοι οι άρρωστοι δεν αντιδρούν με τον ίδιο τρόπο.

Οι άρρωστοι δεν προχωρούν από το πρώτο στάδιο προς το τελευταίο αλλά μπορεί να βελτιώνονται ή να επιδεινώνονται.

Η νοσηλευτική παρέμβαση συνίσταται στο να απομακρυνθούν οι αγχογόνοι παράγοντες, να αξιολογηθούν τα προβλήματα και οι αντιδράσεις κατά το μέγιστον δυνατόν, και να επιχειρηθεί η προσέγγιση του αρρώστου. Σε ορισμένες περιπτώσεις η χρήση αγχολυτικών ενδείκνυται.

Η κατάθλιψη είναι ένα άλλο πρόβλημα που εμφανίζουν οι άρρωστοι με AIDS. Και η οποία εκδηλώνεται με ποικιλία συμπτωμάτων. Στην προκειμένη περίπτωση τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά είναι τα πλέον ενδεδειγμένα. Εάν χορηγηθούν αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης, θα πρέπει να αποφεύγονται τροφές που περιέχουν τυραμίνη.

Η παρέμβαση ψυχολόγου ή ψυχιάτρου ορισμένες φορές είναι απαραίτητη και ενδεχομένως να απαιτηθεί και εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση, η οποία πολλές φορές θα πρέπει να επεκταθεί και στην οικογένεια. Δεν θα παραβλέπεται και το ενδεχόμενο η νόσος να έχει προσβάλει και το Κ.Ν.Σ., γεγονός που μπορεί να προκαλέσει ποικιλία συμπτωμάτων με αποτέλεσμα να διαταραχθεί η ψυχική ισορροπία του αρρώστου.⁴⁷

6.3.13. ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΙΤΙΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ
Απώλεια ή αύξηση θρησκευτικότητας	Απομόνωση, ενοχές	Διευκόλυνση επαφής αρρώστου με τους εκπροσώπους της θρησκείας του

Πρέπει να ενθαρρύνεται η έκφραση των θρησκευτικών πεποιθήσεων του αρρώστου και η ικανοποίηση των θρησκευτικών του αναγκών. Αυτό μπορεί να βοηθήσει σημαντικά από πολλές απόψεις τον άρρωστο.

6.3.14. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΙΤΙΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ
Ανάγκη για τροποποίηση σεξουαλικής δραστηριότητας	Προσβολή από το AIDS Λοιμώξεις	Βοήθεια στην αλλαγή σεξουαλικής έκφρασης Πληρηφόρηση για ασφαλή σεξουαλική δραστηριότητα
Απώλεια Libido	Εξέλιξη της νόσου	
Εγκατάσταση μη ασφαλών σεξουαλικών δραστηριοτήτων	Ενοχή, εσωστρέφια, ανθρωποφοβία	
Θλίψη λόγω απώλειας σεξουαλικότητας	Αλλαγή στην εμφάνιση Απώλεια ερωτικού συντρόφου	

Θα πρέπει να διαπιστωθεί η διάθεση αλλά και η συμπεριφορά του αρρώστου όσον αφορά τη σεξουαλική του δραστηριότητα, αλλά και οι γνώσεις του σχετικά με ασφαλείς σεξουαλικές δραστηριότητες.

Πολλοί άρρωστοι αισθάνονται ένοχοι για την προηγούμενη σεξουαλική ζωή τους αντιδρώντας με ποικίλους τρόπους, από την κατάχρηση φαρμάκων και οιοπνεύματος μέχρι την πλήρη διακοπή οποιασδήποτε σχέσεως, χωρίς να παραβλέπεται και η πιθανότητα να αναπτυχθεί η διάθεση εκ μέρους του αρρώστου να μολύνει και άλλους. Στην τελευταία περίπτωση η κατάλληλη προσέγγιση είναι απαραίτητη, όπως επίσης απαραίτητη πολύ συχνά είναι η παρέμβαση ψυχολόγου. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις οι άρρωστοι είναι πρόθυμοι να τροποποιήσουν την σεξουαλική συμπεριφορά τους. Αυτό θα είναι ευκολότερο αν η προσπάθεια εκ μέρους του νοσηλευτού είναι συνεπής, πειστική και εφ' όσον προηγηθεί κατάλληλη προσέγγιση του αρρώστου, ώστε να αποκτήσει εμπιστοσύνη.

Έτσι είναι βέβαιο ότι η σεξουαλική δραστηριότητα του αρρώστου δεν απαγορεύεται αλλά γίνεται ασφαλής τόσο για τον ίδιο όσο και για τους άλλους.⁴⁷

6.3.15. α. ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΙΤΙΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ
Φόβος, άγχος, μοναξιά Φυσικά προβλήματα λόγω θανάτου από AIDS	Αναμενόμενος θάνατος, τρόπος θανάτου, απώλεια δύναμης και αυτοελέγχου	Μείωση, έλεγχος φυσικών προβλημάτων που συνοδεύουν τον θάνατο.
Ανικανότης προσαρμογής στον επικείμενο θάνατο	Παθοφυσιολογία της νόσου, φόβος	Ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου ανάλογα με την ψυχολογική του κατάσταση.

Το τελικό στάδιο της νόσου συνοδεύεται με προβλήματα και συμπτώματα όπως πόνος, βήχας, δύσπνοια, πυρετός, δυσφαγία, ναυτία, έμμετοι, κατακλίσεις, σύγχυση.

Καθήκον του νοσηλευτού είναι εκτός της αντιμετώπισης των πιο πάνω, να διαπιστώσει με όσον το δυνατό διακριτικό τρόπο τις γνώσεις του αρρώστου για την

αναπόφευκτη κατάληξη της νόσου του, τις αντιδράσεις του και την ψυχολογική του κατάσταση. Εάν η κατάσταση του αρρώστου το επιτρέπει μπορεί να συζητηθούν, πάντοτε με διακριτικό τρόπο, ορισμένες τελικές επιθυμίες του όπως π.χ ποιοι επιθυμεί να ειδοποιηθούν όταν επέλθει το μοιραίο, αν έχει διαθήκη. Στην τελευταία περίπτωση ο νοσηλευτής θα πρέπει να απέχει από κάθε είδους ανάμειξη.

Είναι φυσικό ο άρρωστος να είναι έντονα φορτισμένος ψυχολογικά και αυτό αποτελεί ένα άλλο πεδίο δράσης για το νοσηλευτή, που θα πρέπει με κάθε τρόπο να βοηθήσει και να στηρίξει ψυχολογικά τον άρρωστο μέχρι την τελευταία στιγμή, διευκολύνοντας παράλληλα την έκφραση των θρησκευτικών επιθυμιών του όπου τούτο ζητάται.

«Στην μεταβαλλόμενη και αναπτυσσόμενη ατμόσφαιρα φροντίδας αρρώστων με AIDS, έχουμε ακόμα πολλά να μάθουμε. Είναι μια συνεχώς εξελισσόμενη διαδικασία. Καθώς η επιδημία εξαπλώνεται πρέπει να ενεργοποιηθούμε και να σχεδιάζουμε χωρίς να περιμένουμε να αντιδράσουμε, συχνά ανεπαρκώς, σε κατάσταση ανάγκης».⁴⁷

6.3.15. β. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΝΕΚΡΟΥ

Λόγω της ιδιαίτερης μολυσματικότητας των ασθενών με AIDS πρέπει να τηρούνται όλοι οι κανονισμοί ασφαλείας σε όλες τις φάσεις, μέχρι παραδόσεως του νεκρού από το νεκροφυλάκιο στους οικείους του.

Μετά τη διαπίστωση του θανάτου του ασθενούς οι νοσηλεύτριες/τές πρέπει να τηρήσουν τις πιο κάτω συστάσεις:

1. Λάβετε όλα τα ατομικά μέτρα προστασίας (μπλούζα μιας χρήσεως με αδιάβροχη επένδυση, διπλά γάντια, ποδονάρια). Επίσης, σε περίπτωση κινδύνου μόλυνσεως από πιτσιλίσματα βιολογικών υγρών χρησιμοποιούνται μάσκες, κάλυμμα κεφαλής και ειδικά γυαλιά.

2. Αφαιρέστε τους καθετήρες και σωλήνες από το νεκρό.

3. Επιδέστε πιεστικά τα σημεία τρυπημάτων βελονών ή τραυμάτων στο σώμα του νεκρού, καλύπτοντας τα με αδιάβροχη γάζα.

4. Καλύψτε όλα τα στόμια του σώματος με ειδικά πιεστικά ταμπόν βάμβακος διαποτισμένα με διάλυμα υποχλωριώδους νατρίου.

5. Προχωρήστε στη φροντίδα του σώματος του νεκρού (καθαριότητα σώματος, περιποίηση κόμης, άκρων) με κάθε απαιτούμενο σεβασμό.

6. Μετά την ολοκλήρωση της φροντίδας τυλίξτε το σώμα του νεκρού σε σεντόνι-σάβανο (ο μολυσμένος νεκρός δεν ντύνεται με ρούχα ούτε επιτρέπεται να ταριχευθεί)

7. Τοποθετείστε προσεκτικά τον τυλιγμένο με σάβανο νεκρό στον ειδικό « σάκκο νεκρού». Ο τυλιγμένος με αυτόν τον τρόπο νεκρός δεν θεωρείται πλέον μολυσματικός για τους επόμενους χειρισμούς και μεταφέρεται ώσπου να τοποθετηθεί στο κατάλληλο φέρετρο, το οποίο επισημαίνεται με την ένδειξη μολυσμένο.

8. Το φέρετρο θα πρέπει να είναι ενισχυμένο εσωτερικά με απορροφητικά υλικά για να αποφευχθεί διαρροή βιολογικών υγρών.

Επισημαίνεται, ότι προ της τοποθετήσεως στο φέρετρο διανοίγεται ο πλαστικός σάκκος και απορρίπτεται με αυστηρά μέτρα προστασίας μεταφερόμενος σε αποτεφρωτικό κλίβανο.

Τα ίδια αυστηρά μέτρα ασφαλείας πρέπει να τηρηθούν και όταν ο θάνατος συμβεί στην οικία του ασθενούς, το περιβάλλον του οποίου πρέπει να είναι ενημερωμένο σχετικά.⁴⁷

6.4. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

Οι χειρουργοί αλλά και το νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο εμπλέκεται στη θεραπεία του HIV θετικού αρρώστου πρέπει να προστατέψουν τον εαυτό τους, αλλά ταυτόχρονα να προσφέρουν στον άρρωστο υψηλής ποιότητας φροντίδα. Ο κίνδυνος στις περιπτώσεις αυτές αν και μικρός είναι υπαρκτός και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Αναμφίβολα δεν είναι μόνο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που πρέπει να προστατευθεί ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΝΤΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ. Εάν ακολουθούνται οι προτεινόμενες από τα κέντρα ελέγχου του AIDS γενικές προφυλάξεις ο κίνδυνος ελαχιστοποιείται. Απόλυτα ακίνδυνο περιβάλλον είναι ανέφικτο να υπάρξει. Επομένως η πρόληψη πρέπει να μας γίνει τρόπος ζωής. Η αντιμετώπιση αρρώστων με γνωστή HIV λοίμωξη ή AIDS που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση φαίνεται στους επόμενους πίνακες.

Σημείωση: Τα ίδια ισχύουν και για τις περιπτώσεις που υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις από την διακριτική λήψη του ιστορικού ή την αντικειμενική εξέταση ότι μπορεί να υπάρχει HIV λοίμωξη.⁴⁷

6.4.1. Πρόληψη διασποράς του ιού

Οι κηλίδες αίματος ή άλλων βιολογικών υγρών πρέπει να καθαρίζονται αμέσως, χρησιμοποιώντας διάλυμα που περιέχει ένα από τα πιο κάτω: φορμαλδεΐδη 6%, γλουταραλδεΐδη 1,8% και απορρυπαντικούς παράγοντες ή πρόσφατο διάλυμα χλωρίνης 1/10 σε ζεστό νερό. Βρεγμένες χαρτοπετσέτες με τα πιο πάνω διαλύματα τοποθετούνται πάνω από την κηλίδα και με προσοχή προστίθεται επιπλέον διάλυμα στις χαρτοπετσέτες που παραμένουν πάνω στην κηλίδα τουλάχιστον για 30 λεπτά. Η κηλίδα καθαρίζεται από το προσωπικό που φοράει μπλούζα μιας χρήσεως και γάντια. Οι χαρτοπετσέτες, η μπλούζα και τα γάντια συλλέγονται στους ειδικούς σάκκους.⁴⁷

6.5. Τι θα πρέπει να συμβουλευτούν οι θεράποντες ιατροί τους μολυσμένους από ιό HIV ασθενείς, σχετικά με τους κινδύνους ενός ταξιδιού σε ξένες χώρες;

Οι ταξιδιώτες σε άλλες χώρες, ειδικά σε χώρες με τροπικό κλίμα ή φτωχό επίπεδο διαβίωσης, διατρέχουν τον κίνδυνο εκθέσεως σε παθογόνα, τα οποία δεν υπάρχουν στην χώρα όπου διαμένουν. Οι μολυσμένοι από HIV ταξιδιώτες, εάν μολυνθούν από παθογόνα όπως η *Salmonella* sp., το *Cryptosporidium* sp., η *Leishmania* sp. και το *M.tuberculosis*, το πιθανότερο είναι να αναπτύξουν βαριά νόσο. Επίσης, άτομα που είναι μολυσμένα από ιό HIV δεν θα πρέπει να λαμβάνουν ζώντα εμβόλια, όπως πολυομελίτιδας από το στόμα, τυφοειδούς από το στόμα και κίτρινου πυρετού τα οποία συνήθως χορηγούνται συχνά στους ταξιδιώτες. Παρά τις ανησυχίες αυτές, η λοίμωξη από ιό HIV δεν θα πρέπει να εμποδίζει τα ταξίδια στο εξωτερικό. Ωστόσο, οι ταξιδιώτες με λοίμωξη από HIV θα πρέπει να λαμβάνουν επακριβείς συμβουλές και τρόπους πρόληψης και μείωσης του κινδύνου εκθέσεως σε λοιμώδη νοσήματα. Οι ταξιδιωτικές οδηγίες θα πρέπει να περιλαμβάνουν τα ακόλουθα στοιχεία: 1) μέτρα ελάττωσης της μετάδοσης των παθογόνων που βρίσκονται στο

νερό και τις τροφές, 2) τρόπους ελάττωσης της μετάδοσης των λοιμώξεων από αρθρόποδα, 3) αντιμετώπιση της διάρροιας των ταξιδιωτών, 4) χημειοπροφύλαξη έναντι της ελονοσίας, όταν ενδείκνυται και 5) συστάσεις για ανοσοποίηση. Εάν είναι δυνατόν, οι ασθενείς θα πρέπει να συμβουλευονται κάποιον ειδικό στην ιατρική που αφορά μετακινήσεις στο εξωτερικό.⁴⁰

6.6. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ AIDS ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

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

Ο άρρωστος που νοσηλεύεται μέσα στη θαλπωρή του σπιτιού του δεν αποχωρίζεται το γνώριμο και αγαπημένο περιβάλλον του, περνά την αρρώστια και τις δυσκολίες της ανάμεσα στα προσφιλή του πρόσωπα και πράγματα με τα οποία είναι δεμένος. Αυτό του δίνει ψυχική ασφάλεια και τον βοηθάει να χρησιμοποιήσει όλες τις εσωτερικές του δυνάμεις για την προσαρμογή στην ασθένεια.

Μελέτες που έχουν γίνει στις οικογένειες των αρρώστων έδειξαν ότι αν τηρούνται βασικές προφυλάξεις, τα μέλη που δεν έχουν σεξουαλική σχέση με τον άρρωστο δεν μολύνονται. Εφόσον η γενική κατάσταση του αρρώστου το επιτρέπει, οι οικογένειες πρέπει να ενθαρρύνονται να νοσηλεύουν τους αρρώστους με AIDS στο σπίτι, δίνοντας όλη τη στοργή και θαλπωρή τους, όπως θα έκαναν σε αρρώστους που πάσχουν από καρκίνο, ψυχικά ή άλλα νοσήματα.

Παράγοντες- που ρυθμίζουν κατά πόσον ο ασθενής μπορεί να νοσηλευτεί στο σπίτι ή όχι – είναι:

1. Η ιατρική συγκατάθεση
2. Η οργανωμένη υπηρεσία για φροντίδα στο σπίτι (νοσηλεία στο σπίτι)
3. Η δυνατότητα διαθέσεως μοναχικού δωματίου.
4. Η προσαρμογή της οικογένειας στο νέο πρόγραμμα ζωής
5. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις αρρώστου – οικογένειας.

Με κάθε λεπτομέρεια, εφόσον αποφασισθεί νοσηλεία στο σπίτι, πρέπει να δίνονται οι ακόλουθες πρακτικές οδηγίες:

1. Ατομική υγιεινή
2. Τα προσωπικά αντικείμενα του αρρώστου είναι λογικό ότι δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται από άλλους.
3. Τα είδη σίτισεως να πλένονται κατά τον συνήθη τρόπο και στη συνέχεια να παραμένουν σε διάλυμα 10% για 15 λεπτά τουλάχιστον.
4. Ο ακάθαρτος ιματισμός να πλένεται στο πλυντήριο στους 90⁰ C ή στο χέρι, υπό την προϋπόθεση ότι θα χρησιμοποιούνται γάντια οικιακής χρήσης για αποφυγή μόλυνσης μέσω αμυχών του δέρματος. Δίνονται συμβουλές στους οικείους να αποφεύγουν τα καθαριστήρια.
5. Για τα έπιπλα δεν χρειάζεται ειδική φροντίδα, ενώ για τα ιατρικά μηχανήματα ή συσκευές ισχύει ότι για το νοσοκομείο.
6. Τα αιχμηρά αντικείμενα να συλλέγονται με προσοχή προς αποφυγή ατυχημάτων και να καίγονται με τα υπόλοιπα απορρίματα, εφόσον είναι δυνατόν. Επί του παρόντος δεν έχει δοθεί λύση στο πρόβλημα της διαθέσεως μολυσμένων απορριμάτων για τις μεγάλες πόλεις. Εφόσον

δεν υπάρχει άλλη λύση, καλά κλεισμένα παραδίδονται στο αυτοκίνητο συλλογής απορριμάτων την τελευταία στιγμή.

7. Για την πρόληψη διασποράς βιολογικών υγρών και για την καθαριότητα του χώρου ισχύει ότι και στο νοσοκομείο.

Με τον τρόπο αυτό και με την σωστή πληροφόρηση ελπίζεται, ότι μπορεί να επιτευχθεί σωστή φροντίδα των αρρώστων στο οικείο περιβάλλον τους με σχετική ασφάλεια υγείας, ώστε και τα νοσοκομεία να αποσυμφορηθούν αλλά και οι άρρωστοι να έχουν πραγματικά ανθρώπινη και αξιοπρεπή μεταχείριση ως το τέλος.

Ως γνωστόν η νόσος είναι λοιμώδης και μεταδοτική, η όλη τεχνική της αντιμετώπισης στο νοσοκομείο υπάγεται στους κανονισμούς και το πρόγραμμα ελέγχου και περιορισμού των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων.

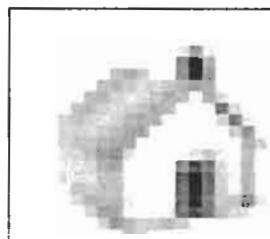
Η τήρηση των γενικών κανόνων για την προφύλαξη πρέπει να γίνεται με θρησκευτική ευλάβεια.⁴⁷

6.7. ΚΑΤΟΙΚΟΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Εδώ παρέχονται πληροφορίες για την κατ' οίκον περίθαλψη του ασθενή. Οι συμβουλές που παρέχονται απευθύνονται επίσης και στους φίλους που φροντίζουν τον ασθενή.

6.7.1. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Στην κατ' οίκον περίθαλψη ο ασθενής φροντίζει μόνος του τον εαυτό του, ενδεχομένως με την βοήθεια φίλων, ομάδων συντρόφων ή ατόμων που ασκούν την επαγγελματική τους δραστηριότητα στον εν λόγω τομέα.



Από μία πλευρά η κατ' οίκον περίθαλψη παρουσιάζει μεγάλα πλεονεκτήματα. Ο ασθενής βρίσκεται στο δικό του, γνωστό του περιβάλλον, έχει περισσότερη ελευθερία και ελέγχει καλύτερα την κατάσταση του. Οι φίλοι μπορούν να προσφέρουν ευκολότερα βοήθεια, ο ασθενής συνεχίζει να συμμετέχει στην κοινωνική ζωή.

Από την άλλη πλευρά η περίθαλψη ενός ασθενούς είναι μια ιδιαίτερη βαριά αποστολή. Το AIDS έχει ιδιαιτερότητες. Οι περίοδοι που ο ασθενής αισθάνεται καλά, εναλλάσσονται με περιόδους που αισθάνεται άρρωστος. Η περίθαλψη σε μία περίοδο ασθένειας είναι δύσκολη όχι μόνο από σωματικής, αλλά και από ψυχικής άποψης. Για αυτό το λόγο ο ασθενής πρέπει συχνά να συζητά με τα άτομα που τον περιθάλπουν κατά πόσον αυτοί εξακολουθούν να μπορούν να προσφέρουν τη βοήθεια τους. Πρέπει κανείς να γνωρίζει ότι δεν ξέρει εκ των προτέρων πόσο θα διαρκέσει η περίθαλψη. Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν ελάχιστη πείρα με την περίθαλψη αρρώστων. Τόσο ο ασθενής όσο και το πρόσωπο που προσφέρει τη βοήθεια πρέπει να έχουν υπόψη τους να μην υπερβούν ορισμένα όρια αντοχής.

Παρόλες τις ανωτέρω δυσκολίες, πολλοί ασθενείς που πάσχουν από AIDS και οι φίλοι τους, έχουν δηλώσει ότι η περίθαλψη εκ μέρους φίλων υπήρξε μία πολύτιμη εμπειρία στη ζωή τους.

Όταν είναι αναγκαίο πρέπει να ζητήσουμε εγκαίρως επαγγελματική βοήθεια π.χ προκειμένου να ελαφρύνουμε την αποστολή των φίλων ή προκειμένου να

αποφύγουμε περιπλοκές. Η επαγγελματική βοήθεια δεν χρειάζεται απαραίτητα να αντικαταστήσει την φροντίδα των φίλων. Μπορεί να έχει συμβουλευτικό ρόλο. ⁴⁴

6.7.2. ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Όταν κανείς επιλέξει την κατ'οίκον περίθαλψη, είναι προτιμότερο ο συντονισμός της περίθαλψης να γίνεται από ένα μόνο πρόσωπο. Το πρόσωπο αυτό μπορεί να είναι ο ίδιος ο ασθενής ή ένας φίλος ή ένα από τα πρόσωπα που παρέχουν βοήθεια. Ο συντονισμός είναι απαραίτητος επειδή συχνά ένα άτομο που πάσχει από AIDS χρειάζεται τη βοήθεια διαφόρων ανθρώπων. Το πρόσωπο αυτό μπορεί να αποτελέσει το συνδετικό κρίκο με όλους τους άλλους που προσφέρουν τη βοήθεια τους προς αποφυγή παραλήψεων ή επαναλήψεων. Επιπλέον η βοήθεια πρέπει να προσφέρεται στον κατάλληλο χρόνο και από το κατάλληλο πρόσωπο. Σ' αυτήν την περίπτωση μπορεί να καταρτισθεί ένα πρόγραμμα με τις ακριβείς ημερομηνίες και ώρες. Όταν η κατάσταση της υγείας του ασθενούς μεταβάλλεται, πρέπει εγκαίρως να αναζητείται η κατάλληλη βοήθεια. ⁴⁴

6.7.3. ΕΞΕΛΚΩΣΕΙΣ ΛΟΓΩ ΜΑΚΡΑΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗΣ

Τα έλκη αυτά προκαλούνται όταν ο ασθενής παραμένει επί μακρά χρονικά διαστήματα στο κρεβάτι ή κάθεται σε μία αναπηρική καρέκλα. Το δέρμα ερεθίζεται και αργότερα, ορισμένες φορές, ``ανοίγει``. Τα έλκη αυτά εμφανίζονται στα σημεία του σώματος στα οποία ασκείται πίεση ή στα σημεία που υπάρχει τριβή. Όταν φανούν τα πρώτα συμπτώματα πρέπει κανείς να συμβουλευθεί τον ιατρό. Για πρόληψη του ανωτέρου φαινομένου πρέπει να λαμβάνονται τα ακόλουθα μέτρα:

1. Μείωση της πίεσης που υφίστανται ορισμένα μέρη του σώματος

- Ο ασθενής πρέπει να είναι τελείως ξαπλωμένος ή να κάθεται υπό γωνία 90 μοιρών. Κατ'αυτόν τον τρόπο η επιφάνεια που δέχεται την πίεση είναι όσο το δυνατόν μεγαλύτερη.
- Χρησιμοποιούμε μία διπλωμένη κουβέρτα ή ένα ειδικό στρώμα.
- Στα σημεία του σώματος που υφίστανται πίεση πρέπει να αλείφεται τακτικά μία κρέμα.
- Ο ασθενής πρέπει να αλλάζει τακτικά θέση χωρίς να έρχονται σε επαφή μεταξύ τους τα γόνατα του και οι αστράγαλοι του.
- Η τοποθέτηση μιας χειρολαβής πάνω από το κρεβάτι του ασθενούς τον βοηθάει να αλλάζει θέση μόνος του.
- Το μέρος στο οποίο ξαπλώνει ο ασθενής θα πρέπει να είναι λείο, τα σεντόνια πρέπει να είναι καλά στρωμένα, να μην υπάρχουν ψίχουλα, κατά προτίμηση ο ασθενής να μην φέρει το κάτω μέρος της πυτζάμας του.

2. Πρόληψη τριβής

- Όταν μετακινούμε τον ασθενή πρέπει να τον σηκώνουμε και όχι να τον σπρώχνουμε.
- Ο ασθενής δεν πρέπει να κάθεται λοξά γιατί γλιστρά συνεχώς.
- Όταν πλένουμε και όταν σκουπίζουμε τον ασθενή δεν πρέπει να τον τρίβουμε δυνατά αλλά πρέπει να χρησιμοποιούμε την πετσέτα πολύ ελαφρά.

3. Το δέρμα πρέπει να διατηρείται στεγνό

- Μετά το πλύσιμο στεγνώνουμε καλά τον ασθενή χωρίς να χρησιμοποιούμε συσκευές που παράγουν ζεστό αέρα. Αλλάζουμε αμέσως τα βρεγμένα σεντόνια.
- Δεν αφήνουμε στο δέρμα υπολείμματα σαπουνιού.

4. Ασκήσεις

Ο ασθενής πρέπει να κάνει ορισμένες ασκήσεις στο κρεβάτι ενδεχομένως ζητώντας τη βοήθεια ενός φυσιοθεραπευτού.⁴⁴

6.7.4. ΑΝΑΚΛΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

6.7.4.α. Συνεργασία

Η ανάκλιση του ασθενούς με λανθασμένο τρόπο αποτελεί μία άνευ λόγου επιβάρυνση τόσο για τον ίδιο τον ασθενή, όσο και για το άτομο που τον βοηθά. Αμφότεροι μπορούν να γλιστρήσουν, να πέσουν ή να πονέσουν άνευ λόγου. Για το άτομο που φροντίζει τον ασθενή, η ανάκλιση με ορθό τρόπο προλαβαίνει επίσης την εμφάνιση ενοχλήσεων στην πλάτη.

Η συνεργασία κατά την ανάκλιση του ασθενούς είναι πολύ σημαντική. Όταν ο ασθενής τηρεί παθητική στάση και δε συνεργάζεται, η ανάκλιση γίνεται ιδιαίτερα δυσχερής. Στις περισσότερες περιπτώσεις ο ίδιος ο ασθενής γνωρίζει πολύ καλά πως πρέπει να γίνει η ανάκλιση του. Ο ασθενής και το άτομο που τον φροντίζει πρέπει να καθορίζουν εκ των προτέρων τον τρόπο με τον οποίο θα γίνει η ανάκλιση.

6.7.4.β. Γενικοί κανόνες

Ο κίνδυνος για ατύχημα κατά την ανάκλιση πάντοτε υπάρχει. Γι' αυτό το λόγο πρέπει κανείς να ασκηθεί εκ των προτέρων στην τεχνική της ανάκλισης, με ένα υγιές άτομο.

Κατά την ανάκλιση πρέπει να συνεργαζόμαστε με τον ασθενή και να του εξηγούμε συνεχώς ποια θα είναι η επόμενη κίνηση μας. Πρέπει όσο το δυνατόν να αποφεύγουμε να σηκώνουμε τον ασθενή. Σε πολλές περιπτώσεις είναι αρκετό ο ασθενής να γυρίσει στο πλάι ή να κυλίσει κατά μήκος του κρεβατιού.

Φροντίζουμε να απομακρύνουμε όλα τα αντικείμενα που θα εμπόδιζαν μία τέτοια κίνηση. Το ύψος του κρεβατιού κατά την ανάκλιση πρέπει να είναι κατάλληλο. Χρησιμοποιούμε προς αυτό το σκοπό υποστηρίγματα κάτω από το κρεβάτι.

Το πρόσωπο που φροντίζει τον ασθενή πρέπει να έχει άνετη πρόσβαση σε όλα τα μέρη του κρεβατιού.

Πρέπει να φροντίσουμε να λάβουμε την κατάλληλη θέση δίπλα στον ασθενή. Η θέση αυτή μπορεί να είναι:

- από την πλευρά όπου ο ασθενής αισθάνεται λιγότερες ενοχλήσεις.
- από την πλευρά όπου μπορούμε να ελέγχουμε καλύτερα τον ασθενή.
- από την πλευρά όπου έχουμε καλύτερο ορατό πεδίο

Φροντίζουμε ώστε κατά την ανάκλιση η θέση του σώματος μας να είναι η καλύτερη δυνατή: όταν τα πόδια μας είναι ελαφρώς ανοιγμένα έχουμε καλύτερη στήριξη και καλύτερη ισορροπία. Χρησιμοποιούμε επίσης και τα υποστηρίγματα του κρεβατιού. Η πλάτη μας πρέπει να βρίσκεται όσο το δυνατό σε ευθεία θέση. Όταν πρόκειται να σηκώσουμε τον ασθενή έχουμε λυγισμένα τα γόνατα ώστε οι μυς των μηρών και γύρω από τους γοφούς να μπορούν να βοηθήσουν όσο το δυνατό

περισσότερο. Μπορούμε να σηκώσουμε ευκολότερα ένα πρόσωπο όταν στεκόμαστε πλησιέστερα προς αυτό.⁴⁴

6.7.4.γ. Η ορθή τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι

Σημαντική είναι επί του προκειμένου η συνεργασία με τον ασθενή, βέβαια στη περίπτωση που αυτός μπορεί και το επιθυμεί.

Υπάρχουν πολλοί τρόποι για να τοποθετήσουμε έναν άρρωστο με ορθό τρόπο στο κρεβάτι. Προτού επιχειρήσουμε να σηκώσουμε τον ασθενή, πρέπει να φροντίσουμε να έλθει σε καθιστή θέση. Πιάνοντας τον ασθενή από τους καρπούς του και το βραχίονα, πηγαίνουμε να σταθούμε στην άκρη του κρεβατιού εκεί που βρίσκονται τα πόδια του. Κατ'αυτό τον τρόπο ο ασθενής λαμβάνει καθιστή θέση. Παράλληλα τον στηρίζουμε με μαξιλάρια.

Στη συνέχεια ο ασθενής μαζεύει τα γόνατα του και τοποθετεί τα χέρια του δεξιά και αριστερά στο πλάι επάνω στο στρώμα. Τεντώνοντας στη συνέχεια τα πόδια του μπορεί να μετακινηθεί προς την κατεύθυνση της κεφαλής του κρεβατιού.

Όταν ο ασθενής δεν επιθυμεί ή δεν είναι σε θέση να συνεργαστεί με ενεργό τρόπο, τότε κατά κανόνα χρειάζονται δύο άτομα για να τον τοποθετήσουν με ορθό τρόπο στο κρεβάτι. Στην προκειμένη περίπτωση μπορεί κανείς να χρησιμοποιήσει τις εξής μεθόδους: το ένα άτομο βάζει το ένα χέρι του κάτω από τους γλουτούς του ασθενούς και το άλλο χέρι σε χαμηλό σημείο κάτω από τη ράχη. Το δεύτερο άτομο πιάνει με το ένα του χέρι του άλλου ατόμου που βρίσκεται κάτω από την πλάτη ενώ το άλλο το βάζει κάτω από τους ώμους του ασθενούς. Τα δύο άτομα σηκώνονται ταυτόχρονα έχοντας ελαφρώς λυγισμένα τα γόνατα και τους γοφούς. Μετά από συνεννόηση κάνουν μαζί ένα βήμα προς την κεφαλή του κρεβατιού.

Μία άλλη μέθοδος είναι: τα δύο άτομα στέκονται στις δύο πλευρές του κρεβατιού, κοιτάζοντας προς την κεφαλή. Ενώνουν τα χέρια τους κάτω στη μέση του ασθενούς στο ύψος της μασχάλης. Ενώνουν το άλλο χέρι τους βάζοντας το κάτω από τα πόδια του ασθενούς. Ο ασθενής τοποθετεί τα χέρια του στη πλάτη των δύο ατόμων. Με ένα νόημα σηκώνουν ταυτόχρονα τον ασθενή και τον μετακινούν προς την επιθυμητή κατεύθυνση.⁴⁴

6.8. Τι θα πρέπει να συστήσουν οι θεράποντες ιατροί στους μολυσμένους από ιό HIV ασθενείς, σχετικά με τους κινδύνους που εγκυμονεί η κατοχή κατοικίδιων ζώων;

Οι ασθενείς που έχουν μολυνθεί από ιό HIV βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο αποκτήσεως ενός αριθμού λοιμώξεων που σχετίζονται με τα ζώα. Παρ'όλα αυτά, οι λοιμώξεις αυτές αποκτώνται συνηθέστερα από άλλες πηγές, παρά από την έκθεση στα κατοικίδια ζώα. Επειδή ο κίνδυνος αποκτήσεως λοίμωξης από τα κατοικίδια ζώα είναι μικρός, ενώ τα ψυχολογικά οφέλη για τον κάτοχο του κατοικίδιου μπορεί να είναι ουσιαστικά, οι θεράποντες δεν θα πρέπει να απαγορεύουν στα μολυσμένα από ιό HIV άτομα να κατέχουν κατοικίδια ζώα. Αντίθετα, θα πρέπει να εκπαιδεύουν τους ασθενείς σχετικά με τους πιθανούς κινδύνους και τα μέσα που θα ελαττώσουν την πιθανότητα αποκτήσεως λοίμωξης που σχετίζεται με κατοικίδια ζώα.

Γάτες. Οι δυνητικοί κίνδυνοι περιλαμβάνουν το *T. Gondii*, τη *B. Henselae* και εντερικές λοιμώξεις. Για να ελαχιστοποιήσουμε τον κίνδυνο μετάδοσης του πρώτου

και των εντερικών λοιμώξεων, οι μολυσμένοι από HIV που έχουν γάτες θα πρέπει να αποφεύγουν να καθαρίζουν τα δοχεία απορριμάτων ή όταν τα καθαρίζουν θα πρέπει να φορούν γάντια και να πλένουν τα χέρια τους επιμελώς αμέσως μετά. Ο έλεγχος των ψύλλων και η αποφυγή σκαριφισμού ή δείγματος από τη γάτα μπορεί να ελαττώσουν τον κίνδυνο μετάδοσης της δεύτερης.

Σκύλοι. Δυνητικός κίνδυνος από εντερικά παθογόνα. Οι μολυσμένοι από HIV που κατέχουν σκύλους θα πρέπει να αποφεύγουν την επαφή με τα κόπρανα των σκύλων και να πλένουν επιμελώς τα χέρια τους αμέσως μετά. Τα σκυλιά με παρατεταμένα διαρροϊκά σύνδρομα θα πρέπει να εξετάζονται από κτηνίατρο. Τα κουτάβια είναι περισσότερο πιθανό να μεταφέρουν λοιμώξεις, παρά τα ενήλικα σκυλιά.

Πουλιά. Δυνητικές πηγές των *C. Neoformans* και *M. Avium-intracellulare*. Τα κατοικίδια πουλιά φαίνεται ότι ενέχουν μικρό κίνδυνο για τους ασθενείς με λοίμωξη από HIV. Να αποφεύγεται η επαφή με τα περιττώματα των πουλιών. Τα άρρωστα πτηνά θα πρέπει να εξετάζονται από κτηνίατρο.

Ερπετά. Τα έχουν υψηλό ποσοστό φορίας *Salmonella* sp. Οι μολυσμένοι από τον ιό HIV ασθενείς θα πρέπει να αποφεύγουν την επαφή με ερπετά ή να φορούν γάντια, όταν χειρίζονται ερπετά ή καθαρίζουν τα κλουβιά τους.

Ψάρια. Δυνητική πηγή *M. marginum*. Οι μολυσμένοι από ιό HIV ασθενείς, όταν χειρίζονται ψάρια ή καθαρίζουν τα ενυδρεία θα πρέπει να φορούν γάντια.⁴⁰

6.9. ΔΙΑΤΡΟΦΗ

6.9.1. ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ AIDS

Η διατροφή είναι μία από τις βασικές ανάγκες του σώματος προκειμένου αυτό να μπορέσει να λειτουργήσει, να αναπτυχθεί και να αναπληρώσει τα χαμένα ενέργεια. Στην τροφή που λαμβάνουμε υπάρχουν οι θρεπτικές ουσίες που χρειάζεται το σώμα μας: πρωτεΐνες, λίπος, υδατάνθρακες, βιταμίνες, μεταλλικά άλατα και νερό.

Όταν υπάρχει ποικιλία στη διατροφή μας, τότε είμαστε σίγουροι ότι λαμβάνουμε όλες αυτές τις θρεπτικές ουσίες. Αντίθετα όταν είναι μία μόνο η θρεπτική ουσία δεν μπορεί κανείς να πει ότι είναι υγιεινή ή ανθυγιεινή.

Όταν είμαστε άρρωστοι το σώμα μας συχνά έχει ανάγκη αυξημένης ποσότητας θρεπτικών ουσιών, καθώς και σε περίπτωση που η λήψη των θρεπτικών ουσιών εμποδίζεται από ενοχλήματα όπως μειωμένη όρεξη, αναγούλες, έμετος, διάρροια ή πόνο κατά τη μάσηση ή κατάποση. Επίσης, μπορεί κανείς να λαμβάνει επαρκείς ποσότητες θρεπτικών ουσιών, όμως η απορρόφηση τους από το σώμα να εμποδίζεται π.χ διάρροια. Η διατροφή καθίσταται σημαντικότερη την περίοδο που είμαστε ασθενείς παρά όταν είμαστε υγιείς.

Η διατροφή δεν μπορεί να αποτελέσει φάρμακο κατά του AIDS. Η σωστή ωστόσο διατροφή μπορεί να συντελέσει στη βελτίωση της γενικής κατάστασης και να επηρεάσει ως εκ τούτου την ποιότητα της ζωής κατά τη διάρκεια της ασθένειας.

6.9.2. Γενικές συμβουλές

Σημαντικό ρόλο για την ορθή διατροφή μπορούν να διαδραματίσουν οι ακόλουθες συμβουλές:

- ❖ Η λήψη τροφής πρέπει να κατανέμεται σε ολόκληρο το διάστημα της ημέρας. Καθιερώνοντας τρία κύρια γεύματα σε χρονικές στιγμές που

εμείς οι ίδιοι καθορίζουμε και όπου κάπου ενδιαμέσως γευόμαστε μία νόστιμη μπουκιά ή ένα ποτό, τότε επιτυγχάνουμε μια ισορροπημένη διατροφή.

- ❖ Στα γεύματα μας πρέπει να φροντίζουμε να υπάρχει ποικιλία. Κατ'αυτό τον τρόπο μπορούμε να αυξήσουμε την όρεξη μας.
- ❖ Δεν πρέπει να πιάζουμε τον εαυτό μας να καταναλώνει τροφές οι οποίες δεν μας αρέσουν. Όταν κανείς είναι άρρωστος έχει λιγότερη όρεξη να δοκιμάσει μια νέα ή εξωτική τροφή.
- ❖ Όταν υπάρχουν προβλήματα που μας εμποδίζουν στη λήψη της τροφής προσπαθούμε να προσαρμόσουμε τη διατροφή μας κατά τρόπο, ώστε το σώμα μας να λαμβάνει τις απαραίτητες θρεπτικές ουσίες. Τα προβλήματα μπορούν να οφείλονται σε διάφορα αίτια. Τα αίτια πρέπει πάντα να ανακαλύπτονται και ενδεχομένως, εάν αυτό είναι δυνατό, να θεραπεύονται.⁴⁸

Αποδεδειγμένα η σωστή διατροφή είναι ένα ισχυρό εργαλείο για μια επιτυχημένη αντιμετώπιση της νόσου HIV. Ιατρικές έρευνες επιβεβαιώνουν ότι η απώλεια βάρους σε συνδυασμό με την απώλεια μυϊκού ιστού, συχνά οδηγεί σε υποσιτισμό με αποτέλεσμα την εκδήλωση του AIDS. Ο υποσιτισμός έχει επίσης επιβεβαιωθεί ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας της εξέλιξης της νόσου HIV. Τα φάρμακα, οι τροφές με υψηλή θρεπτική αξία και τα συμπληρώματα διατροφής δρουν μαζί στην καταπολέμηση της ανοσοποιητικής ανεπάρκειας που οφείλεται στον ιό HIV. Επίσης οι κατάλληλες διατροφικές αλλαγές μπορούν να περιορίσουν σημαντικά τις παρενέργειες των αντιρετροϊκών φαρμάκων (όπως η λιποδυστροφία, ο διαβήτης και οι καρδιαγγειακές παθήσεις) και την εμφάνιση συμπτωμάτων ευκαιριακής λοίμωξης.



Ακόμα και για εκείνους όπου η συνδυασμένη θεραπεία απέτυχε, η υγιεινή διατροφή είναι ο πιο κατάλληλος τρόπος αντιμετώπισης της νόσου HIV. Οι παρακάτω διατροφικές συμβουλές έχουν σκοπό την ενίσχυση της καλής υγείας και τη διατήρηση της φόρμας μας. Παρόλα αυτά η κατάσταση της υγείας του κάθε ατόμου δημιουργεί την ανάγκη μιας ειδικής αντιμετώπισης που μπορεί να διαφέρει αρκετά από τις παρακάτω οδηγίες. Συμβουλευτείτε τον γιατρό σας αν αυτές οι οδηγίες ταιριάζουν σε εσάς.⁴⁹

Οι θερμίδες και οι ίνες είναι δύο σημαντικά θρεπτικά στοιχεία που παρέχουν τα δημητριακά. Ο σωστός αριθμός μερίδων από δημητριακά θα σας βοηθήσει αποκτήσετε και να διατηρήσετε ένα υγιές σωματικό βάρος. Καταναλώστε 6 μερίδες ημερησίως εάν θέλετε να μειώσετε την λήψη θερμίδων ή καταναλώστε 11 μερίδες ημερησίως εάν θέλετε να αυξήσετε την λήψη θερμίδων. Τα δημητριακά μπορούν να είναι βλαβερά ή ωφέλιμα για την υγεία, ανάλογα με το είδος τους. Τα επεξεργασμένα δημητριακά (όπως άσπρο ψωμί, άσπρο ρύζι, corn flakes) έχουν υψηλή περιεκτικότητα σε ζάχαρη και χαμηλή περιεκτικότητα σε ίνες και γιαυτό το λόγο μπορεί να συμβάλουν στην δημιουργία διαβήτη, παχυσαρκία, και καρδιαγγειακών παθήσεων. Τα προϊόντα ολικής αλέσεως (όπως το σταρένιο ψωμί ή το κουάκερ) είναι φτωχά σε ζάχαρη και πλούσια σε ίνες και έτσι αντιπροσωπεύουν μια πιο υγιεινή

διατροφή. Όταν διαλέγετε δημητριακά, ελέγξτε την ετικέτα στην συσκευασία τους... Προτιμήστε προϊόντα που περιέχουν περισσότερες φυτικές ίνες και λιγότερη ζάχαρη. Οι πρωτεΐνες είναι ένα από τα σημαντικότερα θρεπτικά συστατικά αυτής της ομάδας τροφών. Η μεγαλύτερη πρόκληση είναι στο να βρούμε τροφές που είναι πηγές υγιεινών πρωτεϊνών χωρίς μεγάλη ποσότητα. Διαλέξτε κρέατα χαμηλά σε λιπαρά όπως στήθος κοτόπουλου και τόνο σε κονσέρβα νερού. Το μοσχαρίσιο κρέας και τα αυγά είναι καλές επιλογές εάν θέλετε να αυξήσετε την ποσότητα θερμίδων. Οι χορτοφάγοι μπορούν κάλλιστα να αποκτήσουν υψηλής ποιότητας πρωτεΐνες καταναλώνοντας αρκετές μερίδες όσπριων, ξηρών καρπών και μπαχαρικών (σουσάμι, ρίγανη). Το ασβέστιο αποτελεί σημαντικότατο θρεπτικό παράγοντα και βρίσκεται σε αφθονία στα γαλακτοκομικά προϊόντα. Οι πηγές από τις οποίες θα λαμβάνουμε τις απαραίτητες ποσότητες ασβεστίου θα πρέπει να είναι χαμηλές σε λιπαρά. Διαλέξτε γάλα, γιαούρτι και τυριά χωρίς λιπαρά αν είναι δυνατόν. Το πλήρες γάλα είναι καλό αν θέλετε να αυξήσετε την ποσότητα θερμίδων. Οι χορτοφάγοι δεν πρέπει να εξαρτώνται ιδιαίτερα από τα γαλακτοκομικά προϊόντα ως πηγή πρωτεϊνών, γιατί δεν περιέχουν σίδηρο και μπορεί να οδηγήσουν σιδηροπενική αναιμία. Οι γυναίκες πρέπει να γνωρίζουν ότι 2-3 μερίδες γαλακτοκομικών μπορεί να μην προσφέρουν αρκετή ποσότητα ασβεστίου, αλλά και ότι περισσότερες μερίδες γαλακτοκομικών μπορεί να οδηγήσουν σε έλλειψη σιδήρου. Γι' αυτό προτείνουμε κάποιο συμπλήρωμα ασβεστίου. Οι βιταμίνες και τα μεταλλικά στοιχεία είναι οι βασικές θρεπτικές ουσίες αυτής της ομάδας. Μόνο τα λαχανικά και τα φρούτα είναι ικανά να προσφέρουν ένα πλήρη συνδυασμό βιταμινών, προ-βιταμινών, ιχνοστοιχείων, και άλλων ευεργετικών ουσιών. Ακόμα και τα καλύτερα βιταμινούχα συμπληρώματα της αγοράς δεν μπορούν να ξεπεράσουν την θρεπτική αξία των λαχανικών και φρούτων.⁴⁹

Κάθε μέρα καταναλώστε τουλάχιστον...

- Ένα λαχανικό ή φρούτο με βιταμίνη-A
- Ένα λαχανικό ή φρούτο με βιταμίνη-C
- Ένα λαχανικό ή φρούτο με φυλλικό οξύ

Λίπη & Ζάχαρη

Λίπη: Βούτυρο, μαργαρίνη, μαγιονέζα, λάδι ελιάς, κρέμα γάλακτος.

Πολύ λιπαρές τροφές: Τηγανιτά, ψημμένοι ξηροί καρποί, σούπες με κρέμα, γλυκά.

Ζάχαρη: Λευκή και καφέ ζάχαρη, μέλι, σιρόπι.

Πολύ ζαχαρώδεις τροφές: Παιδικά δημητριακά, σόδα, γλυκά.

Μάθετε να αναγνωρίζετε λίπη και ζάχαρη σε διάφορες μορφές. Περιορίστε τις τροφές που περιέχουν πολλά λίπη και ζάχαρη. Οι μεγάλες ποσότητες λίπους και ζάχαρης προκαλούν διατροφικές διαταραχές προσφέροντας έξτρα θερμίδες χωρίς πολλές θρεπτικές ουσίες.

Πίνετε αρκετό νερό;

Το ανθρώπινο σώμα αποτελείται από 65%-70% από νερό, ένα κυρίαρχο στοιχείο του οργανισμού μας. Το νερό μπορεί να θεωρηθεί ως το πιο σημαντικό θρεπτικό στοιχείο. Η λήψη αρκετού νερού είναι ιδιαίτερα σημαντική. Αν αισθάνεστε δίψα, μπορεί ήδη να έχετε πάθει αφυδάτωση. Για να αποφύγετε το αίσθημα της δίψας, πίνετε νερό ή άλλα μη-καφεϊνούχα,μη-αλκοολούχα ποτά κατά τη διάρκεια της ημέρας. Το πρωταρχικό μέλημα των οροθετικών θα πρέπει να είναι το να παραμένουν "υδατωμένοι" συνεχώς!

Προτεινόμενη λήψη υγρών (υπό κανονικές συνθήκες)

Γυναίκες: 9-11 ποτήρια

Άνδρες: 10-12 ποτήρια

Εάν παρουσιάζετε διάρροια, ασκείστε, ή εργάζεστε σε ζεστό ή ψυχρό κλίμα, πρέπει να πίνετε περισσότερο νερό. Επίσης αναψυκτικά για αθλητές, αραιωμένοι χυμοί φρούτων, είναι σημαντικό να λαμβάνονται όταν έχετε διάρροια. Αν η διάρροια επιμένει για παραπάνω από λίγες μέρες, συμβουλευτείτε τον γιατρό σας.

Συμπληρώματα

Τα παρακάτω συμπληρώματα διατροφής μπορεί να βοηθήσουν σε κάποιες περιπτώσεις. Πριν πάρετε οποιοδήποτε συμπλήρωμα, συμβουλευτείτε τον γιατρό σας ή τον διαιτολόγο σας σχετικά με το ποιά από αυτά χρειάζεστε και σε ποιές ποσότητες.

- Πολυβιταμίνες και Μεταλλικά Στοιχεία μια φορά την ημέρα
- Βιταμίνες:
 - Συνδυασμός Βιταμινών Β
 - Βιταμίνη Β₁₂
 - Βιταμίνη C
 - Βιταμίνη Ε
- Μεταλλικά Στοιχεία:
 - Ασβέστιο
 - Σίδηρος
 - Μαγνήσιο
 - Σελήνιο
 - Ψευδάργυρος
- Λοιπά:
 - Acidophilus
 - Συνένζυμο Q-10
 - Κρεατίνη, Λ-κρεατίνη
 - Γλουταμίνη
 - Λιποϊκό οξύ, Α-Λιποϊκό οξύ
 - Λινολειακό οξύ (ω-6)
 - Α-λινολειακό οξύ (ω-3)
 - Πρωτεΐνες (αυγού, σόγιας, κλπ.)
 - Αντιοξειδωτικό SOD ⁴⁹

Η ασφάλεια των τροφίμων

Λόγω της νόσου HIV πολλοί άνθρωποι δεν μπορούν εύκολα να αντιμετωπίσουν πιθανές λοιμώξεις που οφείλονται σε τροφικές δηλητηριάσεις, γι' αυτό θα πρέπει να δωθεί ιδιαίτερη προσοχή στην επιλογή, φύλαξη και κατανάλωση των τροφών.

Νερό από το δίκτυο ύδρευσης

- Αν τα T4 βρίσκονται κάτω από το επίπεδο των 200 μονάδων, είναι καλό να βράζετε το νερό για 1 λεπτό, εάν σκοπεύετε να το πιείτε, να βουρτσήσετε τα δόντια σας ή να ετοιμάσετε ένα χυμό.
- Αν μένετε ή επισκέπτεσθε κάποιο νησί, να βράζετε το νερό ανεξάρτητα από το επίπεδο των T4.

Φύλαξη τροφίμων



- Το ωμό κρέας θα πρέπει να καταναλώνεται το πολύ μέσα σε 2 ημέρες μετά την αγορά του.
- Τα ωμά ψάρια θα πρέπει να καταναλώνονται το πολύ μέσα σε 24 ώρες μετά την αγορά τους.
- Γαρίδες ή άλλα θαλασσινά θα πρέπει να καταναλώνονται αμέσως μετά την αγορά τους.
- Φυλάξτε κρέατα, πουλερικά και ψάρια στο χαμηλότερο ράφι του ψυγείου έτσι ώστε τα υγρά τους να μην στάζουν πάνω σε άλλα τρόφιμα.
- Διατηρήτε το εσωτερικό του ψυγείου πάντα καθαρό.
- Διατηρήτε τη θερμοκρασία στο εσωτερικό του ψυγείου στους 4 βαθμούς Κελσίου.

Απολύμανση

- Απολυμαίνετε τις επιφάνειες της κουζίνας με διάλυμα χλωρίου.
- Μαζί με τα σκεύη, τοποθετήστε στο πλυντήριο πιάτων και τα σφουγγάρια της κουζίνας έτσι ώστε να καθαριστούν και αυτά.
- Μπορείτε επίσης να βάζετε τα σφουγγάρια της κουζίνας στον φούρνο μικροκυμάτων για 1 λεπτό για να διατηρούνται καθαρά.
- Μην εμπιστεύεστε αντιβακτηριδιακά σπρέι, σαπούνια ή σφουγγάρια που κυκλοφορούν στην αγορά για να εξαφανίσετε τα βακτήρια.

Τρώγοντας έξω

- Αν τα T4 σας είναι χαμηλά, αποφύγετε όλα τα ωμά σκευάσματα του εστιατορίου και προτιμήστε τα ζεστά πιάτα.
- Πάντα παραγγέλνετε το φαγητό σας καλοψημένο. Το εσωτερικό του κρέατος δεν θα πρέπει να είναι ροζ ή να περιέχει αίμα. Τα ψάρια θα πρέπει να είναι τραγανά όταν τα κόβετε με το μαχαίρι.
- Αποφεύγετε όλα τα φαγητά που περιέχουν ωμά αυγά, όπως η σαλάτα του Καίσαρα, μους σοκολάτας, κλπ.
- Προτιμήστε τα καλοβρασμένα αυγά.
- Αποφεύγετε τα ωμά οστρακοειδή όπως το sushi ή τα ελαφρώς βρασμένα όπως μύδια κλπ.

- Μην τρώτε από μπουφέςδες πρωινών ή σαλατών. Το φαγητό μπορεί να μην έχει την σωστή θερμοκρασία και μπορεί να έχει εκτεθεί σε μικρόβια από άλλους πελάτες πριν από εσάς.

Ψωνίζοντας

- Ελέγχετε πάντα την ημερομηνία λήξης στην συσκευασία του προϊόντος.
- Όταν αγοράζετε γαλακτοκομικά προϊόντα, διαλέξτε μόνο αυτά που αναγράφουν την λέξη "παστεριωμένο" στην ετικέτα.
- Βάλτε το κρέας, τα ψάρια και τα πουλερικά σε ξεχωριστή πλαστική σακούλα έτσι ώστε να μην έρχονται σε επαφή με άλλα προϊόντα στο καλάθι σας.
- Μην αγοράζετε τροφές με αλλοιωμένη συσκευασία.
- Μην αγοράζετε ραγισμένα αυγά.
- Αποφύγετε τους μπουφέςδες με σαλάτες, ειδικά όταν περιέχουν είδη με κρέας, κοτόπουλο ή μαγιονέζα.⁴⁹

6.9.3. ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ

Εξαιτίας της μειωμένης όρεξης, κόπωσης και διάρροιας, το σώμα λαμβάνει λιγότερες θρεπτικές ουσίες από όσες χρειάζεται. Η λήψη θρεπτικών ουσιών μπορεί επίσης να περιορισθεί εξαιτίας πυρετού, νοσηλείας σε νοσοκομείο, συνεχών επισκέψεων και πολυϊατρεία και ιατρικών εξετάσεων, με αποτέλεσμα την απώλεια βάρους. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι τα άτομα που πάσχουν από AIDS καταναλώνουν μεγαλύτερη ενέργεια. Οι ανάγκες σε θερμίδες είναι μεγαλύτερες.

Ανεξάρτητα από το αίτιο που προκαλεί την απώλεια βάρους, μπορείς να προσπαθήσεις να περιορίσεις την απώλεια βάρους ή να την αναχαιτίσεις ακολουθώντας τις εξής συμβουλές:

- ❖ Να αφιερώνεις περισσότερο χρόνο για την λήψη των γευμάτων.
- ❖ Να κατανέμεις τα γεύματα σε ολόκληρη τη διάρκεια της ημέρας.
- ❖ Στα γεύματα σου πρέπει να υπάρχει ποικιλία. Κάπου κάπου να δοκιμάζεις και ένα διαφορετικό τρόπο μαγειρέματος.
- ❖ Να χρησιμοποιείς ενδεχομένως έτοιμα φαγητά, ώστε να περιορίσεις το χρόνο προετοιμασίας.
- ❖ Να κάνεις τα γεύματα σου ελκυστικά δίνοντας βαρύτητα στην αισθητική παρουσία τους.
- ❖ Προσπάθησε όσο το δυνατόν περισσότερο να τρως παρέα με άλλους.

Για να αυξήσει κανείς το βάρος του πρέπει να καταναλώνει επαρκείς ποσότητες θερμίδων και πρωτεϊνών. Οι τροφές που περιέχουν πολλές θερμίδες είναι το βούτυρο, η μαργαρίνη, το λάδι, η κρέμα γάλακτος και η ζάχαρη. Τροφές που περιέχουν πολλές πρωτεΐνες είναι: τα κρέατα, τα πουλερικά, το κυνήγι, τα ψάρια, οι ξηροί καρποί, τα αυγά, το γάλα και τα γαλακτοκομικά προϊόντα, όλα τα είδη τυριών, τα όσπρια και τα προϊόντα της σόγιας. Μπορείς να εμπλουτίσεις την τροφή σου με πρωτεΐνες αρκεί να:

- Τρως κάτι ανάμεσα στα κύρια γεύματα όπως σάντουιτς, κέικ, γλυκά, κροκέτες, ρέγγα, τυρί, λουκάνικο ή μια χούφτα ξηρούς καρπούς.
- Μαζί με το ψωμί να τρως διάφορα προϊόντα όπως βούτυρο από φυστίκια, ένα τηγανητό αυγό, μία ομελέτα, ψάρια, σαλάτες, κροκέτες, κεφτέδες ή τοστ.

- Όταν αλείφεις με κάτι το ψωμί σου πρέπει οι φέτες του ψωμιού και η επίστρωση να είναι παχιές.
- Αντί για ψωμί μπορείς να τρως νιφάδες από καλαμπόκι.
- Να καταναλώνεις πλήρες γάλα και πλήρη γαλακτοκομικά προϊόντα.
- Ενδιάμεσα μπορείς επίσης να τρως έτοιμα επιδόρπια. Υπάρχουν προϊόντα πλούσια σε πρωτεΐνες και θερμίδες, τα οποία μπορούν να αναμειχθούν εύκολα με άλλα προϊόντα χωρίς να αυξηθούν σε όγκο:
- Κρέμα γάλακτος ή κρέμα σαντιγύ; Μπορείς να τα προσθέσεις στον καφέ, στο γάλα, το γιαούρτι, τις κρέμες, την πουτίγκα, τα μιλκ σέικ, το γάλα με σοκολάτα, τις σάλτσες, τις σούπες και στον πουρέ.
- Αυγά: ένα αυγό μπορείς να το προσθέσεις στον πουρέ ή στις σάλτσες.
- Μπορούμε να προσθέσουμε ένα κομμάτι βούτυρο ή μαργαρίνη στους χυλούς, στον πουρέ, στα λαχανικά, στη σούπα και στις σάλτσες.
- Μπορούμε επίσης να χρησιμοποιήσουμε ζάχαρη ή μέλι σε χυλούς, κρέμες, γιαούρτι, πουτίγκες, μιλκ σέικ, τσάι και καφέ.
- Μπορούμε να προσθέσουμε τριμμένο τυρί σε σάλτσες, λαχανικά, πουρέ.

Εάν δεν μπορούμε να εμπλουτίσουμε τη διατροφή μας με πρωτεΐνες κατά τους ανωτέρω τρόπους, μπορούμε ενδεχομένως να χρησιμοποιήσουμε άλλα διαιτητικά προϊόντα.

6.9.4. Ενοχλήσεις στην κατάποση ή πόνοι στη στοματική κοιλότητα

Όταν κάποιος υποφέρει από πόνους στη στοματική κοιλότητα ή αισθάνεται ενοχλήσεις στην κατάποση, η λήψη τροφής μπορεί να καταστεί προβληματική. Μπορεί να προσαρμόσει τη διατροφή του λαμβάνοντας προσωρινά αλεσμένη ή ρευστή τροφή. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι:

- Αλεσμένα ζεστά γεύματα. Αλέθουμε χωριστά τις διάφορες τροφές του γεύματος.
- Κρέατα: Συνήθως τα αλέθουμε. Μπορούν όμως να αντικατασταθούν με αυγά, ψάρια, πουλερικά, τυρί.
- Λαχανικά: τα κάνουμε χυλό και τα αραιώνουμε με υγρά: νερό, γάλα, ζωμό και ζωμό λαχανικών.
- Πατάτες/ρύζι: τα κάνουμε πουρέ και προσθέτουμε γάλα ή ζωμό.
- Μικρά ζεστά γεύματα. Βράζουμε πολύ καλά τα διάφορα συστατικά προϊόντα του γεύματος. Κάνουμε πουρέ ή αναμιγνύουμε τις τροφές με τη βοήθεια μιας μηχανής της κουζίνας προσθέτοντας ζωμό κρέατος, ζωμό λαχανικών και ενός κομματιού βούτυρου ή μαργαρίνης.

Επιπροσθέτως:

- Οι πολύ ζεστές τροφές μπορούν να προκαλέσουν πόνο, για αυτό πρέπει να αφήνουμε το φαγητό πρώτα να κρυώνει.
- Αποφεύγουμε τις αλμυρές τροφές καθώς εκείνες που περιέχουν καρκεύματα και μπαχαρικά.
- Ορισμένοι χυμοί φρούτων μπορούν να προκαλέσουν ενοχλήματα. Η γεύση μπορεί να γίνει λιγότερο πικρή με την προσθήκη λίγης κρέμας γάλακτος ή με την ανάμιξη διαφόρων χυμών ή με την αραιώση των χυμών.⁴⁸

6.9.7. Αλλαγή στη γεύση

Η γεύση μπορεί να αλλοιωθεί ή να παύσει να υπάρχει. Αυτό είναι αποτέλεσμα φλεγμονών στη στοματική κοιλότητα, ακτινοβολίας στη στοματική κοιλότητα, ή εξαιτίας της χρήσης ορισμένων φαρμάκων.

Η γεύση διακρίνεται σε γλυκιά, αλμυρή και πικρή. Μπορεί να παύσει να αισθάνεται κανείς μία ή περισσότερες. Ορισμένα πράγματα που έως τώρα τα βρίσκουμε νόστιμα, δεν έχουν καμία γεύση ή έχουν άσχημη γεύση. Επιπλέον, μπορεί να αρχίσει αποστροφή για ένα ορισμένο είδος τροφής.

Εάν ορισμένες τροφές δεν έχουν γεύση, υπάρχει η τάση να τρώει κανείς λιγότερο ή ορισμένες μόνο τροφές. Αυτό μπορεί να προκαλέσει απώλεια βάρους και σωματική εξασθένηση. Για την πρόληψη των ανωτέρω ακολουθούν ορισμένες πρακτικές συμβουλές:

- Δοκίμασε προϊόντα που πριν δεν τα έβρισκες νόστιμα ή δεν τα έτρωγες συχνά
- Η κατανάλωση κρέατος δεν είναι απαραίτητη. Μπορεί να αντικατασταθεί από π.χ πουλερικά, ψάρια, τυρί, αυγά. Ζήτησε από κάποιον ορισμένες νόστιμες συνταγές χορτοφαγίας.
- Πρόσθεσε στα γεύματα σου ουσίες ποτ τα κάνουν νοστιμότερα. Κάνε πειράματα με τις ποσότητες. Οι ποσότητες που θα χρησιμοποιήσεις ενδεχομένως διαφέρουν από εκείνες που χρησιμοποιούσες στο παρελθόν.
- Τρώγε σάντουιτς εάν δεν επιθυμείς μαγειρεμένα γεύματα. Μπορείς επίσης να τρως διάφορους χυλούς.⁴⁸

6.10. ΠΡΟΤΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS

Η φροντίδα των ατόμων με AIDS (PWA: Persons With AIDS), στην κοινότητα και στο σπίτι, αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο σαν ένας ρεαλιστικός τρόπος για την αντιμετώπιση των ειδικών αναγκών τους αλλά και σαν λύση στο πρόβλημα των συνωστισμένων νοσοκομείων.

Η προσέγγιση αυτή, σε πολλές περιπτώσεις, δεν προέκυψε σαν αποτέλεσμα Εθνικής στρατηγικής αλλά σαν αποτέλεσμα ιδιωτικής πρωτοβουλίας με σκοπό την ιατρική και κοινωνική υποστήριξη των μολυσμένων και προσβεβλημένων από AIDS ατόμων.

Το πρόγραμμα της φροντίδας των ατόμων με AIDS στο σπίτι, με προγραμματισμένες επισκέψεις, προσφέρει υπηρεσίες υγείας στα άτομα αυτά, μέσα στο σπιτικό περιβάλλον τους. Αυτές οι επισκέψεις στο σπίτι μπορεί να είναι οι μόνες προσφερόμενες υπηρεσίες ή να αποτελούν μέρος ενός γενικότερου προγράμματος που υπηρετεί τον ασθενή και την οικογένεια του στο σπίτι, στο νοσοκομείο και στη κοινότητα.

Παρακάτω παρουσιάζεται μια ανασκόπηση μερικών πρωτοποριακών προσεγγίσεων, όπου η Νοσηλευτική αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο και θα μπορούσε να αποτελέσει, με ανάλογες κατά χώρα τροποποιήσεις, ένα μοντέλο για τα Εθνικά συστήματα υγείας και τους Εθνικούς συνδέσμους Νοσηλευτριών-των.

Η συνέχιση της φροντίδας των ατόμων με AIDS από το νοσοκομείο στην κοινότητα ποικίλλει μεταξύ των διαφόρων χωρών και ιδρυμάτων. Ένας πολυδύναμος μηχανισμός αντιμετώπισης της κάθε περιπτώσεως, μια εκτεταμένη υπηρεσία

φροντίδας εξωτερικών ασθενών και ένας ικανός αριθμός αφοσιωμένου στο έργο του προσωπικού, βοηθούν στην εξασφάλιση της συνέχισης της φροντίδας.

Όταν οι κυβερνήσεις αρνούνται ή δεν μπορούν να ανταποκριθούν σε όλες τις ανάγκες του πληθυσμού τότε τοπικοί, εθελοντικοί, υποστηρικτικοί παράγοντες μπορεί να δραστηριοποιηθούν.

Για πολλά προγράμματα φροντίδας στο σπίτι, το AIDS εκλαμβάνεται σαν ιατρικό- κοινωνικό- ψυχολογικό και οικονομικό πρόβλημα, ενώ άλλοι το θεωρούν σαν ένα ανθρώπινο και πνευματικό πρόβλημα.

Σε 6 HIV/AIDS προγράμματα που πραγματοποιήθηκαν στην Ουγκάντα και Ζάμπια, το σύνθημα που έθεσε ο ΠΟΥ ήταν η παροχή ανθρώπινης και κατά περίπτωση φροντίδας στους PWA's και στις οικογένειες τους.

Τέσσερα από αυτά τα προγράμματα είναι νοσοκομειακά και 2 κοινοτικά, όλα δε συνδέονται με διάφορες υπηρεσίες που ασχολούνται με τα θύματα του AIDS. Εκτός από την παροχή σωματικής, ψυχολογικής, κοινωνικής φροντίδας και σε μερικές περιπτώσεις και πνευματικής βοήθειας, τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν συμβουλευτική και εκπαίδευση.

Παράδειγμα αποτελεί το πρόγραμμα στο σπίτι του Στρατού Σωτηρίας του Νοσοκομείου Chikankata της Μοζαμβίκης στην Ζάμπια. Πολυδύναμο προσωπικό του οργανισμού που αποτελείται από διάφορα επαγγέλματα υγείας, επισκέπτεται τακτικά τους αρρώστους με AIDS και τις οικογένειες τους, αξιολογεί τις ανάγκες τους και τις ικανοποιεί. Οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι:

- Νοσοκομειακή φροντίδα σ'όλους τους μολυσμένους με HIV ασθενείς: Διάγνωση, συμβουλευτική από το Νοσοκομείο ή συνέχιση φροντίδας μετά την έξοδο από το Νοσοκομείο
- Φροντίδα στο σπίτι και πρόληψη
- Συμβουλευτική στην κοινότητα
- Νοσοκομειακή φροντίδα για τους σοβαρά ασθενείς
- Εκπαίδευση του προσωπικού που εργάζεται στα προγράμματα αυτά.

Λόγω του φόβου και του στίγματος που προσδίδεται στα θύματα του AIDS, μερικές φορές οι οικογένειες τους αρνούνται να τα περιθάλψουν. Γι'αυτό, τα μέλη της ομάδας υγείας πρέπει να βοηθήσουν τα μέλη της οικογένειας των θυμάτων να ξεπεράσουν τους φόβους τους ώστε να βοηθήσουν τον άρρωστο με AIDS.

Στην Αυστραλία υπάρχει ειδικό πρόγραμμα εκπαίδευσης για το AIDS το οποίο παρέχει εκτός των άλλων και ειδικό έντυπο με τίτλο « Φροντίδα ανθρώπων με AIDS στο σπίτι». Το έντυπο αυτό δίνει συμβουλές σχετικά με την πρόληψη της διασποράς του HIV, όπως η καθαριότητα των ειδών εστίασεως και ιματισμού, ο τρόπος χειρισμού των εκκρίσεων του προσβληθέντος από τον HIV, ο τρόπος χρήσης γαντιών, πλυσίματος χεριών, τοποθέτησης σκοραμίδας, καθώς και διαδικασίες που πρέπει να ακολουθούνται όταν κάποιος που μολύνθηκε από τον HIV πεθάνει.⁵⁰



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ



ΗΘΙΚΟ-ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ

7.1. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

7.1.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ AIDS

Η Νοσηλευτική είναι η μόνη επιστήμη υγείας που ασχολείται με ολόκληρο τον άνθρωπο. Είναι ολιστική επιστήμη. Προσεγγίζει, νοσηλεύει και ανακουφίζει τον άνθρωπο, υγιή ή άρρωστο ως βιοψυχοκοινωνική και πνευματική, μοναδική και αδιαίρετη οντότητα. Ενσωματώνει, συνδυάζει, συνθέτει εκλεκτικά και δημιουργικά, θεωρίες και αρχές από όλες σχεδόν τις επιστήμες και τις χρησιμοποιεί στην φροντίδα του αρρώστου. Γι' αυτό η ενασχόληση με τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των αρρώστων δεν εκφράζει απλό ενδιαφέρον. Αποτελεί νοσηλευτική ευθύνη, νοσηλευτικό χρέος και θέμα της ημερήσιας διάταξης η ψυχοκοινωνική φροντίδα των αρρώστων με AIDS, τη μεγαλύτερη αυτή κρίση της υγείας του αιώνα μας.

Το AIDS είναι μια αρρώστια που αποτελεί καταστροφική απειλή σε όλες τις διαστάσεις της ανθρώπινης ζωής: σωματική, ψυχολογική, πνευματική, κοινωνική και οικονομική. Η απειλή αυτή μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα συμπτώματα ψυχικής διαταραχής. Επί πλέον ο ιός τύπου III είναι νευροτρόπος, δηλαδή ελκύεται από τον νευρικό ιστό. Λόγω της εισβολής του ιού στο Κ.Ν.Σ μπορεί να συμβούν νευροψυχικές διαταραχές, ακόμη και οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο με ποικιλία συμπτωμάτων, π.χ νοητική έκπτωση ανοϊκού τύπου και διαταραχές συμπεριφοράς. Πέρα από τα λεχθέντα, ερευνητές προσπαθούν να προσδιορίσουν τη σχέση μεταξύ των συναισθημάτων, του ανοσιακού συστήματος και του AIDS, πιστεύοντας ότι το AIDS είναι ψυχο-νευροανοσιακή πάθηση. Ερευνητικές μελέτες δείχνουν ότι τα θύματα του AIDS όταν πληροφορούνται τη διάγνωση τους παθαίνουν κατάθλιψη και αυτή ασκεί αρνητική επίδραση στο ήδη ανεπαρκές ανοσιακό τους σύστημα. Φαίνεται ότι υπάρχει μία αμφίδρομη σχέση μεταξύ των σωματικών, ψυχικών και κοινωνικών παραγόντων, που αφ' ενός επιδρούν στην πορεία της αρρώστιας και αφ' ετέρου ωθούν τον άνθρωπο σε παθολογικό τρόπο αντιμετώπισης του stress.⁵¹

7.1.2. Ψυχολογικά προβλήματα των αρρώστων

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

- Απόρριψη-αποξένωση
- Μόνωση-αυτουποτίμηση
- Απώλεια δυνάμεων, ρόλων, αυτονομίας
- Φόβοι, ενοχές, ιδέες αυτοκτονίας
- Απελπισία, άγχος, κατάθλιψη
- Αμείλικτα ερωτήματα: γιατί ο πόνος, η αρρώστια, ο θάνατος;
- Υπαρξιακή αγωνία

Ο άρρωστος παθαίνει ψυχικό shock και δοκιμάζει έντονο φόβο. Βλέπει τη διάγνωση ότι έχει AIDS σαν προάγγελο του θανάτου του. Αισθάνεται έντονο άγχος

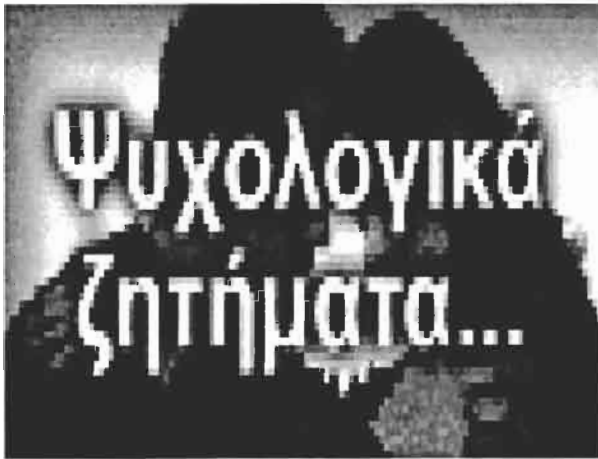
που επηρεάζει αρνητικά την απόδοση και τη συνέπεια στις υποχρεώσεις του. Μπορεί να αρνείται και να μην παραδέχεται τη διάγνωση του, να επιμένει π.χ. ότι έχει πνευμονία. Αισθάνεται ενοχή για τον τρόπο της ζωής του και για τη πιθανότητα να έχει μολύνει τη σύζυγό του και άγνωστο αριθμό φίλων ή τοξικομανών συντρόφων του. Επίσης μπορεί να αισθάνεται ότι είναι βάρος συναισθηματικό και οικονομικό στην οικογένειά του αν αυτή συνεχίζει να τον περιποιείται. Ακόμη αισθάνεται ντροπή για τη σωματική και τη νοητική του κατάρρευση και γι' αυτό μπορεί να αποσύρεται από κοινωνικές επαφές και δραστηριότητες. Αυτή η απόσυρση πιθανόν να είναι τρόπος αυτό-προστασίας από τον φόβο της απόρριψης εκ μέρους του περιβάλλοντος ή μπορεί να είναι σύμπτωμα μελαγχολίας συνοδευόμενο και από ανορεξία, σωματική εξάντληση και περιορισμό επικοινωνίας με το περιβάλλον. Μερικοί άρρωστοι καταφεύγουν στα ναρκωτικά και στο αλκοόλ. Συνήθης είναι και η τάση αυτοκτονίας, και ορισμένοι έχουν αυτοκτονήσει.

Εξάλλου η διάγνωση μπορεί να υποχρεώνει τον άρρωστο να ομολογήσει ότι ήταν ομοφυλόφιλος στην οικογένεια του, η οποία το ακούει με θυμό, φόβο ή και απέχθεια. Και το κοινωνικό σύνολο τον αποστρέφεται και τον εξοστρακίζει γι' αυτό. Την ίδια απόρριψη δοκιμάζει και το άτομο που απέκτησε τον ιό HIV από ενδοφλέβια λήψη ναρκωτικών με μολυσμένες βελόνες. Είναι ανεκτότερο να χαρακτηριστεί ως δυσμεταχειρίστος και ανοικονόμητος ένας άρρωστος παρά να νοσηλευθεί ως άρρωστος με διπλή διάγνωση: AIDS και φαρμακευτική εξάρτηση.

Ο άρρωστος έχει το αίσθημα της απώλειας των δυνάμεών του, της σωματικής του ακεραιότητας, του ελέγχου του εαυτού και της αρρώστιας του, της αυτονομίας του, αλλά και της ίδιας της ζωής του. Ο άρρωστος με AIDS απειλείται και από τη χαλάρωση ή και την απώλεια των στενών προσωπικών του σχέσεων, λόγω του υψηλού κινδύνου μετάδοσης της λοίμωξης στην ή στον σύζυγο, αλλά και λόγω αδυναμίας των δικών του να ανταποκριθούν στις ψυχολογικές, σωματικές και οικονομικές απαιτήσεις της αρρώστιας του. Είναι πιθανή και η διάσπαση μέσα στην οικογένεια. Ένα ή δύο μέλη συνεχίζουν να ενδιαφέρονται, να αγαπούν και να περιποιούνται το αγαπημένο τους πρόσωπο που έχει AIDS, ενώ τα υπόλοιπα μέλη τον εγκαταλείπουν ίσως για να αποφύγουν το κοινωνικό στίγμα. Με άλλα λόγια οι αντιδράσεις των συγγενών μπορούν να κινούνται ανάμεσα σε δύο πόλους: ο ένας η υπερπροστασία και ο άλλος η απόρριψη, η απομόνωση και η αποξένωση του.

Είναι ευνόητο γιατί η απόφαση του αρρώστου, να το πεί ή να μη το πεί ότι έχει AIDS, τότε και σε ποιους, δεν είναι εύκολη υπόθεση. Βιώνεται ως δίλημμα. Αν πάλι δε το πει πουθενά, είναι σαν να κλείνεται και να ζει σε ένα «συρτάρι»! Θα τα βγάλει πέρα μόνος του; Ένας άρρωστος μόλις υποπτεύθηκε ότι είχε AIDS, άρχισε να παρακαλεί την νοσηλεύτρια να μην το πει πουθενά, ούτε στη σύζυγο του. Κάποιος άλλος όταν έμαθε τη διάγνωση του ότι είχε AIDS, έκανε ένα πλήθος τηλεφωνημάτων σε φίλους και συναδέλφους για να βεβαιωθεί ότι θα έχει την αποδοχή και την υποστήριξη τους. Πράγματι, διάφοροι άρρωστοι αντιδρούν προς την ίδια αρρώστια με διαφορετικό τρόπο και δεν πρέπει να περιμένει κανείς ομοιότητα αντιδράσεων μεταξύ των αρρώστων.⁵¹

Σοβαρό ψυχοκοινωνικό πρόβλημα είναι και η απώλεια της εργασίας. Μερικοί άρρωστοι απολύθηκαν από την εργασία τους. Αλλά και αν δεν συμβεί αυτό, σε κάποιο σημείο της πορείας της νόσου-αρκετά νωρίς-πρέπει να παραιτηθούν. Αν απουσιάσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα λόγω νοσηλείας στο νοσοκομείο, είναι πιθανόν όταν επιστρέψουν να βρουν την θέση τους καταλλειμμένη από άλλο άτομο, την υπηρεσία τους να λειτουργεί κανονικά και τον εαυτό τους να μη χρειάζεται πλέον. Και αυτό το αίσθημα της αχρηστίας, της απραξίας και της αναγκαστικής εξόδου στο περιθώριο μειώνει σημαντικά την αυτό-εκτίμηση και το ηθικό του αρρώστου. Η εργασία γενικώς υποστηρίζει το αίσθημα της αυτοαξίας. Ο εργαζόμενος αισθάνεται ότι είναι ενεργό, παραγωγικό και χρήσιμο μέλος της κοινωνίας, που μοχθεί για το καλό όλου του κόσμου. Είναι ανεξάρτητος οικονομικά και πληρώνει



τους λογαριασμούς του. Χωρίς εργασία όμως ο ενήλικας χάνει την ανεξαρτησία και αυτονομία του, δύσκολα μπορεί να δικαιολογήσει το δικαίωμα του στο σεβασμό των άλλων και τη θέση του στην κοινωνία.

Το AIDS όμως εκτός των όσων αναφέρθηκαν προκαλεί στον άρρωστο και μία έντονη υπαρξιακή αγωνία. Αμείλικτα ερωτήματα τον κατακλύζουν: γιατί ο πόνος; Γιατί η αρρώστια; Γιατί ο θάνατος; Παλεύει ο άρρωστος για να βρεί το νόημα της

ζωής και το νόημα του θανάτου. Μπορεί να βγει κανένα καλό από αυτή την αρρώστια; Κι όπως οι άλλοι άνθρωποι και αυτός διακατέχεται από τον ίδιο πόθο να ζήσει με αξιοπρέπεια και ακεραιότητα για να πεθάνει με ειρήνη και αρμονία εντός του και μ'αυτούς που αγαπά. Εν τούτοις πολλοί άρρωστοι με AIDS ομολογούν ότι ο θάνατος δεν είναι ο μεγαλύτερος πόνος για αυτούς. Το τραγικότερο είναι ότι η αγωνία του θανάτου σ'αυτούς συνοδεύεται και από τον κοινωνικό φόβο της αυστηρής κριτικής, του εξοστρακισμού, της εγκατάλειψης και της αποξένωσης.

Υπάρχουν βέβαια και άλλες μαρτυρίες. Μέσα στα άδυτα της ψυχής ορισμένων αρρώστων πολλές φορές διαδραματίζεται μια τεκτονική αναμόχλευση και μεταστοιχείωση και γίνονται τέτοιο αξιολογικοί μετασχηματισμοί, ώστε βγαίνουν αναγεννημένοι πνευματικώς, με ψυχικό σθένος, έτοιμοι να διδάξουν οι ίδιοι στην κοινωνία πως προλαμβάνεται αποτελεσματικά το AIDS. Οι νοσηλεύτριες και οι νοσηλευτές συχνά γίνονται σιωπηλοί παραστάτες και μάρτυρες τέτοιων ψυχικών αναγεννήσεων στους αρρώστους και στη χώρα μας και στο εξωτερικό.

Αν ο άρρωστος με AIDS είναι παιδί, η οικογένεια αντιμετωπίζει την κοινωνική απομόνωση και αισθάνεται μειονεκτικότητα, ενοχή και γονεϊκή ανεπάρκεια, ιδιαίτερα η μητέρα. Τα αδέρφια φοβούνται μήπως αρρωστήσουν και αυτά ή και ζηλεύουν όταν η προσοχή και η φροντίδα των γονέων και των άλλων συγκεντρώνονται στο άρρωστο παιδί. Η υπερπροστασία των γονέων περιορίζει τις δραστηριότητες και τις σχέσεις του παιδιού με συνομήλικους φίλους. Ο παιδικός σταθμός και το σχολείο αποκλείουν τη φοίτηση του παιδιού, είτε διότι το απαιτούν οι γονείς των άλλων παιδιών, είτε γιατί το άρρωστο παιδί δεν τηρεί τους κανόνες της προσωπικής υγιεινής ή και επειδή κινδυνεύει να κολλήσει μεταδοτικές αρρώστιες που ενδημούν στο σχολείο. Το παιδί φθάνει στο σημείο να αισθάνεται αδύνατο,

αβοήθητο, εξαρτημένο και φοβισμένο. Μ' αυτό το ψυχικό κλίμα πώς να αναπτυχθεί; Το ζήτημα είναι πώς μπορεί η νοσηλευτική να συμβάλλει στην ψυχική αναστήλωση και στην κοινωνική αποδοχή των αρρώστων αυτών;⁵¹

7.1.3. Ψυχολογικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις

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

7.1.3.α Αξιολόγηση των προβλημάτων, αντιδράσεων και θετικών στοιχείων του αρρώστου. Ιδιαίτερα διερευνώνται τα εξής:

- Ύπαρξη και ένταση τυχόν ψυχολογικής κρίσης
- Επίπεδα αυτοεκτίμησης και ελέγχου της κατάστασης που δημιούργησε η αρρώστια.
- Συμπεριφορά και στάσεις στη μετάδοση του ιού του AIDS
- Σημαντικές για τον άρρωστο απώλειες λόγω της νόσου
- Βαθμός επηρεασμού των σημαντικών προσωπικών σχέσεων του αρρώστου
- Αισθήματα ενοχής, φόβος, άγχος
- Συμπτώματα μελαγχολίας
- Σημεία αυτοκτονίας κ.ά.

7.1.3.β Διατύπωση νοσηλευτικών σκοπών και προγραμματισμός της ψυχοκοινωνικής νοσηλευτικής φροντίδας, βάσει των ευρημάτων της αξιολόγησης.

7.1.3.γ Εφαρμογή του προγράμματος των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, από τις οποίες οι κυριότερες είναι:

- Ολιστική φροντίδα με άνευ όρων αποδοχή
- Ανοικτός νοσηλευτικός διάλογος
- Ψυχοθεραπευτική ακρόαση
- Παρουσία με ενδιαφέρον και κατανόηση
- Υποστήριξη θετικών στοιχείων
- Προστασία των δικαιωμάτων του αρρώστου
- Διδασκαλία αυτοφροντίδας και ψυχικής υγείας
- Σύνδεση με υποστηρικτικά συστήματα

7.1.3.δ Εκτίμηση των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων και ανάλογη αναπροσαρμογή της φροντίδας.

7.1.3.ε Μελέτη και έρευνα σχετικά με τις κλινικές νοσηλευτικές εφαρμογές για την τελειοποίηση και μεγαλύτερη αποτελεσματικότητά τους. Οι άρρωστοι με AIDS αγωνιούν και περιμένουν ελπιδοφόρα και φωτεινά ευρήματα όχι μόνο από τις ιατρικές αλλά και από τις νοσηλευτικές έρευνες.⁵¹

Κατά την ψυχολογική φροντίδα του αρρώστου ο νοσηλευτής εργάζεται ως εξής:

- Δημιουργεί ατμόσφαιρα σεβασμού, αποδοχής και θαλπωρής και εκδηλώνει θερμό ενδιαφέρον χωρίς όρους και προϋποθέσεις και χωρίς

αρνητική κριτική για τη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής του αρρώστου.

- Αναπτύσσει και διατηρεί ανοικτό υποστηρικτικό νοσηλευτικό διάλογο. Διαθέτει χρόνο για ακρόαση των συναισθημάτων, των φόβων και των προβλημάτων του αρρώστου.
- Ενημερώνει συστηματικά τον άρρωστο για τα ενθαρρυντικά ευρήματα των προσφάτων ερευνών σχετικών με την αντιμετώπιση του AIDS. Με σκοπό τη βοήθεια του αρρώστου να συντηρεί την ελπίδα, την αισιοδοξία και τη ηθική του, να περιχαρακώνει το πρόβλημα του AIDS και να συνεχίζει τη ζωή και μάλιστα με ένταση, ώστε να προλάβει όσο ζει ότι είναι σημαντικότερο. Μας προβλημάτισε όμως ποτέ το πώς μπορεί να μεταγγισθεί η ελπίδα; Αραγε διδάσκεται;
- Παροτρύνει τον άρρωστο να δεχθεί-αν υπάρχει ένδειξη-την ψυχιατρική εξέταση και τη λήψη ψυχοτρόπων φαρμάκων για την ανακούφιση του.
- Εκπαιδεύει τον άρρωστο πώς να αναγνωρίζει τα συμπτώματα και τους περιορισμούς της αρρώστιας, πώς να προσαρμόζεται στο παρόν και στις μεταβολές της κατάστασης του, πώς να εκτονώνει την ένταση του και να διατηρεί την ψυχική του υγεία. Πώς να δημιουργεί υποστηρικτικά συστήματα για τον εαυτό του, συζητώντας με την οικογένεια του και τους φίλους του.
- Ενισχύει την αυτό-εκτίμηση του αρρώστου προτρέποντας αυτόν να αναλάβει την κηδεμονία του εαυτού του και να τον φροντίζει υπεύθυνα, π.χ να κάνει τις ενέσεις μόνος του. Επίσης τον βοηθά να κατανοήσει ότι μπορεί να συνεχίσει να είναι χρήσιμος στην κοινωνία, να βοηθά άλλα άτομα με AIDS, να συμμετέχει στην εκπαίδευση του κοινού για τον κίνδυνο του AIDS. Πράγματι αυτός μπορεί να είναι ο πιο πειστικός και ο πιο κατάλληλος δάσκαλος της πρόληψης του AIDS στους νέους. Κι αυτό για να κατανοήσουν ότι η αγνότητα και η εγκράτεια προ του γάμου και η συζυγική πιστότητα μετά το γάμο αποτελούν το ασφαλέστερο θεμέλιο και την εγγύηση για να μην αρρωστήσουν με AIDS, αλλά και γενικότερα να διατηρήσουν την σωματική και ψυχική τους υγεία και ισορροπία.
- Επιδοκιμάζει ο νοσηλευτής τις θετικές ψυχικές δυνάμεις και υγιείς συμπεριφορές του αρρώστου, π.χ την υπομονή, την προσαρμοστικότητα στις νοσηλευτικές και θεραπευτικές οδηγίες, την αυτοκατανόηση, την αυτό-έκφραση, την προστασία των άλλων από την μετάδοση της λοίμωξης, τη δημιουργική απασχόληση και τονίζει τις λειτουργίες που σταθεροποιήθηκαν ή βελτιώθηκαν.
- Ενθαρρύνει τη συμμετοχή του αρρώστου σε ομάδες υποστήριξης των ατόμων με AIDS για ελάττωση των συναισθημάτων της μόνωσης και για κοινή προσπάθεια ανεύρεσης αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης των προκλήσεων της αρρώστιας. Δημιουργούνται όμως και προβλήματα, όταν π.χ βλέπουν και άλλους να χειροτερεύουν και όταν μαθαίνουν ότι πέθαναν μέλη της ομάδας τους. Τότε προβάλλει συντριπτικό το ερώτημα: πόσους ακόμη θα δω να πεθαίνουν και ποιος θα δει εμένα; Αν πάλι νοσηλεύονται μεμονωμένα, οι άρρωστοι με AIDS δοκιμάζουν μόνωση επειδή οι γύρω τους δεν αντιμετωπίζουν λιγότερες απειλές και ο κόσμος συνεχίζει το δρόμο του.

- Κατευθύνει τον άρρωστο προς ειδικές υποστηρικτικές υπηρεσίες όπως είναι ο κοινωνικός λειτουργός, ο ψυχολόγος, ο ψυχίατρος, η εκκλησία, ο κλινικός σύμβουλος. Ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώνεται συνεχώς τι είδους υποστηρικτικά συστήματα αναπτύσσονται σε διάφορα μέρη, ώστε να μπορεί και αυτός να δημιουργεί ανάλογα, στα πλαίσια της νοσηλευτικής του εργασίας. Π.χ έχει δοκιμασθεί με αρκετή επιτυχία το σύστημα ενός εθελοντού συνοδού που επισκέπτεται συχνά τον εγκαταλελειμένο άρρωστο, του κάνει συντροφιά και τον βοηθά στη λύση των προβλημάτων του. Άλλο σύστημα είναι η υποστήριξη από το τηλέφωνο που λειτουργεί ολόκληρο το 24ωρο και έχει τον τίτλο: «Αυτιά για την ακρόαση παραπόνων». Άλλη υπηρεσία είναι: «Ο φάρος του Λονδίνου», μια θεραπευτική ομάδα με εθελοντές θεραπευτές στην διάθεση αρρώστων με AIDS.
- Νοσηλεύει τον άρρωστο όπως και όποιος είναι, με ολιστική προσέγγιση σε κάθε περίπτωση αλλά και στο τελικό στάδιο της ζωής του, για να τον βοηθήσει να ζήσει έστω και μια ημέρα με ψυχική ευεξία, με αίσθημα προσωπικής αξίας, με αξιοπρέπεια, και με προσανατολισμό της ελπίδας του στο σήμερα, στο άμεσο αύριο και στην αιωνιότητα! Ευνόητο είναι ότι ο νοσηλευτής που φροντίζει τον άρρωστο με AIDS εφαρμόζει όλα τα γνωστά προφυλακτικά μέτρα ώστε να μην μολυνθεί ο ίδιος και σε καμιά περίπτωση δεν εγκαταλείπει το νοσηλευτικό του καθήκον.

ΤΩΡΑ είναι η μοναδική ευκαιρία να αποδείξουμε τι αξίζει η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ! Τώρα που η θεραπεία δεν βρέθηκε ακόμη και η μόνη που υπάρχει είναι η ΦΡΟΝΤΙΔΑ! Νοσηλευτική σημαίνει φροντίδα. Φροντίδα υψηλού επιπέδου, φροντίδα αμερόληπτη στο κάθε άρρωστο ανεξαρτήτως φύλου, θρησκείας, καταγωγής, τρόπου ζωής ή αρρώστιας. Ο άρρωστος ως άρρωστος έχει ατίμητη αξία, ασυγκρίτως ανώτερη από τη συμπεριφορά του ή την αρρώστια του.⁵¹

7.1.4. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Κάθε άτομο στην αρχική φάση της διάγνωσης κατακλύζεται από έντονα συναισθήματα που συχνά νοιώθει ότι δεν μπορεί να ελέγξει.. Μερικοί ασθενείς, όταν ενημερώνονται ότι πάσχουν από το πλήρες AIDS, αντιδρούν με άρνηση, δυσπιστία και θυμό, όπως οι περισσότεροι άρρωστοι που πάσχουν από άλλες απειλητικές για την ζωή τους ασθένειες. Άλλοι πάλι, δέχονται την ανακοίνωση της διάγνωσης με «ανακούφιση» και φαινομενική αποδοχή, καθώς απαλλάσσονται από ένα χρόνιο άγχος που τους προκαλούσε η αβεβαιότητα της εξέλιξης τους ως φορέων του ιού. Την «ανακούφιση» τους όμως σύντομα διαδέχονται ο θυμός και οι ενοχές που αρρώστησαν, η κατάθλιψη και η απελπισία ενόψει της ορατής πλέον πιθανότητας θανάτου και το άγχος σε σχέση με τις γενικότερες επιπτώσεις που θα έχει η ασθένεια στην προσωπική, επαγγελματική και κοινωνική τους ζωή. Όλες οι παραπάνω

αντιδράσεις είναι απόλυτα φυσιολογικές και αποτελούν μέρος μιας διεργασίας θρήνου που βιώνει κάθε ασθενής καθώς έρχεται αντιμέτωπος με πολλαπλές απώλειες που εμφανίζονται σε ένα οργανικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Έτσι λοιπόν, θρηνεί για την απώλεια της υγείας του που συνοδεύεται από αλλαγές στην εμφάνιση, στην ελκυστικότητα και στην εικόνα που διαμορφώνει για το σώμα και τον εαυτό του. Θρηνεί για την απώλεια της ιδιωτικής του ζωής, καθώς καλείται τις περισσότερες φορές να αποκαλύψει την ερωτική του ζωή και να αλλάξει δραστικά πολλές από τις συνήθειες και συμπεριφορές του.

Για πολλούς ασθενείς η σεξουαλική πράξη επενδύεται με έντονο άγχος θανάτου, με αποτέλεσμα να από-επενδύεται η ερωτική τους ζωή, ενώ παράλληλα περιορίζονται αισθητά οι κοινωνικές του σχέσεις. Μερικοί μάλιστα, αποσύρονται από το φιλικό και συγγενικό τους περιβάλλον είτε γιατί φοβούνται μήπως μεταδώσουν τον ιό, είτε γιατί επιδιώκουν να αποφύγουν την ενδεχόμενη απόρριψη και τον στιγματισμό. Έτσι συχνά ο άρρωστος χάνει το υποστηρικτικό του σύστημα τη στιγμή που το χρειάζεται περισσότερο, με αποτέλεσμα να βιώνει με ιδιαίτερη ένταση, συναισθήματα μοναξιάς και εγκατάλειψης. Καθώς συνειδητοποιεί ότι απειλείται η ζωή του στην πιο παραγωγική της φάση και μαζί με αυτήν τα όνειρα και οι φιλοδοξίες του, αναλογίζεται με φόβο τις ενδεχόμενες απώλειες που επίκεινται. Η κατάθλιψη εμφανίζεται με αυξημένη συχνότητα σε αυτούς τους ασθενείς και οφείλεται κυρίως στις προαναφερόμενες πολλαπλές απώλειες και στην αβεβαιότητα που συνοδεύει την πρόγνωση και αντιμετώπιση του AIDS.

Σκέψεις αυτοκτονίας είναι κοινές και φυσιολογικές και αποτελούν τις περισσότερες φορές μία πρόσκαιρη αντίδραση σε περίοδο κρίσης. Παρόλα αυτά, πρέπει πάντοτε να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη και να συζητούνται εκτενώς με τον ασθενή, δίνοντας του την ευκαιρία να μοιραστεί την απελπισία αλλά και τους φόβους του όσον αφορά το παρόν και το μέλλον. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται όταν ο άρρωστος αναφέρεται σε σαφείς, συγκεκριμένες και προγραμματισμένες ενέργειες που αποβλέπουν να βάλουν τέλος στη ζωή του. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η παρέμβαση ειδικού ψυχολόγου ή ψυχιάτρου κρίνεται απαραίτητη.

Οι αντιδράσεις και τα συναισθήματα που βιώνουν οι ασθενείς με AIDS δεν διαφέρουν πολύ από εκείνα που βιώνουν όσοι πάσχουν από άλλες χρόνιες και απειλητικές για τη ζωή τους αρρώστιες. Εκείνο όμως που διακρίνει τις εμπειρίες των ασθενών με AIDS είναι ότι ζουν με περισσότερη ένταση α) το φόβο της απώλειας των σημαντικών και υποστηρικτικών τους σχέσεων, β) την σύγκληση και αβεβαιότητα σχετικά με την θεραπεία και πρόγνωση της αρρώστιας και γ) τις διαταραχές στην σκέψη και στη διάθεση που προκαλεί ενδεχόμενη προσβολή του εγκεφάλου, και οι οποίες δυσκολεύουν την προσαρμογή του ατόμου στις συνθήκες και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει.

Η υποστήριξη που παρέχει το προσωπικό στις διάφορες φάσεις της ασθένειας είναι ουσιαστική, όταν «επιτρέπει» και δίνει συστηματικά στον άρρωστο την δυνατότητα να εκφράσει τα οδυνηρά, και απόλυτα φυσιολογικά συναισθήματα του. Όταν μοιράζεται τους χειρότερους φόβους του όσον αφορά το μέλλον μπορεί να τους απομυθοποιήσει και να σκεφτεί εναλλακτικούς τρόπους για να αντιμετωπίσει τις καταστάσεις που τον απειλούν.⁵²

Είναι ουτοπικό να επιδιώκεται η πλήρης εξάλειψη του άγχους που προκαλεί η αβεβαιότητα της εξέλιξης της υγείας. Παρόλα αυτά το προσωπικό υγείας μπορεί να βοηθήσει τον πάσχοντα να νοιώσει ότι ασκεί κάποιον έλεγχο σε όσα του συμβαίνουν, ενημερώνοντας τον ειλικρινά και προσκαλώντας τον να συμμετέχει στις αποφάσεις που αφορούν την θεραπεία και τη ζωή του που αλλάζει ριζικά. Με αυτόν τον τρόπο καλλιεργεί την ελπίδα που συνυπάρχει με την απειλή της ζωής. Αυτή η ελπίδα δεν

βασίζεται σε ψεύτικους καθησυχασμούς, ούτε ενισχύει την ικανότητα του ατόμου να προσβλέπει σε μακροπρόθεσμους και μη ρεαλιστικούς στόχους. Αντίθετα, εδραιώνεται όταν το άτομο αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τις παρούσες δυσκολίες, όταν δίνει νόημα στις εμπειρίες που ζει και αντλεί ικανοποίηση από τις καθημερινές «μικρές», σημαντικές χαρές της ζωής και τις σχέσεις που αναπτύσσει με το περιβάλλον του. Ο ασθενής που ελπίζει δεν αρνείται απαραίτητα την πιθανότητα θανάτου. Χρησιμοποιεί όμως, κατά διαστήματα, τον προστατευτικό και απαραίτητο μηχανισμό της απώθησης που του επιτρέπει να προσαρμόζεται στις απαιτήσεις τα καθημερινής ζωής και να μετριάξει το άγχος που του προκαλεί η απειλή του θανάτου. Είναι σημαντικό να γνωρίζει το προσωπικό υγείας, ότι δεν πρέπει ποτέ να στερεί από τον ασθενή την ελπίδα την οποία διατηρεί ακόμα κάτω και από αντίξοες συνθήκες. Το περιεχόμενο της ελπίδας του αρρώστου τροποποιείται ανάλογα με τις εμπειρίες που ζει. Έτσι λοιπόν, όταν ο θάνατος επίκειται το άτομο ελπίζει, όχι πλέον ότι θα γίνει καλά, αλλά ότι θα προλάβει, για παράδειγμα, να γιορτάσει τα Χριστούγεννα με την οικογένεια του, ή ότι θα έχει έναν ήρεμο θάνατο, ή ότι θα υλοποιήσει κάποιον επιθυμητό στόχο. Άλλωστε ακριβώς αυτή η ελπίδα είναι που τον βοηθά να δώσει νόημα και ποιότητα στη ζωή του.

Οι εμπειρίες και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς διαφέρουν ανάλογα με τη ζωή που κάνουν και τις ιδιαιτερότητες που την χαρακτηρίζουν.

Για παράδειγμα, οι ομοφυλόφιλοι και οι αμφιφυλόφιλοι τις περισσότερες φορές αποκρύπτουν τον σεξουαλικό τους προσανατολισμό από το άμεσο περιβάλλον τους, είτε γιατί νοιώθουν ένοχα για αυτόν, είτε γιατί θέλουν να αποφύγουν την απόρριψη και τον στιγματισμό. Όταν ο ασθενής ενημερώνει την οικογένεια ή τον ερωτικό του σύντροφο για την διάγνωση, έρχεται συχνά αντιμέτωπος με έντονες αμφιθυμικές αντιδράσεις καθώς συγγενείς ή και σύντροφος καλούνται να αποδεχθούν ότι απειλείται η ζωή του αγαπημένου τους και ταυτόχρονα να σεβαστούν την ομοφυλοφιλία ή αμφιφυλοφιλία του. Πολλές φορές έχουν μεγαλύτερη δυσκολία να αποδεχθούν τον σεξουαλικό τους προσανατολισμό, γιατί αποτελεί πλήγμα στον ναρκισσισμό τους. Όταν στην φροντίδα του αρρώστου συμμετέχει και ο ερωτικός σύντροφος, συχνά αναπτύσσονται ανταγωνιστικές σχέσεις και το προσωπικό υγείας καλείται να αναλάβει ένα μεσολαβητικό ρόλο, διευκολύνοντας την κατανόηση των αναγκών, επιθυμιών και συναισθημάτων της οικογένειας, του συντρόφου και του ασθενούς.

Οι αιμορροφιλικοί, στρέφουν συχνά το θυμό τους προς το προσωπικό υγείας, το οποίο θεωρούν υπεύθυνο για την μετάδοση του ιού σε αυτούς. Και ενώ υποχρεώνονται να εμπιστευτούν την φροντίδα τους στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, παράλληλα την αμφισβητούν, καθώς οι απαραίτητες για την επιβίωση τους μεταγγίσεις αποτελούν και την αιτία για τον επικείμενο θάνατο τους. Οι συγγενείς αυτών των ασθενών κατακλύζονται από οργή και πικρία, επειδή είναι υποχρεωμένοι να συμπαρασταθούν και να στηρίζουν και πάλι το άτομο που απειλείται από μία δεύτερη σοβαρή αρρώστια, από την οποία δεν έχει ελπίδες να θεραπευτεί.

Οι τοξικομανείς επωμίζονται ένα διπλό στίγμα επειδή κάνουν χρήση ναρκωτικών και ταυτόχρονα έχουν AIDS. Συχνά ζουν στο περιθώριο μία ζωή που χαρακτηρίζεται από αυξημένα και πολύπλοκα ψυχοκοινωνικά προβλήματα τα οποία προϋπάρχουν της διάγνωσης. Καθώς είναι δύσκολη η συνεργασία και συμμόρφωση τους στη θεραπεία, πρωταρχικός στόχος στη φάση της διάγνωσης είναι η δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης με το προσωπικό υγείας το οποίο δεν πρέπει να επιδιώκει να πείσει το εξαρτημένο άτομο να σταματήσει τη χρήση ναρκωτικών. Μόνο με τη σταθεροποίηση της υγείας αυτών των ασθενών, θα μπορέσει η εξειδικευμένη

παρέμβαση ψυχολόγων να συμβάλλει στην ουσιαστικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων τους, που πολλαπλασιάζονται με την εμφάνιση του AIDS.

Οι έγκυες γυναίκες που είναι φορείς του ιού καλούνται να αντιμετωπίσουν μία πολύπλοκη πραγματικότητα καθώς υπάρχει πάντα πιθανότητα να φέρουν στον κόσμο ένα παιδί μολυσμένο από τον HIV, γεγονός που τους δημιουργεί ενοχές και αυξημένο άγχος όταν παράλληλα έχουν να αντιμετωπίσουν και τη δική τους ζωή που απειλείται. Χρειάζονται ιδιαίτερη στήριξη επειδή είναι πολύ ευάλωτες λόγω της εγκυμοσύνης, η οποία θεωρείται μία περίοδος κρίσης καθώς στη διάρκεια της συμβαίνουν σημαντικές διεργασίες και ανακατατάξεις στην ψυχική ζωή της κάθε γυναίκας.

Είναι απαραίτητο το προσωπικό υγείας να εκπαιδεύεται στις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζουν τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ασθενών με AIDS, ώστε να εξατομικεύει την προσέγγιση και παρέμβαση του στο πλευρό κάθε αρρώστου.

7.1.5. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

Είναι γνωστό ότι κάθε άρρωστος με AIDS κινδυνεύει να πεθάνει από τις πολλαπλές ευκαιριακές λοιμώξεις που συνοδεύουν την καταστροφή του ανοσοποιητικού συστήματος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το άτομο να βιώνει αλεπάλληλες υποτροπές και υφέσεις που προοδευτικά οδηγούν στην φθορά ή απώλεια ζωτικών λειτουργιών. Παρόλο λοιπόν που η πορεία προς τον θάνατο μπορεί να είναι χρόνια, και ιδιαίτερα πολύπλοκη, ο ασθενής μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του παραμένει ένας «ζωντανός οργανισμός» με ανάγκες, επιθυμίες, συναισθήματα που επιδιώκει να δώσει νόημα στις δύσκολες εμπειρίες που ζει.

Τις περισσότερες φορές συνειδητοποιεί ότι πρόκειται σύντομα να πεθάνει, γεγονός που εντείνει το άγχος και συχνά την ανάγκη του να συζητήσει θέματα που αφορούν τον επικείμενο θάνατο του. Το ακαθόριστο και διάχυτο άγχος του σχετικά με το θάνατο είναι άμεσα συνδεδεμένο με την αυξημένη κατάθλιψη που βιώνει εν όψει του επικείμενου θανάτου. Σε αντίθεση με το άγχος θανάτου που είναι ακαθόριστο, οι φόβοι θανάτου οφείλονται σε συγκεκριμένες καταστάσεις ή γεγονότα που το άτομο αντιλαμβάνεται ως απειλητικές. Μερικοί από αυτούς τους φόβους είναι συνδεδεμένοι με την πορεία προς τον θάνατο, (πως θα πεθάνω; Άραγε θα είναι μία αργή, οδυνηρή εμπειρία; Ποιος θα είναι στο πλευρό μου; Άραγε θα χάσω την αξιοπρέπειά μου;), ενώ άλλοι φόβοι είναι άμεσα συνδεδεμένοι με το γεγονός του θανάτου και την κατάσταση του νεκρού. (τι υπάρχει μετά το θάνατο; Ποια θα είναι η τύχη του σώματος μετά το θάνατο;).

Κάθε άρρωστος βιώνει έναν ή περισσότερους φόβους, τους οποίους εκδηλώνει με διαφορετικό τρόπο και ένταση. Όταν λέει φοβάμαι το θάνατο, τις περισσότερες φορές αναφέρεται στο «πως» θα πεθάνει, παρά στο γεγονός του ίδιου του θανάτου. Ιδιαίτερα έντονοι στους ασθενείς με AIDS είναι ο φόβος της εγκατάλειψης και της απομόνωσης, ο φόβος της ταπείνωσης και της έλλειψης αξιοπρέπειας που αυξάνεται με την επιδείνωση της υγείας, ο φόβος του πόνου που οφείλεται ως ένα μεγάλο βαθμό στη μεταφορική διάσταση που προσδίδει η κοινωνία στον «τρομερό και καταστροφικό θάνατο» που προκαλεί το AIDS, αλλά και ο φόβος των νευροψυχιατρικών διαταραχών που επηρεάζουν νοητικές λειτουργίες, την δυνατότητα επικοινωνίας του αρρώστου με το περιβάλλον, και την αίσθηση ελέγχου που μπορεί να ασκήσει στις εμπειρίες που ζει τις τελευταίες μέρες της ζωής του.⁵²

Συχνά ο ασθενής έχει ανάγκη να εκφράσει αυτός τους φόβους και να διευθετήσει «εκκρεμές υποθέσεις», όπως για παράδειγμα την σύνταξη της διαθήκης, την επίλυση συγκρούσεων με σημαντικά άτομα στη ζωή του, την ολοκλήρωση

κάποιου στόχου, τον αποχαιρετισμό από αγαπημένα του πρόσωπα, ή την υλοποίηση ορισμένων επιθυμιών του. Τα μέλη του προσωπικού υγείας μπορούν να στηρίξουν ουσιαστικά τον άρρωστο σε αυτήν την ψυχική προετοιμασία διατηρώντας έναν ανοιχτό διάλογο μαζί του, αφήνοντας τον να κατευθύνει την συζήτηση και να εκφράσει όσα νοιώθει και όσα τον απασχολούν καθώς συνειδητοποιεί ότι «...ήρθε ο καιρός πια». Οι τελευταίες στιγμές της ζωής του μπορεί να είναι πολύ σημαντικές τόσο για τον ίδιο, όσο και για το άμεσο περιβάλλον του. Πολλές φορές, η σιωπηλή παρουσία, οι ματιές και τα χάρδια ατόμων που νοιάζονται για αυτόν μπορεί να είναι πιο ισχυρά απ' οποιαδήποτε λόγια.

Όσο ο άρρωστος πλησιάζει προς τον θάνατο βιώνει μία φυσιολογική ψυχική διεργασία συναισθηματικής αποδέσμευσης από το περιβάλλον του. Περιορίζει την επικοινωνία με τους δικούς του, μειώνει τα ενδιαφέροντα του και διατηρεί ελάχιστες στενές σχέσεις, με άτομα που συνήθως νοιώθει ότι αποδέχονται το θάνατο του και μπορούν να τον «συνοδεύσουν» στην πορεία του προς αυτόν. Υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στη συναισθηματική από-επένδυση των σχέσεων που ολοκληρώνει ο ίδιος ο ασθενής καθώς πλησιάζει ο θάνατος του, από την συναισθηματική απομόνωση στην οποία ωθείται όταν τον εγκαταλείπει το περιβάλλον του. Στη δεύτερη περίπτωση βιώνει έναν «κοινωνικό θάνατο» που για τους περισσότερους είναι πιο οδυνηρός και από το βιολογικό θάνατο.

Στόχος κάθε ιατρονοσηλευτικής παρέμβασης στο τελικό στάδιο της ζωής δεν είναι πλέον ο έλεγχος της ασθένειας ή η επιδίωξη της παράτασης της ζωής με κάθε μέσο, αλλά η ανακούφιση από ενδεχόμενο πόνο, ο έλεγχος των συμπτωμάτων και η εξασφάλιση της καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής, όπως αυτή ορίζεται από τον ίδιο τον ασθενή και το άμεσο περιβάλλον του. Μερικοί ισχυρίζονται ότι οι παραπάνω στόχοι που αναφέρονται στην φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν πρέπει να τίθενται από τα αρχικά κιόλας στάδια της ασθένειας, καθώς δεν αφορούν μοναχά την τελική περίοδο της ζωής του ατόμου με AIDS.

Το προσωπικό υγείας δεν μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο «να πεθάνει», ή να τον πείσει να «αποδεχθεί» το θάνατο του. Μπορεί όμως να τον βοηθήσει «να ζήσει», μέσα σε συνθήκες που προωθούν μια αίσθηση ασφάλειας, σεβασμού και αξιοπρέπειας. Ρόλος του είναι να «συνοδεύει» τον ασθενή στην πορεία του, αναγνωρίζοντας και κατανοώντας τα συναισθήματα, τις αντιδράσεις και ανάγκες τόσο του ατόμου που πεθαίνει, όσο και εκείνων που βρίσκονται στα άμεσο περιβάλλον του.



Η φροντίδα του αρρώστου στις χώρες που παρουσιάζουν πολλά κρούσματα AIDS έχει αρχίσει να παρέχεται όλο και περισσότερο στο οικείο περιβάλλον του σπιτιού από οργανωμένες ιατρονοσηλευτικές, κοινωνικές υπηρεσίες και εθελοντικές οργανώσεις. Η σύγχρονη μετατόπιση της φροντίδας στο σπίτι ανταποκρίνεται αποτελεσματικότερα στις

ανάγκες του αρρώστου, των συγγενών και του συντρόφου και αποτελεί μία νέα πρόκληση, τόσο για την κοινότητα, όσο και για το παραδοσιακό σύστημα υγείας που καλείται να οργανώσει τις υπηρεσίες του έξω από το περιβάλλον του νοσοκομείου.

Όπως ο ασθενής, έτσι και τα μέλη της οικογένειας του και οι άμεσοι φίλοι βιώνουν μία διεργασία θρήνου που τους προετοιμάζει ψυχολογικά να αποδεχθούν και να συμφιλιωθούν με την πραγματικότητα ότι θα πεθάνει ο αγαπημένος τους. Συναισθήματα, θλίψης, ενοχών, απόγνωσης, θυμού είναι απόλυτα φυσιολογικά

καθώς και σκέψεις σχετικά με τον θάνατο, τόσο του ασθενούς, όσο και του δικού τους. Ιδιαίτερα έντονη είναι η ταύτιση και κατά συνέπεια το άγχος των ερωτικών συντρόφων και φίλων όταν είχαν ένα κοινό τρόπο ζωής και παρόμοιες συνήθειες με τον άρρωστο. Μέσα από τον θάνατο του αγαπημένου τους φαντάζονται τον δικό τους, που φορές μοιάζει οδυνηρότερος γιατί δεν θα υπάρχει πλέον κάποιο αγαπημένο άτομο να τους συμπαρασταθεί.

Συχνά προβληματίζονται και προγραμματίζουν την μελλοντική ζωή που θα προκύψει μετά τον θάνατο του ασθενούς, γεγονός που αυξάνει τις ενοχές του. Επίσης, χαρακτηριστικές και φυσιολογικές αντιδράσεις της διεργασίας θρήνου περιλαμβάνουν τη συναισθηματική από-επένδυση της «εικόνας» του ασθενούς ως ατόμου που συνδέεται με τους μελλοντικούς στόχους, τα όνειρα και τις προσδοκίες των συγγενών και φίλων καθώς και τα αμφιθυμικά συναισθήματα που νοιώθουν για τον άρρωστο και την φροντίδα του. Για παράδειγμα, την μία μέρα μπορεί να εύχονται τον θάνατο του, ενώ την άλλη μέρα εκφράζουν την επιθυμία τους να ζήσει. Άλλοτε πάλι επιδιώκουν να βρίσκονται στο πλευρό του, ενώ την επόμενη στιγμή επιθυμούν να φύγουν ή απομακρύνονται γιατί τους προκαλεί έντονο ψυχικό πόνο η επιδείνωση της κατάστασης του. Η συσσωρευμένη κούραση, συνέπεια της απαιτητικής και μακροχρόνιας φροντίδας που παρέχουν, αυξάνει την αμφιθυμία και τις συναισθηματικές μεταπτώσεις τους.

Πολύ συχνά, συγγενείς, ερωτικοί σύντροφοι και φίλοι στερούνται στήριξης κατά την περίοδο του πένθους γιατί τους συνοδεύει το στίγμα του AIDS, με αποτέλεσμα να απομονώνονται και να περιθωριοποιούνται μέσα στην κοινότητα που ζουν. Το πένθος των συγγενών περιπλέκεται, όταν στην διάρκεια της ασθένειας απορρίπτουν το άτομο για τις επιλογές που έχει κάνει στη ζωή του, ή απομακρύνονται από φόβο μην μεταδοθεί ο ιός σε αυτούς. Άλλοτε πάλι, για να συμπαρασταθούν, απωθούν την γνώση που μόλις απόκτησαν, ότι δηλαδή το άτομο έχει ομοφυλοφιλικές ή αμφιφυλοφιλικές σχέσεις, 'ότι είναι τοξικομανής. Έτσι στη διάρκεια του πένθους βρίσκονται αντιμέτωποι με έντονα συναισθήματα που είχαν απωθήσει, και τα οποία καλούνται να επεξεργαστούν για να μπορέσουν να ολοκληρώσουν την φυσιολογική διεργασία πένθους.

Τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στις ιδιαιτερότητες του πένθους που βιώνουν άτομα που ζουν σε κοινωνίες, όπου η συχνότητα του AIDS είναι αυξημένη, ενώ παράλληλα αναπτύσσονται υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχουν την κατάλληλη στήριξη στους συγγενείς, ερωτικούς συντρόφους και φίλους που συχνά εμφανίζουν ένα περιπλεγμένο πένθος.⁵²

7.1.6. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΕ ΤΟΝ ΗΙΥ

Ψυχολογική στήριξη παρέχεται σε όλα τα άτομα που έχουν μολυνθεί από τον HIV. Πρωταρχικοί στόχοι της ψυχολογικής στήριξης είναι η απάλυνση του ψυχολογικού πόνου που προκαλείται από δυσάρεστα συναισθήματα όπως αυτά του φόβου, της απορίας, της αίσθησης της αδικίας, και η διατήρηση ή και η βελτίωση της ομαλής λειτουργικότητας των ατόμων με HIV λοίμωξη σε όλους τους τομείς της ζωής των.

Άλλοι στόχοι της ψυχολογικής στήριξης είναι η συνέχιση της συνεισφοράς των ατόμων στον τομέα της εργασίας, η διατήρηση ή και η ομαλοποίηση των φιλικών

τους σχέσεων. Τυχόν προβλήματα που μπορεί να προκύψουν στον ερωτικό/οικογενειακό τομέα της ζωής τους επίσης αντιμετωπίζονται. Ψυχολογική στήριξη παρέχεται και προληπτικά σε άτομα με HIV λοίμωξη ή και εφόσον προκύψουν προβλήματα υγείας εξ αιτίας της HIV λοίμωξης ή λόγω φαρμακευτικών παρενεργειών που συνήθως επηρεάζουν αρνητικά τη ζωή τους. Η ψυχολογική στήριξη θεωρείται απαραίτητη για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους.⁵³

7.1.7. ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΜΕ AIDS

Η φροντίδα του αρρώστου με AIDS είναι απαιτητική και πολύπλοκη και το προσωπικό υγείας καλείται να αντιμετωπίσει πέρα από τα ιατρονοσηλευτικά προβλήματα, ένα σύνολο ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που συνοδεύουν την ζωή του ασθενή και του άμεσου περιβάλλοντος του. Τις περισσότερες φορές το προσωπικό δεν είναι προετοιμασμένο, ούτε εκπαιδευμένο για να χειριστεί τα έντονα συναισθήματα, τις συχνά δραματικές αντιδράσεις και το απελπισμένο αίτημα του αρρώστου για υποστήριξη, με αποτέλεσμα να νοιώθει ότι απειλείται και κατακλύζεται από μία πραγματικότητα που πολύ λίγο ελέγχει. Όταν λοιπόν, ο επαγγελματίας της υγείας πιστεύει ότι τα αποθέματα που διαθέτει δεν επαρκούν για να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις της φροντίδας του πάσχοντος, τότε βιώνει έντονο stress που με την πάροδο του χρόνου γίνεται χρόνιο και προοδευτικά οδηγεί στην ανάπτυξη του συνδρόμου της «επαγγελματικής εξουθένωσης».

Τα χαρακτηριστικά της εξουθένωσης παρουσιάζονται στον επαγγελματία που νοιώθει ψυχικά και σωματικά εξαντλημένος, και ο οποίος για να προστατευτεί από το stress που του δημιουργεί ο χώρος εργασίας αποστασιοποιείται από αυτόν. Χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους αρρώστους, παύει να είναι ικανοποιημένος από την εργασία και την απόδοση του και προοδευτικά αναπτύσσει μία αρνητική εικόνα για τον εαυτό του. Οι τρεις κυριότεροι παράγοντες που διατείνουν την επαγγελματική εξουθένωση είναι η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η έλλειψη ικανοποίησης από προσωπικά επιτεύγματα στο χώρο εργασίας. Όμως οι αρνητικές επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης επηρεάζουν και την προσωπική ζωή του εργαζομένου.

Μερικοί επιστήμονες ισχυρίζονται, ότι το προσωπικό υγείας που ασχολείται με την φροντίδα ασθενών με AIDS είναι ιδιαίτερα ευάλωτο στην ανάπτυξη εξουθένωσης. Αν και οι έρευνες στον τομέα αυτό είναι περιορισμένες και χαρακτηρίζονται από μεθοδολογικά προβλήματα, μία αξιολογική μελέτη από τον Bennett και τους συνεργάτες του, επισημαίνει ότι η συναισθηματική εξάντληση που βιώνουν νοσηλεύτριες που φροντίζουν ασθενείς με AIDS είναι εντονότερη από τη συναισθηματική εξάντληση που βιώνουν νοσηλεύτριες που ασχολούνται με ογκολογικούς αρρώστους, παρόλο που η δεύτερη ομάδα παρουσιάζει συχνότερα εκδηλώσεις εξάντλησης. Άλλες πάλι μελέτες τονίζουν, ότι περισσότερο ευάλωτα στην εξουθένωση είναι τα νεαρά σε ηλικία μέλη του προσωπικού υγείας καθώς και όσοι εργάζονται αποκλειστικά με τους ασθενείς για μεγάλα χρονικά διαστήματα.

Μερικοί από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που δημιουργούν stress και συμβάλλουν στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης όσων εργάζονται με ασθενείς που έχουν AIDS περιλαμβάνουν:

1. το φόβο της μετάδοσης του ιού.
2. τη νεαρή ηλικία των ασθενών με τους οποίους συχνά ταυτίζονται τα μέλη του προσωπικού υγείας.

3. τα αυξημένα και πολύπλοκα ψυχοκοινωνικά προβλήματα του αρρώστου, των συγγενών και φίλων τα οποία το προσωπικό νοιώθει ανεπαρκές να αντιμετωπίσει.
4. την απαιτητική φροντίδα του τελικού σταδίου, με τις νευροψυχιατρικές διαταραχές που συχνά το συνοδεύουν.
5. τους αλληπάλληλους θανάτους ατόμων με τους οποίους το προσωπικό έχει αναπτύξει στενές σχέσεις εξάρτησης.
6. το στίγμα που συνοδεύει τους επαγγελματίες υγείας και τις έντονες αντιδράσεις της οικογένειας και των φίλων τους επειδή ασχολούνται με το AIDS.
7. την διαρκή αναζήτηση πληροφόρησης καθώς η γνώση στον τομέα αυτό εξελίσσεται με γρήγορους ρυθμούς.

Ο Flasketud υποστηρίζει, ότι οι παραδοσιακοί στόχοι της ιατρικής επιστήμης που επικεντρώνονται στην ίαση του αρρώστου από κάποιο οργανικό πρόβλημα υγείας αποτελούν πρόσθετη πηγή άγχους για μερικά μέλη του προσωπικού υγείας που καλούνται να θέσουν νέους στόχους, οι οποίοι περιλαμβάνουν την ψυχολογική στήριξη του ασθενούς και την προώθηση ποιότητας στη ζωή του ενόψει της απειλής του θανάτου. Με άλλα λόγια όταν ο γιατρός ή ο νοσηλευτής πιστεύει ότι ο ρόλος του συνίσταται αποκλειστικά στο να «σώζει ζωές», τότε βιώνει μία έντονη αίσθηση ανεπάρκειας αλλά και αποτυχίας καθώς έρχεται αντιμέτωπος με ασθενείς που πεθαίνουν χωρίς να μπορεί να ανταποκριθεί στο άμεσο ή έμμεσο αίτημα τους να θεραπευτούν. Δυστυχώς στα πλαίσια του βιολογικού μοντέλου υγείας, η φιλοσοφία της φροντίδας υποβαθμίζεται όταν δεν συνοδεύεται από θεραπεία και ίαση.

Καθώς ο αριθμός των πασχόντων αυξάνει, επιτακτική παρουσιάζεται και η αναγκαιότητα θεσμοθέτησης διοικητικών μέτρων που θα αποβλέπουν στην πρόληψη και αντιμετώπιση του stress και της εξουθένωσης που βιώνουν οι επαγγελματίες της υγείας. Ιδιαίτερη σημασία έχει δοθεί σε νοσοκομεία της Αμερικής που νοσηλεύουν μεγάλο αριθμό αρρώστων, στην συμμετοχή των εργαζομένων σε ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης. Σε αυτές τις ομάδες, που συνήθως συντονίζονται από ψυχολόγο ή κοινωνικό λειτουργό ή επαγγελματία υγείας με εξειδικευμένες γνώσεις στη διεργασία και δυναμική της ομάδας, τα μέλη του προσωπικού υγείας μοιράζονται τα συναισθήματα και τις εμπειρίες που βιώνουν στα πλαίσια της δουλειάς τους, αναζητούν αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης του stress, επεξεργάζονται τις αντιλήψεις τους, κατανοούν την στάση τους και αναθεωρούν τις προκαταλήψεις τους γύρω από το AIDS και τους αρρώστους, ενώ ταυτόχρονα υποστηρίζουν ο ένας τον άλλον.

Επίσης, τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην αναγκαιότητα εκπαίδευσης σε δεξιότητες επικοινωνίας, συμβουλευτικής, και στήριξης των ασθενών και φορέων, καθώς το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή με κάθε λεπτομέρεια για την αρρώστια του, να συζητά μαζί του ευαίσθητα θέματα σχετικά με την σεξουαλική του ζωή, τις αγωνίες του γύρω από τον θάνατο και την ποιότητα της ζωής που επιδιώκει, παρόλες τις αντίξοες συνθήκες που αντιμετωπίζει. Το stress που δημιουργούν στο προσωπικό αυτά τα θέματα, και η έλλειψη γνώσεων σχετικά με το χειρισμό τους, οδηγούν άλλοτε μεν σε «βομβαρδισμό» του φορέα και ασθενούς με ιατρικές πληροφορίες και άλλοτε σε μία συστηματική αποφυγή συζητήσεων που είναι συναισθηματικά φορτισμένες τόσο για το άτομο, όσο και για τα μέλη του προσωπικού υγείας.⁵²

Πρόσφατα λοιπόν ο κλάδος της Συμβουλευτικής έχει βρει νέες εφαρμογές στην αντιμετώπιση και στήριξη φορέων και ασθενών. Εκπαιδευμένοι σύμβουλοι που έχουν εξειδικευμένες γνώσεις στην ψυχολογία, ψυχοθεραπεία, ή και οικογενειακή θεραπεία, συχνά αναλαμβάνουν την υποστηρικτική διαδικασία πριν και μετά τον ορολογικό έλεγχο για HIV, κατά τη διάρκεια της ασθένειας του AIDS, και ταυτόχρονα παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη στους συγγενείς και φίλους και μετά το θάνατο του ατόμου. Ουσιαστικά λειτουργούν ως συνδετικός κρίκος ανάμεσα στους ασθενείς, τις οικογένειες, τους επαγγελματίες υγείας, και την κοινότητα. Στην Ελλάδα τον ρόλο αυτό έχει αναλάβει το εξειδικευμένο προσωπικό του Συμβουλευτικού Σταθμού στο Νοσοκομείο «Α.Συγγρός», όπου παράλληλα λειτουργεί και τηλεφωνική γραμμή για εμπιστευτική και ανώνυμη πληροφόρηση.

Ίσως όμως η σημαντικότερη συμβολή του κλάδου της Συμβουλευτικής συνίσταται στην εκπαίδευση γιατρών, νοσηλευτριών/των και άλλων μελών του προσωπικού υγείας στις δεξιότητες ψυχολογικής στήριξης που αποβλέπουν στους ακόλουθους στόχους:

- Στην αποτελεσματική ενημέρωση και πληροφόρηση του ασθενούς και του άμεσου περιβάλλοντος του
- Στον προσδιορισμό των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο φορέας, ασθενής, και το άμεσο περιβάλλον του
- Στη διευκόλυνση της έκφρασης συναισθημάτων που βιώνει το άτομο σε σχέση με τις καταστάσεις που αντιμετωπίζει
- Στην απόκτηση ελέγχου που επιτρέπει στον φορέα και στον άρρωστο, έχοντας την απαραίτητη πληροφόρηση, να πάρει ρεαλιστικές αποφάσεις και να χειριστεί αποτελεσματικότερα τις άμεσες αλλά και απώτερες δυσκολίες που μπορεί να συναντήσει.

Μέσω της εκπαίδευσης σε δεξιότητες συμβουλευτικής υποστήριξης που αποτελούν αναπόσπαστο μέρος κάθε θεραπευτικής σχέσης, δεν επιδιώκεται να γίνουν τα μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού «σύμβουλοι» ή «ψυχολόγοι», αλλά να είναι σε θέση να ανταποκριθούν αποτελεσματικότερα στις πολύπλοκες ανάγκες των ασθενών, των συγγενών και φίλων, μειώνοντας ταυτόχρονα το stress που βιώνουν στα πλαίσια της δουλειάς τους.

Η ενασχόληση με το AIDS αποτελεί πρόκληση για το προσωπικό υγείας σε πολλά επίπεδα. Ένα από τα σημαντικότερα αφορά τη συνειδητοποίηση, ότι η επιστήμη δεν είναι παντοδύναμη, ότι οι γνώσεις και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις έχουν όρια, και ότι ο ρόλος του προσωπικού υγείας δεν τελειώνει εκεί που εξαντλούνται τα φάρμακα. Για να εξασφαλιστούν λοιπόν συνθήκες που προωθούν μία ποιότητα ζωής ενόψει της απειλής του θανάτου χρειάζεται στενή, και ουσιαστική διεπιστημονική συνεργασία, στα πλαίσια της οποίας τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας παρέχουν μία ολοκληρωμένη φροντίδα στον άρρωστο και το άμεσο περιβάλλον του, ενώ ταυτόχρονα αλληλοϋποστηρίζονται. Το AIDS υπενθυμίζει σε όλους, φορείς, ασθενείς και υγείς, πόσο ευάλωτοι είμαστε και πόσο χρειαζόμαστε ο ένας τα στήριξη του άλλου.⁵²

«Μέσα σε όλη του τη φρίκη, το AIDS, όπως και η λέπρα, δεν είναι παρά μία ακόμα ασθένεια-τίποτα περισσότερο, τίποτα λιγότερο. Δεν υπάρχουν «θύματα» γιατί δεν έχει γίνει κανένα έγκλημα. Δεν υπάρχουν «αθώοι» γιατί δεν υπάρχουν «ένοχοι» και δεν υπάρχει κατηγορία γιατί δεν υπήρξε πρόθεση να προκαλέσει κανείς κακό. Υπάρχουν μονάχα αρρώστοι άνδρες, γυναίκες και παιδιά που όλοι χρειάζονται τη βοήθεια μας».⁵²

7.1.8. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ

α. Άνοια

Η τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών επιτρέπει τη διάγνωση της άνοιας που οφείλεται στη νόσο HIV. Παρ'όλο που η HIV εγκεφαλοπάθεια βρίσκεται σε μεγάλο ποσοστό των αρρώστων με HIV, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και άλλες αιτίες άνοιας στους αρρώστους αυτούς. Αυτές περιλαμβάνουν λοιμώξεις, νεοπλασίες και διαταραχές του ΚΝΣ που προκαλούνται από συστηματικές νόσους, όπως επίσης και ενδοκρινοπάθειες ή παρενέργειες των φαρμάκων στο ΚΝΣ. Η ανάπτυξη της άνοιας είναι γενικά κακό προγνωστικό σημείο, το 50-75% των αρρώστων με άνοια πεθαίνει εντός 6 μηνών.

β. Ντελίριο

Το ντελίριο μπορεί να προκληθεί από την ίδια ποικιλία αιτιών που οδηγεί σε άνοια αρρώστων με HIV. Έχουν περιγραφεί καταστάσεις ντελίου που χαρακτηρίζονται και από αυξημένη αλλά και από μειωμένη δραστηριότητα. Το ντελίριο στους αρρώστους με HIV είναι πιθανό να μη διαγιγνώσκεται πάντα. Ωστόσο, το ντελίριο θα πρέπει πάντα να αποτελεί το αίτιο πληρέστερης ιατρικής εξέτασης σε ασθενείς με HIV, ώστε να καθοριστεί η τυχόν έναρξη κάποιας νέας διεργασίας που αφορά το ΚΝΣ.

γ. Αγχώδεις διαταραχές

Οι ασθενείς με HIV μπορούν να έχουν οποιαδήποτε αγχώδη διαταραχή, αλλά η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η διαταραχή μετά από τραυματικό στρες και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι ιδιαίτερα συχνές.

δ. Διαταραχή προσαρμογής

Έχει αναφερθεί ότι η διαταραχή προσαρμογής με αγχώδη ή καταθλιπτική διάθεση εμφανίζεται στο 5-20% των μολυσμένων με HIV αρρώστων. Η συχνότητα της διαταραχής προσαρμογής είναι πιο αυξημένη από ό,τι συνήθως σε ορισμένους μη τυχαίους πληθυσμούς, όπως σ'αυτούς που υπηρετούν στο στρατό και στους φυλακισμένους.⁵⁴

ε. Καταθλιπτικές διαταραχές

Έχει αναφερθεί ότι ένα ευρύ φάσμα αρρώστων με HIV, από 4-40%, πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια καταθλιπτικών διαταραχών. Σε μερικές υψηλού κινδύνου

ομάδες, ο προ της μόλυνσης με HIV επιπολασμός καταθλιπτικών διαταραχών μπορεί να είναι υψηλότερος από ότι συνήθως. Ένας άλλος λόγος για την ευρύτητα των τιμών επιπολασμού είναι η διαφορετική εφαρμογή των διαγνωστικών κριτηρίων, αφού μερικά από τα κριτήρια των καταθλιπτικών διαταραχών μπορεί επίσης να προκαλούνται από την ίδια την HIV λοίμωξη.

στ. Κατάχρηση ουσιών

Η κατάχρηση ουσιών αποτελεί πρόβλημα, όχι μόνο για τους χρήστες ενδοφλεβίων ουσιών που μολύνονται με σχετικές με τον ιό HIV νόσους, αλλά επίσης και για όλους τους άλλους αρρώστους με HIV που πιθανόν να χρησιμοποιούσαν σποραδικά στο παρελθόν παράνομες ουσίες και οι οποίοι τώρα μπορεί να καταφεύγουν στη συστηματική χρήση τους, σε μια προσπάθεια αντιμετώπισης της κατάστασης ή του άγχους.

ζ. Αυτοκτονία

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός και οι απόπειρες αυτοκτονίας μπορεί να είναι αυξημένες σε αρρώστους με HIV λοίμωξη και AIDS. Οι παράγοντες κινδύνου για απόπειρα αυτοκτονίας των προσβλημένων με HIV είναι η ύπαρξη φίλων που έχουν πεθάνει από AIDS, η πρόσφατη ενημέρωση της HIV οροθετικότητας τους, οι υποτροπές, τα δισεπίλυτα κοινωνικά θέματα που σχετίζονται με την ομοφυλοφιλία, η ανεπαρκής κοινωνική και οικονομική υποστήριξη, και η παρουσία άνοιας ή ντελίριου.

η. Οι ανησυχούντες υγιείς

Οι ανησυχούντες υγιείς είναι άτομα των ομάδων υψηλού κινδύνου, οι οποίοι, αν και οροαρνητικοί και ελεύθεροι νόσου, έχουν άγχος ή έμμονη ιδέα ότι θα μολυνθούν από τον ιό. Μερικά από αυτά τα άτομα καθησυχάζουν μετά από επαναλαμβανόμενα αρνητικά αποτελέσματα της εξέτασης. Άλλοι, ωστόσο, σκέπτονται επίμονα το πιθανό μεγάλο στάδιο επώασης και έτσι συντηρούν τις ανησυχίες τους. Τα συμπτώματα τους μπορεί να περιλαμβάνουν γενικευμένο άγχος, προσβολές πανικού, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και υποχονδρίαση.⁵⁴

7.1.9. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στα μείζονα ψυχοδυναμικά θέματα των αρρώστων με HIV περιλαμβάνονται η αυτομομφή, η αυτοεκτίμηση και θέματα γύρω από το θάνατο. Ο ψυχίατρος μπορεί να βοηθήσει τους αρρώστους να αντιμετωπίσουν τα αισθήματα ενοχής που αφορούν συμπεριφορές οι οποίες συνέβαλαν στην εμφάνιση του AIDS. Μερικοί άρρωστοι με AIDS αισθάνονται ότι τιμωρούνται για έναν αποκλίνοντα τρόπο ζωής. Δύσκολες αποφάσεις γύρω από την περίθαλψη, όπως για το αν θα συμμετέχουν σε δοκιμές πειραματικών φαρμάκων, καθώς και η καταληκτική περίθαλψη και τα συστήματα υποστήριξης της ζωής, θα πρέπει να εξερευνώνται.

Στα μείζονα πρακτικά θέματα για τους αρρώστους περιλαμβάνονται η εργασία, η ιατρική ασφάλιση, η ασφάλεια ζωής, η επαγγελματική εξέλιξη και η σχέση με την οικογένεια και τους φίλους. Όλο το φάσμα ψυχοθεραπευτικών

προσεγγίσεων μπορεί να είναι κατάλληλο για τους αρρώστους με HIV διαταραχές. Τόσο η ατομική, όσο και η ομαδική θεραπεία μπορούν να είναι αποτελεσματικές. Η ατομική θεραπεία μπορεί να είναι βραχεία ή μακροπρόθεσμη και μπορεί να είναι υποστηρικτική, γνωσιακή, συμπεριφεριολογική ή ψυχοδυναμική. Οι τεχνικές ομαδικής θεραπείας μπορεί να ποικίλλουν στο είδος τους, από ψυχοδυναμικές έως πλήρως υποστηρικτικές.

Η κοινότητα των ομοφυλοφίλων παρέχει σημαντική υποστήριξη στα ομοφυλόφιλα ή αμφιφυλόφιλα άτομα με HIV. Οι εκστρατείες ενημέρωσης του κοινού μέσα σ' αυτήν την κοινότητα είχαν ως αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση των υψηλότερου κινδύνου πρακτικών σεξ, παρ'όλο που ορισμένοι ομοφυλόφιλοι εξακολουθούν να επιδίδονται σε σεξ υψηλού κινδύνου. Οι ομοφυλόφιλοι είναι πιθανότερο να επιδίδονται σε ασφαλές σεξ εάν γνωρίζουν τις οδηγίες ασφαλούς σεξ, έχουν πρόσβαση σε υποστηρικτικό δίκτυο, έχουν σταθερή σχέση και έχουν στενή σχέση με κάποιο άτομο με AIDS. Δυστυχώς, οι χρήστες ενδοφλεβίων ουσιών με AIDS δεν έχουν υποστηριχθεί αρκετά, κυρίως λόγω των προκαταλήψεων γι' αυτούς. Η μικρή πρόοδος στην ενημέρωση των χρηστών ενδοφλεβίων ουσιών είναι ιδιαίτερα ατυχής, διότι αποτελούν μία μεγάλη δεξαμενή από την οποία ο ιός διασπείρεται σε γυναίκες, ετεροφυλόφιλους και παιδιά.

Η εκτίμηση των αρρώστων με HIV θα πρέπει να περιλαμβάνει πλήρες σεξουαλικό ιστορικό και ιστορικό χρήσης ουσιών, ψυχιατρικό ιστορικό και εκτίμηση των διαθέσιμων στον άρρωστο υποστηρικτικών συστημάτων. Ο κλινικός γιατρός θα πρέπει να κατανοήσει το ιστορικό του αρρώστου σε σχέση με τον ερωτικό του προσανατολισμό και τη χρήση ουσιών, ενώ ο άρρωστος θα πρέπει να αισθάνεται ότι ο θεραπευτής δεν κρίνει παρούσες ή παρελθούσες συμπεριφορές. Μια αίσθηση εμπιστοσύνης και ενσυναισθησίας μπορεί συχνά να ενθαρρυνθεί με το να θέτει ο θεραπευτής ειδικές, καλά τεκμηριωμένες και ευθείες ερωτήσεις, γύρω από την κουλτούρα των ομοφυλοφίλων και των χρηστών ουσιών. Ο θεραπευτής θα πρέπει επίσης να προσδιορίσει ποιες είναι οι γνώσεις του αρρώστου γύρω από τον ιό HIV



και το AIDS.

Τα θέματα αντιμεταβίβασης και η καταπόνηση των θεραπειών που αντιμετωπίζουν πολλούς αρρώστους με HIV, είναι δύο θέματα-κλειδιά που εκτιμώνται σε τακτική βάση. Οι θεραπευτές πρέπει να αναγνωρίσουν τις

προκαθορισμένες στάσεις τους απέναντι στην ομοφυλοφιλία και τη χρήση ουσιών, ώστε αυτές οι στάσεις να μην παρεμβαίνουν στη θεραπεία του αρρώστου. Θέματα που αφορούν τη σεξουαλική ταυτότητα, τις παρελθούσες συμπεριφορές και τον αναπόφευκτο θάνατο του ίδιου του θεραπευτή μπορούν επίσης να ανακαλέσουν αντιμεταβιβαστικά θέματα. Σε μερικούς ψυχοθεραπευτές που αντιμετωπίζουν πολλούς αρρώστους με HIV, η επαγγελματική καταπόνηση μπορεί να αρχίζει να επηρεάζει την αποτελεσματικότητά τους. Σε μερικές μελέτες έχει βρεθεί ότι η παρακολούθηση πολλών αρρώστων με HIV σε σύντομη χρονική περίοδο, φαίνεται να είναι περισσότερο στρεσογόνο για τους θεραπευτές σε σχέση με την παρακολούθηση μικρότερου αριθμού αρρώστων με HIV σε μεγαλύτερη χρονική περίοδο.

Η θεραπευτική προσέγγιση στη διαταραχή προσαρμογής σε άτομα με HIV συνήθως περιλαμβάνει είτε ατομική είτε ομαδική ψυχοθεραπεία, που μερικές φορές συμπληρώνεται με βραχείας διάρκειας χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων.

Ενδείκνυται η άμεση συμβουλευτική για την κατάχρηση ουσιών και τις δυνητικά ανεπιθύμητες επιδράσεις της στην υγεία των ατόμων με HIV. Εάν είναι απαραίτητο για την συνολική ευεξία του αρρώστου, θα πρέπει να γίνεται έναρξη ειδικών θεραπειών για συγκεκριμένες διαταραχές από κατάχρηση ουσιών.

Είναι θεμιτές κάποιες ανησυχίες μεταξύ των υγιών μελών των ομάδων υψηλού κινδύνου, αλλά όταν οι ανησυχίες εξελίσσονται σε ψυχολογικά συμπτώματα που επηρεάζουν την λειτουργικότητα, τότε είναι απαραίτητη η ψυχιατρική παρέμβαση. Στις περιπτώσεις αυτές ενδείκνυται υποστηρικτική ή αναισθητικού τύπου ψυχοθεραπεία.

Για τα προσβεβλημένα παιδιά μπορεί να απαιτείται ειδικό σχολείο. Για τα παιδιά με AIDS που προέρχονται από οικογένεια με ένα γονέα ή των οποίων οι γονείς δεν έχουν την δυνατότητα φροντίδας τους, μπορεί να απαιτείται η ανάληψη της επιμέλειας τους από ανάδοχο οικογένεια. Παιδιά με HIV τα οποία δεν έχουν σοβαρή νευρολογική έκπτωση, μπορεί να παρακολουθήσουν το κλασικό σχολείο χωρίς να εκθέτουν τους συμμαθητές τους σε κίνδυνο μόλυνσης, εφόσον ακολουθούνται λογικές οδηγίες.⁵⁴

7.1.9 α. ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΑΛΛΩΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΩΝ ΠΡΟΣΩΠΩΝ

Η οικογένεια, ο/η εραστής και οι στενοί φίλοι του αρρώστου είναι συχνά σημαντικοί ``σύμμαχοι`` στη θεραπεία. Ο/η σύζυγος ή ο/η εραστής μπορεί να αισθάνεται ένοχος/η για την πιθανότητα να έχει μολύνει τον άρρωστο, ή αντίθετα, μπορεί να βιώνει θυμό για την πιθανότητα να έχει μολυνθεί από τον άρρωστο. Η συμμετοχή των μελών της υποστηρικτικής ομάδας του αρρώστου μπορεί να βοηθήσει τον θεραπευτή στην εκτίμηση της πνευματικής λειτουργικότητας του ασθενούς, όπως επίσης και στο σχεδιασμό της διευθέτησης οικονομικών θεμάτων και διαβίωσης. Ακόμη και τα ίδια τα προσφιλή πρόσωπα του αρρώστου μπορεί να ωφεληθούν από τη βοήθεια που τους παρέχει ο θεραπευτής στο να αντιμετωπίσουν την αρρώστια και την επερχόμενη απώλεια ενός φίλου ή μέλους της οικογένειας.⁵⁴

7.1.9.β. ΝΟΜΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Οι ασχολούμενοι με επαγγέλματα ψυχικής υγείας συχνά αναλαμβάνουν να βοηθήσουν τον ασθενή στη διευθέτηση νομικών θεμάτων, όπως η σύνταξη διαθήκης και η τακτοποίηση των νοσηλειών και των άλλων ιατρικών εξόδων. Η επίλυση τέτοιων θεμάτων έχει τόσο μεγάλη σημασία, που συχνά αξίζει το χρόνο των

ασχολούμενων με επαγγέλματα ψυχικής υγείας, ώστε να είναι σίγουρο ότι τα θέματα αυτά έχουν λυθεί ικανοποιητικά.⁵⁴

7.1.10. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Το κομμάτι αυτό αναφέρεται στο άγχος: τι είναι και ποιες είναι οι επιπτώσεις του και πως κανείς μπορεί να το αντιμετωπίσει. Δύο πράγματα αξίζει να τύχουν ιδιαίτερης προσοχής.

Πρώτον το άγχος δεν είναι απαραίτητα κάτι κακό. Είναι μία φυσική αντίδραση του ατόμου όταν βρίσκεται υπό πίεση.

Δεύτερο: το άγχος δεν μπορεί να αποφευχθεί. Ο καθένας μπορεί να βρεθεί κάποτε σε μία κατάσταση πίεσης. Είναι επίσης αδύνατο να αποβάλλει οποιαδήποτε μορφή άγχους. Οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν και αντέχουν το άγχος, αλλά το υπερβολικό άγχος μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις. Στις περιπτώσεις των ατόμων που πάσχουν από AIDS αυτό μπορεί να διαδραματίσει ενδεχομένως σοβαρότερο ρόλο.

7.1.10.α. AIDS ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ

Τα αίτια που προκαλούν το άγχος είναι πολλά. Κάθε άνθρωπος υποφέρει από αυτό και τα άτομα που πάσχουν από AIDS δεν αποτελούν εξαίρεση επί του προκειμένου. Το AIDS ωστόσο, μπορεί να προκαλέσει μεγαλύτερο άγχος.

Η προσβολή από μία χρόνια ασθένεια αποτελεί αφορμή άγχους για κάθε άνθρωπο. Μπορεί π.χ να φοβάται και να μην μπορεί να ενεργεί όπως είχε συνηθίσει και μπορεί να αισθάνεται αβέβαιος για το μέλλον.

Άγχος προκαλεί επίσης το γεγονός ότι οι άλλοι μπορούν να δουν τα συμπτώματα μιας ασθένειας όπως π.χ τα σημάδια που αφήνει το σάρκωμα Kaposi στο πρόσωπο. Έτσι, έχει την εντύπωση ότι όλοι τον παρατηρούν.

Τα άτομα που πάσχουν από AIDS, συχνά αντιμετωπίζουν καταστάσεις που προκαλούν άγχος.⁵⁵

7.1.10.β. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΓΧΟΣ

Ο όρος άγχος χρησιμοποιείται συχνά τα τελευταία χρόνια. Ταυτόχρονα όμως υπάρχουν και πολλές ασάφειες σχετικά μ'αυτό. Όλοι μας ζούμε καθημερινώς υπό συνθήκες πίεσης. Η πίεση αυτή μπορεί να οφείλεται σε εξωτερικά αίτια ή μπορεί να οφείλεται σε εμάς τους ίδιους. Αυτό όμως δεν είναι απαραίτητα επιβλαβές. Μιλάμε για άγχος που βλάπτει την υγεία όταν αισθάνεται το άτομο την πίεση ως βάρος. Αυτό εξαρτάται από το μέγεθος της πίεσης που ασκείται σε κάποιον, αλλά και από την δυνατότητα που έχει κανείς να αντέξει σ'αυτό. Το άγχος δηλαδή είναι μία διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ της πίεσης που ασκείται και της δύναμης που έχουμε για να αντιμετωπίσουμε αυτή την πίεση.

Όταν κανείς υποφέρει από άγχος, το σώμα θέλει να προσαρμοσθεί σ'αυτήν την κατάσταση. Αυτό συμβαίνει πάντοτε με ένα καθορισμένο τρόπο. Η εν λόγω προσαρμογή λέγεται αντίδραση του άγχους.⁵⁵

7.1.10.γ ΠΩΣ ΕΞΕΛΙΣΣΕΤΑΙ ΤΟ ΑΓΧΟΣ

Όταν ασκείται πίεση σε κάποιο άτομο, τότε το σώμα αντιδρά. Η αντίδραση αυτή εξελίσσεται σε τρεις φάσεις, ανάλογα με το πόσο διαρκεί η πίεση.

Ένα παράδειγμα: είναι γνωστό ότι τα συμπτώματα στο AIDS συνεχώς μεταβάλλονται. Κατ'αυτόν τον τρόπο, ένα άτομο που πάσχει από AIDS μπορεί τη μία μέρα να αισθάνεται καλά και την άλλη μέρα να αισθάνεται πολύ άρρωστο. Ένας φίλος που γνωρίζει λίγα πράγματα για το AIDS μπορεί να αντιδράσει στην εν λόγω συμπεριφορά του ατόμου που πάσχει από AIDS και να του κάνει παρατηρήσεις. Κατ'αυτόν τον τρόπο μπορεί να δημιουργηθεί μία ένταση μεταξύ τους. Τότε εμφανίζεται η πρώτη φάση της αντίδρασης που οφείλεται στο άγχος. Το άτομο τρομάζει και αντιδρά ποικιλοτρόπως. Η αναπνοή γίνεται γρηγορότερη, οι μυς τεντώνονται, ο λαιμός κλίνει. Όταν η ένταση παρέρχεται τότε το σώμα ηρεμεί εκ νέου.

Ορισμένες φορές όμως η φιλονικία δεν τερματίζεται. Στην προκειμένη περίπτωση π.χ επειδή ο φίλος αρνείται να πιστέψει ότι οι ενοχλήσεις μπορούν να μεταβάλλονται τόσο συχνά. Αποτέλεσμα είναι να αισθάνεται την πίεση από την φιλονικία επί μέρες. Τότε έρχεται η δεύτερη φάση και το σώμα δεν μπορεί να ηρεμήσει.

Ορισμένες φορές τα συμπτώματα παρέρχονται μετά την πάροδο ορισμένων ημερών. Επειδή π.χ ο φίλος έχει πληροφορηθεί σχετικά με το AIDS και πιστεύει πλέον τον ασθενή. Τότε οι ενοχλήσεις εξαφανίζονται και το άτομο επιστρέφει στη φυσιολογική, ήρεμη κατάσταση. Η Τρίτη φάση έρχεται όταν δεν μπορούμε να επιλύσουμε τη διαφορά και ο φίλος π.χ επιμένει να κάνει παρατηρήσεις. Το άτομο που πάσχει από AIDS αρχίζει έτσι να έχει καθημερινώς προβλήματα. Βρίσκεται συνεχώς υπό πίεση και δεν μπορεί να ηρεμήσει. Εμφανίζονται ενοχλήσεις όπως π.χ πόνοι στην πλάτη, δυσκολίες στον ύπνο ή κλίνεται κανείς στον εαυτό του. Σ' αυτήν την περίπτωση μιλάμε για άγχος που βλάπτει την υγεία. Η φάση αυτή είναι επιβλαβής. Εάν δεν αντιμετωπισθούν οι ενοχλήσεις, το σώμα εξαντλείται ολοένα και περισσότερο. Το άτομο βρίσκεται σε υπερένταση και τελικά καταρρέει.

7.1.10.δ. ΣΕ ΤΙ ΩΦΕΛΕΙ ΤΟ ΑΓΧΟΣ

Το άγχος σε περιορισμένο βαθμό δεν είναι επικίνδυνο, αλλά απαραίτητο. Στην πρώτη φάση του άγχους μπορεί κανείς να αντιδράσει σε ικανοποιητικό βαθμό όπως σε περιπτώσεις κινδύνου π.χ τρεπόμενος σε φυγή σε περίπτωση πυρκαγιάς.

Το μικρού βαθμού άγχος δίνει ακριβώς την ενέργεια που χρειάζεται προκειμένου να επιτύχει κάτι σε ικανοποιητικό βαθμό.

Όμως το υπερβολικό άγχος μειώνει την απόδοση του. Όταν το άγχος είναι πολύ λίγο μειώνει το ενδιαφέρον και όταν είναι υπερβολικό προκαλεί αισθήματα πανικού.

Τα άτομα που πάσχουν από AIDS πρέπει συχνά να ανεβάζουν την απόδοση τους π.χ όταν πρέπει να διεξάγουν μία συζήτηση στην οποία διακυβεύονται τα συμφέροντά τους. Σ'αυτήν την περίπτωση θα πρέπει να πείσουν τους άλλους ότι τα επιχειρήματά τους είναι ορθά. Ένα άγχος περιορισμένου βαθμού βοηθά να αντιδρά γρηγορότερα το άτομο.⁵⁵

7.1.10.ε. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Το άγχος εξαρτάται από την πίεση που δέχεται κάποιος και από τη δύναμη που έχει να αντιδράσει σ' αυτή.

Ορισμένες φορές η πίεση αυτή γίνεται υπερβολική. Υπάρχουν πολλά αίτια επί του προκειμένου. Προβλήματα που επαναλαμβάνονται είναι πιο επικίνδυνα από δυσάρεστα γεγονότα που συνέβησαν μία φορά. Θετικά γεγονότα επίσης μπορούν να προκαλέσουν άγχος.

Οι άνθρωποι αισθάνονται ότι καταπιέζονται όταν είναι αβέβαιοι για το μέλλον τους, όταν δεν μπορούν να αναπτύξουν όλες τις δυνατότητες που έχουν, όταν απαιτούν πολλά από τον εαυτό τους και όταν αισθάνονται μοναξιά.

Αυτό συμβαίνει και στα άτομα που πάσχουν από AIDS. Οι επιπτώσεις της ασθένειας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο και συχνά συνοδεύονται από απώλεια ενέργειας, προκαλώντας γρηγορότερα κούραση και μειώνοντας την ενεργητικότητα.

Πολλά άτομα που πάσχουν από AIDS δεν ξέρουν ποιες ενοχλήσεις θα έχουν ή πως θα είναι η υγεία τους μετά από ένα χρόνο. Το AIDS επίσης εμποδίζει το άτομο να αναπτυχθεί. Ένα άτομο που θα προσβληθεί από AIDS μπορεί να αναγκασθεί να εγκαταλείψει την εργασία του ή να σταματήσει κάθε είδους αθλητική δραστηριότητα. Γι' αυτό το λόγο ορισμένα άτομα συχνά υποφέρουν από μοναξιά. Τα άτομα που έχουν προσβληθεί από AIDS συχνά αποφεύγουν επαφές με άλλους επειδή αισθάνονται μειονεκτικά.

Μπορεί επίσης να μειωθεί η δύναμη αντίστασης στην πίεση. Επειδή η κατάσταση της υγείας τους επιδεινώνεται μπορούν να προβάλλουν λιγότερη αντίσταση στην πίεση που δέχονται.

7.1.10.στ. ΕΧΟΥΝ ΟΛΟΙ ΑΓΧΟΣ

Οι άνθρωποι δεν είναι το ίδιο ευαίσθητοι στο άγχος. Ένα γεγονός που σε κάποιον προκαλεί τις νύχτες αϋπνίες, είναι απαρατήρητο από κάποιον άλλον. Ένα άτομο μπορεί να αντέχει περισσότερο. Αυτό εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει την ζωή.

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει κινδυνεύουν περισσότερο από άγχος τα άτομα που έχουν τα εξής χαρακτηριστικά: είναι βιαστικοί, αναθέτουν στον εαυτό τους δύσκολες αποστολές με αποτέλεσμα να έχουν πάντοτε έλλειψη χρόνου, θέλουν πάντα να έχουν υψηλή απόδοση, συχνά βλέπουν τους άλλους ως αντιπάλους, συχνά κάνουν δύο διαφορετικά πράγματα ταυτόχρονα, φοβούνται να κάνουν λάθη, αφοσιώνονται εντελώς στην εργασία τους, δεν μπορούν εύκολα να ηρεμήσουν και δεν παραδέχονται εύκολα ότι είναι κουρασμένοι.

Δεν πρέπει κανείς να τρομάξει όταν διαπιστώσει ότι διαθέτει ορισμένα από τα ανωτέρω χαρακτηριστικά. Όλα είναι φυσιολογικά και ανθρώπινα. Εάν κάποιος διαθέτει πολλά από αυτά τα χαρακτηριστικά απλώς σημαίνει ότι είναι ευαίσθητος στο άγχος. Και για αυτό το λόγο πρέπει να προσέξει ιδιαίτερα τον εαυτό του.

Ένας άλλος παράγων είναι η ηλικία: όσο μεγαλώνει κανείς τόσο πιο ευαίσθητος γίνεται στο άγχος.⁵⁵

7.1.10.ζ. ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Αρχικά οι εκδηλώσεις του άγχους είναι: η αναπνοή γίνεται γρηγορότερη, οι μύες τεντώνονται, ο λαιμός στεγνώνει, τα χέρια ιδρώνουν ή κρυώνουν, η καρδιά χτυπάει γρηγορότερα.

Όταν εμφανίσει τα συμπτώματα, σημαίνει ότι βρίσκεται υπό πίεση. Αυτό είναι μία υγιής αντίδραση του σώματος. Χαρακτηριστικό της υγιούς αντίδρασης είναι ότι όλα αυτά αργότερα εξαφανίζονται.

Εάν τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται συχνά και δεν εξαφανίζονται τότε το άγχος γίνεται επικίνδυνο για την υγεία και είναι καιρός κανείς να αντιδράσει. Εάν δεν το κάνει, τότε θα εισέλθει στην επικίνδυνη τρίτη φάση.

Στην τρίτη φάση παρατηρούνται διάφορες εκδηλώσεις:

Σωματικές ενοχλήσεις: πόνος στην πλάτη (συχνά χαμηλά), πονοκέφαλος(καθίσταται ισχυρότερος με την πάροδο των ωρών), ημικρανία (συχνά με τάση προς έμετο, συνήθως πλήττει τα άτομα κατά τις αργίες), προβλήματα ύπνου, δυνατοί χτύποι της καρδιάς, μειωμένη όρεξη, ένα αίσθημα ασφυξίας, ζαλάδες, διαταραχές στην λειτουργία των εντέρων.

Επίμονες σκέψεις: αυτό σημαίνει ότι κάποιος δεν μπορεί να σκέπτεται τίποτα άλλο παρά μόνο τα προβλήματα του.

Συναισθηματικές μεταπτώσεις: αισθάνεται κυνηγημένος, απαισιόδοξος, τρομάζει ή τα χάνει εύκολα.

Αλλαγή στη συμπεριφορά του: υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, λήψη υπνωτικών, αδυναμία συγκέντρωσης της σκέψης, ανασφάλεια ή επιθετικότητα.

Το επικίνδυνο για την υγεία άγχος μπορεί συνεπώς να εκδηλωθεί με διάφορους τρόπους. Πολλά από αυτά τα συμπτώματα όμως μπορεί να έχουν και ένα διαφορετικό αίτιο, π.χ γρίπη. Η εμφάνιση ενός τέτοιου συμπτώματος δεν σημαίνει οπωσδήποτε ότι κάποιος έχει καταληφθεί από άγχος. Ο ιατρός είναι ο μόνος αρμόδιος για να εξετάσει την περίπτωση.⁵⁵

7.1.11. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Ακολουθούν ορισμένες συμβουλές για την πρόληψη του άγχους που βλάπτει την υγεία. Τις συμβουλές αυτές μπορεί να τις εφαρμόσει κανείς μόλις παρατηρήσει τα συμπτώματα της πρώτης φάσης της αντίδρασης που οδηγεί στο άγχος. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να αποφύγει να φτάσει στην τρίτη φάση.

Εάν κανείς παρατηρεί πολλά από τα συμπτώματα που ανήκουν στην τρίτη φάση, θα πρέπει να ζητήσει την βοήθεια ειδικού. Οι γενικές συμβουλές αφορούν διάγνωση του άγχους, κανόνες διαβίωσης, κίνηση και ασκήσεις χαλάρωσης.

1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Το πρώτο, ίσως το πιο σημαντικό, βήμα είναι να μπορεί κανείς να αναγνωρίζει τα συμπτώματα αλλά να τα αντιμετωπίζει με σοβαρότητα. Πρέπει να αναζητούνται τα αίτια που προκαλούν το άγχος. Συχνά είναι περισσότερα του ενός. Μπορεί να προκαλέσουν σύγχυση και να μην ξέρει κανείς από πού πρέπει να αρχίσει. Γι' αυτό πρέπει να καταγράφει τα αίτια ώστε να μπορεί να τα αντιμετωπίσει ένα προς ένα.

2. ΚΑΝΟΝΕΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ

Οι γενικοί κανόνες διαβίωσης ισχύουν για κάθε άτομο και είναι η υγιεινή διατροφή, το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών με μέτρο και ο επαρκής ύπνος. Κατ' αυτό τον τρόπο αυξάνει κανείς την δύναμη αντίστασης στην πίεση. Αναφέρουμε επίσης εν συντομία ορισμένες άλλες συμβουλές. Όλες αυτές από κοινού έχουν σχέση με ``αίτια άγχους``.⁵⁵

Για ποιο πράγμα ανησυχείς; Αξίζει άραγε τον κόπο;

Ίσως αυτή η ερώτηση να φαίνεται ανόητη, επειδή κανείς δεν ανησυχεί χωρίς λόγο. Όμως στην πράξη φαίνεται ότι το ίδιο το γεγονός αντιμετωπίζεται από τους ανθρώπους με διαφορετικό τρόπο. Σε ορισμένους προκαλεί τρομερή ανησυχία ενώ άλλους τους αφήνει αδιάφορους. Το μέγεθος του άγχους που αισθάνεται κανείς εξαρτάται μόνο από τον τρόπο με τον οποίο το αντιμετωπίζει. Δεν μπορεί κανείς να αλλάξει τον χαρακτήρα του, αλλά ίσως μπορεί να προσπαθήσει να αντιμετωπίζει τα γεγονότα υπό διαφορετικό πρίσμα. Πρέπει επίσης να προσπαθήσουμε να δίνουμε μεγαλύτερο βάρος στα γεγονότα που εξελίσσονται ευνοϊκώς

Μεγαλύτερη προσοχή στις κοινωνικές επαφές

Οι καλές κοινωνικές επαφές μειώνουν την επικίνδυνη επίδραση του άγχους. Οι άλλοι μπορούν να μας βοηθήσουν με συμβουλές και πράξεις ή ακόμη πιο αποτελεσματικά να μας προσφέρουν την ζεστασιά τους και την κατανόηση τους. Τα άτομα που έχουν τέτοιου είδους υποστήριξη, παρουσιάζουν λιγότερες ενοχλήσεις. Αυτό ισχύει σε μεγαλύτερο βαθμό όταν κανείς εργάζεται. Πρέπει να προσπαθούμε να αναπτύσσουμε δραστηριότητες με συναδέλφους μας και πέραν του χώρου εργασίας. Ορισμένες φορές ωστόσο είναι δύσκολο να ζητούμε και να δεχόμαστε βοήθεια.

Περιορισμός των ηρεμιστικών και υπνωτικών φαρμάκων

Τα φάρμακα αυτά μπορεί να μας ηρεμούν ή να μας επιτρέπουν να κοιμηθούμε, αλλά είναι επικίνδυνα αν χρησιμοποιηθούν επί μακρόν. Μπορεί κανείς να εθιστεί σε αυτά και συχνά έχουν και παρενέργειες. Είναι χρήσιμα μόνο για μία μικρή χρονική περίοδο με προβλήματα αϋπνίας.

3. ΧΑΛΑΡΩΣΗ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΕΙΣ

Η άσκηση είναι ένας από τους καλύτερους τρόπους για να αποφύγει κανείς το επικίνδυνο άγχος. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι με τους οποίους μπορεί κανείς να ασκηθεί όπως π.χ το κολύμπι ή οι περίπατοι.

Η άσκηση ενδείκνυται και για τα άτομα που πάσχουν από AIDS ακόμη και αν αυτό καθίσταται δύσκολο. Πρέπει κανείς να προσπαθεί να ασκείται, όχι μόνο επειδή έτσι μπορεί να αντιμετωπίσει το άγχος, αλλά επειδή αυτό είναι πολύ καλό για τη σωματική ευεξία.⁵⁵

4. ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΧΑΛΑΡΩΣΗΣ

Υπάρχουν πολλές ασκήσεις χαλάρωσης. Ακολουθεί ένα παράδειγμα μιας άσκησης για την αναπνοή. Δεν πρέπει κανείς να περιμένει θαύματα από αυτήν την άσκηση. Μπορεί κανείς να την εφαρμόζει όταν παρουσιάζονται συχνά συμπτώματα άγχους. Ο τρόπος αναπνοής έχει σχέση με την ένταση και την χαλάρωση. Όταν κανείς αισθάνεται ένταση αναπνέει επιφανειακά, με μικρές γρήγορες κινήσεις. Η αναπνοή γίνεται κυρίως με τον θώρακα. Όταν κανείς χαλαρώσει, μεταβάλλεται και η αναπνοή του. Αναπνέει βαθύτερα και με αργότερο ρυθμό. Αυτό μπορεί να συμβεί και αντιστρόφως: εάν επιχειρήσει κάποιος αναπνοή με αργό ρυθμό, αναπνέει συσπώντας

την κοιλιά του, τότε ηρεμεί. Η αναπνοή δηλαδή επιδρά στην ένταση και αντιστρόφως. Η άσκηση αναπνοής συνεπώς αποσκοπεί να μάθει κάποιος να αναπνέει με την κοιλιά, επειδή κατ'αυτόν τον τρόπο χαλαρώνει.

A. Προετοιμασία

Η άσκηση πρέπει να γίνεται μία ή δύο φορές την ημέρα, κατά προτίμηση την ίδια πάντα ώρα. Η άσκηση περίπου διαρκεί 10 λεπτά. Μπορεί να επαναλάβει την άσκηση σε στιγμές που αισθάνεται ότι τον καταλαμβάνει το άγχος, όπως περιγράψαμε προηγουμένως.

Πρέπει να φροντίσει να μην τον ενοχλήσει κανείς. Καλό είναι να κάνει την άσκηση πάντοτε στον ίδιο χώρο. Η θερμοκρασία του χώρου πρέπει να είναι ευχάριστη. Βγάζει τα ρούχα ή τα παπούτσια που τον ενοχλούν, ενδεχομένως και τα γυαλιά του. Μπορεί να κάνει την άσκηση ξαπλωμένος ή καθιστός σε μία καρέκλα.

B. Η άσκηση

Μόλις ξαπλώσει ή καθίσει, κλείνει τα μάτια. Αποβάλλει την σκέψη ότι πρέπει να επιτύχει αυτό που πρόκειται να κάνει. Η χαλάρωση δεν είναι ζήτημα αποτυχίας ή επιτυχίας. Εάν δεν μπορέσει να χαλαρώσει με την πρώτη φορά, δεν πειράζει, επαναλαμβάνει. Προκειμένου να έρθει στην κατάλληλη διάθεση, μπορεί επί ένα λεπτό να σκεφτεί ότι βρίσκεται σε μία ωραία παραλία ή σε μία μαγευτική τοποθεσία σε ένα βουνό.

Αναπνέει όσο το δυνατόν πιο φυσιολογικά και μετά την πάροδο κάποιου χρονικού διαστήματος αρχίζει να παρατηρεί με συνειδητό τρόπο την αναπνοή του. Μεταφέρει την προσοχή του στο θώρακα και στην κοιλιά. Αυτό το κάνει επί ορισμένα λεπτά.

Σε μία δεδομένη στιγμή αρχίζει να συνειδητοποιεί με ποιο τρόπο αναπνέει: ελαφριά ή βαθιά, γρήγορα ή αργά, με κανονικό ρυθμό ή ακανόνιστα, με το θώρακα ή με την κοιλιά.

Σιγά σιγά προσπαθεί να αναπνέει με την κοιλιά. Βάζει και τα δύο του χέρια επάνω στην κοιλιά και τα αισθάνεται να ανεβοκατεβαίνουν με την αναπνοή του. Αναπνέει βαθιά με την μύτη και αισθάνεται τον αέρα να γεμίζει την κοιλιά του. Κάπου κάπου κρατάει την αναπνοή του. Η εκπνοή διαρκεί λίγο περισσότερο από την εισπνοή. Αισθάνεται τα χέρια του να κατεβαίνουν με την εκπνοή. Συνεχίζει για ορισμένα λεπτά έχοντας στραμμένη την προσοχή του στην αναπνοή του. Αναπνέει βαθιά και αβίαστα με την κοιλιά του. Παρατηρεί ότι χαλαρώνει ολοένα και περισσότερο. Συνεχίζει απολαμβάνοντας συνειδητά την ευχάριστη αίσθηση της χαλάρωσης. Μετά την πάροδο ορισμένων λεπτών, ανοίγει ήρεμα τα μάτια του και σηκώνεται.

Στις αρχές μπορεί κανείς να ενοχλείται από συγκεχυμένες σκέψεις. Σ'αυτήν την περίπτωση αφήνει τις σκέψεις αυτές να περνούν ήρεμα και συγκεντρώνεται εκ νέου στην αναπνοή του. Κατά την διάρκεια της άσκησης αυτής μπορεί κανείς ακόμη και να αποκοιμηθεί, ιδίως εάν είναι βράδυ. Αυτό είναι σημάδι χαλάρωσης.

Γ. Η πρακτική

Το σημαντικότερο είναι η άσκηση αυτή να επαναλαμβάνεται τακτικά για μεγάλο χρονικό διάστημα. Τότε μόνο μπορεί κανείς να περιμένει αποτελέσματα. Η άσκηση είναι συχνά αποτελεσματική, αλλά πολλοί άνθρωποι αντιμετωπίζουν

προβλήματα με την πειθαρχία που απαιτεί η εκτέλεση της. Αυτό είναι λογικό επειδή κανείς δεν είναι συνηθισμένος σ' αυτό και πλέον τα αποτελέσματα δεν εμφανίζονται αμέσως. Μπορούμε επί του προκειμένου να ζητήσουμε τη βοήθεια ενός τρίτου προσώπου. Όταν αποκτήσει κανείς περισσότερη πείρα μπορεί να χρησιμοποιήσει και άλλες στάσεις. Τότε μπορεί να ηρεμεί όποτε το επιθυμεί. Άλλες πάλι φορές θα συνειδητοποιήσουμε μόνοι μας ότι αναπνέουμε με το θώρακα. Τότε είναι η πλέον κατάλληλη στιγμή για να κάνουμε την άσκηση.⁵⁵

7.1.12. ΨΥΧΙΚΗ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ

Αυτή η ενότητα αναφέρεται στην επιρροή που μπορεί να έχουν οι σκέψεις και τα συναισθήματα στο αμυντικό σύστημα. Ένα άτομο μπορεί να επηρεάσει το αμυντικό του σύστημα θετικά ή αρνητικά.

Αυτήν την στιγμή υπάρχουν λίγες επιστημονικές αποδείξεις ότι όντως κανείς μπορεί να επηρεάσει το αμυντικό του σύστημα με τις σκέψεις του και τα συναισθήματα του. Η σχέση αυτή όμως φαίνεται να είναι πιθανή. Η ενότητα αυτή δεν αναφέρεται στη θεραπεία του AIDS αλλά σε ιδέες και μεθόδους που μπορούν να συντελέσουν στη βελτίωση της ψυχικής κατάστασης του ασθενή ή του φορέα.

7.1.12. α. ΥΓΕΙΑ-ΕΥΕΞΙΑ



Νους υγιής εν σώματι υνιεί

Υγεία σημαίνει αποκατάσταση της ισορροπίας και της αρμονίας του σώματος, των συναισθημάτων, των σκέψεων και του πνεύματος. Όταν υπάρχει αρμονία, μπορούμε να πούμε ότι υπάρχει και πραγματική υγεία. Σύμφωνα με αυτήν την άποψη η υγεία δεν έχει σχέση μόνο με το σώμα αλλά και με τον τρόπο σκέψης, τον τρόπο με τον οποίο κανείς αισθάνεται. Κατ' αυτόν τον τρόπο μπορεί κανείς να αισθάνεται ότι είναι υγιής χωρίς να είναι σωματικώς 100% εντάξει. Την υγεία μπορεί κανείς να την ονομάσει και ``αποκατάσταση ισορροπίας``. Μέσω αυτής μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του. Η ποιότητα της ζωής δεν χρειάζεται να εξαρτάται από τη διάρκεια της ζωής. Τα συναισθήματα και το πνεύμα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο σώμα. Επιπλέον το ένα επηρεάζει το άλλο.

Ένα πρόγραμμα

Εάν κανείς συμφωνεί με τον εν λόγω τρόπο σκέψεως θα πρέπει να χαράξει ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα. Στόχος του θα είναι η θετική επίδραση στην υγεία. Δεν χρειάζεται κανείς να σταματήσει τη θεραπεία ή τα φάρμακα. Οι δύο θεραπείες μπορούν να εφαρμοστούν από κοινού και να συμπληρώνει η μία την άλλη. Οι ασκήσεις της ψυχικής ισορροπίας δεν είναι μία εναλλακτική θεραπεία, αλλά μία συμπληρωματική θεραπεία.⁵⁶

7.1.12.β ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΚΑΝΕΙΣ ΝΑ ΕΦΑΡΜΟΣΕΙ

Παρακάτω περιγράφονται τέσσερις ασκήσεις οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν ώστε οι σκέψεις και τα συναισθήματα να έχουν θετική επιρροή στο αμυντικό σύστημα. Δεν πρέπει κανείς να περιμένει θαύματα, αλλά πρέπει να το θεωρήσει ως μία συμπληρωματική δυνατότητα.

Δεν χρειάζεται να κάνει κανείς όλες αυτές τις ασκήσεις. Μπορεί να επιλέξει αυτές που του ταιριάζουν. Αφού κάνει τις επιλογές του, πρέπει να επαναλαμβάνει τις ασκήσεις σε τακτικά χρονικά διαστήματα και επί ένα χρονικό διάστημα. Μετά πρέπει να εξετάσει τα αποτελέσματα και να αποφασίσει εάν επιθυμεί να συνεχίσει.

1. ΠΕΡΙΣΥΛΛΟΓΗ

Περισυλλογή σημαίνει επίσης αυτοσυγκέντρωση. Υπό φυσιολογικές συνθήκες η σκέψη ενός ατόμου συνεχώς εργάζεται. Όταν κανείς ανησυχεί ή στεναχωριέται, η διαδικασία επιταχύνεται και απαιτεί πολύ ενέργεια.

Η περισυλλογή είναι μία τεχνική για να επιτύχουμε ηρεμία του πνεύματος. Εάν το πετύχουμε αυτό έχει θετικές επιπτώσεις στην εσωτερική μας ηρεμία.

Υπάρχουν πολλοί τρόποι περισυλλογής. Μπορεί κανείς να πάρει μαθήματα, να διαβάσει βιβλία, να κάνει ασκήσεις μαζί με άλλους που έχουν κάποια πείρα, αλλά μπορεί απλώς να αρχίσει μόνος του. Δεν είναι καθόλου δύσκολο ή περίπλοκο.

Πρέπει πρώτα να αναζητήσουμε ένα ήσυχο μέρος όπου δεν πρόκειται κανείς να μας ενοχλήσει. Καθόμαστε ή ξαπλώνουμε αναπαυτικά. Κλείνουμε τα μάτια μας και προσπαθούμε να ακούσουμε την αναπνοή μας. Ίσως είναι πιο ευχάριστο εάν σκεφτούμε μία λέξη όπως ηρεμία ή ειρήνη. Μπορούμε επίσης να μετράμε τις αναπνοές μας μετρώντας κάθε φορά έως το δέκα με ήρεμο τρόπο. Αφήνουμε τις τυχόν σκέψεις μας να πλημμυρίσουν το μυαλό μας χωρίς όμως να διαταράζουν την ηρεμία μας. Αφήνουμε τις σκέψεις μας να έρχονται και να παρέρχονται έχοντας στραμμένη την προσοχή μας συνεχώς στην αναπνοή μας. Δεν πρέπει να προσπαθούμε να συγκρατούμε τις σκέψεις μας επειδή κατ'αυτόν τον τρόπο τις δυναμώνουμε.

Το αποτέλεσμα είναι να ηρεμήσει το πνεύμα από μόνο του.

Η περισυλλογή δίδει την δυνατότητα για να ακούσει κανείς τον εαυτό του. Να ακούσει την εσωτερική φωνή του, το ένστικτό του. Ορισμένοι άνθρωποι αυτό το ονομάζουν «ανώτερο ον» ή «Θεό». Με την περισυλλογή μπορεί κανείς να βρει απαντήσεις σε ερωτήσεις που δεν μπορούν να απαντηθούν με την απλή σκέψη.

Η περισυλλογή έχει καλύτερα αποτελέσματα όταν κανείς αφιερώσει τουλάχιστον 20 λεπτά ημερησίως. Ακόμη καλύτερα αποτελέσματα έχει κανείς όταν την εφαρμόζει δύο ή τρεις φορές ημερησίως.

Οι πλέον κατάλληλες ώρες για περισυλλογή είναι νωρίς το πρωί, το μεσημέρι ή το βράδυ. Η περισυλλογή είναι μία δυναμική μέθοδος και μπορούμε να πούμε ότι σχεδόν ποτέ δεν βλάπτει.

Μία άλλη δυνατότητα χαλάρωσης είναι οι ασκήσεις γιόγκα. Με τη γιόγκα μαθαίνουμε να χρησιμοποιούμε καλύτερα τις δυνάμεις μας σε δύσκολες περιστάσεις, όπως επίσης να διατηρούμε την εσωτερική μας ισορροπία και να έχουμε σαφή αίσθηση του σώματος μας ως μία ενότητα.

Σχεδόν παντού μπορεί κανείς να παρακολουθήσει μαθήματα γιόγκα. Για περισσότερες πληροφορίες μπορεί κανείς να απευθυνθεί στην οργάνωση διδασκάλων της γιόγκα.⁵⁶

2. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΕΙΣ ΝΟΕΡΕΣ (ΦΑΝΤΑΣΙΩΣΕΙΣ)

Αυτό σημαίνει σχηματισμό ``νερών απεικονίσεων`` σχετικά με κάτι. Σκεπτόμαστε κάτι το οποίο επιθυμούμε διακαώς να συμβεί. Αυτό μπορεί να είναι ένας στόχος τον οποίο επιθυμούμε να επιτύχουμε.

Κατ'αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνουμε να αυξήσουμε τις πιθανότητες αυτό το πράγμα να συμβεί όντως στην πραγματικότητα.

Ίσως αυτό να φαίνεται λίγο υπερβολικό, όμως στην πράξη συμβαίνει πολλές φορές.

Πολλοί ασθενείς που πάσχουν από AIDS απεικονίζουν νοερώς πώς το αμυντικό τους σύστημα καταπολεμά την ασθένεια. Φαντάζονται εικόνες των αμυντικών τους κυττάρων τα οποία καταβροχθίζουν και πολεμούν τον ιό. Νοερώς μπορεί κανείς να σχηματίσει οποιαδήποτε εικόνα επιθυμεί.

Όταν κανείς πρόκειται να σκεφτεί νοερές απεικονίσεις είναι καλό να αρχίσει με μία σειρά ασκήσεων χαλάρωσης ή με περισυλλογή. Όταν αισθάνεται ότι έχει ηρεμήσει αρκετά μπορεί να αρχίσει να συλλαμβάνει νοερές απεικονίσεις. Η σκέψη πρέπει να είναι συγκεντρωμένη σε μία σειρά θετικών ή δυναμικών ενεργειών. Πρέπει να προσπαθούμε οι νοερές αυτές εικόνες να είναι όσο το δυνατόν πιο κοντά στην πραγματικότητα.

Όταν οι εικόνες είναι πλέον σαφής πρέπει να συγκεντρώσουμε σ'αυτές την σκέψη μας. Φανταζόμαστε ότι όντως μπορούμε να επιτύχουμε το στόχο μας.

Αυτό το πράγμα πρέπει να γίνει από μία έως τρεις φορές την ημέρα. Η όλη άσκηση διαρκεί από 15 έως 30 λεπτά. Με τη σύλληψη νοερών απεικονίσεων μπορεί κανείς να αντλεί δυνάμεις.

3. ΘΕΤΙΚΕΣ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ

Οι θετικές επιβεβαιώσεις είναι εκφράσεις τις οποίες επαναλαμβάνουμε πολύ συχνά στον εαυτό μας. Όταν το κάνουμε πολύ συχνά μπορεί σιγά-σιγά να αρχίσουμε και να το πιστεύουμε.

Μοιάζει λίγο με τη σύλληψη νοερών απεικονίσεων, αλλά στην προκειμένη περίπτωση πρόκειται για λέξεις τις οποίες επαναλαμβάνουμε στη σκέψη μας και όχι για εικόνες. Επιπλέον, μπορούμε να ασκούμε περισσότερες φορές την ημέρα.

Στην ουσία οι επιβεβαιώσεις είναι σημαντικό πράγμα. Συχνά είμαστε επί χρόνια γεμάτοι με αρνητικές επιβεβαιώσεις όπως π.χ είσαι χοντρός. Μερικά από αυτά τα μηνύματα εγκαθίστανται μέσα μας και χωρίς να το συνειδητοποιήσουμε περνάμε ολόκληρη την ημέρα μας έχοντας την εντύπωση ότι είμαστε χοντροί.

Στόχος των θετικών επιβεβαιώσεων είναι να βάλουμε μέσα μας όσο το δυνατόν περισσότερες θετικές σκέψεις προκειμένου να απαλλαγούμε από όλες τις αρνητικές σκέψεις.

Οι θετικές επιβεβαιώσεις είναι συνήθως μικρές, δυναμικές εκφράσεις. Στις εκφράσεις αυτές πρέπει να χρησιμοποιούμε τον ενεστώτα και όχι το μέλλοντα. Π.χ πρέπει να λέμε ``η υγεία μου βελτιώνεται κάθε ημέρα`` και όχι ``θα γίνω καλά``.

Πρέπει να χρησιμοποιούμε εκφράσεις στις οποίες πιστεύουμε. Π.χ ``αγαπώ τον εαυτό μου``, ``θα γίνω πιο δυνατός``, ``κάθε φορά που αναπνέω βάζω μέσα μου ενέργεια για το σώμα μου και το πνεύμα μου``.

Αυτά μπορεί κανείς να τα επαναλαμβάνει είκοσι συνεχόμενες φορές στον εαυτό του, δυνατά ή σιγανά, τρεις φορές την ημέρα.

Μπορεί κανείς επίσης το πρωί να κάνει λίγη περισυλλογή και στη συνέχεια να γράψει τις εκφράσεις αυτές είκοσι φορές.

Επίσης μπορεί να γράψει μία (ή περισσότερες) εκφράσεις σε μία κάρτα την οποία θα την έχει πάντα μαζί του και όταν βρει ευκαιρία θα την βγάξει και θα επαναλαμβάνει το κείμενο ορισμένες φορές.

Οι θετικές επιβεβαιώσεις είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές όταν κανείς αποβάλει τα αρνητικά συναισθήματα που τον κατέχουν και έχουν δυναμικά αποτελέσματα όταν κανείς διαλέγει ο ίδιος τις εκφράσεις που θα επαναλαμβάνει.

4. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΠΟΙΗΣΗ Η ΧΑΛΑΡΩΣΗ ΜΕ ΣΥΝΕΙΔΗΤΟ ΤΡΟΠΟ

Χαλάρωση με συνειδητό τρόπο δεν σημαίνει να κάθεται κανείς με τις ώρες μπροστά στην τηλεόραση με ένα ποτήρι μύρτα στο χέρι. Σημαίνει ότι με συνειδητό τρόπο και με πολύ προσοχή αφιερώνεις ορισμένο χρονικό διάστημα στη χαλάρωση του σώματος σου.

Στο εμπόριο μπορεί κανείς να προμηθευτεί πολλές κασέτες και βιντεοκασέτες με ασκήσεις επί του προκειμένου. Συχνά οι ασκήσεις χαλάρωσης έχουν ως επίκεντρο τη ρύθμιση της αναπνοής. Με τη βοήθεια ορισμένων ασκήσεων μπορεί κανείς να μάθει να ηρεμεί μετά από μία κατάσταση έντασης ή έντονης δραστηριότητας.

Η δραστηριοποίηση έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην ηρεμία του πνεύματος.⁵⁶

7.1.12.γ. ΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΑΚΟΜΗ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Εν κατακλείδι αναφέρουμε επίσης ορισμένες από τις τεχνικές που χρησιμοποίησαν άτομα που πάσχουν από AIDS προκειμένου να επηρεάσουν το αμυντικό τους σύστημα. Εξακολουθεί να ισχύει η συμβουλή ότι ο καθένας πρέπει να κάνει αυτό που ταιριάζει στην περίπτωση του και να ακολουθεί το δικό του δρόμο.

- ``Κράτα ένα ημερολόγιο με τις σκέψεις σου, τα όνειρα σου, τις πηγές εμπνεύσεως σου και τις συμφωνίες που έχεις κάνει με τον εαυτό σου``. Το ημερολόγιο αυτό μπορεί να φανεί χρήσιμο όταν υπάρχει κατάθλιψη.
- **Η λήψη των φαρμάκων** πρέπει να γίνεται με συνειδητό τρόπο. Όταν κανείς λαμβάνει τα φάρμακα του πρέπει να σκέφτεται ότι ``τα φάρμακα αυτά συμβάλλουν ώστε να αισθάνεται καλύτερα``.
- **Το γέλιο** είναι ένα αποτελεσματικό φάρμακο. Πρέπει κανείς να βλέπει ευχάριστες, κωμικές ταινίες, να λέει αστεία, να χαμογελά. Το γέλιο είναι επίσης ένας τρόπος εκτόνωσης και κάνει τον κόσμο να φαίνεται πιο ευχάριστος.
- Μπορεί επίσης κανείς να προσφέρει **βοήθεια σε άλλα άτομα**. Αυτό μπορεί να δυναμώσει την αυτοπεποίθηση του. Δείξτε το ενδιαφέρον σας επικοινωνώντας ή στέλνοντας μία κάρτα. Μπορεί επίσης κανείς να γίνει ενεργό μέλος της Οργάνωσης HIV. Κατ'αυτόν τον τρόπο μπορεί να προσφέρει την βοήθεια του σε κάποιο άλλο άτομο που βρίσκεται σε δύσκολη θέση.
- **Εξέτασε ποια είναι η πηγή έμπνευσης για σένα**. Για ορισμένους αυτή είναι ``η ενέργεια``, ``το φως``, ή ``η αγάπη``, για άλλους είναι ``ο Θεός``.
- **Κάνε στον εαυτό σου ένα δώρο** κάθε φορά που επιτυγχάνεις ένα στόχο ή κάθε φορά που αισθάνεται να είσαι ευχαριστημένος μαζί του.
- Είναι χρήσιμο επίσης να έχει κανείς ένα **κατάλογο με τα προβλήματα** που σχετίζονται με το ότι είναι ασθενής, όπως π.χ περισσότερη φροντίδα για τους άλλους, περισσότερο χρόνο ασχολίας με τον εαυτό του, περισσότερο χρόνο για διάβασμα. Μπορεί επίσης κανείς να εξετάσει με ποιόν τρόπο μπορεί να βρει περισσότερο χρόνο για να μπορέσει να κάνει όλα αυτά. Τα πλεονεκτήματα αυτά μπορεί κανείς να τα διατηρήσει και αργότερα όταν αρχίσει πλέον να αισθάνεται καλύτερα.

- Πρέπει επίσης να αναζητήσει μία δημιουργική διέξοδο όπως το **γράψιμο, το σχέδιο, η ζωγραφική, η μουσική**. Όλα αυτά μπορούν να προκαλέσουν μεγάλη ευχαρίστηση.⁵⁶

7.2. ΗΘΙΚΑ-ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

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

- Τις συγκρούσεις μεταξύ των προσωπικών αξιών και της νοσηλευτικής ευθύνης προς τη κοινωνία.
- Το ζήτημα του κινδύνου μόλυνσης του ίδιου του νοσηλευτή και
- Την ηθική και νομική υποχρέωση για την τήρηση του νοσηλευτικού απορρήτου.

Αυτά τα διλήμματα αντιμετωπίζονται στα πλαίσια του χάρτη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και λύνονται προσωπικά μέσα στη φωτισμένη συνείδηση του νοσηλευτού και συλλογικά σε συνεργασία με το εθνικό και το διεθνές Νοσηλευτικό Σώμα.

Αληθινή πρόκληση είναι η ευκαιρία να νοσηλεύουμε τους αρρώστους με AIDS και μ' αυτόν τον τρόπο να κτίζουμε ανθρώπινες γέφυρες και όχι διαχωριστικά τείχη μεταξύ των ανθρώπων του τεχνοκρατικού αιώνα μας. Κι ας μη λησμονούμε σε όλους τους τομείς της νοσηλευτικής, την εκπαίδευση, την κλινική φροντίδα και την έρευνα, ότι η εκπλήρωση του νοσηλευτικού χρέους προς τον άνθρωπο, πάντοτε αλλά και σήμερα, προϋποθέτει:

- γνώση και σοφία
- ευαίσθητη και πολιτισμένη φροντίδα
- τόλμη και ηρωισμό!^{51,57}

7.2.1. ΗΘΙΚΟΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΟΥ AIDS

Συχνά υπάρχει μία στενή σχέση μεταξύ των νομικών και ηθικοδεοντολογικών απόψεων, ειδικά στη περιοχή της πρόληψης και του ελέγχου του AIDS. Αν και οι ηθικοδεοντολογικές αρχές μπορεί να μην εκφράζονται με σαφήνεια στη νομοθεσία για το AIDS, εν τούτοις όμως τονίζεται, ότι οι προσπάθειες για την πρόληψη και τον έλεγχο της μόλυνσης με HIV, πρέπει να βασίζονται πάνω σε λογικές ηθικές αρχές, οι οποίες πρέπει να εκφράζονται ελεύθερα, και να είναι ανοικτές σε κριτική και συζήτηση, τόσο από το κοινό, όσο και από τους επαγγελματίες.

Στην προετοιμασία του νομικού πλαισίου, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι παρακάτω αρχές:

1. Αναγνώριση της ύπαρξης ηθικών αρχών ειδικότερα στην ιατρική και στην έρευνα, οι οποίες έχουν εφαρμογές στο HIV/AIDS όπως και σε κάθε άλλο Τομέα Υγείας.
2. Ανασκόπηση και ενδυνάμωση των Εθνικών μηχανισμών, για την προαγωγή και εφαρμογή των ηθικών αρχών στην πρόληψη και έλεγχο του AIDS.

3. Εξασφάλιση της κατανόησης, ότι τα πρόσωπα που άμεσα ή έμμεσα εμπλέκονται στην φροντίδα των ανθρώπων με HIV/AIDS διατρέχουν κάποιο κίνδυνο.
 4. Αποδοχή, ότι η κατανόηση και η συμπάθεια για τον συνάνθρωπο, πρέπει να παρέχει την βάση για γνωστή και αποτελεσματική νομοθεσία.
- Οι παραπάνω αρχές προέρχονται από τον «οδηγό για ανασκόπηση και επεξεργασία νομικών μέτρων στην πρόληψη/έλεγχο του AIDS» που προετοίμασε ο ΠΟΥ, σε συνέδριο που διοργάνωσε τον Ιούλιο του 1990 στη Σεούλ.⁵⁰

7.2.2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- ❖ Πολιτεία και Υπηρεσίες Δ.Υ πρέπει να καταβάλλουν προσπάθεια για την υποστήριξη φορέων –ασθενών μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον. Ωστόσο αδυνατεί να προσφέρει ουσιαστική βοήθεια, όποια μέτρα έχουν ληφθεί κατά καιρούς αποτελούν απλή ``ασπιρίνη`` στο πρόβλημα.
- ❖ Θα πρέπει να μεριμνά για μεγαλύτερη αύξηση των παρεχομένων επιδομάτων ή συντάξεων έτσι ώστε να εξασφαλίζεται ικανοποιητική ποιότητα διαβίωσης.
- ❖ Ιδιαίτερη μέριμνα παροχής ασθενών π.χ μιας ημέρας νοσηλεία στο νοσοκομείο, νοσηλεία στο σπίτι, ψυχοκοινωνική υποστήριξη.
- ❖ Υποχρέωση συνεχούς ενημέρωσης του πληθυσμού για την γνώση του πολίτη, πως θα προστατεύεται από τη μετάδοση του ιού.
- ❖ Υποχρεούται να συμβάλει στην αποφυγή διακρίσεων και προκαταλήψεων προς το AIDS.
- ❖ Κίνητρα στο ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό.
- ❖ Εκπαίδευση προσωπικού-ψυχολογική υποστήριξη

Η προσπάθεια προσέγγισης του προβλήματος με τον ιατρικό-νοσηλευτικό κόσμο και την πολιτεία, μετά από έρευνα που έγινε αναφέρθηκε σε κοινωνικό ρατσισμό, φόβο, ταμπού, ελλιπή ενημέρωση μιλώντας για μία σύγχρονη Σπιναλόγκα.⁵⁸

7.2.3. ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΓΙΑ AIDS ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΕΤΑΙ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΣΤΙΣ ΗΠΑ

Σύμφωνα με τα προκαταρκτικά ευρήματα μελέτης που διεξήχθη για λογαριασμό του οργανισμού υγείας και έρευνας, η πλειονότητα των Νοσηλευτών και Ιατρών υποστηρίζει την υποχρεωτική εξέταση, όσων εργάζονται σε υπηρεσίες υγείας, για HIV. Ακόμη τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα ¾ των Ιατρών και Νοσηλευτών πιστεύουν, ότι το Test για AIDS πρέπει υποχρεωτικά να γίνεται σε όλες τις επίτοκες και σε όλους τους χειρουργικούς ασθενείς. Επί πλέον, 6 στους 10 ιατρούς και νοσηλευτές πιστεύουν, ότι η εξέταση πρέπει να γίνεται χωρίς την συγκατάθεση των ασθενών και το 75% πιστεύει, ότι οι ιατροί πρέπει να αναφέρουν τα ονόματα των προσβεβλημένων με τον HIV στις αρμόδιες τοπικές υπηρεσίες.

Αν και η πλειοψηφία του Ιατρικού και Νοσηλευτικού προσωπικού αναγνωρίζει την επαγγελματική και ηθική υποχρέωση να φροντίζει τους ασθενείς με AIDS, εν τούτοις οι ιατροί είναι αντίθετοι, στο να τους επιβληθεί αυτό δια νόμου και ομολογούν, ότι δεν έχουν «ιδιαιτερη επιθυμία» να νοσηλεύουν πάσχοντες από AIDS. Ένα μεγάλο ποσοστό θα προτιμούσε, αν είχε δικαίωμα επιλογής, να φροντίζει τους ομοφυλόφιλους παρά τους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Οι ερευνητές επίσης αναφέρουν, ότι ένας πολύ μικρός αριθμός ιατρών και νοσηλευτών εγκαταλείπει το

επάγγελμα για τον φόβο του AIDS, παρά την πεποίθηση που επικρατεί, ότι η προσέλευση νέων ατόμων στα επαγγέλματα υγείας έχει επηρεασθεί αρνητικά λόγω του φόβου του AIDS. Οι λόγοι για τους οποίους οι νοσηλευτές εγκαταλείπουν το επάγγελμα είναι η κοινωνική υποτίμηση του επαγγέλματος, ο χαμηλός μισθός, η έλλειψη αυτονομίας και η αλλαγή χώρου εργασίας.⁵⁰

7.2.4. ΤΟ ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ(ΔΣΝ)ΣΤΗΡΙΖΕΙ ΤΟΥΣ ΘΕΤΙΚΟΥΣ ΣΤΟΝ HIV ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Πρέπει να εξακολουθούν να εργάζονται οι θετικοί στον HIV Νοσηλευτές; Ναι απαντά το ΔΣΝ με την προϋπόθεση ότι θα τηρούν τα γενικά προφυλακτικά μέτρα.

Σε μια απόφαση που εγκρίθηκε τον Ιούνιο του 1991 από το σώμα του ΔΣΝ στην Τζαμάικα, δηλώνεται, ότι τα οφέλη που παρέχουν οι Νοσηλευτές φορείς του AIDS, πρέπει να σταθμίζονται έναντι της πολύ χαμηλής πιθανότητας να μολύνουν κάποιον άρρωστο. Το κλειδί είναι τα γενικά προφυλακτικά μέτρα, που πρέπει να τηρούνται από όλους τους Νοσηλευτές και όχι μόνον από αυτούς που μολύνθηκαν από τον HIV. Η απόφαση αυτή λήφθηκε σαν απάντηση στην ανησυχία που υπάρχει διεθνώς κατά πόσον τα άτομα που ασκούν επαγγέλματα υγείας και είναι θετικά στον HIV θα πρέπει να συνεχίσουν να εργάζονται. Στην απόφαση αυτή, το ΔΣΝ παροτρύνει τους 106 Εθνικούς Συνδέσμους Νοσηλευτών μέλη του, να εξασφαλίσουν την εφαρμογή και τήρηση των μεθόδων ελέγχου της μόλυνσης και των προφυλακτικών μέτρων στους χώρους εργασίας. Ακόμη, το ΔΣΝ ζήτησε οι νοσηλευτές να έχουν την δυνατότητα να κάνουν εξετάσεις ανίχνευσης του AIDS, τα ευρήματα των οποίων να είναι απόρρητα και να ζητούν συμβουλευτική βοήθεια. Το ΔΣΝ απέρριψε την εφαρμογή περιορισμών και διακρίσεων στα ταξίδια των ατόμων με HIV/AIDS.⁵⁰



7.2.5. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ Α.Ι.Δ.Σ. ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Σύμφωνα με τα επιστημονικά δεδομένα που προέκυψαν από στατιστικές μελέτες, ο κίνδυνος μόλυνσης γιατρού ή άλλου ατόμου από τη νοσηλευτική ομάδα είναι της τάξης της 1 μόλυνσης σε 200 περιστατικά και εξαρτάται από πολλές παραμέτρους. Αναφορές εργαζομένων σε υπηρεσίες υγείας που έγιναν θετικοί στο ιό μετά από τρύπημα φανερώνουν ότι δεν επρόκειτο για επιπόλαιο τραύμα.

Παρά ταύτα, μεμονωμένα περιστατικά προκάλεσαν μεγάλη ανησυχία, αν όχι πανικό, σχετικά με τις πραγματικές διαστάσεις του κινδύνου που διατρέχουν κατά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών σε φορείς και ασθενείς του Α.Ι.Δ.Σ. Τα κρούσματα άρνησης παροχής υπηρεσιών δεν ήταν λίγα. Επί συνόλου 3.000 καταγγελιών στην επιτροπή ατομικών δικαιωμάτων της πόλης της Νέας Υόρκης, αναφέρεται ότι 27% αφορούσαν άρνηση παροχής ιατρικών υπηρεσιών.

Γεννιέται λοιπόν το ερώτημα κατά πόσον υπάρχει ηθική, δεοντολογική, αλλά και νομική υποχρέωση των γιατρών και λοιπού νοσηλευτικού προσωπικού να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα άτομα που έχουν προσβληθεί από τον ιό του Α.Ι.Δ.Σ(φορείς και ασθενείς), σεβόμενοι τα ατομικά δικαιώματα των ασθενών αυτών ιδιαίτερα, το δικαίωμα σεβασμού της προσωπικότητας και της σωματικής ακεραιότητας καθώς και τον απόρρητο χαρακτήρα των σχετικών ιατρικών πληροφοριών.

Η ηθική υποχρέωση των γιατρών και του λοιπού νοσηλευτικού προσωπικού να νοσηλεύουν φορείς και ασθενείς του Α.Ι.Δ.Σ , προκύπτει από τις ανάγκες αυτών των ατόμων και την αντίστοιχη υποχρέωση τους να προσφέρουν τους σε όλους τους συνανθρώπους τους που πάσχουν από σοβαρές ασθένειες.

Η δεοντολογική υποχρέωση τους να νοσηλεύουν ασθενείς που έχουν προσβληθεί από το Α.Ι.Δ.Σ θα μπορούσε να στηριχθεί στο γεγονός ότι η άσκηση της ιατρικής και νοσηλευτικής αποτελεί παραδοσιακά λειτούργημα και όχι επάγγελμα. Με αυτήν την έννοια, έχει σκοπό την προσφορά υπηρεσιών με γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς , βασιζόμενη σε αλτρουιστικά αισθήματα, χωρίς βέβαια να φθάνει σε σημεία αυτοθυσίας του γιατρού για χάρη του ασθενούς. Έτσι, ενώ ιστορικά ποτέ δεν απαιτήθηκε από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές να φθάσουν μέχρι του σημείου να θυσιάσουν για τους ασθενείς τους, διαμορφώθηκαν κάποια επίπεδα αποδεκτού κινδύνου, συνυφασμένα με την ίδια την άσκηση του λειτουργήματος αυτού. Ίσως εδώ θα μπορούσε να εντοπισθεί και ένας από τους λόγους που ένα μέρος από τους σημερινούς νοσηλευτές δεν ήταν έτοιμοι να αντιμετωπίσουν το Α.Ι.Δ.Σ.

Μπορεί να υποστηριχθεί η άποψη ότι υφίσταται δεοντολογική υποχρέωση των γιατρών και νοσηλευτών να παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε ασθενείς που έχουν προσβληθεί από Α.Ι.Δ.Σ.

Ως προς τις αντίστοιχες νομικές υποχρεώσεις τους, πρέπει να τις διακρίνουμε ανάλογα με το νομικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο προσφέρουν τις υπηρεσίες τους.

Ο ελεύθερος επαγγελματίας γιατρός έχει κάποια ευχέρεια επιλογής των ασθενών του, συνάπτοντας “ιατρικές συμβάσεις” μόνο με όσους ασθενείς επιθυμεί να νοσηλεύει. Εάν όμως πρόκειται για ασθενή που ήδη νοσηλεύει, εφόσον δεν επιθυμεί ο ίδιος ο νοσηλευτής να συνεχίσει να προσφέρει τις υπηρεσίες του, θα πρέπει να φροντίσει να εξασφαλίσει για τον ασθενή του την παροχή υπηρεσιών από άλλο συνάδελφο του.

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα για τις διαστάσεις του κινδύνου, η μόνη ίσως περίπτωση που θα μπορούσε να γίνει ηθικά και νομικά αποδεκτή η άρνηση

παροχής υπηρεσιών, είναι η περίπτωση των εγκύων γυναικών, λόγω της υποχρέωσης που φέρουν στο κυοφορούμενο έμβρυο.

Επίσης, άρνηση παροχής συγκεκριμένων υπηρεσιών είναι αποδεκτή, εφόσον βασίζεται στο συμφέρον του ίδιου του ασθενούς, εφόσον δηλαδή πρόκειται για ιατρική επέμβαση που πιθανότατα θα εξασθενήσει την υγεία του ασθενούς.

Μόνο το γεγονός ότι δεν έχει εκπαιδευθεί ειδικά για την θεραπεία ασθενών με A.I.D.S δεν αποτελεί αποδεκτό λόγο άρνησης, τόσο σε περίπτωση ασυμπτωματικού φορέα όσο και σε περίπτωση ασθενούς με A.I.D.S, που πάσχει από άσχετη με το A.I.D.S αιτία.

Ο γιατρός ή ο νοσηλευτής, που χωρίς νόμιμη αιτία αρνείται την παροχή υπηρεσιών προς ασθενή ή φορέα του A.I.D.S, μπορεί σύμφωνα με τα παραπάνω να υπέχει αστική ή ποινική ευθύνη. Αυτό όμως ΔΕΝ αποτελεί ικανοποιητικό κίνητρο για την προσφορά ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών προς τα άτομα που έχουν προσβληθεί με A.I.D.S. Μόνον η σωστή και εκτεταμένη ενημέρωση του ιατρικού και νοσηλευτικού της χώρας, για τις αληθινές διαστάσεις του κινδύνου που διατρέχει και για τη γενικότερη σημασία της προάσπισης των δικαιωμάτων των ατόμων αυτών, μπορεί να φέρει ικανοποιητικά αποτελέσματα.⁵⁹

7.2.6. ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΔΕΙΧΝΟΥΝ ΑΓΝΟΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ AIDS

Μια εκτεταμένη έρευνα στη Μ.Βρετανία αποκάλυψε ότι το 37% των Νοσηλευτών που εργάζονται σε Νοσοκομεία, πιστεύουν ότι πρέπει να έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν την φροντίδα τους σε ασθενείς με AIDS. Στην έρευνα μετείχαν 700 Νοσηλευτές, οι οποίοι, εν πολλοίς, είχαν άγνοια για τον τρόπο μετάδοσης της νόσου. Τα ευρήματα της έρευνας συνοπτικά είναι τα εξής:

- ❖ Το 13% πίστευε ότι υπάρχει κίνδυνος μεταδόσεως της νόσου από τα μαγειρικά σκεύη και από τις πισίνες.
- ❖ Το 14% δεν θα μοιράζονταν την τουαλέτα με άτομο θετικό στον HIV.
- ❖ Το 33% νόμιζε, ότι το υγειονομικό προσωπικό που φροντίζει αρρώστους με AIDS διατρέχει κίνδυνο μόλυνσεως.
- ❖ Το 23%, ότι οι φορείς πρέπει να νοσηλεύονται σε απομόνωση.
- ❖ Το 27% ότι όλοι οι άρρωστοι, με την είσοδο τους στο νοσοκομείο, πρέπει να ελέγχονται για HIV.
- ❖ Το 57%, ότι τα αποτελέσματα του ελέγχου πρέπει να γνωστοποιούνται σε όσους φροντίζουν τον ασθενή και
- ❖ Το 32% ανησυχούσε μην τυχόν μολυνθεί κατά την αιμοδοσία.

Στη Μ.Βρετανία, συχνά οι νοσηλευτές αρνούνται να παρακολουθήσουν τα ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα σχετικά με το AIDS, διότι θεωρούν ότι δεν αφορούν τον χώρο που εργάζονται.⁵⁰

7.2.7. ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Οι ασθενείς δεν έχουν περισσότερα δικαιώματα από ότι οι Νοσηλευτές, υπογραμμίστηκε τον Μάρτιο του 1991 στο Συνέδριο για το AIDS στην Μελβούρνη. Αναφέρεται στη νομική και επαγγελματική ευθύνη του νοσηλευτή, σε σχέση με την ατομική ευθύνη που έχει ο καθένας για τις πράξεις του.

Ο νοσηλευτής όπως και όλο το Υγειονομικό προσωπικό, είναι νομικά υπεύθυνος για τις πράξεις του, και η ευθύνη αυτή παραμένει όταν το άτομο ενεργεί μέσα στα πλαίσια μιας υπηρεσίας, ενός οργανισμού. Όσοι ασκούν επαγγέλματα υγείας πρέπει να εκτελούν τα καθήκοντα εκείνα, για τα οποία έχουν εκπαιδευθεί και

πρέπει να ενεργούν μέσα στα πλαίσια των γνώσεων και των δυνατοτήτων τους. Οι νοσηλευτές δεν πρέπει να καλύπτονται πίσω από το «εκτελούσα εντολές». Αναφέρετε περίπτωση όπου το Ανώτατο Δικαστήριο στην Αυστραλία, απέρριψε παρόμοιο ισχυρισμό νοσηλευτή και τον κατέστησε υπεύθυνο για τις ενέργειες του. Όταν υπάρχει αμφιβολία ο νοσηλευτής δεν θα πρέπει να ενεργεί έως ότου αποσαφηνισθεί το ζήτημα. Αναφέρθηκε επίσης το δικαίωμα των ασθενών να αρνηθούν θεραπεία. Αν νοσηλευτής αποδέχτηκε να εργασθεί σε Νοσοκομείο Λοιμωδών Νοσημάτων, δεν μπορεί να αρνηθεί να νοσηλεύσει ασθενείς με λοιμώξεις.

Υπάρχουν όμως χώροι εργασίας στους οποίους οι νοσηλευτές μπορούν να αρνηθούν να κάνουν κάποιο έργο π.χ ο νοσηλευτής που εργάζεται σε χειρουργείο και του ζητηθεί να συμμετέχει στη διαδικασία μιας εκτρώσεως, έχει το δικαίωμα να το αρνηθεί, αν δεν αποδέχεται την ενέργεια αυτή ως σωστή. Ακόμη, οι νοσηλευτές δικαιούνται να επιλέγουν τον Τομέα που θα εργασθούν πλέον, όπως στην Ογκολογία, τη Γηριατρική ή ΜΕΘ ή οπουδήποτε αλλού. «Αποδεχόμαστε το δικαίωμα επιλογής τους, χωρίς αυτό να σημαίνει, ότι συμφωνούμε με τους λόγους που τους οδηγούν σε αυτήν».⁵⁰



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΔΕΚΑ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

8.1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το A.I.D.S μπορεί να θεωρηθεί ασθένεια μακράς διάρκειας που επισύρει κοινωνικό στιγματισμό. Οι εργασιακοί και κοινωνικοί διωγμοί που υφίστανται οι φορείς του ιού και οι ασθενείς του A.I.D.S αποτελούν απόδειξη για αυτό. Καμιά από τις ασθένειες που εμφανίστηκαν κατά τη διάρκεια του αιώνα που διανύουμε καθώς και του προηγούμενου, δεν αναστάτωσε τόσο τις κοινωνικές δομές όλων των χωρών όσο το A.I.D.S. Η κοινωνική κρίση που προκλήθηκε από την νόσο οφείλεται στον τρόπο μετάδοσης της. Το γεγονός της μετάδοσης της νόσου μέσω της ερωτικής επαφής επανεισήγαγε ουσιαστικά την έννοια του κινδύνου για την ζωή από την ερωτική πράξη, κάτι που είχε εξαφανιστεί από την εποχή που τα αφροδίσια νοσήματα έγιναν ιάσιμα και δεν αντιπροσώπευαν πια κίνδυνο για την ζωή των ανθρώπων.

Η έκρηξη της πανδημίας της νόσου που υπενθυμίζει στην κοινή γνώμη ότι ο άνθρωπος είναι θνητός, αποσταθεροποίησε και εξακολούθει να αποσταθεροποιεί τις κοινωνικές συμβάσεις. Η σύγχρονη κοινωνία αντέδρασε, αρχικά τουλάχιστον, με φόβο και αγνόησε τις κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες της επιδημίας. Είναι ευνόητο ότι μια επιδημία αυτής της έκτασης επηρεάζει σημαντικά τις ανθρώπινες σχέσεις και συμπεριφορές αφού συντελεί στη μεταβολή των κοινωνικών δεσμών και διαφοροποιεί τις μορφές αλληλεγγύης και αποκλεισμού. Ταυτόχρονα, προκαλεί οδυνηρές ψυχοσωματικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις στα άτομα τα οποία έχουν προσβληθεί από τον ιό. Από το εύρος και την ένταση των επιπτώσεων δεν είναι φυσικά δυνατόν να μην επηρεαστεί και το οικογενειακό, φιλικό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον των οροθετικών ατόμων. Η εξάπλωση της επιδημίας της λοίμωξης και νόσου HIV επέφερε κοινωνικές αντιδράσεις όμοιες με αυτές που εμφανίστηκαν στις μεγάλες επιδημίες του περασμένου αιώνα. Μια άλλη κοινωνική επίπτωση του A.I.D.S είναι η αντίδραση προς τις φιλελεύθερες σχέσεις που υιοθετήθηκαν τα τελευταία χρόνια.

Μια άλλη συνέπεια του A.I.D.S ήταν ο διαχωρισμός των θυμάτων σε “αθώα” και “ένοχα”. Αθώα θεωρήθηκαν οι άνθρωποι που μολύνθηκαν κατόπιν μετάγγισης αίματος και παραγώγων του και τα παιδιά οροθετικών ατόμων, ενώ ένοχοι οι τοξικομανείς και οι ομοφυλόφιλοι. Ο στιγματισμός ανθρώπων με A.I.D.S θα μπορούσε να οδηγήσει στον αποκλεισμό τους από τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής περίθαλψης. Η ετεροφυλική διασπορά δραματοποιεί κυριολεκτικά το ρόλο της γυναίκας και του παιδιού στην οικογένεια και στην κοινωνία. Εκτός από τα παιδιά που έχουν μολυνθεί και θα πεθάνουν, πρόβλημα δημιουργείται και για αυτά των οποίων οι γονείς είναι φορείς της λοίμωξης HIV ή νοσούν ήδη. Έτσι πολλά παιδιά μένουν ορφανά, ενώ προβλήματα δημιουργούνται και με τα μολυσμένα παιδιά τα οποία δεν θα μπορούν να αξιοποιηθούν σαν εργατικό δυναμικό μίας χώρας μελλοντικά.

Τα κοινωνικά προβλήματα που έχουν ανακύψει από τη λοίμωξη και νόσο HIV πρέπει να αντιμετωπισθούν άμεσα προκειμένου να στηριχθεί η δομή της κοινωνίας. Καθίσταται επιτακτική λοιπόν η ανάγκη αφ' ενός κατάλληλης οργάνωσης της φροντίδας ασθενών με λοίμωξη HIV και αφ' ετέρου παθολογικής κατανομής των υφισταμένων πόρων, σύμφωνα με τις ανάγκες των ασθενών καθώς και με το παραγόμενο έργο από τις υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον θα πρέπει να εξευρεθούν τρόποι με τους οποίους οι άνθρωποι να μπορούν να εξερευνήσουν μια σειρά από

ασφαλείς, ακίνδυνες, σεξουαλικές επιλογές διατηρώντας παράλληλα την ευθύνη τους για την υγεία των άλλων.⁹

8.1.2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ: ΜΙΑ ΑΠΑΡΑΔΕΚΤΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ

Όταν, πριν από είκοσι χρόνια, το AIDS εμφανίζεται για πρώτη φορά στο διεθνή ορίζοντα και αναγνωρίζεται ως πρόβλημα των περιθωριακών ομάδων, η κοινωνική απομόνωση θεωρήθηκε η καλύτερη λύση. Σήμερα όμως, που κατέχει δεσπόζουσα θέση μεταξύ των σοβαρών ζητημάτων της παγκόσμιας κοινότητας και αποτελεί μια σοβαρή απειλή για όλους μας, η κατάσταση είναι τελείως διαφορετική. Η ιδιαιτερότητα, βέβαια, της αρρώστιας που είναι συνυφασμένη με τη ζωή και το θάνατο, δημιουργεί προβλήματα στα μολυσμένα από τον ιό άτομα και το κοινωνικό τους περιβάλλον. Αυτή καθεαυτή η γνώση της ασθένειας, αρχίζει να τροποποιεί τη στάση τόσο του ίδιου του ατόμου προς το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον όσο και αντίστροφα. Το κοινωνικό στίγμα είναι τρομερό. Η απομόνωση δε λύνει το πρόβλημα. Αντίθετα δημιουργεί καινούργιες ανεπιθύμητες καταστάσεις. Οι φορείς και οι ασθενείς αποκρύπτουν την πάθησή τους και ο κίνδυνος της μόλυνσης γίνεται πολύ μεγαλύτερος. Επιπλέον, τα ψυχολογικά προβλήματα των ασθενών είναι πολλά και δυσεπίλυτα.

Σ' αυτή τη φάση είναι ιδιαίτερα χρήσιμη η κατανόηση της οικογένειας και η ανάμειξη της με τη φροντίδα του ασθενούς. Το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό που καλείται να περιθάλψει τους ασθενείς του AIDS αισθάνεται φόβο μπροστά σε μια τόσο θανατηφόρα επιδημία και νιώθει την ανεπάρκειά του να αντιμετωπίσει τη θνησιμότητα της ασθένειας. Ο φόβος και η απογοήτευση των ασθενών με AIDS για τους Χριστιανούς είναι μια μεγάλη πρόκληση. Ο Θεός μπορεί να εργαστεί θαυμάσια κι όταν ακόμα τα πράγματα είναι τελείως συγκεχυμένα. Το λυπηρό είναι ότι πολλοί από μας δε δείχνουμε έλεος και ευσπλαχνία. Αντίθετα, παίρνουμε τη θέση του κριτή. Ο Ιησούς Χριστός δεν έδωσε ποτέ κανένα. Ο Μεγάλος Ιατρός μας καλεί, υγειονομικούς και μη, να δείξουμε αγάπη χωρίς όρια. Πότε θα μάθουμε να φροντίζουμε τους ανθρώπους που ο Θεός φέρνει στο περιβάλλον μας; Είτε κληθούμε να περιθάλψουμε αρρώστους με AIDS είτε όχι, είναι ανάγκη να αποβάλουμε τις προκαταλήψεις μας και να δείξουμε έμπρακτα την αγάπη του Χριστού.

Ο κοινωνικός στιγματισμός και οι διακρίσεις απέναντι στους ανθρώπους που πάσχουν από HIV/AIDS (PLWA) βασίζονται αλλά και ενδυναμώνουν κοινωνικά στερεότυπα και ανισότητες, όπως ότι "οι γυναίκες είναι κατώτερες από τους άνδρες και οι μαύροι από τους λευκούς", "οι ιερόδουλες δεν έχουν δικαιώματα", "οι τοξικομανείς και οι ομοφυλόφιλοι τιμωρούνται για τις επιλογές τους". Κατά συνέπεια, μέλη των παραπάνω κατηγοριών πέφτουν συχνά θύματα άνισης μεταχείρισης, εξαιτίας της επικρατούσας αντίληψης που τα κατατάσσει στις ομάδες υψηλού κινδύνου.

Η διακήρυξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, όπως και η αφρικανική σύμβαση απαγορεύουν οποιαδήποτε διάκριση βασίζεται στη φυλή, το χρώμα της επιδερμίδας, το φύλο, τη γλώσσα, τη θρησκεία, τις πολιτικές πεποιθήσεις, την εθνικότητα, την εθνοτική και κοινωνική καταγωγή, την περιουσία, την αναπηρία, την προέλευση ή οποιοδήποτε άλλο status (ιδιότητα-κατάσταση). Βάσει μάλιστα των πρόσφατων ομόφωνων ψηφισμάτων της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, η έννοια "άλλο status" καλύπτει και την κατάσταση της υγείας ενός ανθρώπου, καθιστώντας παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων κάθε πράξη άνισης μεταχείρισης ενάντια στους PLWA. Η UNAIDS διαπιστώνει ότι οι PLWA

υφίστανται κοινωνικές διακρίσεις σε πολλά επίπεδα, καθώς στιγματίζονται όχι μόνο για την κατάσταση της υγείας τους, αλλά και με βάση τα ισχύοντα στερεότυπα που προαναφέρθηκαν. Σε αυτό το περιβάλλον η πιο ευάλωτη κατηγορία είναι εκείνη της "φτωχής μαύρης-ανατολικοευρωπαϊκής-οροθετικής γυναίκας" ...^{3,5}

8.2.1. ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ

Επειδή το AIDS πρωτοεμφανίστηκε σαν η νόσος που έπληξε τα άτομα τα χαρακτηριζόμενα από ιδιαίτερες συμπεριφορές όπως οι ομοφυλόφιλοι, οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών ή γυναίκες ελεύθερων ηθών, εύκολα η κοινή γνώμη συνέδεσε τον τρόπο διαβίωσης του ατόμου με αίτια που συντελούν στη μετάδοση του ιού. Υπάρχει λοιπόν κίνδυνος να συνδεθεί άδικα η δική του σεξουαλική ζωή με την νόσο του AIDS, καθώς η κοινωνία απορρίπτει ``μη κατεστημένους`` τρόπους σεξουαλικής ζωής. Ο τρόπος που το άτομο εκδηλώνει την σεξουαλικότητα του συνδέθηκε πολλές φορές άδικα με τον θάνατο, για το λόγο, ότι η κοινωνία δύσκολα αποδέχεται τρόπους ζωής μη κατεστημένους.

Έτσι π.χ το γεγονός ότι το AIDS μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή μπορεί να προκαλέσει σε άτομα που πάσχουν από τον ιό αισθήματα σύγχυσης ή ενοχής, όταν η σεξουαλική τους συμπεριφορά δεν γίνεται κοινωνικώς αποδεκτή. Η αποδοχή από την κοινωνία της ομοφυλοφιλίας, που επιτεύχθηκε μετά από πολλούς αγώνες, τείνει σήμερα να ανανεωθεί εκ νέου.

8.2.2. Η ΠΕΡΙΘΩΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΕΙΣ ΒΑΡΟΥΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Οι αντιδράσεις του κοινωνικού συνόλου στο πρόβλημα του AIDS είναι ποικίλες. Μπορεί να συναντήσει κανείς άτομα τα οποία αμυνόμενα από φόβο του AIDS, υποκρίνονται πως το αγνοούν, όπως επίσης και μπορεί να συναντήσει άτομα, τα οποία πιστεύουν πως απέχουν του κινδύνου, επειδή το AIDS πλήττει μόνο ορισμένες ομάδες χαρακτηριζόμενες ``υψηλού κινδύνου``. Αντίθετα όμως οι αντιδράσεις του κοινωνικού συνόλου, είναι σχεδόν πάντοτε ίδιες για τα άτομα που έχουν ήδη AIDS, τους συντρόφους τους, τις οικογένειες τους και τους φίλους τους. Γίνονται διακρίσεις, οι οποίες δυστυχώς οφείλονται στην άγνοια (κακή ενημέρωση). Αυτή η άγνοια δημιουργεί δυσκολία στον ασθενή να ανταπεξέλθει την περιθωριοποίηση.⁶⁰

8.2.3. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ AIDS

Η διάγνωση του AIDS προκαλεί, στις περισσότερες περιπτώσεις, κρίση στον ασθενή. Η κρίση αυτή χαρακτηρίζεται κυρίως από άγχος και σύγχυση. Ο ασθενής φοβάται την ασθένεια, την εξαθλίωση και το θάνατο. Δεν γνωρίζει τι πρόκειται να του συμβεί. Δεν ξέρει σε ποιον πρέπει να απευθυνθεί και τι ακριβώς να πει. Φοβάται ότι θα μολύνει άλλους (τώρα ή ότι το έχει κάνει ήδη στο παρελθόν). Αισθάνεται την απειλή κοινωνικών διακρίσεων, φοβάται την απώλεια της εργασίας του και τη μείωση του εισοδήματός του. Φοβάται επίσης την απομόνωση και την εξάρτηση από τους άλλους. Ο τρόπος με τον οποίο ζει και ο τρόπος με τον οποίο εκφράζει τη

σεξουαλικότητα του τίθεται ξαφνικά υπό αμφισβήτηση. Η προσωπικότητα του φαίνεται να έχει πληγεί.

Αισθάνεται ότι πρέπει να αλλάξει τα πάντα: την προσωπική ζωή, τις σχέσεις του, τη σεξουαλικότητα του, τα πιστεύω του, τους φίλους του, την οικογένεια και την εργασία του.

Καθοριστικό ρόλο στην ψυχολογική του κατάσταση διαδραματίζουν δύο ερωτήματα: Πρώτον: σε ποιόν να εκμυστηρευτεί τι του συμβαίνει και σε ποιόν όχι. Δεύτερον: τι πρέπει να κάνει και τι μπορεί να κάνει. Προτού αναλυθούν τα δύο αυτά ερωτήματα θα πρέπει να τονισθεί ότι δεν υπάρχει κάποιος γενικός κανόνας που πρέπει να ακολουθείται και να ισχύει για όλους. Ο καθένας ακολουθεί επί του προκειμένου το δικό του δρόμο και συνήθως αντιμετωπίζει άγχος, σύγχυση, δυσκολίες, αλλά δοκιμάζει συγχρόνως και τις ικανότητες του.

8.2.4. ΣΕ ΠΟΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΚΜΥΣΤΗΡΕΥΤΕΙ ΚΑΙ ΣΕ ΠΟΙΑ ΟΧΙ

Ορισμένες φορές ο ασθενής παρουσιάζει μία τάση απομόνωσης. Άλλοτε πάλι θέλει να το εκμυστηρευτεί σε όλους. Οι αντιδράσεις αυτές είναι φυσιολογικές.

Είναι ωστόσο σημαντικό να συζητήσει κανείς τις ανησυχίες του, τους φόβους και την λύπη του με τουλάχιστον ένα πρόσωπο. Αυτό μπορεί να τον βοηθήσει να προσαρμοσθεί στη νέα κατάσταση.

Μπορεί επίσης να επιδιώξει κανείς επαφή με άλλα άτομα που πάσχουν από AIDS μέσω π.χ των συλλόγων υποστήριξης, συμπαράστασης φορέων και ασθενών με AIDS. Είναι καλό να υπάρχει σχέση εμπιστοσύνης με τα άτομα τα οποία πρόκειται να συζητήσει κανείς τα παραπάνω. Γι' αυτό το λόγο πρέπει κανείς πρώτα να σκεφτεί ποια πρόσωπα θεωρεί ότι είναι φιλικά και έμπιστα γιατί είναι σημαντικό να ξέρει ως ποιο βαθμό μπορεί να βοηθηθεί από αυτά. Συχνά τα άτομα αυτά είναι λίγα. Ο ασθενής πρέπει να συζητήσει μαζί τους τι σημαίνει για αυτόν η αρρώστια και τι είδους στήριξη θα ήθελε από αυτούς. Σημαντικό δεν είναι μόνο με ποια άτομα θα μιλήσει κανείς αλλά και τι ακριβώς θα πει.

Αργότερα μπορεί κανείς να σκεφθεί εάν επιθυμεί να το ανακοινώσει σε περισσότερους ανθρώπους. Πρέπει ωστόσο κανείς να έχει υπόψη του ότι οι πρώτες αντιδράσεις των ανθρώπων θα είναι ιδιαίτερα έντονες, επειδή και αυτοί θα αισθανθούν άγχος, σύγχυση και λύπη. Μπορεί ως εκ τούτου να χρειασθεί να περάσει κάποιο χρονικό διάστημα έως ότου μπορέσουν να αφιερώσουν την φροντίδα τους στον ασθενή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να κινδυνεύει κανείς να αισθανθεί ότι τον απορρίπτουν.

Ορισμένα άτομα αδυνατούν να αντιδράσουν θετικά στο γεγονός ότι ένας φίλος ή ένα μέλος της οικογένειας τους πάσχει από AIDS. Πολλές φορές τα άτομα αυτά ανήκουν στον κύκλο των προσώπων από τα οποία ο ασθενής προσδοκούσε βοήθεια. Αυτό είναι πολύ οδυνηρό. Από την άλλη πλευρά ο ασθενής μπορεί να βρεί απρόσμενη βοήθεια από συγγενείς και φίλους τους οποίους δεν θεωρούσε και τόσο έμπιστους.⁶⁰

8.2.5. ΠΑΡΕ ΤΗΝ ΖΩΗ ΣΤΑ ΧΕΡΙΑ ΣΟΥ

Όταν κανείς δεχθεί το πρώτο χτύπημα στρέφεται στην επόμενη ερώτηση: **πως θα ζήσω με το AIDS;**

Φαίνεται ότι το AIDS κάνει τα άτομα να αισθάνονται ανίσχυρα. Στις κοινωνίες έχουμε μάθει να νικούμε τις αρρώστιες αντί να ζούμε με αυτές. Το γεγονός

ότι δεν μπορούμε να νικήσουμε μια αρρώστια ισοδυναμεί με αδυναμία, εξάρτηση και έλλειψη ελέγχου της ζωής του ασθενούς.

Μπορεί ωστόσο κανείς να εξετάσει υπό ποιες προϋποθέσεις εξουσιάζει ακόμη την ζωή και πως μπορεί να διατηρήσει την δύναμη αυτή.

Πώς μπορεί κανείς να ενεργήσει ώστε να ζήσει όσο το δυνατόν περισσότερο ανεξάρτητος; Τα θέματα που έχει να τακτοποιήσει κανείς είναι η ανεξάρτητη κατοίκηση, η διατροφή, η προσωπική φροντίδα, αποφάσεις σχετικά με ιατρικές εξετάσεις, οικονομικές υποθέσεις, ασφάλειες, διαθήκη και κηδεία. Ποια ραντεβού πρέπει να κάνει επί του προκειμένου και με ποιόν; Τι πρέπει να αλλάξει για να γίνουν δυνατά τα παραπάνω; Πώς αντιδρούσε στο παρελθόν σε γεγονότα που του προκαλούσαν άγχος; Είναι ενδεχομένως δύσκολο να συγκρίνει τα γεγονότα αυτά με την σημερινή του κατάσταση, όμως πρέπει να λάβει υπόψη του γεγονότα όπως π.χ ο θάνατος ενός φίλου ή ενός μέλους της οικογενείας, απώλεια της εργασίας και ο τερματισμός μιας προσωπικής σχέσης. Πρέπει να προσπαθήσει να θυμηθεί ποιο πράγμα τον βοήθησε τότε, ποια πράγματα τον έκαναν να είναι ευχαριστημένος και τι τον έκανε να αισθάνεται τότε δυνατός. Πρέπει να προσπαθήσουμε να θυμηθούμε τα διδάγματα που είχαμε βγάλει τότε.

Από όλα αυτά μπορεί να μαζέψει χρήσιμες πληροφορίες που μπορούν να τον βοηθήσουν στην σημερινή κατάσταση. Πρέπει να προσπαθήσει να διευκρινίσει για ποιο λόγο αισθάνεται λύπη και θυμό. Συχνά, το περιβάλλον βγάζει γρήγορα το συμπέρασμα ότι τα αρνητικά συναισθήματα που αισθάνεται ο ασθενής οφείλονται στο γεγονός ότι αντιμετωπίζει το ενδεχόμενο του θανάτου. Ίσως οι άνθρωποι αυτοί να αισθάνονταν και οι ίδιοι αδύναμοι εάν αντιμετώπιζαν τον θάνατο. Αυτό σημαίνει ότι ενδεχομένως δεν είναι σε θέση και ίσως δεν μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή. Επίσης δεν ξέρουν τους λόγους για τους οποίους αυτός αισθάνεται αδύνατος και ακινητοποιημένος από το άγχος.

Όταν ο ασθενής μπορέσει να αντιμετωπίσει το άγχος, θα αισθανθεί λιγότερο αδύναμος.⁶⁰

8.3. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΝΑΚΥΠΤΟΥΝ

Τα περισσότερα από τα άτομα με λοίμωξη ή νόσο HIV, αντιμετωπίζουν προβλήματα που περιστρέφονται γύρω από την αβεβαιότητα και την προσαρμογή. Έχουν προταθεί διάφορα μοντέλα τα οποία προσπαθούν να εξηγήσουν την ψυχική διεργασία που βιώνει το άτομο από τη στιγμή που μαθαίνει ότι πάσχει από μια ασθένεια που θεωρείται ανίατη και σε όλη τη διάρκεια της εξέλιξής της. Ένα από τα δημοφιλέστερα, προτάθηκε από την Kubler - Ross το 1969 (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1999). Η Kubler - Ross εστίασε την προσοχή της κυρίως σ' αυτούς που πεθαίνουν και όχι σ' αυτούς που διέρχονται τη διαδικασία της θλίψης έπειτα από μια σημαντική απώλεια. Στήριξε τη θεωρία της σε παρατηρήσεις ασθενών που έπασχαν από ανίατες ασθένειες. Σύμφωνα μ' αυτή, τα άτομα που πρόκειται να πεθάνουν περνούν από διάφορα στάδια -τα οποία παρουσιάζουμε παρακάτω- τα οποία περιλαμβάνουν πολλά και συχνά αντιφατικά συναισθήματα.⁹

Α. Στάδιο της άρνησης: Η αρχική αντίδραση κάποιου που πληροφορείται ότι πάσχει από μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια (μετά το σοκ που ίσως προκληθεί) είναι αυτή της άρνησης. Η άρνηση, σ' αυτή την περίπτωση, αποτελεί ένα φυσιολογικό μηχανισμό άμυνας που λειτουργεί προστατευτικά για το άτομο το οποίο

αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα ως απειλητική. Έτσι λοιπόν αρνείται το γεγονός της αρρώστιας του καθώς και των επιπτώσεων της.

Β. Στάδιο του θυμού: Η άρνηση του ασθενούς αντικαθίσταται από συναισθήματα οργής και θυμού τα οποία προβάλλονται και σε άλλους. Ο θυμός του ασθενούς μπορεί να έχει σαν στόχο το θεό, τη μοίρα ή μπορεί να απευθύνεται σε κάποιο μέλος της οικογένειας ή στο γιατρό. Όταν ο θυμός του ασθενή διοχετεύεται στον ίδιο του τον εαυτό, τότε ο ασθενής βιώνει ενοχές οι οποίες σύμφωνα με τον Doka (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999), μπορεί να πάρουν τις εξής μορφές:

α. Το άτομο αισθάνεται ένοχο γιατί το ίδιο, με τον τρόπο ζωής του προκάλεσε την ασθένεια (causation guilt).

β. Το άτομο νιώθει ενοχή ερμηνεύοντας την αρρώστια του ως "τιμωρία" για κάποιες πράξεις του μη ηθικές τις οποίες αξιολογεί αρνητικά (moral guilt).

γ. Νιώθει ενοχές για τις ευκαιρίες που έχασε στη ζωή του και όσα δεν πρόλαβε να ολοκληρώσει. Παράλληλα νιώθει ένοχο επειδή ίσως αποτελεί βάρος για την οικογένειά του (role guilt). Αυτές οι μορφές ενοχής είναι συνηθισμένες σε άτομα τα οποία μαθαίνουν ότι είναι φορείς της λοίμωξης HIV.

Δ. Στάδιο της κατάθλιψης: Καθώς το άτομο συνειδητοποιεί το γεγονός του επερχόμενου θανάτου και της απώλειας, βιώνει αισθήματα κατάθλιψης. Σύμφωνα με την Kubler -Ross η κατάθλιψη αυτού του σταδίου μπορεί να είναι:

α. αντιδραστική (όταν σχετίζεται με απώλειες που ο ασθενής βιώνει μέσα στο παρόν καθώς αναλογίζεται πως ήταν στο παρελθόν) ή

β. προπαρασκευαστική - όταν ο ασθενής σκέφτεται τις απώλειες οι οποίες πρόκειται να έλθουν εν' όψει του επικείμενου θανάτου. Η κατάθλιψη εκδηλώνεται με ποικίλα συμπτώματα όπως θλίψη, απαισιοδοξία, απόγνωση. Οι αντιδράσεις αυτές είναι φυσιολογικές και το άτομο πρέπει να ενθαρρύνεται να εκφράζει τα συναισθήματα του γιατί έτσι έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να τα κατανοήσει και να τα αποδεχθεί.

Ε. Στάδιο της αποδοχής: Έχοντας περάσει απ' όλα τα παραπάνω στάδια, το άτομο συμβιβάζεται με το γεγονός και δέχεται την πραγματικότητα του επικείμενου θανάτου του. Στο στάδιο αυτό ο άρρωστος έχει αποκτήσει εσωτερική γαλήνη και ηρεμία. Έχει συμφιλιωθεί με την ιδέα του θανάτου και νιώθει ψυχολογικά ήρεμος. Σύμφωνα με την Kubler-Ross, τα στάδια αυτά δεν διαδέχονται αυστηρά το ένα το άλλο, αλλά μπορεί να συνυπάρχουν ή να εμφανίζονται σε διάφορες φάσεις της ασθένειας. Οι ατομικές διαφορές και η

προσωπικότητα του ασθενούς παίζουν σημαντικό ρόλο στον τρόπο που θα βιώσει και θα αντιμετωπίσει κάποιος μια τέτοια κατάσταση, γενεσιουργό άγχους.

Η μόλυνση από τον HIV ταυτίζεται με την έναρξη του πρώτου σταδίου της ασθένειας ενώ υπάρχει μια λανθάνουσα περίοδος, το μεσοδιάστημα, έως ότου να εμφανισθούν τα συμπτώματα με την οποία εκδηλώνεται. Το AIDS θεωρείται ως το τελευταίο από τα τρία στάδια της νόσου. Η λανθάνουσα αυτή περίοδος, η οποία μπορεί να διαρκέσει αρκετά χρόνια, κάνει την περίπτωση των μολυσμένων από τον HIV ατόμων ιδιαίτερη, από την άποψη ότι πάσχουν από μια ασθένεια μη ιάσιμη ακόμη και χρόνια. Η χρόνια φάση μιας ασθένειας μπορεί να οριστεί ως μια περίοδος που ξεκινά από τη στιγμή της διάγνωσης της ασθένειας και εκτείνεται ως την τελική έκβαση της ασθένειας είτε αυτή είναι η ίαση είτε ο θάνατος του ατόμου. Η χρόνια αυτή φάση είναι αρκετά δύσκολη περίοδος για τα άτομα με λοίμωξη HIV, κυρίως επειδή η έκβαση της νόσου είναι αβέβαιη. Το επακόλουθο είναι να συνοδεύεται από χρόνιο άγχος.

Τα θέματα που ανακύπτουν από τη διάγνωση μιας ασθένειας όπως η λοίμωξη HIV είναι πολλά. Στην συνέχεια θα περιγραφούν τα πιο σημαντικά απ' αυτά, τα οποία αποτελούν και τα κύρια θέματα τα οποία θα πρέπει να διαπραγματευτεί ο Σύμβουλος με τον ασθενή κατά τη διάρκεια της συμβουλευτικής παρέμβασης. Ο Σύμβουλος ή το προσωπικό υγείας θα πρέπει να συζητήσει με τον ασθενή κάποια προσωπικά θέματα που είναι πιθανόν να ανακύψουν από την HIV λοίμωξη και νόσο. Τα θέματα αυτά απαιτούν ιδιαίτερο χειρισμό (στο θέμα αυτό επανερχόμαστε παρακάτω) και προκύπτουν κυρίως από την αίσθηση της αβεβαιότητας καθώς και από άγχος και ανησυχία. Η αβεβαιότητα μπορεί να σχετίζεται με τα παρακάτω θέματα:

- α. το αν θα αναπτύξει τη νόσο HIV (φόβοι για την ασθένεια, τον πόνο, το θάνατο),
- β. το αν οι φίλοι του και η οικογένεια του θα τον απορρίψουν ή θα τον στηρίξει συναισθηματικά και ψυχολογικά,
- γ. το αν η θεραπεία στην οποία θα υποβληθεί θα βοηθήσει ή όχι,
- δ. την πορεία της ασθένειας,
- ε. την έλλειψη πλήρους κατανόησης με την λοίμωξη HIV και νόσο.

Η ανησυχία και το άγχος μπορεί να σχετίζονται με:

- α. την πρόγνωση της ασθένειας,
- β. τις οικογενειακές συγκρούσεις,
- γ. τα προβλήματα με τους φίλους,
- δ. τα προβλήματα στη δουλειά,
- ε. τα οικονομικά προβλήματα,
- στ. τα προβλήματα στέγης. ⁹

ΣΤ. Θέματα Εαυτοεικόνας: Τα ορατά αποτελέσματα της νόσου μπορεί να προσθέτουν φόβους σχετικά με τον στιγματισμό ή την απόρριψη του ατόμου από το κοινωνικό περιβάλλον. Σ' αυτά περιλαμβάνονται η υπερβολική αδυναμία, οι δερματικές βλάβες (αλλοιώσεις) όπως η αγγειοσαρκωμάτωση (Kaposi's sarcoma) κ.α. Θα πρέπει να βρεθούν και να συζητηθούν τρόποι για να αντεπεξέλθει το άτομο στην ασθένεια του τόσο φυσικά όσο και συναισθηματικά. Θα πρέπει επίσης να προταθούν

στο άτομο τρόποι οι οποίοι θα το βοηθήσουν να αισθανθεί καλύτερα με το σώμα του. Μπορεί για παράδειγμα να γίνουν προτάσεις για χρήση καλλυντικών ή ρούχων που θα καλύπτουν την υπερβολική αδυναμία του ατόμου.

Z. Το Θέμα της Αυτοκτονίας: Τα άτομα με λοίμωξη HIV είναι πολύ πιθανό να σκέπτονται την αυτοκτονία και σε κάποιες περιπτώσεις να αποπειρώνται να την πραγματοποιήσουν. Η έκφραση τέτοιων σκέψεων πρέπει πάντα να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη και να συζητιέται με τον ασθενή. Όπου χρειάζεται πρέπει να γίνεται παραπομπή σε ψυχολόγο ή ψυχίατρο. Σύμφωνα με τους Miller & Bor (1991), ορισμένοι παράγοντες που προκαλούν αυτές τις σκέψεις στο άτομο είναι:

- α. η γνώση μιας ανίατης και θανατηφόρας ασθένειας,
- β. η προσπάθεια να μην γίνει βάρος στους άλλους,
- γ. ο φόβος της ασθένειας, του πόνου και του θανάτου,
- δ. η προσπάθεια να προκαλέσει την προσοχή των άλλων,
- ε. η προσπάθεια να ελέγξει μια ασθένεια η οποία μπορεί να τον ελέγξει ολοκληρωτικά,
- στ. το άγχος που προκύπτει απ' όλα τα παραπάνω,
- ζ. θρησκευτικές ή άλλου είδους πεποιθήσεις.

Μερικά άτομα έχουν δυνατά θρησκευτικά πιστεύω τα οποία μπορεί να επηρεάσουν την αντίληψη τους σχετικά με:

- α. την σεξουαλική συμπεριφορά,
- β. την ασθένεια και τη θεραπεία,
- γ. το θάνατο,
- δ. τη ζωή μετά το θάνατο,
- ε. την αυτοκτονία.⁹

8.4. Η ΠΡΑΚΤΙΚΗ

Ο ασθενής που πάσχει από AIDS, περνά από τα συναισθήματα πολλές φορές, επειδή πρέπει να ξεπεράσει μία νέα επώδυνη είδηση. Άλλοτε ότι πάσχει από πνευμονία, άλλοτε μπορεί να ακούσει ότι έχει μολυνθεί από τοξοπλάσμωση και κάποια άλλη φορά πρέπει να αποφασίσει αν θα εξακολουθήσει να εργάζεται ή όχι. Υπάρχουν πολλά σχετικά παραδείγματα.

Τόσο ο ασθενής που πάσχει από AIDS όσο και τα πρόσωπα από το άμεσο περιβάλλον του ζουν την εν λόγω κατάσταση με το δικό τους προσωπικό τρόπο. Ως εκ τούτου βιώνουν τις εμπειρίες τους διαφορετικά. Έτσι, το ίδιο περιστατικό με τις ίδιες συνθήκες προκαλεί διαφορετικά συναισθήματα σε διαφορετικούς ασθενείς. Γι' αυτό το λόγο πρέπει κανείς να προσπαθεί να ακούει τις εμπειρίες του άλλου χωρίς να θέλει να τις προσαρμόσει στην δική του ψυχοσύνθεση αλλά και χωρίς να τις απορρίπτει. Έτσι, αποφεύγονται τα συναισθήματα της μοναξιάς και της απόρριψης.

Στην κοινωνία μας επικρατεί η τάση καταπίεσης ή αποδυνάμωσης των ισχυρών συναισθημάτων. Πόσες φορές δεν καθησυχάζεται κάποιος με παρατηρήσεις όπως: «Έλα δεν είναι τίποτα. Δεν είσαι ο μόνος. Μην κλαις τώρα, αύριο θα το έχεις ξεχάσει. Δεν αντέχω όταν είσαι θυμωμένος».

Τέτοιες παρατηρήσεις απλώς και μόνο εμποδίζουν την διαδικασία του πένθους. Για να ανακουφισθεί κανείς από τον πόνο, πρέπει να μπορεί να εκφράσει αυτά τα συναισθήματα. Δεν είναι παράξενο ή ενοχλητικό εάν κανείς, σε μια τέτοια

δύσκολη κατάσταση, δεν ξέρει τι να κάνει με τα συναισθήματα του. Αντιθέτως! Ο ασθενής χρειάζεται να εκφράσει τα πεσιμιστικά του συναισθήματα και το περιβάλλον του να μπορεί να τα ακούσει και να τα αντέξει, δίνοντας του συγχρόνως χρόνο, φροντίδα και υποστήριξη.⁶⁰

8.4.1. ΙΣΧΥΡΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΕΓΩ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ

Όπως αναφέραμε και προηγουμένως, ένα από τα δυσκολότερα πράγματα που αντιμετωπίζει ένας ασθενής είναι τα συναισθήματα αδυναμίας, εξάρτησης, ανασφάλειας, και απώλειας του ελέγχου που έχει στη ζωή του.

Στο σημείο αυτό θα αναφερθούν ορισμένοι ακόμη τρόποι που θα βοηθήσουν τον ασθενή να αποδεχθεί τη μερική εξάρτηση του και να γίνει κυρίαρχος της ζωής.

8.4.2. Η ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΝΑ ΑΠΟΛΑΜΒΑΝΕΙ ΚΑΝΕΙΣ ΤΙΣ ΣΤΙΓΜΕΣ ΔΗΛΑΔΗ ΤΟ «ΕΔΩ ΚΑΙ ΤΩΡΑ»

Μπορεί ένα ασθενή να τον απασχολούν οδυνηρά γεγονότα του παρελθόντος από τα οποία δεν μπορεί να απαλλαγεί. Μπορεί επίσης να προβληματίζεται για το μέλλον του. Όταν κανείς αφιερώνει μεγάλο μέρος των σκέψεων του στο παρελθόν ή στο μέλλον απολαμβάνει λιγότερο την ζωή, δηλαδή δεν απολαμβάνει το σήμερα. Αυτό είναι κρίμα.

Ένα απλό παράδειγμα: κάθεται κάποιος αναπαυτικά πίνοντας ένα φλυτζάνι καφέ, διαβάζοντας ένα ωραίο περιοδικό και ακούγοντας την αγαπημένη του μουσική, παρόλα αυτά η σκέψη του τριγυρίζει στην επίσκεψη που πρέπει να κάνει την επόμενη εβδομάδα στο γιατρό. Έτσι ασχολείται με το μέλλον και χάνει την απόλαυση του παρόντος. Για να μπορεί κανείς να απολαύσει τις ωραίες πλευρές της ζωής πρέπει να συγκεντρώνει συχνά και συνειδητά την προσοχή του στο τώρα. Δεν ζει κανείς αύριο, αλλά σήμερα. Εάν αισθάνεται άγχος μπορεί να βοηθήσει τον εαυτό του ως εξής: ``τώρα`` δεν χρειάζεται να έχω άγχος, ακόμα και κατά την διάρκεια της επίσκεψης στον γιατρό, είναι νωρίς ακόμα για να έχω άγχος, τώρα κάθομαι αναπαυτικά...

Εάν το παρελθόν ή το μέλλον απασχολούν αρκετά τον ασθενή- κάτι που είναι άλλωστε και κατανοητό- χρειάζεται να προσπαθήσει να βρει διεξόδους, ώστε να μην τον απασχολούν πια τα προβλήματα του παρελθόντος. Όσον αφορά την «αγωνία του μέλλοντος» μία οργάνωση της σκέψης του θα μπορούσε να τον βοηθήσει. Όταν οργανώσει λοιπόν την σκέψη του πιθανότατα θα σταματήσει να σκέφτεται την επίσκεψη στο γιατρό και θα επικεντρώσει την προσοχή του στο σήμερα, ζώντας και ταυτόχρονα απολαμβάνοντας απλά καθημερινά πράγματα, όπως το να ακούει μουσική ή να διαβάζει κάποιο περιοδικό.

Όλα αυτά μπορεί να φαίνονται απλά. Έχει όμως διαπιστωθεί ότι αυτή η ψυχική διεργασία δεν είναι και τόσο εύκολη. Χρειάζονται συνεχείς προσπάθειες και άσκηση του νου ώστε να μπορέσει κανείς να απαλλαγεί από το άγχος του και να απολαύσει την ζωή.⁶⁰

8.4.3.ΝΑ ΘΕΤΕΙ ΚΑΝΕΙΣ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΟΥΣ ΣΤΟΧΟΥΣ

Συνήθως έχουμε μάθει να προγραμματίζουμε μακροπρόθεσμα την ζωή μας, π.χ όσον αφορά την εργασία μας, τις σχέσεις μας. Η αβεβαιότητα που συνήθως φέρνει μαζί του το AIDS κάνει αδύνατα τα μακροπρόθεσμα σχέδια. Μια πρώτη αντίδραση είναι όταν ο ασθενής σταματά να προγραμματίζει για το μέλλον και αφήνει την ζωή του στην τύχη χωρίς κανένα προγραμματισμό. Αυτό που θα

μπορούσε να βοηθήσει τον ασθενή σε πρακτικό και ψυχολογικό επίπεδο είναι ο προγραμματισμός και η ύπαρξη βραχυπρόθεσμων στόχων. Έτσι ο άνθρωπος πρώτα χρειάζεται να βάλει βραχυπρόθεσμους στόχους, μετά να καταστρώνει ένα ``εφικτό, ρεαλιστικό`` σχέδιο που θα βασίζεται στην εκπλήρωση των διαφόρων σταδίων που χρειάζονται ώστε να φτάσει στον στόχο του. Είναι σημαντικό σε κάθε στάδιο ο ασθενής να βάζει μία ορισμένη ημερομηνία (την οποία και να τηρεί)

Αναφέρεται ένα παράδειγμα: ένας ασθενής σχεδίαζε πάντα να μάθει βιολοντσέλο. Τον μακροπρόθεσμο αυτό στόχο του μπορεί να τον διαχωρίσει σε επιμέρους βραχυπρόθεσμους στόχους:

1. Να αγοράσει ένα βιολοντσέλο.
2. Να μάθει να το παίζει.

Διαχωρίζει τον πρώτο σε ορισμένες βαθμίδες:

- Κοιτάει πόσα χρήματα του περισσεύουν.
- Βρίσκει ποιες είναι οι καλές μάρκες και που μπορεί να τις βρει.
- Ενημερώνεται σε ένα κατάστημα
- Αγοράζει το βιολοντσέλο.

3. Διαχωρίζει το δεύτερο στόχο στις εξής βαθμίδες:

- Μαθαίνει που μπορεί να παρακολουθήσει μαθήματα.
- Ψάχνει να βρει χώρο στον οποίο μπορεί να ασκείται.
- Αρχίζει όντως να παίζει.

Αντί να σκεφτεί ``πάσχω από AIDS, άρα πρέπει να ξεχάσω το βιολοντσέλο`` αρχίζει να εργάζεται βήμα προς βήμα προς την υλοποίηση του επιθυμητού τελικού στόχου του. Κάθε βήμα αποτελεί ένα μέρος του μακροπρόθεσμου στόχου. Για κάθε επιμέρους βήμα που ολοκληρώνεται, ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται υπερήφανος. Η αβεβαιότητα σχετικά με το αν θα επιτύχει τον τελικό του στόχο δεν είναι λόγος για να μην αρχίσει και να μην απολαμβάνει το ``σήμερα``.

8.4.4. ΕΛΠΙΔΑ



Η ιδέα της ``ελπίδας`` στις κοινωνίες έχει έννοια μόνο όταν υπάρχουν βασικές προϋποθέσεις για υλοποιηθεί. Έτσι πολλοί νομίζουν ότι ο ασθενής που πάσχει από AIDS δεν μπορεί ή δεν επιτρέπεται να ελπίζει. Η άποψη αυτή είναι λανθασμένη και απάνθρωπη.

Η έκφραση η ``ελπίδα δίνει ζωή`` ισχύει πάντοτε και για τον καθένα, είτε αυτός πάσχει από AIDS είτε όχι. Η ελπίδα για μια μακρόχρονη, ευτυχισμένη και υψηλού ποιοτικού επιπέδου ζωή μπορεί να γίνει πηγή έμπνευσης, να βοηθήσει τον άνθρωπο να θέσει στόχους, να παλέψει τις δυσκολίες και να πάρει πρωτοβουλίες.

Όταν δεν υπάρχει ελπίδα, λείπει και η ζωτική δύναμη που χρειάζεται κάποιος για να μπορέσει να απολαύσει τη ζωή του σήμερα. Μέσα στην ελπίδα βρίσκεται η πίστη για τις θετικές πλευρές της ζωής.⁶⁰

8.4.5. ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Το αμυντικό μας σύστημα μας προστατεύει από τα βακτηρίδια και τους ιούς. Υπάρχουν πολλοί τρόποι διατήρησης του αμυντικού μας συστήματος σε ικανοποιητικό επίπεδο. Οι συμβουλές που δίνονται εδώ για αυτό το θέμα είναι γενικώς γνωστές: σωστή διατροφή, κινητικότητα, επαρκής νυχτερινός ύπνος, όχι

υπερβολική κατανάλωση αλκοολούχων ποτών και καπνού. Το αμυντικό σύστημα μπορεί κανείς να το επηρεάσει και με το πνεύμα του.

Όταν έχουμε ένταση και άγχος, ορισμένοι μυς του σώματος μας είναι τεντωμένοι. Το φαινόμενο αυτό είναι μία φυσιολογικά αναμενόμενη αντίδραση.

Πρόκειται για μια κατάσταση επαγρύπνησης. Το σώμα πρέπει να είναι έτοιμο για δράση. Όμως η παρατεινόμενη κατάσταση έντασης και άγχους μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα υπερβολική κούραση, σωματικά ενοχλήματα και αρνητική επίδραση στο αμυντικό μας σύστημα. Τόσο η σωματική κούραση, όσο και τα πιθανά σωματικά ενοχλήματα που προέρχονται από το άγχος, μπορούν να τροφοδοτήσουν στον ασθενή νέα ένταση και άγχος, δημιουργώντας έτσι ένα ``φαύλο κύκλο``.

Το αμυντικό σύστημα ενός ατόμου μπορεί λοιπόν να επηρεασθεί από το άγχος. Οι περισσότεροι αγνοούν την σημασία που έχει για τη ``φυσική μας άμυνα`` η καταπολέμηση του άγχους μας. Είναι αυτονόητο ότι στην περίπτωση του AIDS το υπερβολικό άγχος αποτελεί ένα σημαντικό αρνητικό παράγοντα που εξασθενεί σε μεγάλο βαθμό το αμυντικό μας σύστημα.⁶⁰

8.5. ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ

Παραπάνω αναφέρθηκε τι μπορεί να κάνει μόνος του ο ασθενής που πάσχει από AIDS. Αναφέρθηκε επίσης τι πρέπει να κάνει για να είναι όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα ανεξάρτητος.

Συχνά όμως το AIDS έρχεται σαν μία πλημμύρα στη ζωή του ασθενή. Στη ζωή του και στη ζωή των ανθρώπων του άμεσου περιβάλλοντος του αλλάζουν πολλά πράγματα. Γι'αυτό το λόγο είναι προτιμότερο ο ασθενής να ζητάει τη βοήθεια των ατόμων που είναι ειδικά σ'αυτόν τον τομέα.

Ορισμένοι ασθενείς καθυστερούν να ζητήσουν μία τέτοια βοήθεια, είτε επειδή δεν θέλουν να επιβαρύνουν τους άλλους, είτε επειδή δεν θέλουν να παραδεχθούν ότι δεν μπορούν να κάνουν πια μόνοι τους ορισμένα πράγματα, που μπορούσαν στο παρελθόν.

Ωστόσο, πρέπει να γνωρίζει ότι είναι δικαίωμα του να ζητάει βοήθεια και όχι ντροπή του. Γι'αυτό το λόγο, άλλωστε, υπάρχουν και οι φορείς αγωγής. Τα άτομα που εργάζονται σε αυτούς έχουν εκπαιδευθεί και οφείλουν να παρέχουν βοήθεια. Η επίκληση βοήθειας δεν είναι για τον ασθενή σημείο αδυναμίας, αλλά αντιθέτως ανεξαρτησίας.

Είναι πολύ χρήσιμο για τον ασθενή να ζητά να μάθει τι γνώμη έχουν τα εξειδικευμένα αυτά άτομα για το γεγονός ότι αυτός πάσχει από AIDS ώστε να δημιουργηθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης όπου ο ασθενής θα αισθάνεται ασφαλής να εκφράσει τα συναισθήματα του. Είναι φυσικό λοιπόν, να περιμένει ο ασθενής ότι το εξειδικευμένο από προσωπικό μπορεί να είναι καλά ενημερωμένο και δέχεται να συζητήσει κάθε πρόβλημα που απασχολεί τον ασθενή, δηλαδή σεξουαλικότητα, χωρισμός, θυμός, λύπη, αδυναμία, ναρκωτικά.⁶⁰

8.5.1. ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΠΛΕΥΡΕΣ

Μπορεί η γενική στάση ζωής των ατόμων με AIDS να βασίζεται στο να προσπαθούν να επιλύουν όλα τα προβλήματα μόνοι τους. Σε μια δεδομένη όμως στιγμή βλέπουν ότι αυτό είναι αδύνατο. Τότε χρειάζεται να ζητήσουν βοήθεια πράγμα που το θεωρούν πολύ δύσκολο. Αυτό είναι τελείως φυσικό για διάφορους λόγους:

α. Ομολογούν στον εαυτό τους και στους άλλους ότι κάτι δεν πάει καλά. Δεν μπορούν πλέον να αποκρύψουν ότι έχουν πρόβλημα με την υγεία τους. Δεν έχουν στήριξη-υποστήριξη από κανέναν

β. Πιστεύουν πως αυτοί που τους προσφέρουν βοήθεια θα αναλάβουν την κηδεμονία τους και έτσι αισθάνονται ότι χάνουν τον έλεγχο της κατάστασης.

γ. Οι σχέσεις τους με τους φίλους τους που τους βοηθούν αλλάζει: γίνονται εξαρτημένοι πλέον από αυτούς.

δ. Δεν τολμάνε να ζητήσουν βοήθεια από φίλους επειδή δεν θέλουν να τους επιβαρύνουν καθώς πιστεύουν ότι η ζωή τους είναι ήδη επιβαρυνμένη.

ε. Υπάρχει ασάφεια στο είδος της βοήθειας που ζητάνε.

στ. Αισθάνονται πως πρέπει να δείχνουν την εκτίμηση και την ευγνωμοσύνη τους για τη βοήθεια που παίρνουν.⁶¹

8.5.2. ΘΕΤΙΚΕΣ ΠΛΕΥΡΕΣ

Υπάρχουν όμως και θετικές πλευρές όταν ζητάς την βοήθεια των άλλων:

1. Εμπιστεύεσαι-δένεσαι συναισθηματικά με κάποιον. Μοιράζεσαι μαζί του κάτι προσωπικό, δηλαδή την αρρώστια σου.
2. Ενισχύεται ο δεσμός σου με το πρόσωπο που σου παρέχει βοήθεια. Συνήθως το άλλο πρόσωπο αισθάνεται ικανοποιημένο που μπορεί να σου προσφέρει κάτι που χρειάζεσαι. Οι φίλοι σου δεν είναι πλέον αναγκασμένοι να κοιτούν χωρίς να μπορούν να κάνουν τίποτα.
3. Δεν είσαι πλέον μόνος στον αγώνα κατά του AIDS.
4. Εξοικονομείς χρόνο και ενέργεια για άλλα ζητήματα.

8.5.3. ANTIMETΩΠΙΣΗ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ

Η επίκληση βοήθειας δεν είναι ούτε σημείο αδυναμίας ούτε ηττοπάθειας, είναι απλώς μία πράξη στο πλαίσιο του αγώνα κατά του AIDS. Έτσι το να ζητάς βοήθεια θέλει ψυχική δύναμη και όχι αδυναμία. Το γεγονός ότι δέχεσαι βοήθεια από άλλους δεν σημαίνει ότι παρέδωσες την ευθύνη της υγείας σου σε κάποιον άλλον. Είναι μία απόφαση σου, που αφορά εσένα. Δεν πρέπει να αφήνεις τους άλλους να κάνουν πράγματα που εσύ μπορείς ή θέλεις να κάνεις μόνος σου, όσο και αν η πρόθεση τους είναι αξιόπαινη. Γι' αυτό πρέπει να είσαι πολύ σαφής τι είδους βοήθεια ζητάς από τους άλλους, ώστε ο άλλος να μπορεί να απαντήσει με ναι ή όχι. Το όχι δεν σημαίνει απόρριψη αλλά δική του αδυναμία να βοηθήσει.

Όταν τα θέματα στα οποία υπάρχουν αμφιβολίες δεν συζητούνται διεξοδικά, προκαλούνται εκνευρισμός, θυμός, αίσθημα ενοχής και δυσπιστία. Τέτοιου είδους καταστάσεις δεν είναι ευχάριστες. Ένας φίλος π.χ μπορεί να νοιώσει θυμό από το γεγονός ότι συζητά τα προβλήματα σου μόνο με την κοινωνική λειτουργό, επειδή αισθάνεται ότι κατ' αυτόν τον τρόπο βρίσκεται στο περιθώριο και ζητείται η βοήθεια του μόνον παρεπιμπτόντως. Άδικο, όμως συμβαίνει επειδή εσύ δεν ήθελες απλώς να τον επιβαρύνεις περαιτέρω. Γι' αυτό από την αρχή πρέπει κανείς να είναι σαφής και ειλικρινής στα κίνητρα, στις προθέσεις και τις ανάγκες του. Πρέπει να ζητάς βοήθεια με σοβαρό τρόπο. Να κάνεις σαφείς συμφωνίες και να θέτεις σαφή όρια. Τότε μόνο μπορούμε να γνωρίζουμε τι περιμένει ο ένας από τον άλλο. Ίσως αυτό να φαίνεται σκληρό, πλην όμως μια τέτοιου είδους στάση μπορεί να αποτρέψει πολλά προβλήματα και να οδηγήσει σε μία φιλία πιο ουσιαστική.⁶¹

8.5.4 .ΠΟΤΕ ΖΗΤΑ ΚΑΝΕΙΣ ΒΟΗΘΕΙΑ:

Γενικά ισχύει ο κανόνας ότι δεν πρέπει να χρονοτριβείς χωρίς να ζητήσεις βοήθεια. Υπάρχει κίνδυνος ο χρόνος που έχει απομείνει να μην επαρκεί για την ρύθμιση των προβλημάτων ή οι άλλοι να μην μπορούν πλέον να αρνηθούν. Είναι οδυνηρό και για τα δύο μέρη όταν η ανάγκη είναι τόσο πολύ μεγάλη και οι φίλοι ή οι φορείς αρωγής αδυνατούν να κάνουν οτιδήποτε. Αυτό μπορείς να το αποφύγεις ζητώντας έγκαιρα βοήθεια χωρίς να εξαντλήσεις τα όρια ανοχής σου.

8.5.5. ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΦΙΛΟΥΣ

Στην έννοια φίλοι περιλαμβάνονται επίσης οι σύντροφοι, τα μέλη της οικογένειας, οι γείτονες.

Τεράστια είναι η βοήθεια που μπορούν να προσφέρουν άλλα οροθετικά άτομα, επειδή μπορούν να μοιραστούν με αυτούς πράγματα που οι άλλοι δεν καταλαβαίνουν καλά, καθώς δεν βρίσκονται στην ίδια κατάσταση. Η βοήθεια αυτή συχνά παρέχεται υπό μορφή οργανωμένων ομάδων-συλλόγων. Οι οργανώσεις αυτές προστατεύουν τα συμφέροντα των ατόμων μελών τους.

8.5.6. ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΟΤΑΝ ΖΗΤΑΕΙ ΚΑΝΕΙΣ ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΦΙΛΟΥΣ

Σε περίπτωση βοήθειας εκ μέρους των φίλων μπορούν να δημιουργηθούν ορισμένα προβλήματα καθώς:

- Συχνά με έναν φίλο έχουν κοινά σημεία όπως π.χ την ίδια ηλικία ή την ίδια σεξουαλική προτίμηση. Μπορεί τότε ο φίλος των ατόμων με AIDS, να τους καταλάβει μεν απόλυτα, αλλά συγχρόνως υπάρχει ο φόβος να ταυτιστεί τόσο πολύ με την κατάσταση τους, ώστε να βιώνει τα δικά τους συναισθήματα όπως τον φόβο, την αγωνία, τον θυμό. Σε περίπτωση που παρατηρούν κάτι τέτοιο πρέπει να το συζητήσουν μαζί τους και πιθανώς να του συστήσουν να ζητήσει ψυχολογική δική του βοήθεια από ειδικό.
- Ένας φίλος μπορεί να έχει την τάση να ασχολείται υπερβολικά μαζί τους. Έχει όμως και την δική του προσωπική ζωή και μπορεί σύντομα να κουραστεί. Πρέπει να τον συμβουλεύουν να φροντίζει καλά τον εαυτό του. Στην πράξη αυτό σημαίνει ότι πρέπει να αναπαύεται αρκετά και να συνεχίσει τις κοινωνικές του επαφές.
- Δεν πρέπει να αφήνουν έναν φίλο να κάνει πράγματα που δεν του αρέσουν, έτσι ώστε να μπορεί να τους προσφέρει τη βοήθεια του για περισσότερο καιρό.⁶¹

8.5.7. ΤΙ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΚΑΝΟΥΝ ΟΙ ΦΙΛΟΙ

Μπορούν να κάνουν οτιδήποτε έχουν συμφωνήσει. Ορισμένες προτάσεις:

- ❖ Μπορούν να συνοδεύουν τα άτομα με AIDS στις διάφορες συναντήσεις. Ορισμένες φορές οι πάσχοντες μπορεί να αντιμετωπίζουν δυσκολίες όταν πρόκειται να επισκεφθούν έναν γιατρό, ένα νοσοκομείο, ένα δικηγόρο ή ένα συμβολαιογράφο. Ένας φίλος μπορεί να κρατά σημειώσεις και να βλέπει εάν έχουν απαντηθεί όλες οι ερωτήσεις τους

- ❖ Όταν χρειασθεί να νοσηλευτούν σε νοσοκομείο, ο φίλος αυτός μπορεί να ρυθμίσει τις εξωτερικές τους επαφές. Μπορεί να ρυθμίζει επίσης το επισκεπτήριο και να παρέχει τηλεφωνικώς πληροφορίες σε άλλους.
- ❖ Ο φίλος τους μπορεί να υποστηρίξει τα συμφέροντά τους, μπορεί να του κάνουν εξουσιοδότηση.
- ❖ Ένας φίλος μπορεί να βοηθήσει στη ρύθμιση πολλών υποθέσεων τους: ασφαλίσεις, συμβολαιογραφικές και οικονομικές υποθέσεις. Η ρύθμιση παρομοίων υποθέσεων είναι περίπλοκη και ορισμένες φορές χρονοβόρα. Οι ρυθμίσεις αυτές πρέπει ωστόσο να γίνουν έγκαιρα και με σωστό τρόπο.⁶¹

8.6. ΠΙΣΤΗ ΚΑΙ ΨΥΧΑΪΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Όταν μάθει κανείς ότι πάσχει από AIDS, ολόκληρη η ζωή του αναστατώνεται. Πέρα από το άγχος, την λύπη, την απελπισία, την ελπίδα και άλλων συναισθημάτων που διακατέχουν τον φορέα και ασθενή, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν τα υπαρξιακά προβλήματα που αναφέρονται. Τότε η ανάλυση των πιστευώ-πεποιθήσεων αποτελούν τον κεντρικό άξονα που θα στηρίζουν τις εναγόνιες προσπάθειες απαγκιστρώσεων από το πρόβλημα.

Πολλά από τα συναισθήματα που προκαλεί η ασθένεια από τον ιό HIV, έχουν σχέση με ζωτικά ερωτήματα όσον αφορά την ζωή του ανθρώπου. Έχουν σχέση με το νόημα της ζωής τους, τους λόγους ύπαρξης, το ξεπέραςμα των ανθρωπίνων δυνατοτήτων. Ερωτήματα όπως:

- *Γιατί έπρεπε να συμβεί αυτό σε μένα;*
- *Ποιο είναι το νόημα της ζωής μου, τώρα που βρίσκομαι σε τόσο άθλια κατάσταση;*
- *Εάν υπάρχει Θεός γιατί δεν κάνει κάτι γι' αυτήν την παλιοασθένεια; Υπήρξα άραγε καλός άνθρωπος στην ζωή μου;*
- *Υπάρχει κάτι άλλο μετά τον θάνατο;*
- *Τι μπορεί να με βοηθήσει όταν ορισμένες φορές αισθάνομαι τόσο μόνος;*
- *Γιατί η πίστη μου με εγκαταλείπει;*

Η πάλη γύρω από τα ερωτήματα αυτά σπρώχνει το άτομο ορισμένες φορές πίσω σε πιο βαθιές πεποιθήσεις. Το αναγκάζει να αναζητήσει τις πιο σημαντικές αξίες της ζωής, το βασικό συναίσθημα ή όραμα που καθορίζει και δίνει κατεύθυνση στη ζωή. Πεποιθήσεις και αξίες που καμιά φορά βρίσκονται καθαρές μπροστά στα μάτια ή είναι κρυμμένες βαθιά στην ψυχή. Όλα αυτά μπορεί να αρχίσουν να χάνουν την έννοια τους και να αποκτούν μία νέα σημασία και διάσταση.

Τέτοιες καταστάσεις επηρεάζουν σημαντικά τις πεποιθήσεις που τρέφει για την ζωή κάθε άνθρωπος. Για ορισμένους αυτό μπορεί να είναι η θρησκεία ή η πίστη στο Θεό ή σε κάτι που υπάρχει πάνω από τους ανθρώπους. Για άλλους ίσως αυτό να είναι η καλοσύνη που υπάρχει μέσα στην ανθρώπινη φύση. Ορισμένοι είναι οπαδοί κοσμοθεωριών όπως ο Χριστιανισμός ή ο Ανθρωπισμός, ενώ άλλους τους προσελκύει κάτι το εντελώς διαφορετικό. Αυτή η προσωπική θεώρηση για τη ζωή, η θρησκευτική πίστη ή μία άλλη κοσμοθεωρία, αποτελούν συχνά τη βάση για να μπορέσει κανείς να αντιμετωπίσει δύσκολα ερωτήματα σχετικά με την ζωή.

Η πίστη και η φιλοσοφική θεώρηση περί ζωής είναι δύο οντότητες που δεν στέκονται ακίνητες, αλλά βρίσκονται συνεχώς σε κίνηση προσπαθώντας να βρουν σωσίβια για τα δεινά που πλήττουν τους ανθρώπους.⁶²

8.6.1. ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ: κληρικοί και σύμβουλοι για ανθρωπιστικά
ζητήματα

Υπάρχουν ορισμένοι άνθρωποι που μπορούν να σταθούν στο πλευρό του ασθενούς. Από την πλευρά της εκκλησίας αυτοί είναι οι ιερωμένοι.

Είναι σημαντικό να διαλέξει κανείς κάποιον που βρίσκεται πλησιέστερα προς το πιστεύω του. Ίσως όμως να μπορεί να προσφέρει περισσότερη βοήθεια κάποιος που κοιτάει τα πράγματα υπό διαφορετική γωνία και ρεαλιστικά.

Εξάλλου, ένας πνευματικός λειτουργός μπορεί να φανεί χρήσιμος και στα μέλη της οικογενείας του, τους φίλους του καθώς και στα άλλα άτομα του περιβάλλοντος του. Η αρρώστια του προκαλεί και σ'αυτούς τα ίδια ζωτικά ερωτήματα. Το πιστεύω τους ίσως να είναι διαφορετικό από το δικό του, για αυτό το λόγο πρέπει να τους δοθεί η ευκαιρία να απαντήσουν σε αυτές τις ερωτήσεις με τον δικό τους τρόπο βοηθούμενοι από έναν ειδικό συνομιλητή.

Η αποστολή του πνευματικού λειτουργού μπορεί να συγκριθεί με εκείνη του διάμεσου και του διερμηνέα. Ο πνευματικός λειτουργός είναι διερμηνέας σε τέσσερις τομείς:

Ο πνευματικός λειτουργός αποτελεί το διερμηνέα στη συνομιλία που έχει το άτομο με τον εαυτό του. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να τον βοηθήσει με την ερμηνεία των ερωτήσεων και των συναισθημάτων του. Είναι σημαντικό να μπορεί κανείς π.χ να βρει τις κατάλληλες λέξεις όσον αφορά την ερώτηση "Γιατί;" Να μπορέσει να εκφράσει τα συναισθήματα της λύπης και της απελπισίας, του θυμού και της επανάστασης που νοιώθει.

Ο πνευματικός λειτουργός μπορεί να αποτελέσει το διάμεσο διερμηνέα στη συζήτηση που έχει το άτομο με τη δική του παραδοσιακή πίστη. Ο πνευματικός λειτουργός μπορεί να υποδείξει τους δρόμους και τρόπους που το συνδέουν με αυτήν την παράδοση γνωρίζει γεγονότα που μπορούν να δώσουν νέο φως στη σημερινή του κατάσταση. Κατά την διάρκεια δύσκολων στιγμών μπορεί να τον παρηγορήσει και να τον ενθαρρύνει με λόγια, προσευχές ή με μία θρησκευτική τελετή, με την οποία επί αιώνες οι άνθρωποι παρηγοριούνται και ενθαρρύνονται. Ξέρει τις πηγές από τις οποίες μπορεί να τροφοδοτηθεί η πνευματική ζωή του ανθρώπου και ξέρει επίσης που μπορεί να βρεθούν αυτές οι πηγές.

Ο πνευματικός λειτουργός μπορεί επίσης να διαδραματίσει ρόλο διερμηνέα στη συζήτηση μεταξύ του ασθενούς και της ιατρικής επιστήμης. Η γλώσσα της ιατρικής επιστήμης συχνά δεν μπορεί να διεισδύσει στην καρδιά ή στην ψυχή του ανθρώπου. Οι ιατρικές γνωματεύσεις πρέπει να μεταφραστούν με τέχνη. *Τι σημαίνει μία ιατρική θεραπεία για μένα και για τα αγαπημένα μου πρόσωπα; Ποια είναι τα όρια της ιατρικής θεραπείας; Θα έρθει άραγε κάποια στιγμή που θα πω ότι έχω αγγίξει αυτά τα όρια;* Τα ιατρικής φύσεως ερωτήματα γίνονται ερωτήματα που άπτονται της ζωής.

Ορισμένες φορές ο πνευματικός λειτουργός μπορεί να είναι ο μεσολαβητής μεταξύ του ιδίου του ατόμου και του περιβάλλοντος του. Τόσο τα μέλη της οικογενείας όσο και οι φίλοι έχουν τα δικά τους ερωτήματα και τις δικές τους κοσμοθεωρίες με τις οποίες εκφράζονται. Ο πνευματικός που γνωρίζει καλά τις διάφορες κοσμοθεωρίες, μπορεί να βοηθήσει στην αλληλοκατανόηση, και στην κατανόηση των προσωπικών θέσεων στα ερωτήματα που προκαλεί η ασθένεια.⁶²

8.7. ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΠΟΥ ΣΥΝΤΕΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

A. Η παράμετρος της φτώχειας

Σύμφωνα με στοιχεία της Παγκόσμιας Τράπεζας, η πλειονότητα των ασθενών με AIDS ζει σε συνθήκες οικονομικής ανέχειας. Γιατί; Επειδή οι οικογένειες με χαμηλό εισόδημα δυσκολεύονται να ακολουθήσουν αγωγή για ΣΜΝ, μολονότι η ύπαρξή τους ευνοεί τη μόλυνση από τον ιό που προκαλεί AIDS. Παράλληλα, οι νέοι και οι γυναίκες υποχρεούνται συχνά να έλθουν σε σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις για να βοηθήσουν οικονομικά την οικογένειά τους.

B. Η παράμετρος του φύλου

Στις περισσότερες κοινωνίες οι επικρατούσες πεποιθήσεις γύρω από τους ρόλους των δύο φύλων καθορίζουν τι γνωρίζουν οι άνδρες και οι γυναίκες για το σεξ. Επομένως, τα κορίτσια και οι γυναίκες έχουν ελλιπή πληροφόρηση γύρω από ζητήματα τόσο αντισύλληψης όσο και ασφαλών σεξουαλικών πρακτικών. Επιπλέον, η εμμονή γύρω από την παρθενία ωθεί σε πολλές κοινότητες τους μεγαλύτερους άνδρες να αναζητήσουν το σεξ με νεαρές κοπέλες, και κάποιες σεξουαλικά ενεργές εργένισσες να προτιμήσουν το πρωκτικό σεξ για να προστατεύσουν την "παρθενία" τους. Εξάλλου, στην πλειονότητα των ανδροκρατούμενων κοινωνιών, η γυναίκα δεν αμφισβητεί την ανδρική κυριαρχία και δεν απαιτεί τη χρήση προφυλακτικού. Τέλος, δεν πρέπει να υποτιμήσουμε την πρακτική του βιασμού ως πολεμικού όπλου, η οποία χρησιμοποιήθηκε ευρύτατα στον πρόσφατο πόλεμο στην πρώην Γιουγκοσλαβία. Τα πράγματα όμως δεν είναι καλύτερα για τους νεαρούς άνδρες, οι οποίοι -βάσει των κοινωνικών προσδοκιών- επιβάλλεται να έχουν περισσότερες σεξουαλικές παρτενέρ, συχνά μάλιστα περιστασιακές. Οι επικρατούσες αντιλήψεις περί ανδρισμού ενθαρρύνουν τα νεαρά αγόρια να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή και ενδοφλέβιων ναρκωτικών, οδηγώντας τα σε συμπεριφορές που τα καθιστούν πιο ευάλωτα στον ιό.

Γ. Η παράμετρος του ρατσισμού και της ξενοφοβίας

Ακριβώς όπως συνέβη με την επιδημία σύφιλης στην Ευρώπη το 15ο και το 16ο αιώνα, το HIV/AIDS θεωρήθηκε στην αρχή "νόσος των ξένων". Για τους Ασιάτες και τους Αφρικανούς ηγέτες, ήταν αποτέλεσμα της χαλάρωσης των οικογενειακών δεσμών και των ελευθέρων ηθών που χαρακτηρίζουν τη Δύση (καθώς τα πρώτα κρούσματα έπληξαν τις κοινότητες των ομοφυλόφιλων στις ΗΠΑ, την Ευρώπη και την Αυστραλία). Με την πάροδο του χρόνου, και καθώς η πανδημία χτύπησε τις άλλες ηπείρους, η "νόσος των ξένων" για τους Δυτικούς ταυτίστηκε με τους Αφρικανούς στις περιοχές υπό τη Σαχάρα, ενώ εσχάτως τείνει να επεκταθεί και στους κατοίκους της Ανατολικής Ευρώπης.

Ο ρατσισμός και η ξενοφοβία είναι ορατοί όχι μόνο στη διαμάχη για τη γεωγραφική προέλευση της επιδημίας αλλά και στην αξιοποίηση του φόβου για το AIDS ως όπλου για τη διατήρηση και τη διαφύλαξη των εθνικών συνόρων. Εκτός αυτού, οι PLWA από εθνικές μειονότητες αντιμετωπίζονται συχνά ως άξιοι της μοίρας τους. Και όμως, στις περισσότερες περιοχές του κόσμου τα προβλήματα υγείας έχουν κληροδοτηθεί από την εποχή της αποικιοκρατίας, του ρατσισμού και του απαρτχάιντ. Ενισχύονται από την εσωτερική μετανάστευση, το χάσμα ανάμεσα

στις αγροτικές και τις αστικές περιοχές, τους άστεγους και την έλλειψη παιδείας. Ας μην ξεχνάμε ότι η φυματίωση, η πνευμονία, η πολιομυελίτιδα, η ιλαρά και οι λοιμώξεις του γαστρεντερικού συσχετίζονται με την ανέχεια, ενώ σπανίζουν στα εύπορα κοινωνικά στρώματα.

Τι πρέπει να γίνει ;

Για να καταπολεμήσουμε το ρατσισμό, τις φυλετικές διακρίσεις, την ξενοφοβία και όλες τις μορφές μη ανεκτικότητας απέναντι στους PLWA, χρειάζεται να ενεργήσουμε σε πολλά διαφορετικά επίπεδα καθιστώντας συμμετοχούς τις κυβερνήσεις, τους πολίτες, τις τοπικές κοινότητες και το κάθε άτομο ξεχωριστά. Το HIV/AIDS δεν είναι μόνο ένα πρόβλημα υγείας· επεκτείνεται στην ανθρώπινη κατάσταση, την ασφάλεια, τα ανθρώπινα δικαιώματα, την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη. Γι' αυτό είναι ζωτικής σημασίας να προασπίσουμε, να σεβαστούμε και να εργαστούμε για τα ανθρώπινα δικαιώματα, προκειμένου να μειώσουμε την ευπάθεια στη νόσο και να ελαττώσουμε τις καταστροφικές της συνέπειες.^{5,63}

8.8. ΝΟΜΙΚΑ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Στην ελληνική νομοθεσία δεν υπάρχει ειδική νομοθετική ρύθμιση για το AIDS. Εξαιρέση αποτελεί η απόφαση του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων Α1/6122/16-7/19.9.1986 που προβλέπει την υποχρεωτική δήλωση κάθε κρούσματος AIDS από το γιατρό που κάνει τη διάγνωση στον προϊστάμενο γιατρό της αρμόδιας διευθύνσεως του Υπουργείου και παράλληλα τη διαφύλαξη του ιατρικού απορρήτου .

8.8.1. Στις Οικογενειακές Σχέσεις

A. Σχέσεις Συζύγων

Πολύ συχνά, όταν γίνεται διάγνωση της λοίμωξης HIV σε έναν ή και στους δύο συζύγους, κλονίζεται ο γάμος τους. Μπορεί να τεθεί το ερώτημα λοιπόν, εάν το AIDS μπορεί να θεωρηθεί επαρκής και ικανή αιτία για τη διακοπή της συμβίωσης. Στη νομοθεσία κάποιων κρατών (π.χ. Γερμανία) η ύπαρξη μεταδοτικής ασθένειας του ενός συζύγου δικαιολογεί την ακύρωση του γάμου. Στην ελληνική νομοθεσία όμως, κάτι τέτοιο δεν είναι δυνατό επειδή ο γάμος μπορεί να ακυρωθεί μόνο εξαιτίας πλάνης ή απειλής. Σύμφωνα με το ελληνικό δίκαιο, ως πλάνη θεωρείται αυτή που αφορά στην ταυτότητα του προσώπου, ενώ δεν περιλαμβάνεται η περίπτωση μεταδοτικής ασθένειας -όπως το AIDS- η οποία θεωρείται ιδιότητα του προσώπου και όχι στοιχείο της προσωπικότητάς του. "Στην πρακτική των ελληνικών δικαστηρίων δεν υπάρχουν αποφάσεις που να αναφέρεται ως εύλογη αιτία της διάστασης ή ως λόγος διαζυγίου η ύπαρξη της οροθετικότητας του άλλου συζύγου, λόγω της δυνατότητας να λυθεί ο γάμος και χωρίς να αναφερθούν οι λόγοι" .

B. Σχέσεις Παιδιών-Γονέων

Στο ελληνικό δίκαιο οι κανόνες που διέπουν την ανάθεση της γονικής μέριμνας και την άσκηση του δικαιώματος επικοινωνίας με το τέκνο σχετίζονται με

το συμφέρον του τέκνου και με τους δεσμούς που έχει αναπτύξει με τα άλλα μέλη της οικογένειας και το περιβάλλον. Αντίθετα, σε περιπτώσεις υιοθεσίας, η προσβολή κάποιου από τους υποψήφιους θετούς γονείς από HIV μπορεί να μην είναι ιδιαίτερα σημαντική σε περίπτωση που ο υιοθετημένος είναι ενήλικας. Ωστόσο, αποτελεί πρόβλημα στην υιοθεσία ανηλίκου, κυρίως επειδή στο δικαστήριο θεωρείται ότι μια τέτοια υιοθεσία είναι αντίθετη προς το συμφέρον του παιδιού. Ως προς τους υιοθετούμενους, η οροθετικότητα δεν είναι πάντα αδιάφορη. Σε κάποιες νομοθεσίες υπάρχουν ήδη διατάξεις που επιβάλλουν τη διενέργεια τεστ πριν την υιοθεσία αλλοδαπών και ειδικά από την Ασία και τη Λατινική Αμερική.⁹

8.8.2. Στο Χώρο της Εργασίας

Είδαμε παραπάνω τις επιπτώσεις της λοίμωξης και νόσου HIV στο χώρο εργασίας. Καθώς οι επιπτώσεις αυτές χαρακτηρίζονται τόσο από πολυπλοκότητα, όσο και από σοβαρότητα ήταν αναμενόμενο ότι υπήρχε η ανάγκη διατύπωσης κάποιων αρχών και κανονισμών σχετικών με το πολυπαραγοντικό αυτό θέμα οι οποίες θα ίσχυαν στο χώρο της εργασίας. Σε αποσπάσματα από την ομόφωνη διακήρυξη του WHO (World Health Organization / Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) και του ILO (International Labor Office/ Διεθνές Γραφείο Εργασίας), στις 29 Ιουνίου 1988, που συναντήσαμε στο φυλλάδιο του ΚΕΕΛ (Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων), "Κώδικας Αρχών στους Χώρους Εργασίας", εκφράζεται η άποψη ότι η ανησυχία για τη διασπορά του ιού αποτελεί ευκαιρία για την επανεξέταση του εργασιακού περιβάλλοντος. Το γεγονός αυτό παρέχει την ευκαιρία στους εργαζομένους, στους πολίτες και, όπου αρμόζει, σε κυβερνητικές υπηρεσίες και άλλους οργανισμούς να δημιουργήσουν ατμόσφαιρα κατάλληλη για φροντίδα και προαγωγή της υγείας όλων των εργαζομένων. Παρέχει, επίσης την ευκαιρία για επανεξέταση των εργασιακών σχέσεων με τρόπο που να προάγει τα ανθρώπινα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια για να αποφεύγεται η κοινωνική διάκριση και ο στιγματισμός και παράλληλα να βελτιώνονται οι εργασιακές μέθοδοι και τακτικές. Στο ίδιο έντυπο υπάρχουν οι παρακάτω αρχές, οι οποίες, αναφέρεται ότι είναι σύμφωνες με τις οδηγίες του WHO και κατοχυρώνονται από το Σύνταγμα της Ελλάδας, από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, από την Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και από το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά δικαιώματα. Αμέσως παρακάτω παρουσιάζονται περιληπτικά οι αρχές αυτές ανάλογα με το συγκεκριμένο θέμα στο οποίο αφορούν.

1. Γενικά. Οι φορείς του HIV είναι σε θέση και πρέπει να συνεχίσουν την εργασία τους. Όταν κάποιος εργαζόμενος εκδηλώσει τη νόσο HIV, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται όπως όλοι όσοι πάσχουν από δυνητικά ανίατες ασθένειες.

2. Πρόσληψη. Για την πρόσληψη ενός εργαζομένου δεν απαιτείται έλεγχος για τον HIV.

3. Ενημέρωση του εργοδότη. Δεν είναι απαραίτητο κάποιος που είναι φορέας του HIV να ενημερώσει τον εργοδότη του, αλλά ούτε και το υπόλοιπο εργασιακό περιβάλλον του

4. Εμπιστευτικότητα. Η εμπιστευτικότητα και η εχεμύθεια αφορούν σε όλες τις ιατρικές πληροφορίες.

5. Προστασία του εργαζομένου. Οι εργαζόμενοι που έχουν μολυνθεί από τον HIV, πρέπει να προστατεύονται από το στιγματισμό, την απομόνωση και οποιαδήποτε κοινωνική διάκριση από τους εργοδότες, τους συναδέλφους τους, τα σωματεία και οποιοδήποτε τρίτο πρόσωπο.

6. Πρόσβαση στις υπηρεσίες. Οι εργαζόμενοι και οι οικογένειές τους θα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε ενημερωτικά και εκπαιδευτικά προγράμματα που σχετίζονται το AIDS, σε συμβουλευτικούς σταθμούς και σε κέντρα αναφοράς.

7. Οφέλη. Ως προς τα επιδόματα, τις αναρρωτικές άδειες κλπ, ισχύουν για τους οροθετικούς στον HIV, όσα περιγράφονται στην ασφαλιστική και εργατική νομοθεσία.

8. Λογικές αλλαγές στις συνθήκες εργασίας. Για τους εργαζόμενους που έχουν προσβληθεί από τον HIV, θα πρέπει να γίνονται αλλαγές στις θέσεις εργασίας τους, εάν η ικανότητά τους για εργασία μειωθεί.

9. Συνέχιση της εργασιακής απασχόλησης. Η προσβολή από τον HIV δεν αποτελεί αιτία απόλυσης.

10. Πρώτες βοήθειες. Σε περιπτώσεις όπου απαιτείται η παροχή πρώτων βοηθειών, πρέπει να λαμβάνονται οι απαραίτητες προφυλάξεις για την αποφυγή μετάδοσης λοιμώξεων.

Το 1995 εκπονήθηκε στη χώρα μας από το ΚΕΕΛ, ο κώδικας "Θεμελιώδεις Αρχές για την Προστασία Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και Ατομικών Ελευθεριών σε Σχέση με το AIDS" που περιλαμβάνει 150 άρθρα. Τα άρθρα 64 έως 71 αναφέρονται στη εργασία και είναι τα εξής:

§64. Δεν επιτρέπεται η εξέταση για ανίχνευση αντισωμάτων του HIV, ως προϋπόθεση πρόσληψης.

§65. Δεν επιτρέπονται ερωτήσεις που αφορούν στις σεξουαλικές προτιμήσεις του υποψηφίου προς πρόληψη.

§66. Δεν είναι υποχρεωτικό για οροθετικό να δηλώσει την κατάσταση της υγείας του στον εργοδότη.

§67. Η αποκάλυψη μετά την πρόσληψη ότι ο εργαζόμενος είναι οροθετικός, δεν θα πρέπει να έχει καμία δυσμενή συνέπεια.

§68. Δεν επιτρέπεται η απόλυση ή δυσμενής αλλαγή των εργασιακών σχέσεων εργαζομένου, όπως μετάθεση, υποβιβασμός κλπ εξ αιτίας και μόνο του γεγονότος ότι είναι οροθετικός.

§69. Σε περιπτώσεις ασθενών με AIDS εφαρμόζεται η εκάστοτε ισχύουσα νομοθεσία που αφορά στις ασθένειες εργαζομένων.

§70. Εργαζόμενοι με οποιαδήποτε ασθένεια, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με κατανόηση και να τους επιτρέπεται να εργάζονται ανάλογα με τις δυνατότητές τους.

§71. Ο εργοδότης (ή όποιος έχει διευθυντική θέση ή ασκεί με οποιοδήποτε τρόπο διοικητική εξουσία) που γνωρίζει ότι εργαζόμενος είναι οροθετικός ή ασθενής με AIDS, είναι υποχρεωμένος να τηρεί εχεμύθεια.⁹

8.8.3. Η ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΑΙ ΝΟΣΟΣ HIV ΩΣ «ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΤΟΥ ΚΑΚΟΥ»

Οι νόσοι έχουν συχνά χρησιμοποιηθεί ως συμβολικές έννοιες που σχετίζονται με αυτό που η εκάστοτε κοινωνία θεωρεί, ηθικά ή κοινωνικά, κακό. Έτσι, χρησιμοποιούνται ως μεταφορές του "κακού". Το φαινόμενο αυτό είναι περισσότερο έντονο στις περιπτώσεις ασθενειών με ασαφή αιτιολογία. Σύμφωνα με την Sontag "η γλώσσα που χρησιμοποιείται για μια νόσο εξελίσσεται και τροποποιείται ανάλογα με το βαθμό γνώσης μας για τα αίτια της καθώς και τους τρόπους θεραπείας της". Πριν από μερικά χρόνια, η νόσος που χρησιμοποιείτο κυρίως ως μεταφορά του κακού ήταν ο καρκίνος. Τα τελευταία χρόνια όμως, η εμφάνιση του AIDS, μιας ασθένειας όχι πλήρως κατανοητής, αφαιρέσε μέρος της χρήσης του καρκίνου ως μεταφοράς. Εκφράσεις όπως AIDS - μάστιγα του αιώνα, AIDS-λαίλαπα, AIDS-κατάρα κτλ είναι ενδεικτικές του τρόπου με τον όποιο αντιμετωπίζεται η ασθένεια. Σύμφωνα πάντα με την Sontag, "ενώ οι κοινωνίες χρειάζονται να έχουν νόσους που να ταυτίζονται με το κακό και έτσι να μεταθέτουν την ευθύνη "στα θύματά" τους, είναι δύσκολο να έχουν περισσότερες από μία κάθε φορά".

Οι λόγοι που το AIDS χρησιμοποιείται ως μεταφορά του κακού είναι αρκετοί: Το AIDS συνδέεται με την παράδοση του ατόμου σε ορισμένες απολαύσεις (π.χ. παρεκκλίνουσα σεξουαλικότητα) ή στο εθισμό σε ουσίες που είναι παράνομες (π.χ. ναρκωτικά). Η μετάδοση της νόσου με την σεξουαλική επαφή ή με την κοινή χρήση μολυσμένης βελόνας κρίνεται αυστηρά επειδή θεωρείται ως εκούσια πράξη για την οποία το άτομο αξίζει να τιμωρηθεί. Η συγκεκριμένη ασθένεια γίνεται αντιληπτή ως τιμωρία για τη μη ηθική σεξουαλική δραστηριότητα ή για άλλες κοινωνικά μη αποδεκτές συμπεριφορές. Οι ασθενείς θεωρούνται "ένοχοι" γιατί κατά κάποιον τρόπο οι ίδιοι προκάλεσαν την ασθένεια τους και απειλούν έμμεσα το περιβάλλον τους. Αντίθετα, τα παιδιά και τα άτομα που υποβάλλονται σε μεταγίσεις θεωρούνται "αθώα" θύματα της απρόσεκτης συμπεριφοράς των άλλων.

Πολύ συχνά η νόσος HIV συνοδεύεται από την αποκάλυψη μιας ταυτότητας που το άτομο πιθανόν δεν επιθυμούσε να γίνει γνωστή τόσο στο οικογενειακό όσο και στο κοινωνικό του περιβάλλον. Γι' αυτό, δεν είναι σπάνιο φαινόμενο ο ασθενής να προσπαθεί να κρύψει τη διάγνωση από την οικογένειά του. Όλες οι μολυσματικές νόσοι που η μετάδοσή τους συνδέεται με την σεξουαλική συμπεριφορά προκαλούν ανυπόστατους φόβους για μετάδοσή τους με τρόπους μη σεξουαλικούς. Για το AIDS ισχύει το ίδιο. Γενικώς, το AIDS συνέβαλε σημαντικά στην αλλαγή της αντιμετώπισης της σεξουαλικότητας κυρίως μετά από μια περίοδο πλήρους απελευθέρωσης. Όπως ισχυρίζεται η Sontag, οι μεταφορές έχουν αρνητικές συνέπειες επειδή παραμορφώνουν την εμπειρία της νόσου και επειδή αποτρέπουν τους ανθρώπους από την αναζήτηση της θεραπείας. Γι' αυτό θα έπρεπε όχι μόνο να αποφεύγονται, αλλά και να αποκαλύπτεται η λειτουργία τους.

Στις μέρες μας η επιστημονική πρόοδος έχει συμβάλει στην πληρέστερη κατανόηση της λοίμωξης και νόσου HIV με αποτέλεσμα αυτή να μην προκαλεί το δέος που προκαλούσε στην αρχή της εμφάνισής της. Παράλληλα, η ανακάλυψη καινούριων θεραπειών κατέστησε τη μοιραία νόσο χρόνια και άλλαξε το δυσοίωνα χαρακτήρα της έννοιας της συγκεκριμένης ασθένειας. Είναι χαρακτηριστική η αντικατάσταση του όρου AIDS από τον όρο νόσος HIV, η οποία παρατηρείται στη

διεθνή βιβλιογραφία και στο διεθνή τύπο.⁹

8.8.4. Λοίμωξη και Νόσος HIV και Κοινωνικός Αποκλεισμός

Ο κοινωνικός αποκλεισμός στην περίπτωση της λοίμωξης και νόσου HIV συνδέεται άμεσα με τις εξής δύο έννοιες:

α. την ανισότητα στην περίθαλψη και

β. την άρνηση προσφοράς υπηρεσιών.

Και οι δύο παραπάνω έννοιες έχουν πολλαπλές ηθικές και δεοντολογικές προεκτάσεις.

α.Ανισότητα

Σύμφωνα με του οικονομολόγους, το αγαθό "υγεία" δεν μπορεί να αφηθεί στις δυνάμεις της ελεύθερης αγοράς. Αντίθετα, το κράτος πρέπει να εξασφαλίσει υπηρεσίες που θα καλύπτουν τις βασικές κοινωνικές ανάγκες. Στην περίπτωση της ασθένειας του AIDS, επειδή το κόστος είναι υψηλό, εάν δεν παρέμβει το κράτος για την κάλυψη της νοσοκομειακής και φαρμακευτικής περίθαλψης υπάρχει κίνδυνος να δημιουργηθούν επικίνδυνες για την κοινωνία ανισότητες αφού όσοι ασθενείς δεν θα μπορούν να καταβάλουν το αυξημένο κόστος της θεραπείας, θα αποκλείονται από το υγειονομικό σύστημα. Πολύ σωστά λοιπόν παρεμβαίνει το κράτος και προσφέρει ιατρο-φαρμακευτική περίθαλψη χωρίς την οικονομική επιβάρυνση των φορέων και των ασθενών. Η ανισότητα στους ασθενείς του AIDS εκδηλώνεται με την επιφύλαξη στην επαφή και φροντίδα του ασθενή από το προσωπικό υγείας.

β.Άρνηση

Εκτός όμως από τις επιφυλάξεις του προσωπικού υγείας υπάρχουν και περιπτώσεις άρνησης και αποκλεισμού των ασθενών του AIDS από κάποιες βασικές υπηρεσίες υγείας. Η άρνηση παροχής νοσηλευτικών ή ιατρικών υπηρεσιών αφορά στην καθαριότητα του ασθενή καθώς και την ιατρική φροντίδα (π. χ. χορήγηση οξυγόνου). Η στάση αυτή του προσωπικού αποδίδεται στο φόβο μετάδοσης του ιού και αποδεικνύει την ελλιπή ενημέρωσή του. Για την ουσιαστική καταπολέμηση του φαινόμενου του κοινωνικού αποκλεισμού στα νοσοκομεία απαιτείται η συνεχής εκπαίδευση και η ενημέρωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού .

"Η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού και οι ανισότητες στην πρόσβαση για υγειονομική φροντίδα δημιουργούν την ανάγκη για περαιτέρω κοινωνική έρευνα που αφορά στην κοινωνική κάλυψη, στη φροντίδα και στην παροχή κοινωνικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών πριν και μετά τη νοσηλεία".⁹

8.9. Οικονομικές Διαστάσεις

Η Υγεία αποτελεί έννομο ατομικό και συλλογικό αγαθό το οποίο η πολιτεία οφείλει να προάγει και να προστατεύει. Αποτελεί αγαθό που δικαιούνται όλοι οι άνθρωποι, ανεξάρτητα από την κοινωνική ή την οικονομική τους κατάσταση. Σήμερα, όλες οι αναπτυγμένες χώρες αυξάνουν σταθερά το ακαθάριστο εθνικό προϊόν (Α.Ε.Π) που διαθέτουν στον τομέα της υγείας. Παράλληλα το επίπεδο υγείας των κατοίκων μιας χώρας αποτελεί σαφή ένδειξη τόσο για την οικονομική ανάπτυξη της χώρας αυτής, όσο και για το επίπεδο ζωής των κατοίκων της. Η επιδημία της λοίμωξης HIV επηρεάζει αισθητά το επίπεδο υγείας των κατοίκων του πλανήτη και

έχει τεράστιες κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες. Ως προς την οικονομική διάσταση της επιδημίας, πρέπει να σημειώσουμε μία από τις ιδιαιτερότητες της επιδημίας που έχει σημαντικό αντίκτυπο στην οικονομική ζωή. Πρόκειται για το γεγονός ότι τα περισσότερα κρούσματα της αφορούν σε άτομα νεαρής ηλικίας. Το γεγονός αυτό έχει τεράστιο αντίκτυπο στην κοινωνική και οικονομική ζωή. Το 1995, όπως ήδη σημειώσαμε όταν αναφερθήκαμε στις κοινωνικές διαστάσεις της λοίμωξης και νόσου HIV, το 90% των ενηλίκων που είχαν προσβληθεί βρισκόταν στις ηλικίες μεταξύ 24 και 44, δηλαδή στις ηλικίες εκείνες που αποτελούν κατά κύριο λόγο το εργατικό-παραγωγικό δυναμικό όλων των χωρών. Αντιλαμβανόμαστε εύκολα ότι το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με το ρυθμό αύξησης των κρουσμάτων, έχει τεράστιο αντίκτυπο τόσο στον παραγωγικό τομέα, όσο και στον τομέα υγείας της κάθε χώρας.

8.9.1. ΤΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ HIV

Δεν είναι δυνατόν να έχουμε μια ακριβή εικόνα του συνολικού οικονομικού κόστους της επιδημίας HIV σε όλο τον κόσμο αλλά ούτε και να συγκρίνουμε το κόστος της σε διάφορες χώρες. Αυτό οφείλεται σε παράγοντες όπως:

α. Οι διαφορές που παρουσιάζουν τα εθνικά συστήματα υγείας και ο τρόπος χρηματοδότησης των υπηρεσιών αντιμετώπισης της επιδημίας από χώρα σε χώρα.

β. Οι διαφορές που παρουσιάζουν οι συναλλαγματικές ισοτιμίες και η διάρθρωση της "αγοραστικής ικανότητας" για υπηρεσίες υγείας στις διάφορες χώρες.

γ. Η πλημμελής τήρηση αρχείων (ιατρικών, νοσηλευτικών, διαχειριστικών) από τις υπηρεσίες υγείας.

δ. Οι διαφορές που παρουσιάζουν οι μεθοδολογικές προσεγγίσεις στις διάφορες έρευνες.

Εν τούτοις, είμαστε σε θέση να σκιαγραφήσουμε τις παραμέτρους εκείνες οι οποίες συνεκτιμώνται προκειμένου να υπολογισθεί το κόστος μιας/ της ασθένειας. Σύμφωνα με το Σιγάλα (1998), η εξίσωση που παραδοσιακά χρησιμοποιείται στη σχετική βιβλιογραφία είναι:

$$\text{Συνολικό κόστος} = \text{Άμεσο κόστος} + \text{Έμμεσο κόστος} + \text{Απροσδιόριστο κόστος.}$$

Οι παράμετροι αυτές σκιαγραφούνται παρακάτω:

1. Άμεσο Κόστος

Οι παράμετροι που λαμβάνονται υπόψη για τον υπολογισμό του άμεσου κόστους είναι:

α. Το κεφάλαιο, το οποίο περιλαμβάνει αξία κτηριακών εγκαταστάσεων και εξοπλισμού των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας καθώς και έξοδα συντήρησης, ανανέωσης και αναμενόμενης καλής χρήσης των δυνατοτήτων που παρέχουν .

β. Η μισθοδοσία του ιατρικού, νοσηλευτικού, εργαστηριακού, διοικητικού και βοηθητικού δυναμικού που απασχολείται στη μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας. Εδώ, πρέπει να προσθέσουμε και το κόστος εκπαίδευσης και συνεχούς κατάρτισης του προσωπικού αυτού.

γ. Η αξία των υλικών που απαιτούνται για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της ασθένειας και για την παραμονή του ασθενή σε κάποια μονάδα νοσηλείας είτε νοσοκομειακή είτε εξωτερικής φροντίδας. Οι δαπάνες για την περίθαλψη των ασθενών (νοσηλεία, εξωτερική φροντίδα, ιατρικές επισκέψεις).

δ. Οι δαπάνες, στην περίπτωση της λοίμωξης HIV, για την πρόληψη της μετάδοσης της: δαπάνες για τον έλεγχο του αίματος πριν από μετάγγιση, για το διερευνητικό έλεγχο του αίματος των ατόμων που εξετάζονται προληπτικά και για τα προγράμματα αγωγής υγείας του πληθυσμού.

ε. Δαπάνες για την έρευνα. Πρέπει εδώ να σημειώσουμε ότι οι διαρκώς αυξανόμενες δαπάνες για την έρευνα αντικατοπτρίζονται στις τιμές των φαρμακευτικών σκευασμάτων.

στ. Δαπάνες για το σχεδιασμό και την υλοποίηση προγραμμάτων συμβουλευτικής και ψυχολογικής στήριξης για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Η Κορνάρου, διακρίνει το άμεσο κόστος σε προσωπικό, κόστος ιατρικής φροντίδας και σε μη-προσωπικό, κόστος για ενημέρωση, βιοϊατρική έρευνα και εξετάσεις.

2. Έμμεσο Κόστος

Το έμμεσο κόστος αναφέρεται στις συνέπειες της νόσου για το προσβεβλημένο άτομο, την οικογένειά του, την κοινωνία. Δεδομένου ότι το άτομο εκλαμβάνεται ως Ανθρώπινο Κεφάλαιο στην παραγωγική διαδικασία, αντιλαμβανόμαστε εύκολα ότι το έμμεσο κόστος επιβαρύνει τον γεωργικό τομέα, τον βιομηχανικό και τον τομέα παροχής υπηρεσιών. Οι παράμετροι που συνθέτουν το κόστος της επιδημίας σε γενικές γραμμές είναι:

α. Απώλειες παραγωγικότητας εξαιτίας των απουσιών από την εργασία, τόσο του ασθενούς, όσο και των προσώπων που του συμπαραστέκονται, καθώς και επιπρόσθετες δαπάνες για την κάλυψη των απουσιών αυτών ή των κενών στις περιπτώσεις θανάτου.

β. Διαφυγόν εισόδημα για το άτομο και την οικογένειά του εξαιτίας των απουσιών αλλά και της πτώσης της αποδοτικότητας.

γ. Πτώση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών τόσο στον εργασιακό χώρο, όσο και στο σπίτι.

δ. Απώλεια επένδυσης σε εκπαίδευση, τόσο για το κράτος, όσο και για τους ιδιωτικούς φορείς που αναλαμβάνουν την εκπαίδευση του δυναμικού τους.

Ειδικά στον τομέα της υγείας, είναι σημαντικό να σημειώσουμε ότι καθώς το βάρος της χρηματοδότησης πέφτει στην αντιμετώπιση της λοίμωξης HIV και στη σχετική έρευνα, άλλα καίρια θέματα δημόσιας υγείας υποχρεωτικά υποτιμώνται. Ο Υφαντόπουλος, γράφει: "έχει προσδιοριστεί ότι το έμμεσο κόστος που αποτιμά το διαφυγόν εισόδημα και τη διαφυγούσα παραγωγή στην οικονομία είναι 4-5 φορές μεγαλύτερο από το άμεσο κόστος".

3. Απροσδιόριστο Κόστος

Με τον όρο απροσδιόριστο κόστος, εννοούμε το κόστος εκείνο το οποίο δεν είναι δυνατόν να υπολογιστεί αριθμητικά και δεν είναι χρηματικό. Οι παράμετροί του έχουν ποιοτική διάσταση. Μερικές από αυτές είναι:

- α. Ο πόνος.
- β. Η ψυχολογική-συναισθηματική κατάσταση.
- γ. Οι μεταβολές στη σχεσιοδυναμική της οικογένειας και του ευρύτερου περιβάλλοντος του πάσχοντος.
- δ. Ο κοινωνικός στιγματισμός και μερικές φορές αποκλεισμός και οι συνέπειές του για το άτομο και την οικογένειά του.⁹

8.9.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΟΓΚΩΣΗΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ HIV

Ο μεγάλος αριθμός και η συνεχής αύξηση των κρουσμάτων της λοίμωξης HIV, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών για την υγεία και την ποιοτική και ποσοτική αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας σε ολόκληρο τον κόσμο. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την αλματώδη ανάπτυξη της Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, έχει ιδιαίτερη οικονομική βαρύτητα τόσο σε μακρο-επίπεδο, όσο και σε μικρο-επίπεδο .

Άλλοι παράγοντες διόγκωσης του κόστους της επιδημίας είναι:

- α. Η νοσοκομειοκεντρική αντιμετώπιση των προσβεβλημένων ατόμων. Ο Σιγάλας αναφέρει ότι το 1998, ο νοσοκομειακός τομέας απορροφούσε το 60% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες.

- β. Το γεγονός ότι τα περισσότερα κρούσματα αφορούν σε άτομα νεαρής ηλικίας για τα οποία η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας και φαρμάκων δεν ήταν αναμενόμενη.

- γ. Η παράταση της διάρκειας ζωής για τα προσβεβλημένα άτομα που κατέστη δυνατή με την ανακάλυψη νέων φαρμάκων. Η λοίμωξη HIV, έχει γίνει πλέον ένα χρόνιο νόσημα.

- δ. Η φαρμακευτική αγωγή, η οποία γίνεται ολοένα και πιο δαπανηρή, όπως προαναφέραμε.

- ε. Η ανάγκη περισσότερο και πιο εξειδικευμένου ανθρωπίνου δυναμικού.

- στ. Η ανάγκη παρέμβασης για την πρόληψη της μετάδοσης της λοίμωξης με προγράμματα ενημέρωσης καλύτερης ποιότητας, απαιτητικότερου σχεδιασμού και παροχής σε πιο διευρυμένες ομάδες πληθυσμού.⁹

8.10. ΑΤΟΜΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

8.10.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το AIDS είναι μία από τις σημαντικότερες λοιμώδεις νόσους της εποχής μας και αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας που καλείται να αντιμετωπίσει η διεθνής κοινότητα.

Πέρα από τις ιατρικές του διαστάσεις, το AIDS αποτελεί σημαντικό κοινωνικό και πολιτικό πρόβλημα. Με την εμφάνιση του δοκιμάζεται η ηθική υφή της κοινωνίας μας και δίνεται η ευκαιρία να επανεξετασθούν ηθικά και δεοντολογικά θέματα που αφορούν στην αντιμετώπιση ατόμων που έχουν προσβληθεί από μολυσματική ασθένεια. Σοβαρά, ηθικά, δεοντολογικά και νομικά θέματα προκύπτουν σε πολλές περιπτώσεις. Μέλη των ομάδων που έχουν συνήθειες υψηλού κινδύνου έχουν πέσει θύματα διακρίσεων στον κοινωνικό, εργασιακό, σχολικό ή και οικογενειακό περιβάλλον. Κρούσματα ``πανικού`` εμφανίστηκαν και ανάμεσα στους γιατρούς και το λοιπό νοσηλευτικό προσωπικό, παρά τα αδιαμφισβήτητα επιστημονικά δεδομένα σύμφωνα με τα οποία η μόλυνση γιατρού από τον ασθενή του κατά την προσφορά ιατρικών υπηρεσιών, συνιστά αποδεκτό κίνδυνο.

Η προηγούμενη κατανόηση της ασθένειας κρίνεται απαραίτητη για οποιοδήποτε προβληματισμό ηθικής, δεοντολογικής και νομικής φύσης.

Ιδιαίτερη νομικοί προβληματισμοί τίθενται αναφορικά με την προάσπιση των ατομικών δικαιωμάτων των ασθενών και των φορέων, αλλά και τις υποχρεώσεις τους. Τα ζητήματα αυτά έχουν ιδιαίτερη σημασία με δεδομένη την εμφάνιση διακρίσεων (στη νοσηλεία, οικογένεια, εργασία, σχολείο, κοινωνία), για την αντιμετώπιση των μεμονωμένων περιστατικών για την προαγωγή της υγείας.

Αξίζει κανείς να αναφερθεί στο σεβασμό και την προστασία της ζωής του ανθρώπου (κατευθυντήρια διάταξη-Σύνταγμα (Σ) παρ. 1), στο δικαίωμα για την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας του ανθρώπου, στην προστασία της ζωής και της ελευθερίας (Σ 5 παρ. 2), στο απαραβίαστο του ασύλου της κατοικίας και στην προστασία της ιδιωτικής ζωής, στην αρχή της ισότητας (Σ 4), στο δικαίωμα στην υγεία και κοινωνική ασφάλιση (Σ 21 παρ.3 και 22 παρ. 4), στο δικαίωμα στην αναπαραγωγή.⁶⁴

8.10.2. ΤΑ ΑΤΟΜΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΓΕΝΙΚΑ

Αξίζει κατ'αρχήν να σημειωθεί ότι αντίθετα με της ηθικής που απευθύνονται στη συνείδηση του ανθρώπου και ενδιαφέρουν την ψυχική συμμόρφωση του προς τις επιταγές τους, οι συνταγματικές διατάξεις είναι κανόνες ετερόνομοι από την κρατική εξουσία και αποβλέπουν στην ρύθμιση της εξωτερικής συμπεριφοράς και στη συμμόρφωση της με τους ορισμούς τους και τις κυρώσεις.

Τα

είναι δικαιώματα, απονέμεται από τάξη και ικανοποίηση ενός Σχετικά με τον δικαιώματα όρος ελευθερίες ιδιαίτερο γνώρισμα που ενός πεδίου και δράσης έξω επεμβάσεις της στα πλαίσια του Επίσης



ατομικά δικαιώματα δηλαδή εξουσία που την ισχύουσα έννομη αποσκοπεί στην βιολογικού όντος, όρο ατομικά χρησιμοποιείται και ο που προβάλλει το χαρακτηριστικό τους είναι η εξασφάλιση ελεύθερης ύπαρξης από τις αυθαίρετες κρατικής εξουσίας κράτους δικαίου. χρησιμοποιείται και ο

όρος **θεμελιώματα**, όρος ο οποίος τονίζει τον θεμελιακό χαρακτήρα των δικαιωμάτων που προβλέπονται από το Σύνταγμα.

Η συνταγματική προστασία των ατομικών δικαιωμάτων είναι σχετική. Η σχετικότης αυτή οφείλεται στο γεγονός ότι τα ατομικά δικαιώματα θεσπίζονται σε μια προσπάθεια εξισορρόπησης με την ανάγκη διασφάλισης της δημόσιας τάξης, της δημόσιας υγείας και της ασφάλειας του κράτους, Ακόμη ο περιορισμός των ατομικών ελευθεριών γίνεται σε συνάρτηση με τις ελευθερίες των άλλων. Οι περιορισμοί των ατομικών δικαιωμάτων αποτελούν πολλές φορές όχι μόνο όριο αλλά και αναγκαία προϋπόθεση για την άσκηση τους τόσο εκ μέρους των άλλων, όσο και εκ μέρους του ίδιου του δικαιούχου. Πρόκειται κυρίως για τις περιπτώσεις συγκρούσεως των ατομικών δικαιωμάτων ή ελευθεριών.

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα συνταγματικά δικαιώματα ανήκουν στη γενικότερη κατηγορία των δημοσίων δικαιωμάτων και καταρχήν δεν αφορούν στις σχέσεις μεταξύ των πολιτών. Φορείς ή υποκείμενα των δικαιωμάτων είναι όλα τα φυσικά και νομικά πρόσωπα που υπόκεινται στην κρατική εξουσία. Αντίστοιχα, φορείς ή υποκείμενα των υποχρεώσεων είναι το κράτος και όλοι οι φορείς της κρατικής εξουσίας.

Σύμφωνα όμως με την θεωρία της τριτενέργειας των ατομικών δικαιωμάτων, που διαμορφώθηκε μεταπολεμικά στη Γερμανία, τα δικαιώματα αυτά δεν έχουν μονομερή κατεύθυνση. **Οι συνταγματικά κατοχυρωμένες ατομικές ελευθερίες προστατεύονται, όχι μόνο έναντι των φορέων δημοσίας εξουσίας, αλλά και απέναντι των ιδιωτών,** έχουν δηλαδή εφαρμογή και στις σχέσεις ιδιωτικού δικαίου. Θεσπίζουν αντικειμενικές αξίες και αρχές γενικής ισχύος για όλη την έννομη τάξη και επομένως καλύπτουν όλες τις έννομες σχέσεις μεταξύ ιδιωτών.

Συνεπώς, σύμφωνα με την θεωρία της τριτενέργειας των ατομικών δικαιωμάτων, οι συνταγματικές διατάξεις περί ατομικών δικαιωμάτων δεσμεύουν άμεσα όχι μόνο τα κρατικά όργανα, αλλά και τους ιδιώτες. Βέβαια στο πεδίο των ιδιωτικών σχέσεων το ίδιο αποτέλεσμα επιτυγχάνεται έμμεσα, χωρίς δηλαδή να χρειάζεται άμεση αναφορά στο σύνταγμα, με τις γενικές ρήτρες του ιδιωτικού δικαίου καθώς και με τις διατάξεις του Ποινικού Κώδικα που τιμωρούν την εκ μέρους `` τρίτων `` προσβολή ατομικών δικαιωμάτων.⁶⁴

8.10.3. ΤΑ ΚΑΤ'ΙΔΙΑΝ ΑΤΟΜΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Αποτελεί **βασική αρχή του δικαίου ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου**. Στο Ελληνικό Σύνταγμα του 1975 η σχετική διάταξη του άρθρου 2 του Συντάγματος συμπεριλήφθηκε στις ``βασικές διατάξεις`` για να τονιστεί η σημασία και η ανάγκη να προστατευθεί η αξία που έχει ο άνθρωπος ως έλλογο και συνειδητό ον, ως ``πρόσωπο``.

Κάθε διάταξη νόμου που θα παραβίαζε τη γενική αυτή αρχή, για παράδειγμα την **αδικαιολόγητη απομόνωση των φορέων και πασχόντων από AIDS** θα κρινόταν αντισυνταγματική στα πλαίσια του ελέγχου των νόμων από το Συμβούλιο της Επικρατείας, με επιδημιολογικά δεδομένα για τους τρόπους μετάδοσης της νόσου.

Τέτοιες διατάξεις βρίσκουμε τόσο σε διεθνή κείμενα, όπως τον Χάρτη των Ενωμένων Εθνών του 1945, την Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του ανθρώπου του 1948, όσο και σε νεώτερα κείμενα διαφόρων κρατών.

Η παραπάνω γενική αρχή εξειδικεύεται περαιτέρω με την αναγνώριση του **δικαιώματος κάθε ανθρώπου να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητα του**. Η προσωπική ελευθερία είναι το πρωταρχικό και θεμελιωδέστερο δικαίωμα με το οποίο κατοχυρώνεται η αδέσμευτη φυσική υπόσταση του ανθρώπου, η έλλειψη δηλαδή περιορισμών σε ότι αφορά τη φυσική και σωματική ακεραιότητα και δράση του ανθρώπου. Αναγνωρίζεται και η **δυνατότητα αυτοκαθαρισμού και αυτοδιάθεσης κάθε προσώπου**.

Από την αναγνώριση του δικαιώματος της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας, αναγνωρίζεται το δικαίωμα κάθε ανθρώπου, **άρα και του ασθενή με AIDS**, να έχει και να ασκεί τα δικαιώματα που απορρέουν από την προσωπικότητα του ως αυτόνομο, αυτεξούσιο και αυτοδιάθετο αγαθό. Μεταξύ άλλων αναγνωρίζεται το **δικαίωμα σεβασμού** της προστασίας της σωματικής ακεραιότητας και το δικαίωμα κάθε ατόμου να εξουσιάζει το σώμα του και να το χρησιμοποιεί όπως θέλει.

Στην ίδια διάταξη του Συντάγματος (παρ. 3) ορίζεται ότι η προσωπική ελευθερία είναι απαραβίαστη και ότι κανένας δεν μπορεί να καταδιωχθεί, να φυλακιστεί με οποιοδήποτε άλλο τρόπο. Εκτός από τις περιπτώσεις και με τον τρόπο που ειδικά ορίζεται στο νόμο.

Βέβαια όπως ήδη αναφέρθηκε ανωτέρω κανένα ατομικό δικαίωμα δεν είναι απόλυτο αλλά αντίθετα τίθενται, είτε από το ίδιο το Σύνταγμα είτε από τους νόμους, όρια και περιορισμοί απαραίτητη για την άσκηση τους. **Έτσι και στα διάφορα ατομικά δικαιώματα που απορρέουν από το δικαίωμα σεβασμού της προσωπικότητας τίθενται περιορισμοί που υπαγορεύονται από την ανάγκη διαφύλαξης γενικότερων συμφερόντων**.

Για το λόγο αυτό εξάλλου θα πρέπει να θεωρηθεί αντισυνταγματική η **διάταξη νόμου που επιβάλλει τον υποχρεωτικό έλεγχο για αντισώματα στον ιό του AIDS σε οποιαδήποτε χωρίς τούτο να υπαγορεύεται από τα ιατρικά δεδομένα**. Έτσι, ενώ ο υποχρεωτικός έλεγχος των αιμοδοτών θα πρέπει να θεωρηθεί νόμιμος και συνταγματικά θεμιτός με βάση τα ιατρικά δεδομένα ότι ο ιός μεταδίδεται με το αίμα, για την αποτελεσματική διαφύλαξη γενικότερων συμφερόντων, θα πρέπει να θεωρηθεί αντισυνταγματική η διάταξη που θα επέβαλλε τον υποχρεωτικό έλεγχο σε όλους τους νοσηλευόμενους ενός νοσοκομείου, διότι τούτο δεν επιβάλλεται με βάση τα ιατρικά δεδομένα και θα αποτελούσε ανεπίτρεπτη προσβολή της προσωπικότητας των νοσηλευόμενων.⁶⁴

Προέκταση και συμπλήρωμα των διατάξεων του Συντάγματος που εγγυώνται την προσωπική ελευθερία είναι το **απαρβίαστο του ασύλου της κατοικίας που εμφανίζεται ως προστασία της ιδιωτικής ζωής**. Το ατομικό αυτό δικαίωμα διαμορφώθηκε αρχικά στο αγγλικό δίκαιο. Το εννοιολογικό περιεχόμενο του ατομικού αυτού δικαιώματος είναι ότι **απαγορεύονται οι μη νόμιμες, δηλαδή οι αυθαίρετες, επεμβάσεις της κρατικής εξουσίας στη σφαίρα της ιδιωτικής ζωής των φυσικών και νομικών προσώπων**. Τέτοιου είδους επεμβάσεις θα κριθούν βέβαια παράνομες και όταν προέρχονται από τρίτους με βάση τη θεωρία της τριτενέργειας των ατομικών δικαιωμάτων ή τις γενικές ρήτρες και διατάξεις του ιδιωτικού δικαίου.

Με βάση τα παραπάνω, κατοχυρωμένο δικαίωμα κάθε πολίτη, **και άρα και των ασθενών και φορέων με AIDS**, αποτελεί η προστασία της ιδιωτικής τους ζωής από κάθε αθέμιτη προσβολή. Η ανακοίνωση για παράδειγμα του ονόματος ενός φορέα ή ασθενή αποτελεί σαφή προσβολή του αντίστοιχου συνταγματικά κατοχυρωμένου δικαιώματος με δεδομένο ότι δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι εξυπηρετεί δημόσιο συμφέρον. Άλλο το ζήτημα αν αυτή είναι θεμιτή όσον αφορά περιορισμένο αριθμό προσώπων όπως είναι για παράδειγμα ο θέρπων ιατρός. Σε κάθε περίπτωση η ανακοίνωση αυτή θα πρέπει να λαμβάνει χώρα με τη συναίνεση του ασθενή ή φορέα.

Βασική αρχή επίσης του Συντάγματος αποτελεί η **αρχή της ισότητας** σύμφωνα με το άρθρο 4 παρ. 1 Σ, που ορίζει ότι όλοι οι Έλληνες είναι ίσοι ενώπιον του νόμου και έχουν τα ίδια δικαιώματα και υποχρεώσεις. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να θεωρηθεί ότι οι ασθενείς και φορείς του AIDS θα πρέπει να απολαμβάνουν όλων των δικαιωμάτων χωρίς η κατάσταση αυτή της υγείας τους να μπορεί να αποτελέσει τη δικαιολογητική βάση για οποιαδήποτε καταρχήν διαφορετική αντιμετώπιση, στέρηση νομικού δικαιώματος ή άλλη διάκριση. Μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις και μόνο όταν τούτο επιβάλλεται για την εξυπηρέτηση συγκεκριμένου νόμιμου συμφέροντος που δεν μπορεί να διαφυλαχθεί με άλλο τρόπο, είναι δυνατόν να θεωρηθεί νόμιμη η απόκλιση από την παραπάνω αρχή.

Τέλος, ιδιαίτερη αναφορά θα πρέπει να γίνει και **στο δικαίωμα στην υγεία**, το οποίο αναγνωρίζεται από τα περισσότερα συντάγματα των φιλελεύθερων κρατών και από το Ελληνικό Σύνταγμα του 1975. Ο καθορισμός του περιεχομένου και της νομικής βαρύτητας του δικαιώματος για προστασία της υγείας των πολιτών και της αντίστοιχης υποχρέωσης του κράτους με βάση τη συνταγματική αυτή επιταγή, είναι θέμα πολλών συζητήσεων. Ως δικαίωμα στην υγεία αναγνωρίζεται το θεμελιώδες δικαίωμα κατά του κράτους ή άλλων φορέων του δημοσίου τομέα να παίρνουν τα κατάλληλα μέτρα ή να απέχουν από δραστηριότητες προς εξασφάλιση σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας των πολιτών.

Υποστηρίζεται ότι το δικαίωμα στην υγεία δεν είναι μόνο ένα ατομικό δικαίωμα, όπου δηλαδή ο ασθενής θα μπορούσε να έχει αμυντική, παθητική στάση απέναντι σε πιθανούς περιορισμούς της ατομικής ελευθερίας, αλλά η θεωρία δέχεται την υποχρέωση του κράτους για θετικές ενέργειες, ότι δηλαδή υπάρχει συνταγματική εντολή στο νομοθέτη να παίρνει μέτρα προστασίας της υγείας στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο, χωρίς όμως να υπάρχει και αντίστοιχη αγωγή αξίωση των πολιτών.

Περαιτέρω θα πρέπει να σημειωθεί ότι το άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος του 1975 χρησιμοποιεί τον όρο ``υγεία`` χωρίς άμεση ή έμμεση αναφορά στην προστατευόμενη αξία, ώστε αδέσμευτος ο νομοθέτης να επιλέγει τα μέσα προστασίας που υλοποιούν τη μέριμνα του κράτους. Ο συνταγματικός νομοθέτης εξασφαλίζει απλά τη νομική δυνατότητα, δημιουργεί ορισμένα πλαίσια μέσα στα οποία μπορεί να κινηθεί ο κοινός νομοθέτης ανάλογα με το κοινωνικό-πολιτικό σύστημα και τις

επικρατούσες αντιλήψεις στον τομέα αυτό. Ευρεία συναγωγή κοινωνικών αξιώσεων παροχής από τα δικαιώματα ελευθερίας του Συντάγματος θα ήταν εσφαλμένη.

Ειδικότερα όσον αφορά τους φορείς και ασθενείς του AIDS, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η παραπάνω συνταγματική κατοχύρωση του δικαιώματος στην υγεία δεν σημαίνει και την κατοχύρωση των δικαιωμάτων τους για **δωρεάν π.χ χορήγηση του φαρμάκου AZT**. Πλην όμως από τη στιγμή του τούτο προβλέπεται νομοθετικά, η άρνηση χορήγησης του συνιστά παραβίαση του δικαιώματος τους στην υγεία.

Συναφές με το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία είναι και **το δικαίωμα στην κοινωνική ασφάλιση** που αναγνωρίζεται από όλα τα σύγχρονα Συντάγματα των δυτικών χωρών και από το Ελληνικό Σύνταγμα του 1975 στο άρθρο 22 παρ. 4 που ορίζει ότι: «Το Κράτος μεριμνά για την κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων, ως νόμο ορίζει». Με την ρητή λοιπόν παραπομπή στον νόμο ο συνταγματικός νομοθέτης αναγνωρίζει το δικαίωμα στην κοινωνική ασφάλιση, ένα δικαίωμα η προστασία του οποίου δηλαδή σχετικοποιείται περαιτέρω. Με τον όρο κοινωνική ασφάλεια νοείται το νομοθετημένο σύστημα παροχής κοινωνικών παροχών από το κράτος στους πολίτες, ανάλογα με τις ανάγκες και το σύστημα που έχει επιλεγεί, στα πλαίσια χάραξης κοινωνικής πολιτικής με βάση τις επικρατούσες κοινωνικό-πολιτικές αντιλήψεις.

Μέσα στα παραπάνω συνταγματικά πλαίσια τίθενται περαιτέρω θέματα νομικής ευθύνης που είναι δυνατό να προκύψουν σε κάθε περίπτωση που ένας ασθενής πέφτει θύμα δυσμενών διακρίσεων σε βάρος του, με γνώμονα την προσβολή του από τον ιό του AIDS.⁶⁴

8.10.4 ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ

Όπως ήδη αναφέρθηκε, θύματα του AIDS έχουν τύχει δυσμενών διακρίσεων, τόσο στον εργασιακό, σχολικό αλλά και στο οικογενειακό ή ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Κάθε ενέργεια απομάκρυνσης, απομόνωσης ενός ατόμου με AIDS αποτελεί σαφή προσβολή των ατομικών δικαιωμάτων του εφόσον δεν αποτελεί ένα ενδεδειγμένο μέτρο προστασίας για λόγους δημοσίας υγείας ή για τη διαφύλαξη ουσιώδους συμφέροντος.

Η κρίση περί του κατά πόσον συντρέχουν περιστάσεις τέτοιες που δικαιολογούν στη συγκεκριμένη περίπτωση την προσβολή και συνεπώς τον περιορισμό του ατομικού δικαιώματος θα πρέπει να στηρίζεται κάθε φορά στα ιατρικά δεδομένα. Ειδικότερα θα πρέπει να ληφθούν υπόψη:

- Ο τρόπος μετάδοσης της ασθένειας
- Ο βαθμός στον οποίο κινδυνεύει η υγεία των άλλων
- Ο βαθμός στον οποίο θα περιοριστεί το ατομικό δικαίωμα του ατόμου
- Η ύπαρξη εναλλακτικών λύσεων

Γενικότερα θα πρέπει να λαμβάνονται τα λιγότερο περιοριστικά μέτρα σε μια προσπάθεια εξισορρόπησης των συγκρουομένων δικαιωμάτων και συμφερόντων. Ο νομοθέτης, ο πολιτικός ή ο δικαστής καλείται να παίξει ακριβώς αυτό τον εξισορροπητικό-ρυθμιστικό ρόλο στα πλαίσια χάραξης πολιτικής. Η κρίση δε αυτή και οι επιλογές του νομοθέτη μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο ελέγχου συνταγματικότητας από το Συμβούλιο της Επικράτειας.

Έτσι, για παράδειγμα ένας νόμος που θα επέβαλε κράτηση ή απομόνωση των φορέων ή ασθενών με AIDS θα κρινόταν αντισυνταγματικός, όπως προαναφέρθηκε. Και τούτο διότι αν και ένα τέτοιο μέτρο θα μπορούσε να κριθεί γενικά αποδεκτό για κάποια μεταδοτική νόσο, προκειμένου να διαφυλαχθεί η ζωή και η σωματική

ακεραιότητα των πολιτών, με βάση τη φύση και τους τρόπους μετάδοσης της νόσου του AIDS ο περιορισμός των ατομικών δικαιωμάτων των ασθενών θα κρινόταν αντισυνταγματικός.

Πλην όμως, από την άλλη πλευρά, η δήλωση κρουσμάτων κρίνεται ότι δεν αποτελεί περιορισμό κανενός ατομικού δικαιώματος. Και τούτο διότι γίνεται ανωνύμως και κρίνεται επιβεβλημένη για λόγους δημοσίας υγείας.

Όμως και η απόλυση ενός εργαζομένου λόγω της προσβολής του από τον ιό, θα κρινόταν καταχρηστική, προσβάλλουσα την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας του και το δικαίωμα στην εργασία. Και τούτο βέβαια θα ήταν απολύτως και χωρίς καμία αμφιβολία παράνομο εφόσον από τη φύση της εργασίας δεν τίθεται κανένας κίνδυνος μετάδοσης του ιού. Το ποια θα ήταν η ορθή λύση σε περίπτωση που το άτομο αυτό είναι δυνατό να τραυματίζεται συχνά στα πλαίσια της εργασίας του, θα κριθεί με βάση τα ιατρικά δεδομένα. Γίνεται πάντως δεκτό ότι θα πρέπει κάθε φορά να λαμβάνονται τα λιγότερο δυνατό περιοριστικά μέτρα. Για το λόγο αυτό, εάν υπάρχει δυνατότητα απασχόλησης του υπαλλήλου σε άλλο τμήμα, τότε η τοποθέτηση του σε άλλο τμήμα της επιχείρησης θα είναι η επιβεβλημένη λύση. Πολλές φορές τα ερωτήματα δεν επιδέχονται μία καθαρή απάντηση.

Η αδικαιολόγητη άρνηση παροχής υπηρεσιών υγείας σε φορείς ή ασθενείς του AIDS από μεμονωμένους γιατρούς ή νοσηλευτές αποτελεί επίσης κατάφορη παραβίαση των ατομικών τους δικαιωμάτων, ενώ η από μέρους της πολιτείας παράλειψη μέτρων προστασίας, περίθαλψης και υποστήριξης τους αποτελεί, σύμφωνα με τις σύγχρονες κοινωνικοπολιτικές συνθήκες πλημμελή εκπλήρωση της συνταγματικής επιταγής για κοινωνική ισότητα και διαφύλαξη της υγείας των πολιτών.

Τα δικαστήρια είναι εκείνα που με βάση τα πραγματικά και ιατρικά δεδομένα θα κρίνουν κάθε φορά κατά πόσο υφίσταται παραβίαση των συνταγματικών κατοχυρωμένων δικαιωμάτων του ασθενή ή φορέα του AIDS.

Άλλο βέβαια το θέμα ότι η κατασταλτική αυτή αντιμετώπιση είναι βέβαια η λιγότερο προτιμητέα κάτω από ένα πρίσμα πολιτικής της υγείας σε σύγκριση με την ενημέρωση, και τούτο διότι η τελευταία κρίνεται πιο αποτελεσματική από πλευράς δημοσίας υγείας και γενικότερα προαγωγής της υγείας.⁶⁴

8.11. Η ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΝΑ ΣΥΝΔΡΑΜΕΙ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΠΡΟΣΒΛΗΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟ Α.Ι.Δ.Σ.

Ως προς την κοινωνία, ως σύνολο, δεν θα μπορούσε βεβαίως να γίνει λόγος για νομική υποχρέωση να συνδράμει και να υποστηρίξει ψυχικά τα άτομα που έχουν προσβληθεί από τον ιό του Α.Ι.Δ.Σ.

Η αντίστοιχη ηθική υποχρέωση υφίσταται με βάση τις επικρατούσες ηθικές αξίες και αρχές δικαίου της κοινωνίας μας, ιδιαίτερα με την υποχρέωση βοήθειας, συμπαράστασης και αγάπης προς τον πλησίον.

Πέρα όμως από αυτό, πρέπει να γίνει συνείδηση όλων ότι η συνδρομή των ατόμων αυτών αποτελεί αναγκαιότητα για λόγους καθαρά δημόσιας υγείας. Πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι η υποστήριξη των ατόμων αυτών από το κοινωνικό σύνολο και η προάσπιση των ατομικών δικαιωμάτων τους αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία οποιασδήποτε πολιτικής υγείας, όσον αφορά το Α.Ι.Δ.Σ. Κοινωνικές διακρίσεις κατά των ατόμων που έχουν προσβληθεί από τον ιό ή που θεωρείται ότι πιθανώς έχουν προσβληθεί από τον ιό, δηλαδή κατά των ατόμων που ακολουθούν πρακτικές υψηλού κινδύνου, δεν μπορεί παρά να έχουν αρνητικές επιπτώσεις, αφού

απομακρύνουν από τις υπηρεσίες υγείας τα άτομα που τις έχουν περισσότερο ανάγκη από φόβο ότι θα τεθούν στο περιθώριο και θα φέρουν κάποιο στίγμα που θα τους χαρακτηρίζει σε όλες τις κοινωνικές εκδηλώσεις και στην προσπάθεια τους να ζήσουν και να αντιμετωπίσουν το φοβερό αυτό νόσημα.¹

Το A.I.D.S μπορεί να αποτελέσει ερέθισμα και αφετηρία για την ανάπτυξη της ατομικής ευθύνης για την υγεία, και υπεύθυνη συμπεριφορά για ανεκτικότητα προς τα ανθρώπινα πάθη. Για ενισχυμένη κοινωνική αλληλεγγύη. Από ισχυρή ατομική πρόκληση μπορεί να μεταστοιχειωθεί σε παγκόσμια κοινωνική συνείδηση. Όπως όμως μπορεί να ενισχύσει τους πανανθρώπινους δεσμούς, έτσι και μπορεί να τους αποσαρθρώσει. Στη μακροχρόνια αυτή διαδικασία, για να νοιώσει το ανθρώπινο είδος πιο υπερήφανο, δεν μπορούμε να προτείνουμε τίποτα καλύτερο από την αναζήτηση και την διάδοση της γνώσεως, την καταπολέμηση των προκαταλήψεων και την υπεύθυνη συμπεριφορά.⁶⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ

ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Τα σύγχρονα προγράμματα αγωγής υγείας που απευθύνονται σε εφήβους ασχολούνται με το AIDS ως ένα σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα και ως τέτοιο αναλύεται λεπτομερέστερα. Αυτή η αντίδραση από πλευράς αγωγής υγείας είναι ίσως δικαιολογημένη. Οι έφηβοι αντιμετωπίζουν υψηλό κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV, δεδομένης της παρορμητικής συμπεριφοράς τους. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπολογίζει ότι επτά από τα δεκατέσσερα εκατομμύρια φορέων του ιού HIV μολύνθηκαν μεταξύ των ηλικιών 15-24.

Στην Ελλάδα τα ποσοστά είναι σημαντικά χαμηλότερα: στην τελευταία έκθεση (2002) του οργανισμού UNAIDS στις ηλικίες 15-19 δεν παρουσιάστηκε κανένα νέο κρούσμα τα έτη 1997-2001, ενώ στις ηλικίες 20-24 παρουσιάστηκαν 22 νέα κρούσματα σε σύνολο 709. Αγνοείται όμως η διάσταση του AIDS ως ασθένειας που στιγματίζει τον φορέα και τον ασθενή και τον τοποθετεί στο περιθώριο του κοινωνικού συνόλου. Το AIDS ως ασθένεια που αλλάζει την συμπεριφορά μας και βάζει στο περιθώριο τις ανθρώπινες σχέσεις, κάνοντας τις πιο απόμακρες.

Αυτήν την πραγματικότητα φαίνεται να την αναγνωρίζουν μόνο όσα προγράμματα αυτοκαθορίζονται ως προγράμματα πρόληψης του AIDS. Η Αμερικανική Ακαδημία για Εκπαιδευτική Ανάπτυξη ορίζει ως ζητούμενο των προγραμμάτων να μειώσουν τις αρνητικές διακρίσεις σε βάρος των ατόμων με AIDS. Αναφέρεται συγκεκριμένα ότι: «οι άνθρωποι με AIDS πέφτουν συχνά θύματα προκαταλήψεων και αυτή ακριβώς η προκατάληψη μπορεί να απωθήσει τους εφήβους από το να αναζητήσουν πληροφορίες και υπηρεσίες που μπορούν να τους βοηθήσουν και να τους προστατέψουν».

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα που αφορούν στο AIDS ασχολούνται σε μεγάλο ποσοστό και με αυτό το θέμα της ρατσιστικής διάκρισης. Δύο παράγοντες καθορίζουν την σχέση: οι ασθενείς και οι φορείς του AIDS από την μία πλευρά και οι ίδιοι από την άλλη. Δεν αρκεί να θέλει και να προσπαθεί μόνο ο ένας. Πρέπει να υπάρχουν δύο οι οποίοι θα προσπαθούν και θα συνεργάζονται το ίδιο ειλικρινά και εντατικά για να υπάρχει το όποιο επιθυμητό αποτέλεσμα. Θα πρέπει να λέμε στα προγράμματα υγείας ότι οι ασθενείς και φορείς του AIDS είναι άνθρωποι που έχουν τα ίδια δικαιώματα και φυσικά τις ίδιες ανάγκες με όλους τους υπόλοιπους ανθρώπους: «Δεν θα πρέπει με κανέναν τρόπο να δώσουμε στα παιδιά αρνητική εικόνα, παρόλο που ο φόβος υπάρχει σε όλους μας. Να εξηγήσουμε λεπτομερώς πως μεταδίδεται, να μην περιφρονήσουμε κανέναν, να μην εξωτερικεύουμε τον φόβο και μας κυριαρχήσει. Παρότι ο καθένας έχει τον φόβο μέσα του, να μη φτάνουμε σε τραγική συμπεριφορά.

Αξιοσημείωτη είναι η χρήση της βιοϊατρικής γνώσης ως μέσου για την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του ανθρώπου και όχι ως αυτοσκοπού. Η γνώση είναι το μεγαλύτερο όπλο του ανθρώπου, συνεπώς θα πρέπει να τους λέμε ότι δεν υπάρχει πρόβλημα και να μην απομακρύνονται.

Παρότι αμφισβητείται από τα σύγχρονα προγράμματα αγωγής υγείας η σχέση μεταξύ γνώσης και συμπεριφοράς, φαίνεται να αποδεικνύεται η σχέση μεταξύ γνώσης-στάσης απέναντι στο ζήτημα.

Η απόκτηση γνώσεων σχετικά με την γενετική λειτουργία είναι χρήσιμη γιατί βοηθά τους εφήβους να διαλύσουν ορισμένους μύθους και να κατανοήσουν την λειτουργία του σώματος τους.

Η σημερινή αγωγή υγείας έχει φτάσει στο αντίθετο άκρο: Επικεντρώνεται σχεδόν αποκλειστικά στα πρακτικά και τα οργανικά, ενισχύοντας έτσι την αντίληψη

ότι αυτά είναι από μόνα τους τα μόνα απαραίτητα για να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής και τις σχέσεις μας.

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση όπως γίνεται σήμερα στον δυτικό κόσμο περισσότερο καταπιέζει παρά απελευθερώνει, γιατί μπορεί να προσφέρει ορισμένες γνώσεις, αλλά δεν αντιμετωπίζει τα κοινωνικά στερεότυπα που εγκλωβίζουν τους εφήβους σε συγκεκριμένες καταστάσεις.

Πρέπει να ξεφύγουμε συνεπώς από τη στεία ποσοτική αξιολόγηση και να δώσουμε σημασία στα προσωπικά βιώματα των ανθρώπων. Δεν θα πρέπει να αλλάξουν οι στόχοι μας όσον αφορά στην μείωση των κρουσμάτων AIDS και ΣΜΝ., αλλά και δεν μπορούν να αποτελούν το μοναδικό μας ζητούμενο. Μόνο με αυτόν τον τρόπο δεν χάνει το αληθινό νόημα της η αγωγή, που δεν μπορεί παρά να είναι αγωγή για ελευθερία.⁶⁶

9.2. ΠΑΡΑΤΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ **ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ**

Είναι γνωστό ότι η HIV λοίμωξη αφορά κυρίως σε νέα άτομα, με αποτέλεσμα αυτή η ηλικιακή ομάδα να έχει αποτελέσει το βασικό πληθυσμό στόχο μεγάλου μέρους των μηνυμάτων και εκστρατειών πρόληψης κατά του AIDS. Από τα επιπλέον δεδομένα και στοιχεία παρατηρούνται διαφορές και ιδιαιτερότητες στα χαρακτηριστικά και στα αιτήματα των ατόμων που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των νέων, σε σύγκριση με εκείνα των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας.

Μεγάλη είναι η σημασία και το περιεχόμενο της εξειδικευμένης ψυχολογικής παρέμβασης, ο ρόλος του εκπαιδευτικού σαν βασικός αποδέκτης των προβληματισμών ή και της δυσφορίας των νέων ατόμων καθώς και οι δυνατότητες διεπιστημονικής συνεργασίας στο πλαίσιο της πρόληψης και της υποστήριξης για την αντιμετώπιση της HIV λοίμωξης.⁶⁷

9.2.1. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΘΗΓΗΤΩΝ ΓΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΕΦΗΒΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ HIV/AIDS

Από την αξιολόγηση σχολικών προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και αγωγής για HIV/AIDS έχει βρεθεί ότι αναπτύσσεται περισσότερο υπεύθυνη συμπεριφορά στους νέους και μειώνεται η έκθεση σε κίνδυνο για HIV/AIDS, μέσω της καθυστέρησης έναρξης της σεξουαλικής ζωής ή της αυξημένης χρήσης του προφυλακτικού. Επίσης, έχει βρεθεί ότι οι μαθητές είναι πιο δεκτικοί όταν η αγωγή υγείας γίνεται από τον καθηγητή/δάσκαλο τους με τον οποίο έχουν ήδη αναπτύξει κώδικες επικοινωνίας.

Στόχος ενός αποτελεσματικού προγράμματος αγωγής είναι η παροχή σωστής πληροφόρησης, η ανατροπή των μύθων, η δημιουργία κατάλληλου βαθμού κινήτρων για αλλαγή συμπεριφοράς, η οικοδόμηση των απαραίτητων δεξιοτήτων ώστε να αποφεύγονται οι καταστάσεις υψηλού κινδύνου και η αντιμετώπιση των προκαταλήψεων για άτομα με HIV/AIDS.

Ιδιαίτερη έμφαση αποδίδεται στη μεθοδολογία αγωγής υγείας που βασίζεται στην ανάπτυξη δεξιοτήτων. Η εφαρμογή τέτοιας μεθοδολογίας προϋποθέτει την κατάλληλη εκπαίδευση των καθηγητών ώστε να διαθέτουν τα απαραίτητα επαγγελματικά και προσωπικά προσόντα. Οι βασικές ενότητες εκπαίδευσης των καθηγητών είναι:

17. Βασική επιστημονική γνώση για τον HIV/AIDS και επιστημονικώς ορθά μηνύματα της αγωγής για τον HIV/AIDS, και δημιουργία δικτύου ειδικών για επιπλέον εξειδικευμένη γνώση αν και όποτε αυτή χρειάζεται.

18. Παιδαγωγικές μεθοδολογίες ενεργητικής μάθησης και βιωματικής εκπαίδευσης.

19. Θέματα ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης, συμπεριφορών και αξιών των εφήβων
Θέματα πεποιθήσεων, στάσεων και συμπεριφορών των ενηλίκων απέναντι στους εφήβους συμπεριλαμβανομένων θεμάτων σεξουαλικής συμπεριφοράς.

Τέλος ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα καθηγητών πρέπει να τους δίνει την ευκαιρία να επιδείξουν και να αποδείξουν τις νέες τους δεξιότητες.

Κατά το σχεδιασμό ενός προγράμματος αγωγής για HIV/AIDS πρέπει να υπάρχει δυνατότητα συμμετοχής των καθηγητών στην διαδικασία λήψης αποφάσεων για την υιοθέτηση του προγράμματος, και κατά την υλοποίηση ενδείκνυται η συνεργασία ήδη εκπαιδευμένων καθηγητών και νέων εκπαιδευόμενων συναδέλφων τους.⁶⁸



9.3. ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΕΠΙΜΟΡΦΩΤΙΚΩΝ ΣΕΜΙΝΑΡΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟ AIDS

Πρωτοπόρος στο συμβουλευτικό πρόγραμμα των φορέων και των ασθενών με AIDS στην Αφρική είναι ο οργανισμός TASO (The AIDS Support Organization) στην Ουγκάντα, ο οποίος ιδρύθηκε το 1987 από μια μικρή ομάδα εθελοντών. Σκοπός των συμβουλευτικών υπηρεσιών είναι η παροχή βασικών πληροφοριών και συμβουλών στους ανθρώπους που ανησυχούν για το AIDS, ενώ σε όσους έχουν μολυνθεί, πώς να αποκτήσουν μια θετική στάση για την ζωή, και στις οικογένειες, πώς να φροντίζουν τους αρρώστους τους και πώς να προλαμβάνουν την διασπορά του AIDS.

Οι υπηρεσίες του TASO περιλαμβάνουν:

- Προληπτική συμβουλευτική και επιστημονική ενημέρωση
- Αγωγή υγείας για θετική στάση στη ζωή
- Ιατρική βοήθεια και θεραπεία
- Υλική βοήθεια
- Συντρόφευση
- Γεύματα
- Δυνατότητα εκφράσεως των εμπειριών τους
- Αύξηση του οικογενειακού εισοδήματος.

Διάφορες χριστιανικές ομάδες επίσης, διαθέτουν κοινοτικά προγράμματα για τους PWA. Μια από αυτές είναι η Kabondos στην Ουγκάντα, της οποίας τα μέλη διοργανώνουν επισκέψεις στους αρρώστους με AIDS και τους βοηθούν με διάφορους τρόπους. Τα μέλη των ομάδων αυτών δρουν σαν ο πρώτος κρίκος στην αλυσίδα φροντίδας. Τα μέλη ενημερώνουν τα νοσοκομεία για τους ασθενείς, τους οποίους παρακολουθούν και μετέχουν στην φροντίδα τους στο σπίτι, συνεισφέρουν δε στην πρόληψη της νόσου με την ενθάρρυνση της Χριστιανικής ηθικής.

Στην Νέα Υόρκη των ΗΠΑ. Ο Αγροτικός Νοσηλευτικός Οίκος, άρχισε ένα κοινοτικό πρόγραμμα, λίγο διαφορετικό από τα προαναφερόμενα, για να ικανοποιήσει τις ειδικές ανάγκες των PWA. Στο πρόγραμμα αυτό, κατ'αρχήν, εκτιμώνται οι βασικές ανάγκες του ατόμου με το πρόβλημα: όπως κατάσταση της υγείας του, οι συνθήκες διαμονής, τροφής και η διανοητική του κατάσταση. Και κατόπιν τα άτομα αυτά μετέχουν σε πρόγραμμα που περιλαμβάνει ασκήσεις, ψυχοθεραπεία και μουσική. Ενώ το καθημερινό αυτό πρόγραμμα θεωρείται επιτυχές, εντούτοις δεν είναι αρκετό για να ικανοποιήσει τις ανάγκες όλων αυτών των ατόμων, για αυτό υπάρχει προοπτική να επεκταθεί και ακόμη και να περιλάβει και νοσηλευτική φροντίδα.

Είναι πολύ σημαντικό, καθώς αυξάνουν τα κοινοτικά και τα προγράμματα στο σπίτι, να υπάρχει δυνατότητα ανταλλαγής απόψεων ώστε ο καθένας να διδάσκεται από τις εμπειρίες του άλλου και να υιοθετεί εκείνα τα στοιχεία που αρμόζουν στην κάθε κοινότητα χωριστά, εφόσον προσφέρονται οι δυνατότητες από τη δομή του εθνικού συστήματος υγείας.

Η περιγραφή και ανάλυση των τύπων νοσηλείας στο σπίτι, του παγκόσμιου προγράμματος για το AIDS στην Αφρική εκτός των άλλων, υπηρετεί και αυτό το σκοπό.

Οι Νοσηλευτές διαδραματίζουν ένα σπουδαίο ρόλο στα υπάρχοντα προγράμματα και μπορούν να βοηθήσουν στη δημιουργία νέων, με τη προβολή των προγραμμάτων αυτών στην κοινότητα, τη συμμετοχή τους στην εθνική πολιτική της υγείας, την αξιολόγηση των προγραμμάτων και την ενίσχυση της ίδιας της οικογένειας να συμμετέχει στα προγράμματα αυτά.⁵⁰

9.4. ΕΥΘΥΝΕΣ ΕΘΝΙΚΩΝ ΣΥΝΔΕΣΜΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Όλοι οι Εθνικοί Σύνδεσμοι Νοσηλευτών οφείλουν να έχουν ενεργό συμμετοχή στο σχεδιασμό εθνικών ή τοπικών προγραμμάτων εναντίον του AIDS.

Στη μάχη αυτή οι Εθνικοί Σύνδεσμοι πρέπει:

6. Να αναγνωρίζουν ότι το πρόβλημα του AIDS έχει υψηλή προτεραιότητα.
7. Να γνωρίζουν ότι το θέμα από την κλινική και ηθική άποψη του και να γνωρίζουν την Εθνική πολιτική που ακολουθείται για την αντιμετώπιση του.
8. Να έχουν θέση πάνω σε αυτές τις απόψεις και την πολιτική.
9. Να χρησιμοποιούν κάθε μέσο ώστε οι θέσεις τους να συμπεριλαμβάνονται μέσα στα σχέδια των κυβερνήσεων-οργανισμών.
10. Να έχουν προετοιμάσει συγκεκριμένους νοσηλευτές για συνεργασία με τους παράγοντες της Πολιτείας.
11. Να εκπαιδεύουν, μέσω προγραμμάτων, το Νοσηλευτικό προσωπικό, με στόχο την ποιοτική φροντίδα του αρρώστου και την αυτοπροστασία του.
12. Να προάγουν την σχετική με την νόσο έρευνα.
13. Να διατηρούν επικοινωνία με τοπικές μονάδες και να τις εφοδιάζουν με εκπαιδευτικό υλικό.⁵⁰

9.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΤΟΝ ΔΙΩΝΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΑΙΔΣ

Έναν αιώνα πριν, ο Φρειδερίκος Νίτσε είτε πως δημοσιογράφοι είναι εκείνη η γλοιώδης και κολλητική ουσία που μπαίνει ανάμεσα στις επιστήμες και καταφέρνει να εξουδετερώσει όχι μόνον τον επιστημονικό λόγο αλλά και τη φιλοσοφική σκέψη.

Η άποψη αυτή είναι χαρακτηριστική για την προκατάληψη και την καχυποψία που δημιουργήθηκε πολύ νωρίς, ανάμεσα στους επιστήμονες και τους διανοούμενους από τη μία και στους δημοσιογράφους από την άλλη.

Και τούτο γιατί το επάγγελμα των δημοσιογράφων δεν είναι γέννημα κάποιας αυτοτελούς επιστήμης αλλά τροφοδοτήθηκε, τουλάχιστον στην χώρα μας μέχρι και την τελευταία δεκαετία, από ανθρώπους που προέρχονταν από όλες τις επιστήμες-νομικούς, φιλόλογους, οικονομολόγους, καθώς και από μεγάλους τεχνίτες του λόγου και της σκέψης αλλά και από ανθρώπους που ούτε γλώσσα γνωρίζουν ούτε γράμματα. Μέχρι τις μέρες μας είναι δύσκολο να ισχυριστεί κανείς ότι οργανώθηκε επιστημονικά και ότι ξεπέρασε το στάδιο του εμπειρισμού.

Και όμως το επάγγελμα των δημοσιογράφων καλείται να αποτυπώσει την πολιτική ιστορία, τις μικρές ιστορίες που γράφουν την κοινωνική ιστορία, την καθημερινή θαυμάσια περιπέτεια της έρευνας και της επιστήμης. Η φόρτιση που υπάρχει στη σχέση του δημοσιογράφου και γιατρού ίσως και να οφείλεται σ'αυτήν την ιστορική μάλλον παρεξήγηση.

Οι σχέσεις ιατρικής και δημοσιογραφίας διαμορφώνονται από τη στιγμή που η ιατρική επιστήμη οφείλει να επικοινωνήσει με ένα μαζικό κοινό που όμως δεν διαθέτει εξειδικευμένη γνώση αλλά έχει άμεση ανάγκη πληροφόρησης.

Το πώς εξελίσσεται αυτή η σχέση είναι κοινός τόπος. Σήμερα δεν υπάρχει ούτε ένα έντυπο που να μην αφιερώνει συστηματικά σελίδες του σε ότι μπορεί να έχει ένα γενικό υπέρτιτλο «υγεία». Δεν υπάρχει τηλεοπτικό μέσον που να μην προβάλλει τακτικά ιατρικά θέματα ή και ντοκυμαντέρ με τις ιατρικές εξελίξεις. Ακόμη όλο και πιο συχνά μια νέα ιατρική ανακάλυψη, μια νέα θεραπεία που υπόσχεται πολλά, γίνεται είδηση στην πρώτη σελίδα, γίνεται πρώτο θέμα στον ηλεκτρονικό λόγο.

Η πρώτη διαπίστωση που μπορεί να γίνει σ'αυτές τις περιπτώσεις είναι ότι ο δημοσιογραφικός λόγος είναι απλά διεκπεραιωτικός και η εισβολή των δημοσιογράφων στα χωράφια της ιατρικής επιστήμης, εκτός του ότι είναι επιθυμητή τόσο από τον επιστήμονα-ερευνητή όσον και από το κοινό, δεν είναι επικίνδυνη.

Παρόλο που η δημοσιογραφία δεν έχει εξαντλήσει τις δυνατότητες που τις παρέχονται για να φέρει σε μία ουσιαστική επαφή το κοινό με τον πραγματικό επιστημονικό λόγο, τα προβλήματα υπάρχουν και στην πιο αυτονόητη σχέση ανάμεσα στην δημοσιογραφία και την ιατρική.

Καθώς η εμπορευματοποίηση της ιατρικής πράξης αλλά και της έρευνας είναι σχεδόν αναπόδραστη και αντίστοιχα η εμπορευματοποίηση της είδησης, και δη της αποκλειστικής, είναι δεδομένη, τα κριτήρια και της μιας και της άλλης πλευράς ακολουθούν τις ανάγκες του εσωτερικού τους ανταγωνισμού.

Πως μπορεί άραγε κανείς να υπερβεί το διαφημιστικό περιεχόμενο μιας είδησης που όμως αφορά σε ένα νέο φάρμακο που έχει παραχθεί στα εργαστήρια μιας συγκεκριμένης φαρμακευτικής εταιρείας;⁶⁹

Αλλά ο κίνδυνος είναι μεγάλος και όταν ο δημοσιογράφος δεν διαθέτει τα ειδικά επιστημονικά κριτήρια για να ελέγξει την επιστημονική αλήθεια της είδησης που καλείται να καταγράψει και να ανακοινώσει στο ευρύτερο κοινό.

Όμως ο κίνδυνος της παραπληροφόρησης είναι ακόμα μεγαλύτερος αφού μια είδηση-βόμβα που είτε υπόσχεται πολλά, είτε γκρεμίζει κάποιο «μύθο» και ενσπείρει τον πανικό, μπορεί να γίνει θέμα πρωτοσέλιδο με πηχταίους τίτλους ή πρώτο θέμα με εικόνα «ντοκουμέντο» στην τηλεόραση. Το έδαφος είναι απελπιστικά γόνιμο για ασθένειες που είναι «ξορκισμένες» ή για ασθένειες που εκτός του ότι εμφανίζουν σημαντικά ποσοστά θνησιμότητας εμπεριέχουν και μια κοινωνική παράμετρο που μπορεί άνετα να τροφοδοτήσει ότι μπορεί να παραλάβει ο υποκριτικός τίτλος «κοινωνική πληροφόρηση».



Η εκστρατεία κατά του Aids

Πόσα «φάρμακα» έχουν ως τώρα δει το φως της δημοσιότητας που αφορούν το ανοσοποιητικό σύστημα και στις βλάβες που επιφέρει σε αυτό ο ιός του AIDS; Πόσες ελπίδες δημιουργούνται κάθε φορά. Αλλά και πόσες φορές ο πανικός από το «μολυσμένο αίμα» στα πρωτοσέλιδα των εφημερίδων δεν έχει προκαλέσει πολλαπλάσια ζημιά από το ίδιο το όποιας ποσότητας μολυσμένο αίμα. Η άκριτη, η βιαστική, η εύκολη υιοθέτηση μιας είδησης είναι πέρα και έξω από κάθε δημοσιογραφική δεοντολογία, που όμως οι κανόνες της παραμένουν ακόμη άγραφοι αλλά και ως «εθιμικοί» παραβιάζονται βάνουσα. Η αλήθεια είναι ότι στην τριετία 1985-1988 η πληροφόρηση για τον ιό ήταν συστηματική και από ότι δείχνουν τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας «πέρασαν» όχι μόνο σε ότι ονομάζουμε ομάδες υψηλού κινδύνου αλλά και σε ευρύτερα στρώματα. Βεβαίως υπήρχαν και ακρότητες. Αφού μέσα σε αυτήν την τριετία χάθηκαν προσβεβλημένοι από τον ιό άνθρωποι της τέχνης και του θεάματος, πράγμα που έφερε στην επιφάνεια λεπτομέρειες της προσωπικής τους ζωής.

Πολλές φορές οι δημοσιογράφοι στάθηκαν μάρτυρες παραβίασης στοιχειωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων που εύκολα θυσιάστηκαν στον εντυπωσιασμό της κοινής γνώμης.

Δεν είναι παράδοξο αν σκεφτεί κανείς ότι ειδικές έρευνες στο Χάρβαρντ απέδειξαν ότι ο μέσος θεατής προτιμά να βλέπει εικόνες βίας και δυστυχίας από προγράμματα περιβαλλοντικής αγωγής ή ιστορίας της τέχνης.

Οι εικόνες βίας, ερμηνεύουν οι ειδικοί αναλυτές του δίνουν διέξοδα από την καταπίεση που υφίσταται από το σύστημα που είναι ενταγμένος, ενώ οι σκηνές δυστυχίας τον ανακουφίζουν και του δίνουν δυνατότητες σύγκρισης της προσωπικής του ζωής με εκείνες αυτών που παρουσιάζουν «τηλεοπτικό ενδιαφέρον». Και δεν χρειάζεται να μνημονευθούν έρευνες ξένων επιστημονικών κέντρων, όταν τα δικά μας τηλεοπτικά προγράμματα «ξεχειλίζουν» από αντίστοιχη «πληροφόρηση».

Πρέπει να σημειωθεί ότι και η ακραία αυτή μορφή πληροφόρησης για το AIDS μπορεί να δράσει ανασταλτικά κάποιες φορές. Αλλά βεβαίως δεν είναι το ζητούμενο ένας τρομοκρατημένος, ανίδεος εν πολλοίς πολίτης που πιστεύει ότι η απλή χειραψία, η χρησιμοποίηση ενός σκεύους, το πλύσιμο των ρούχων ενός φορέα

του ιού, θέτουν σε άμεσο κίνδυνο την δική του υγεία, τον μεταβάλλουν σε έναν υποψήφιο φορέα.

Από όλους αυτούς τους κινδύνους 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 εκπαίδευσης. Και επειδή δεν είναι πάντα το ελληνικό σπίτι ο χώρος που αναπτύσσονται τέτοιου είδους προβληματισμοί, το σχολείο θα αποτελούσε μια σωστή προσέγγιση του προβλήματος.

Το μεγαλύτερο φορτίο πέφτει και πάλι στα μέσα ενημέρωσης. Ωστόσο αν πράγματι οι ειδικοί επιστήμονες δεν θέλουν η πληροφόρηση να αγγίζει τα όρια της υπεραπλούστευσης και να ξεπερνά τα όρια της αναγκαίας εκλαϊκείας τότε θα έπρεπε να διακατέχονται από την τάση της στενότερης και αμεσότερης συνεργασίας με τα μέσα ενημέρωσης. Γιατί πολλές φορές σε εβδομαδιαία περιοδικά ευρείας κατανάλωσης στήλης του τύπου «ο γιατρός σε συμβουλεύει» οι συμβουλές που καταγράφονται είναι ολέθριες, ενώ άλλες φορές και οι δημοσιογράφοι παρακάμπτοντας την επιστημονική γνώση του ειδικού, τον υποκαθιστούν στην κυριολεξία, αναπαράγοντας γνώμες και παρατηρήσεις που αγνοούν το επιστημονικό τους βάθος, αφήνοντας έτσι περιθώρια για επικίνδυνες παρερμηνείες.

Στην Ελλάδα θα νόμιζε κανείς ότι είτε θα θέλαμε να αγνοήσουμε την ύπαρξη του κινδύνου που ελλοχεύει από την κακή ενημέρωση γύρω από το AIDS ή μας αρέσει το «επικινδύνως ζειν». Και στις δύο περιπτώσεις οι ευθύνες βαραίνουν εξίσου πολιτεία, γιατρούς και μέσα ενημέρωσης. Η πολιτεία είναι υπόλογος γιατί διαθέτει ελάχιστα κονδύλια για την ευρεία και συστηματική προβολή του θέματος, ανάλογα ίσως με όσα διαθέτει και για την περίθαλψη και την τεχνική υποδομή όσων έχουν προσβληθεί από τον ιό. Οι γιατροί γιατί θεωρούν ότι οι δημοσιογράφοι επιζητούν μόνον το «πρωτοσέλιδο θέμα» παραμένοντας στην επιφανειακή κοινωνική εικόνα που δημιουργείται όταν ο φορέας είναι πρόσωπο επικαιρότητας και οι δημοσιογράφοι γιατί πολλές φορές παραγνωρίζουν το γεγονός ότι είναι σημαντικότερο να δώσουν τις διαστάσεις του προβλήματος από την προβολή ενός μεμονωμένου περιστατικού.

Η άλλα παράμετρος είναι ότι η πολιτεία θυμάται την ενημέρωση όταν είναι η «παγκόσμια ημέρα για το AIDS» και εξαντλείται σε ευχολόγια και επετειακούς λόγους αρμοδίων και μη. Ελάχιστοι-ευτυχώς- από τους ειδικούς αντιμετωπίζουν πολλές φορές το θέμα ως βατήρα προσωπικής προσβολής με πολλαπλές επιδιώξεις. Και οι δημοσιογράφοι «ξανα-ανακαλύπτουν» το θέμα όταν κάποιος επώνυμος φορέας εκμετρήσει τον βίον. Και όμως είναι η ώρα τα ιατρικά φαινόμενα που έχουν κοινωνική διάσταση να αντιμετωπιστούν κάτω από άλλο πρίσμα. Μια επιδημία-από τις πιο ανώδυνες ως και τις πιο ανθρωποκτόνες-είναι ένα γεγονός με κοινωνικές διαστάσεις που περιλαμβάνει πλήθος εξωεπιστημονικών και εξωϊατρικών φαινομένων.

Αν ο γιατρός έχει καθήκον να απαλλάξει τον άνθρωπο από τον πόνο, από τους κινδύνους για την ζωή του, ο δημοσιογράφος έχει καθήκον να παρακολουθήσει, να επισημάνει τις εξίσου σημαντικές κοινωνικές παρενέργειες του ιατρικού φαινομένου, μιας επιδημίας όπως: το ζωντάνεμα των προκαταλήψεων και του σκοταδισμού, τον κρυφό και φανερό ρατσισμό απέναντι στα θύματα της ασθένειας με AIDS, την κρατική αναλγησία, την κοινωνική καραντίνα, τα αποθέματα της αλληλεγγύης που διαθέτει η κοινωνία αλλά και την αποτελεσματικότητα της κοινωνικής πρόνοιας.

Στην ιστορία της δημοσιογραφίας, ευτυχώς καταγράφονται εξάισια παραδείγματα δημοσιογραφικής έρευνας και ολόπλευρης πληροφόρησης για ασθένειες με ευρύτερες κοινωνικές επιπτώσεις, όπως σήμερα με τον ιό του AIDS.

Ο Ντάνιελ Ντεφοέ τον 17ο αιώνα έδωσε ένα έξοχο παράδειγμα δημοσιογραφίας με την δημοσίευση του χρονικού του που αναφέρεται στην επιδημία που έπληξε την βρετανική πρωτεύουσα το 1664 με τίτλο «η πανούκλα του Λονδίνου».

Εκεί αντιμετωπίζει με υπεύθυνο τρόπο όχι μόνον τις διαστάσεις της επιδημίας ώστε να μην ενσπείρει τον πανικό, τα επιστημονικά δεδομένα της εποχής για να δημιουργήσει εγκαρτέρηση και αισιοδοξία αλλά και κρίνει και παρατηρεί την πολιτική πρόνοιας των δήμων, την κοινωνική συμπεριφορά του πληθυσμού, τη θρησκοληψία, τον κομπογιαννιτισμό που τόσο εύκολα φυτρώνει κάτω από αυτές τις συνθήκες, την κερδοσκοπία των τυχοδιωκτών πάνω στον ανθρώπινο πόνο.

Παρότι μας χωρίζουν περισσότεροι από τρεις αιώνες το κείμενο του Ντεφοέ μπορεί να αποτελέσει ένα κείμενο-πρότυπο για τα μέσα ενημέρωσης στον χειρισμό ιατρικών φαινομένων με σοβαρές κοινωνικές επιπτώσεις, για τους γιατρούς για την ακρίβεια και υπευθυνότητα στην πληροφόρηση, ακόμη και για την πολιτεία και για τις σωστές διαστάσεις προβολής τόσων ευαίσθητων ιατρικών θεμάτων.

Το πόσο πάσχουμε όλοι, καθώς και το μερίδιο της ευθύνης των δημοσιογράφων το έχει δείξει η στάση τους απέναντι στο ζήτημα των φορέων του AIDS, της κοινωνικής τους αντιμετώπισης και όλων των γνωστών παρενεργειών του. Πολλές φορές δημοσιογράφοι παρασύρθηκαν σε μια εκστρατεία στιγματισμού προσώπων και ομάδων. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι δημιουργείται ένα έλλειμμα δεοντολογίας όταν εξελίσσεται το περίφημο «κυνήγι» της είδησης και ο ανταγωνισμός μέχρι «εσχάτων» που αναπτύσσεται γύρω από αυτό.

Πιστεύουμε ότι πριν από όλα προβάλλει σήμερα η ανάγκη να διαμορφωθεί ένας κώδικας επικοινωνίας, ανάμεσα σε γιατρούς και δημοσιογράφους που να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις και για σωστή ενημέρωση του κοινού και για μια έγκυρη επισήμανση φαινομένων που εμφανίζονται ως κοινωνικές παρενέργειες από την προσβολή με τον ιό του AIDS που οδηγούν όχι μόνο στην ανθρώπινη μοναξιά αλλά και σε ακραίες μορφές βίας και στοιχειώδους στέρησης των δικαιωμάτων του πολίτη.⁶⁹



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

**ΕΡΕΥΝΑ
«ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ
ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ AIDS»**



Πάτρα 2006

1. ΣΚΟΠΟΣ

Η παρούσα μελέτη εκπονήθηκε με σκοπό την διερεύνηση του γνωσιολογικού επιπέδου του ελληνικού κοινού σε σχέση με το AIDS, αν δηλαδή γνωρίζουν τους τρόπους μετάδοσής του, την επικινδυνότητα του ιού και πως μπορεί αυτός να προληφθεί.

2. ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν 222 άνδρες και γυναίκες διαφόρων ηλικιών. Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των στοιχείων από το δείγμα στηρίχθηκε στη συμπλήρωση ενός ανώνυμου, αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου 23 ερωτήσεων, αφού πρώτα επισημάνθηκε ο σκοπός. Οι περισσότερες ερωτήσεις ήταν κλειστού τύπου, εκτός από 4 ανοικτού τύπου. Επίσης, στην αρχή του ερωτηματολογίου συμπληρώθηκαν 5 ερωτήσεις αναφερόμενες στα δημογραφικά στοιχεία. Οι ερωτήσεις έγιναν κυρίως κλειστού τύπου, διότι οι έρευνες ποσοτικού χαρακτήρα στηρίζονται σχεδόν αποκλειστικά σε κλειστές απαντήσεις, καθώς οι εκ των προτέρων κωδικοποιημένες απαντήσεις διευκολύνουν τη ποσοτικοποίηση των στοιχείων.

Η διερευνητική μας εργασία διήρκησε από τον Μάρτιο έως τον Αύγουστο 2005 και το δείγμα μας προήλθε από τους νομούς Βοιωτίας, Αχαΐας και Αρκαδίας, στην Ελλάδα. Η σύνθεση του ερωτηματολογίου έγινε από τα μέλη της ερευνητικής ομάδας και με τη καθοδήγηση του υπεύθυνου καθηγητή. Βασίστηκε στη διεθνή βιβλιογραφία, προσαρμοσμένη-ωστόσο-στις ιδιαιτερότητες της ελληνικής πραγματικότητας.

3. ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας έρευνας.

4. ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Μετά την συλλογή των δεδομένων οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν, έγινε η εισαγωγή των στοιχείων στον ηλεκτρονικό Υπολογιστή με την χρήση του στατιστικού πακέτου του SPSS 11.0 και μετά από κατάλληλη στατιστική επεξεργασία των ποσοτικών μεταβλητών προσδιορίστηκαν για κάθε ερώτηση οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες που συνδέονται από τα σχετικά διαγράμματα για καλύτερη κατανόηση. Τέλος αναλύθηκαν οι σχέσεις των απαντήσεων με βάση το φύλο των ερωτώμενων. (πίνακες συνάφειας, στατιστικοί σημαντικότητα, δείκτες συνάφειας).

Συγκεκριμένα η χρήση του SPSS στην έρευνα σήμερα χρησιμοποιείται ευρέως από ακαδημαϊκά ιδρύματα ερευνητικά κέντρα κ.λ.π. και οι δραστηριότητές του SPSS ξεκινάνε μετά από την συλλογή των δεδομένων, τα οποία αναλύονται για να βγουν ορισμένα αποτελέσματα. Για να γίνει αυτό ακολουθήθηκε κάποια διαδικασία η οποία συμπεριλαμβάνει τα παρακάτω στάδια, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν στην συγκεκριμένη έρευνα.

1. Κατοχύρωση των δεδομένων.
2. Έλεγχος των δεδομένων.
3. Διενέργεια στατιστικών ελέγχων.
4. Ανάλυση και μελέτη των αποτελεσμάτων (πίνακες συχνοτήτων και πίνακες συνάφειας)
5. Παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την επεξεργασία των αποτελεσμάτων ήταν το SPSS 11.00 για Windows:

4.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

4.2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων. Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρούμενων διαφορών μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων, ήταν το chi-square ή χ^2 (με ή χωρίς τον διορθωτικό συντελεστή του Yates για την συνέχεια) ή το Fishers exact όπου η αναμενόμενη τιμή της διχοτόμου μεταβλητής ήταν μικρότερη του 5.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

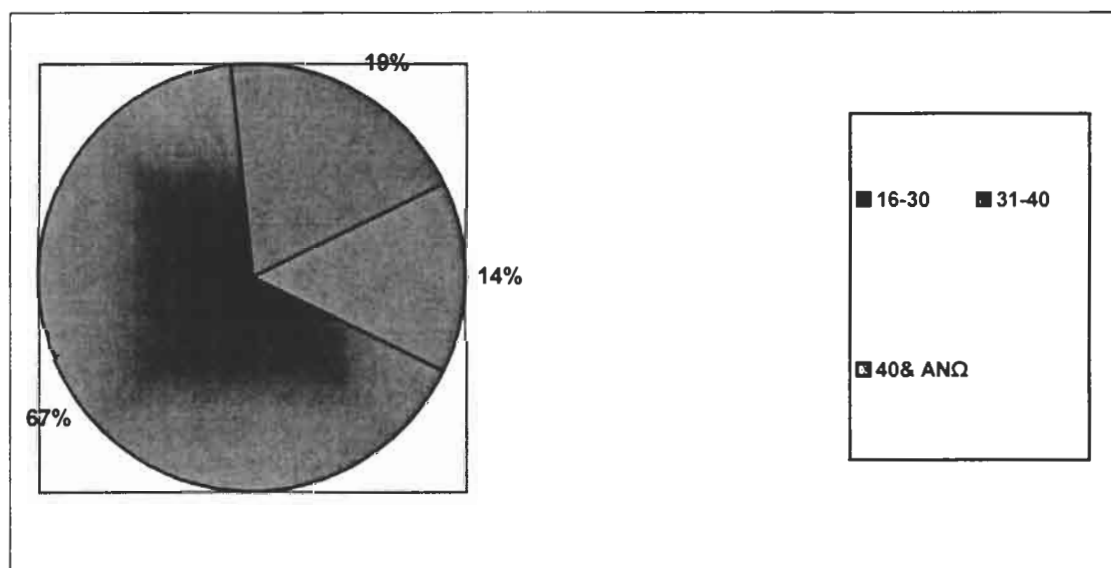
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίασή τους.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Πίνακας 1: Κατανομή των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

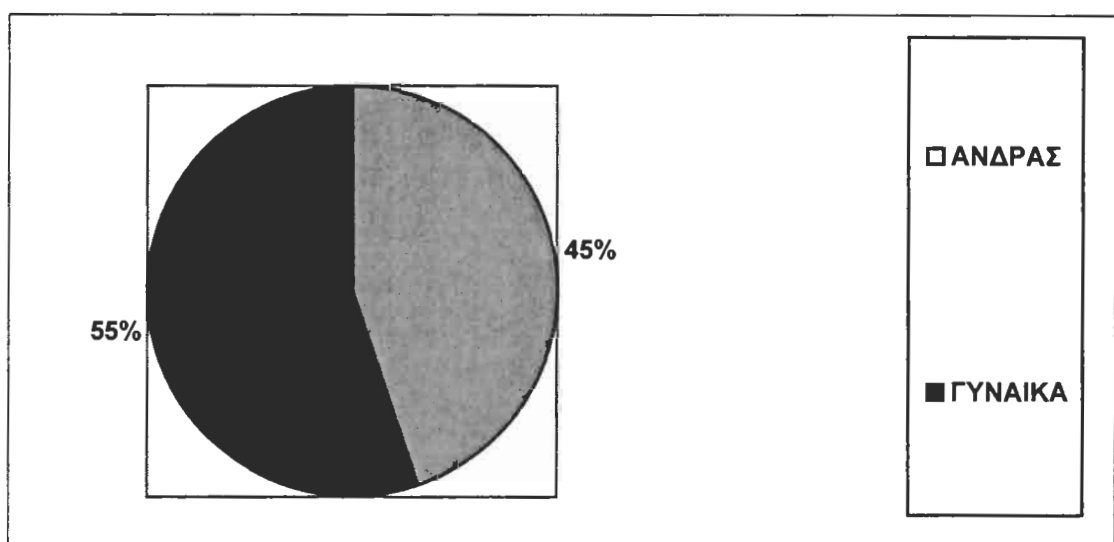
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
16-30	147	67
31-40	43	19
Άνω των 40	32	14
ΣΥΝΟΛΟ	222	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ηλικίας 16 έως 30 ετών.

Πίνακας 2: Κατανομή των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Άνδρας	99	45
Γυναίκα	123	55
ΣΥΝΟΛΟ	222	100%

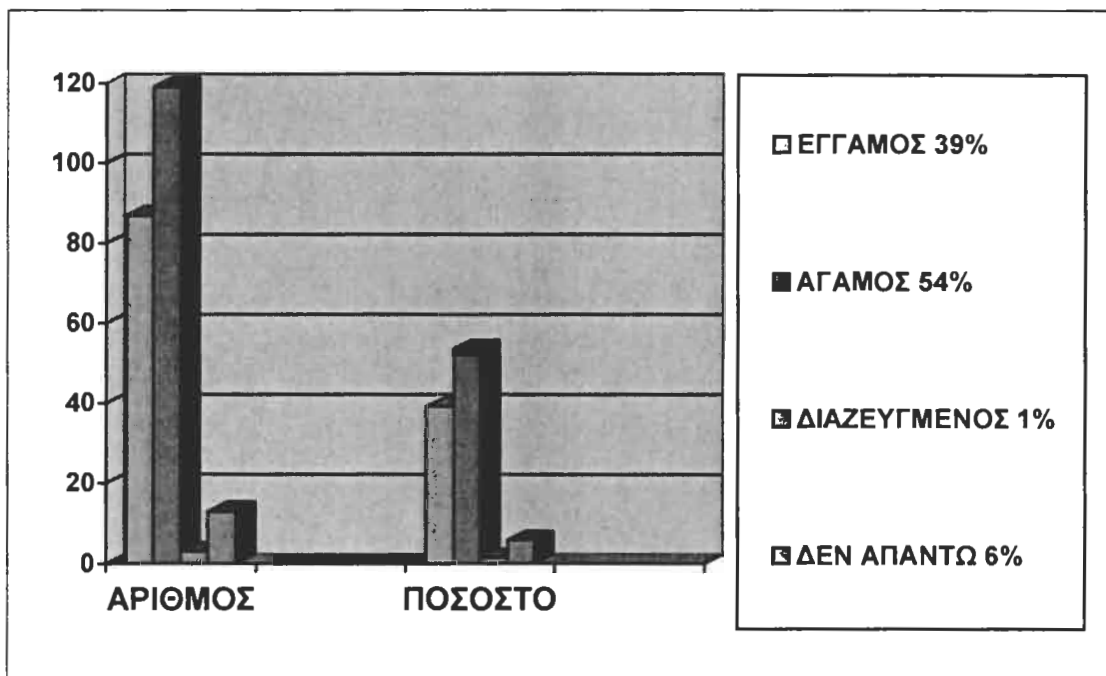


Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες.

Πίνακας 3: Κατανομή των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
έγγαμος	87	39
άγαμος	119	54
διαζευγμένος	3	1
Δεν απαντώ	13	6

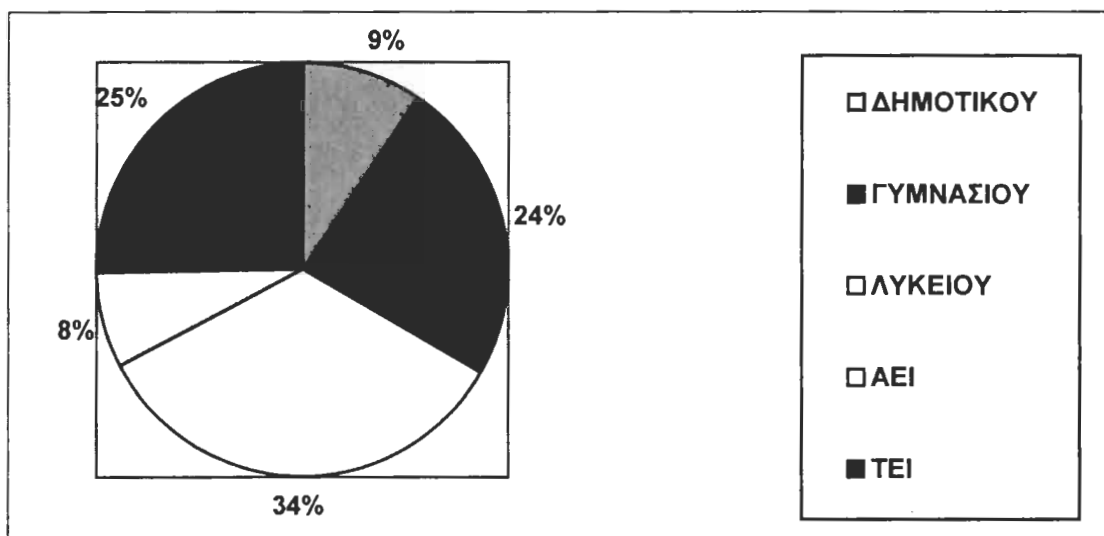
ΣΥΝΟΛΟ	222	100%
---------------	------------	-------------



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν κυρίως άγαμοι.

Πίνακας 4: Κατανομή των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση με τις γραμματικές γνώσεις τους.

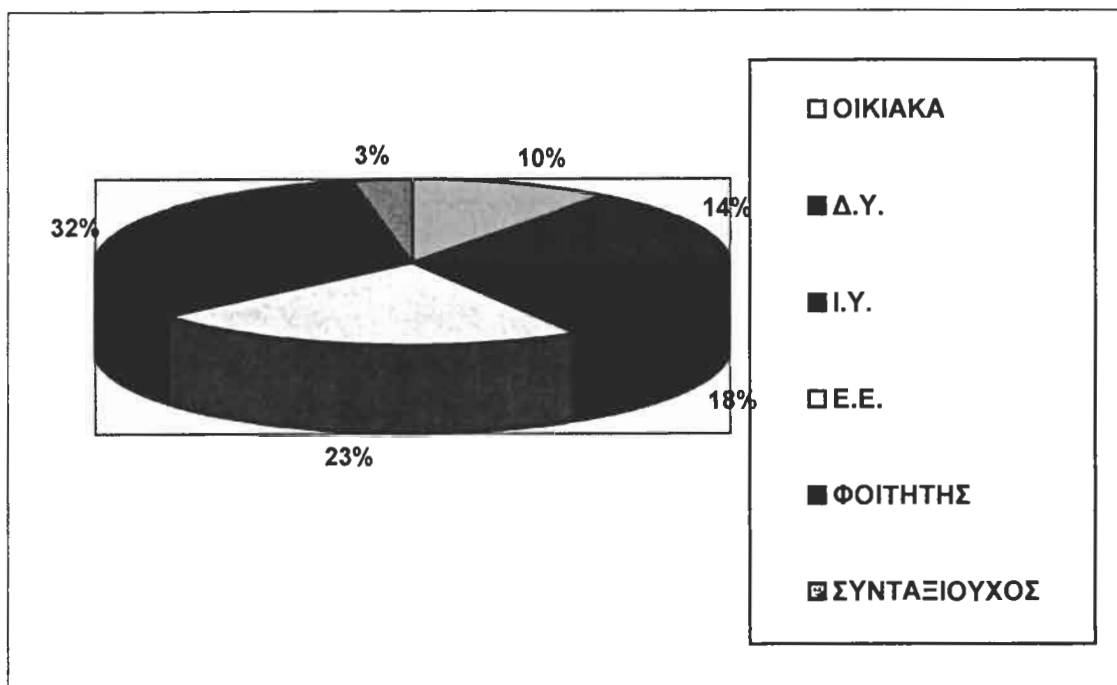
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Δημοτικού	21	9
Γυμνασίου	53	24
Λυκείου	75	34
ΑΕΙ	17	8
ΤΕΙ	56	25
ΣΥΝΟΛΟ	222	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν κυρίως απόφοιτοι λυκείου.

Πίνακας 5: Κατανομή των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση με την επαγγελματική τους κατάσταση.

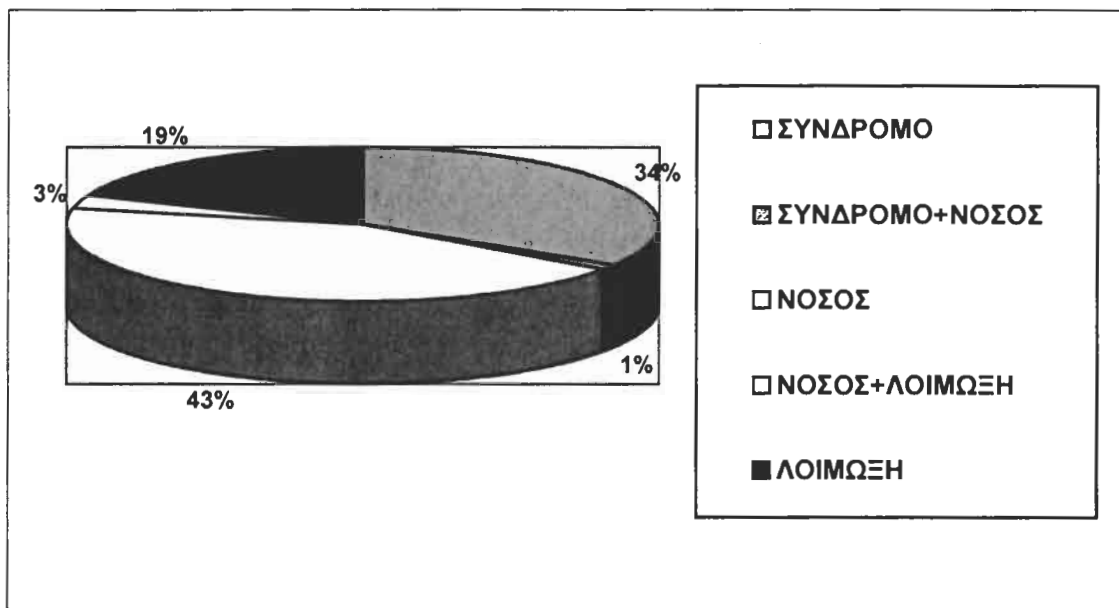
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Οικιακά	23	10
Δημόσιος υπάλληλος	30	14
Ιδιωτικός υπάλληλος	39	18
Ελεύθερος επαγγελματίας	50	23
Φοιτητής	73	32
Συνταξιούχος	7	3
ΣΥΝΟΛΟ	222	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν κυρίως φοιτητές.

Πίνακας 6: Κατανομή των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνωρίζουν τι είναι AIDS.

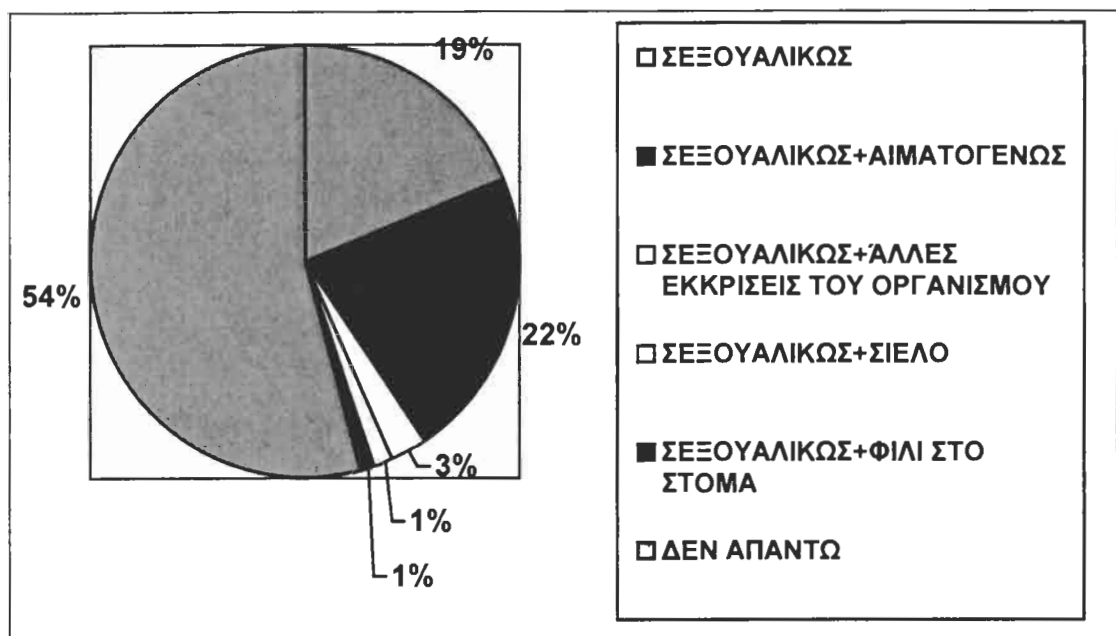
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Σύνδρομο	75	34
Σύνδρομο+Νόσος	3	1
Νόσος	96	43
Νόσος+Λοίμωξη	6	3
Λοίμωξη	42	19
ΣΥΝΟΛΟ	222	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι το AIDS είναι νόσος.

Πίνακας 7: Κατανομή των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνωρίζουν με ποιους τρόπους μεταδίδεται το AIDS.

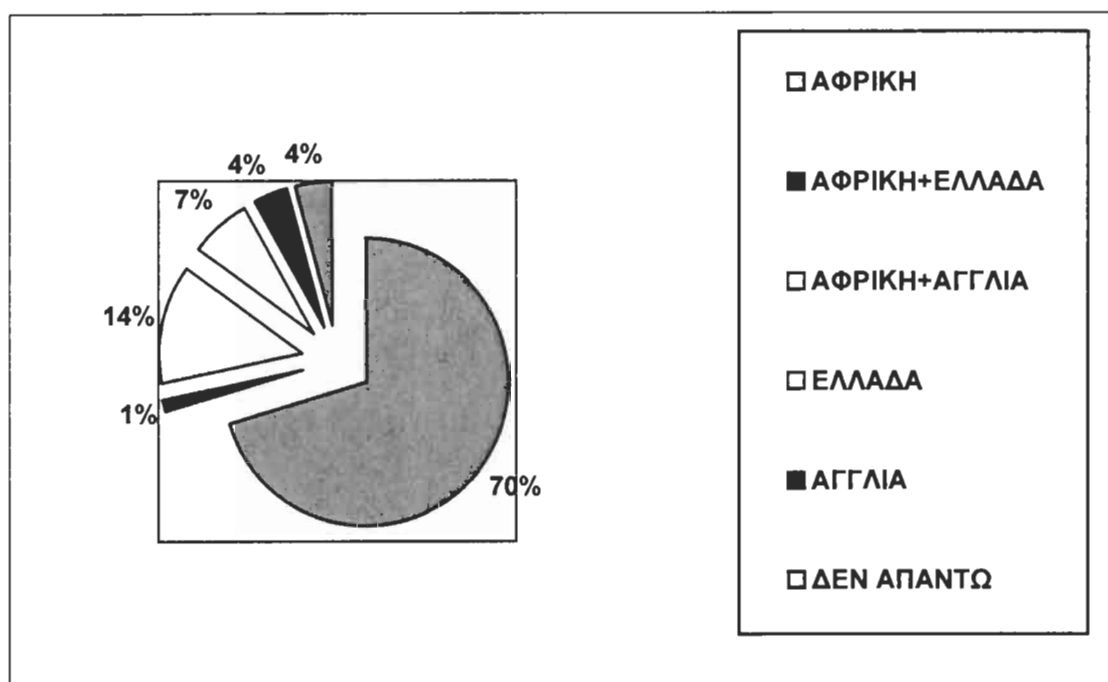
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Σεξουαλικά	42	19
Σεξουαλικά+Αιματογενώς	48	22
Σεξουαλικά+Άλλες εκκρίσεις του οργανισμού	6	3
Σεξουαλικά+Σιέλο	3	1
Σεξουαλικά+Φιλί στο στόμα	3	1
Δεν απαντώ	120	54
ΣΥΝΟΛΟ	222	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν απάντησαν.

Πίνακας 8: Κατανομή των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνωρίζουν σε ποιες χώρες υπάρχει μεγαλύτερο ποσοστό εξάπλωσης του ιού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Αφρική	156	70
Αφρική+Ελλάδα	3	1
Αφρική+Αγγλία	30	14
Ελλάδα	15	7
Αγγλία	9	4
Δεν απαντώ	9	4
ΣΥΝΟΛΟ	222	100%

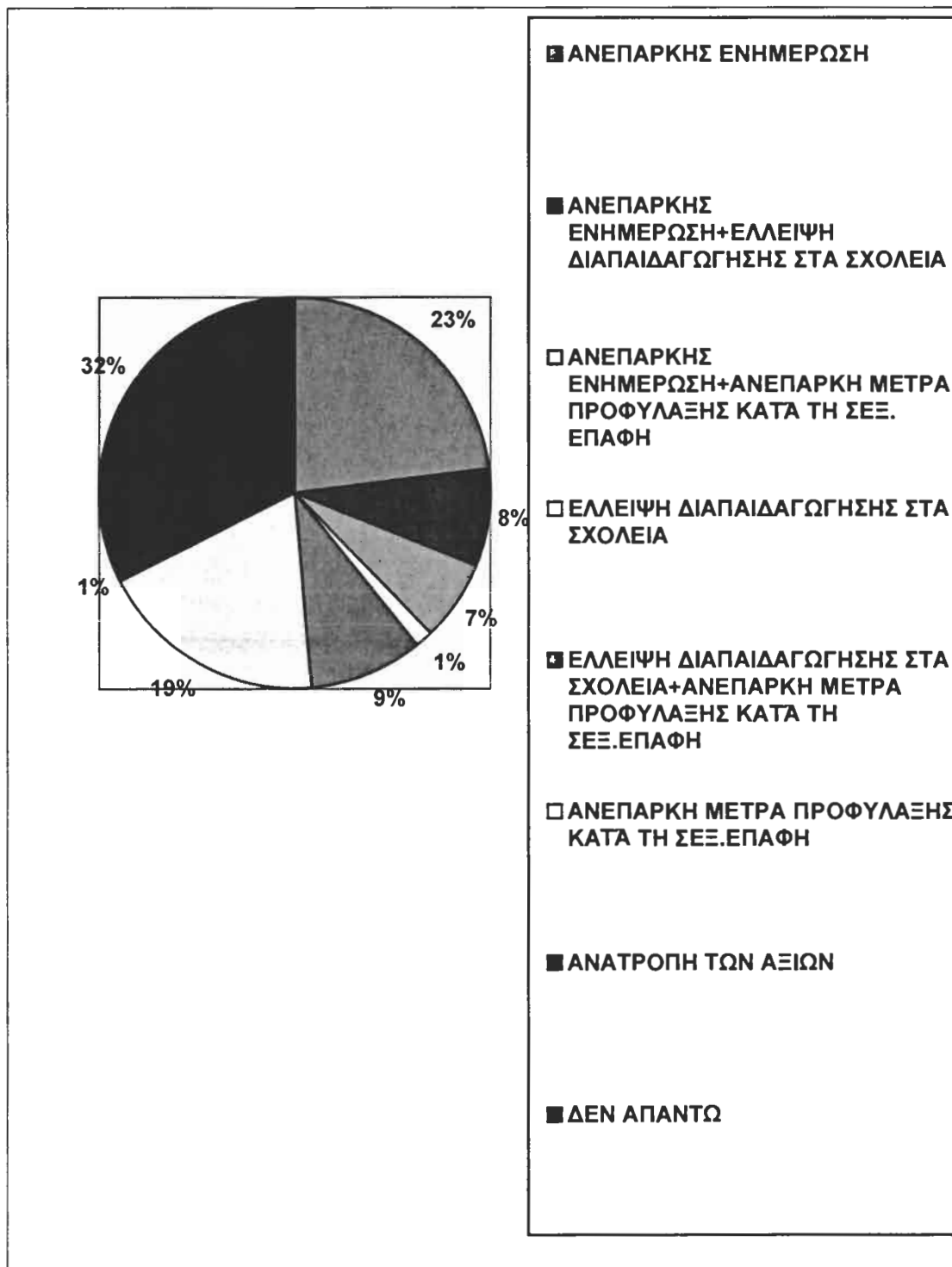


Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό εξάπλωσης του ιού υπάρχει στην Αφρική.

Πίνακας 9: Κατανομή των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση με το τι πιστεύουν ότι ευθύνεται για τη μεγάλη εξάπλωση του AIDS στη πατρίδα μας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ανεπαρκής ενημέρωση	51	23
Ανεπαρκής ενημέρωση+Έλλειψη διαπαιδαγώγησης στα σχολεία	18	8
Ανεπαρκής ενημέρωση+Ανεπαρκή μέτρα προφύλαξης κατά τη σεξ. Επαφή	15	7
Έλλειψη διαπαιδαγώγησης στα σχολεία	3	1
Έλλειψη διαπ.+Ανεπαρκή μέτρα προφύλαξης κατά τη σεξ. επαφή	21	9
Ανεπαρκή μέτρα προφύλαξης κατά τη σεξ. επαφή	42	19

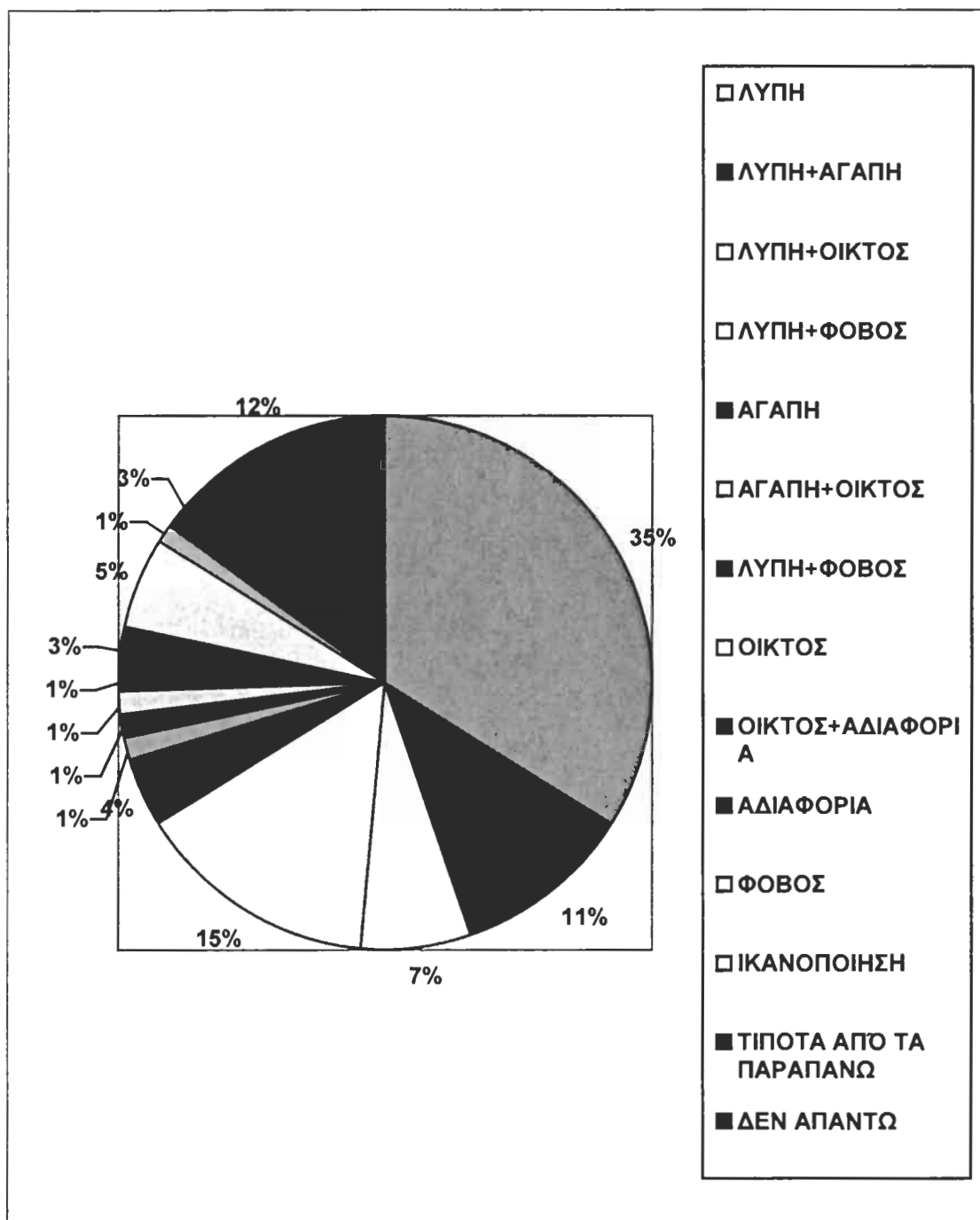
Ανατροπή των αξιών	3	1
Δεν απαντώ	69	32
ΣΥΝΟΛΟ	222	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στη παρούσα έρευνα δεν απάντησαν.

Πίνακας 10: Κατανομή των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση με το τι αισθήματα τους προκαλούνται για ανθρώπους που πάσχουν από AIDS.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Λύπη	75	35
Λύπη+Αγάπη	24	12
Λύπη+Οίκτος	15	7
Λύπη+Φόβος	33	15
Αγάπη	9	4
Αγάπη+Οίκτος	3	1
Λύπη+Φόβος	3	1
Οίκτος	3	1
Οίκτος+Αδιαφορία	3	1
Αδιαφορία	6	3
Φόβος	12	5
Ικανοποίηση	3	1
Τίποτα από τα παραπάνω	6	3
Δεν απαντώ	27	12
ΣΥΝΟΛΟ	222	100%

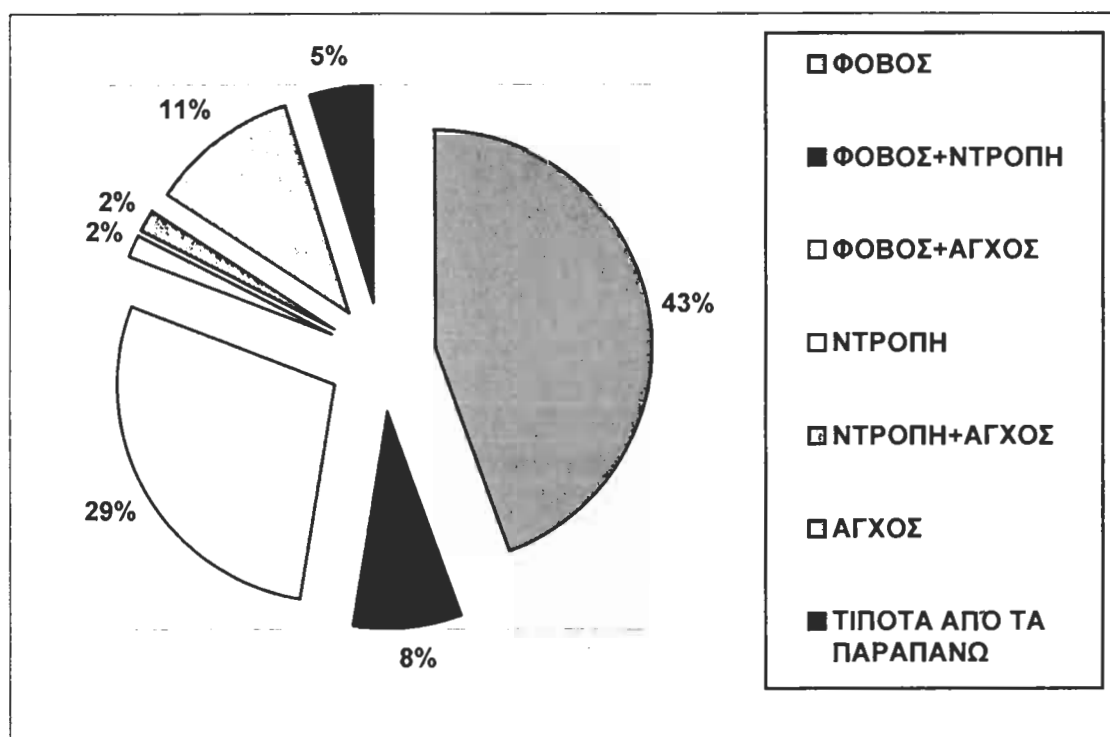


Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι το κύριο αίσθημα που τους προκαλείται για ανθρώπους που πάσχουν από AIDS είναι λύπη.

Πίνακας 11: Κατανομή των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποια θα ήταν τα συναισθήματά τους αν ανακάλυπταν ότι πάσχουν από AIDS.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
----------	---------	---------

Φόβος	84	43
Φόβος+Ντροπή	15	8
Φόβος+Άγχος	54	29
Ντροπή	3	2
Ντροπή+Άγχος	3	2
Άγχος	21	11
Τίποτα από τα παραπάνω	9	5
ΣΥΝΟΛΟ	222	100%

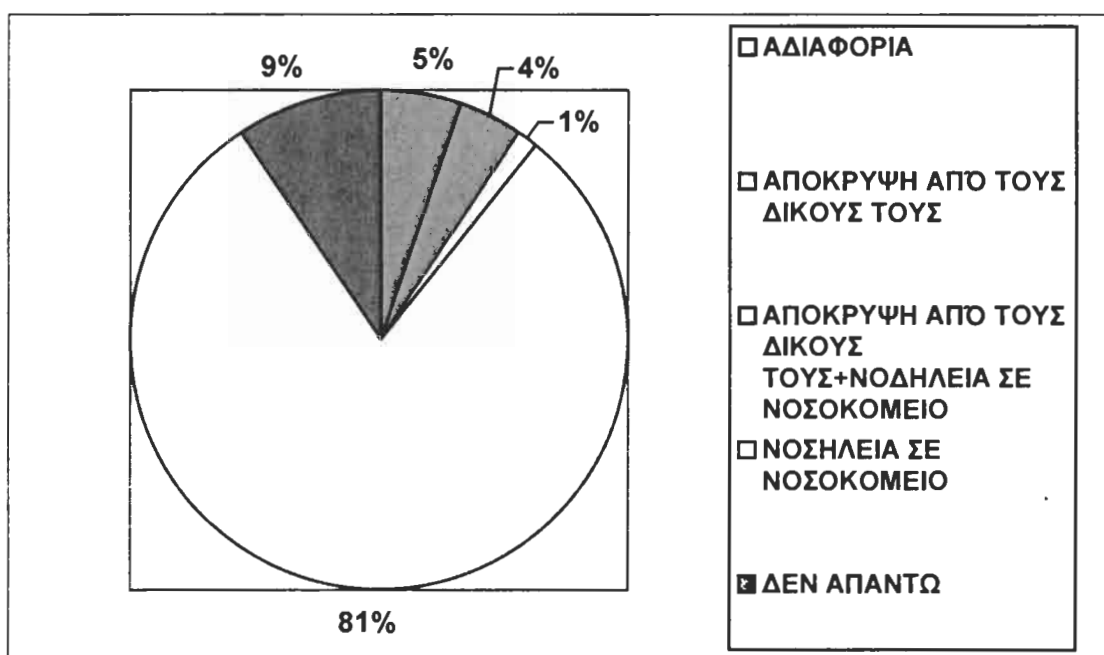


Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι αν ανακάλυπταν ότι πάσχουν από AIDS, το κύριο συναίσθημά τους θα ήταν ο φόβος.

Πίνακας 12: Κατανομή των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση με το τι θα σκέφτονταν ως μέσο λύτρωσης από το σύνδρομο του AIDS.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
----------	---------	---------

Αδιαφορία	12	5
Απόκρυψη από τους δικούς τους	9	4
Απόκρυψη από τους δικούς τους+Νοσηλεία σε νοσοκομείο	3	1
Νοσηλεία σε νοσοκομείο	177	81
Δεν απαντώ	21	9
ΣΥΝΟΛΟ	222	100%

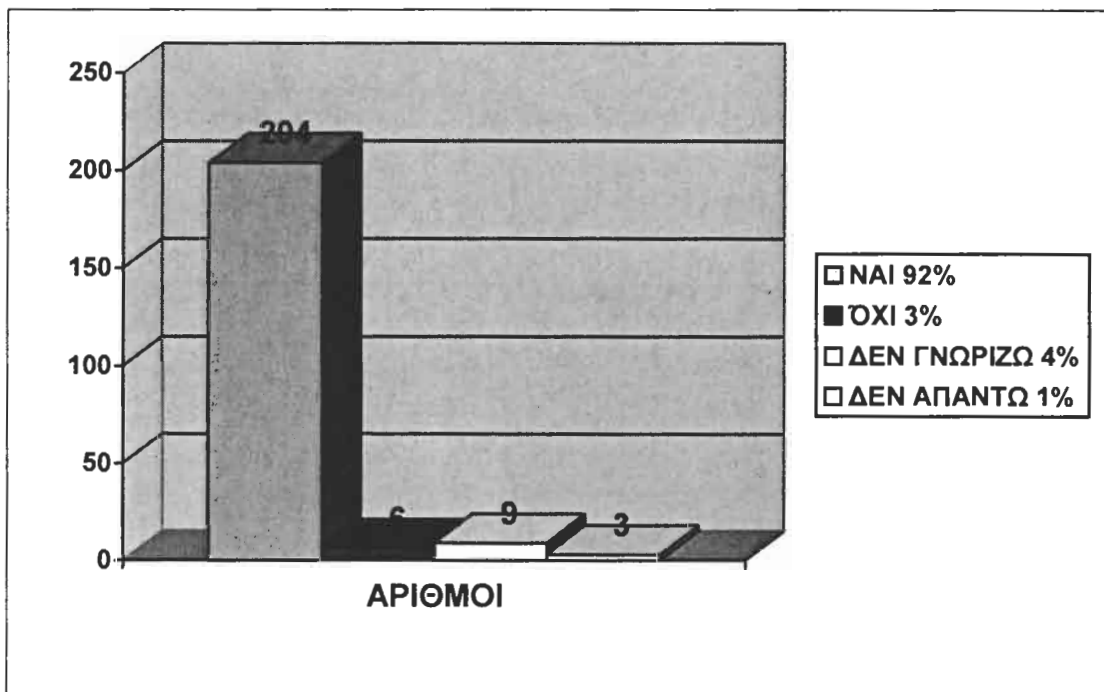


Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι μέσο λύτρωσης από το σύνδρομο του AIDS γι' αυτούς θα ήταν η νοσηλεία σε νοσοκομείο.

Πίνακας 13: Κατανομή των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θα πρόσεχαν στην καθημερινή τους ζωή ώστε να μη μολύνουν άλλα άτομα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	204	92
Όχι	6	3
Δεν γνωρίζω	9	4

Δεν απαντώ	3	1
ΣΥΝΟΛΟ	222	100%

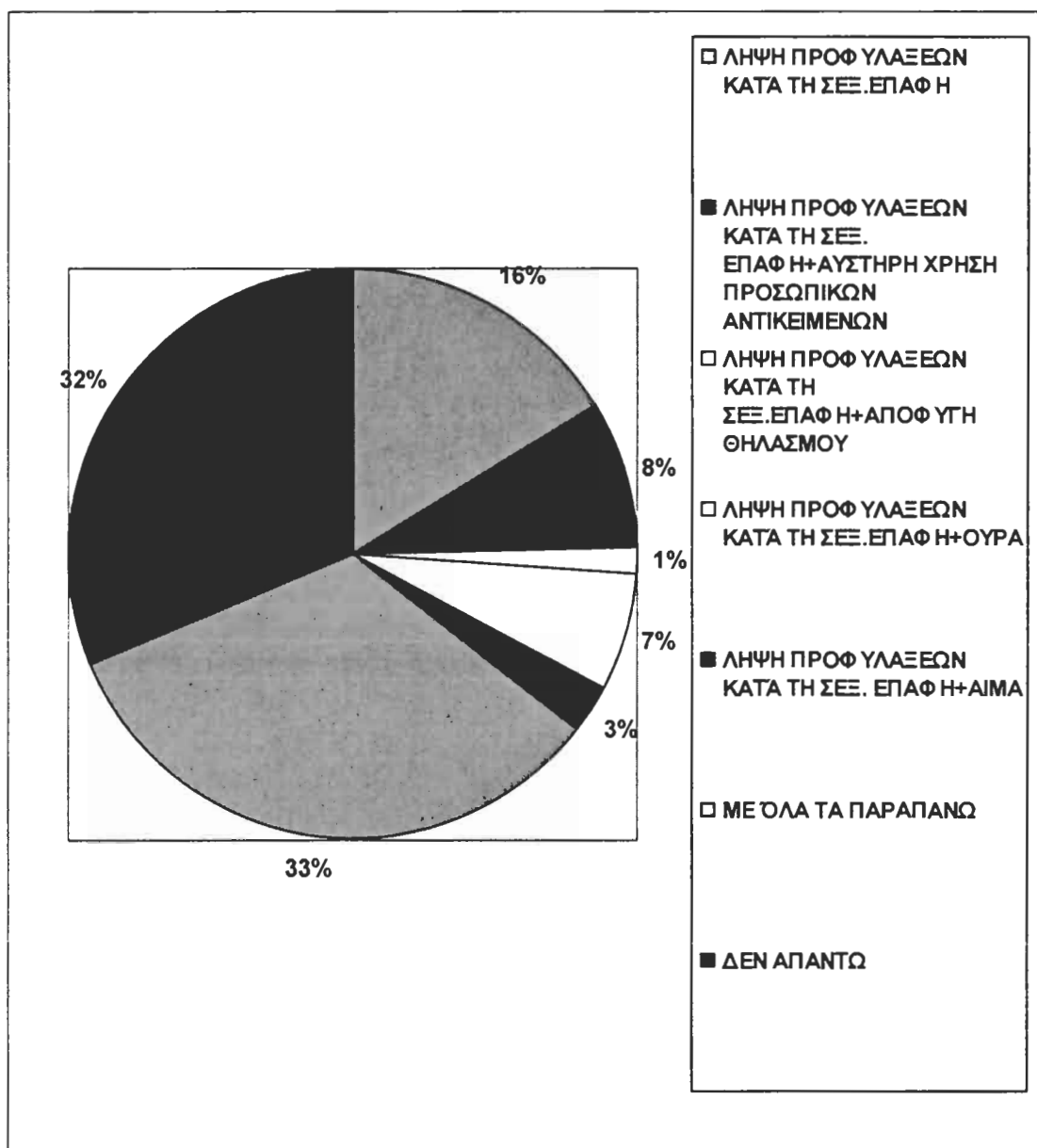


Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στη παρούσα έρευνα απάντησαν ότι θα πρόσεχαν στην καθημερινή τους ζωή ώστε να μη μολύνουν άλλα άτομα

Πίνακας 14: Κατανομή των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση με ποιους τρόπους θα πρόσεχαν ώστε να μη μολύνουν άλλα άτομα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Λήψη προφυλάξεων κατά τη σεξ.επαφή	36	16
Λήψη προφυλάξεων κατά τη σεξ.επαφή+Αυστηρή χρήση προσωπικών αντικειμένων	18	8
Λήψη προφυλάξεων κατά τη σεξ. επαφή +Αποφυγή θηλασμού	3	1
Λήψη προφυλάξεων κατά τη σεξ.επαφή+Ούρα	15	7

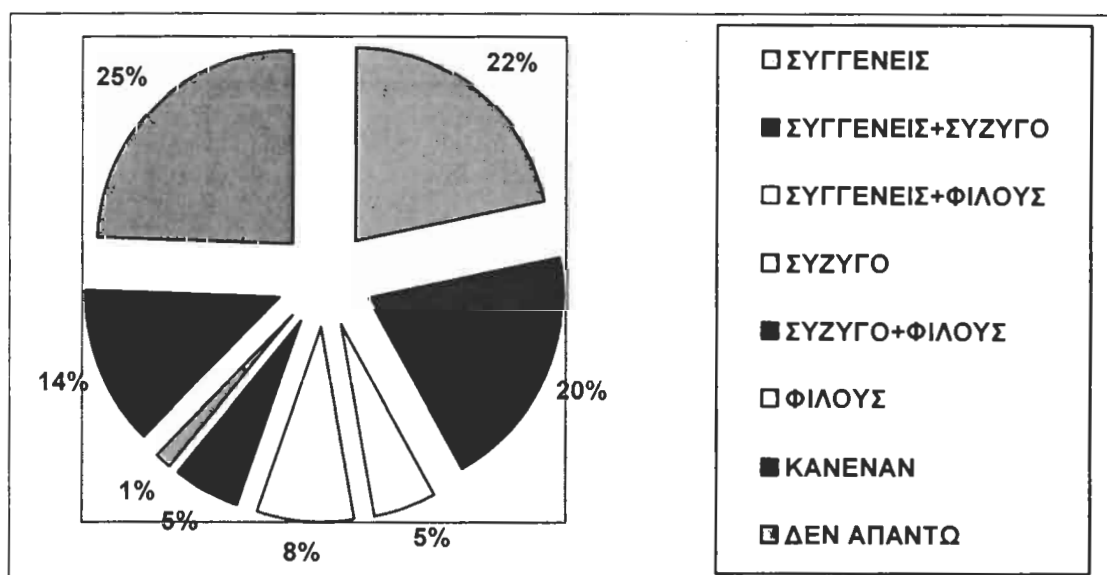
Λήψη προφυλάξεων κατά τη σεξ. επαφή+Αίμα	6	3
Με όλα τα παραπάνω	72	33
Δεν απαντώ	69	32
ΣΥΝΟΛΟ	222	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στη παρούσα έρευνα απάντησαν ότι με οποιονδήποτε τρόπο θα πρόσεχαν ώστε να μη μολύνουν άλλα άτομα.

Πίνακας 15: Κατανομή των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση με ποιους θα ενημέρωναν αν διαπίστωναν ότι πάσχουν από AIDS.

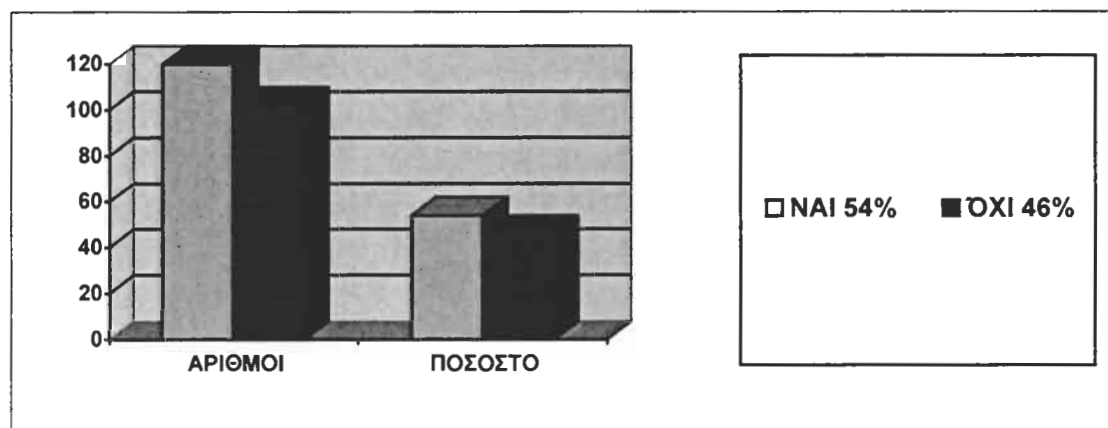
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Συγγενείς	48	22
Συγγενείς+Σύζυγο	45	20
Συγγενείς+Φίλους	12	5
Σύζυγο	18	8
Σύζυγο+Φίλους	12	5
Φίλους	3	1
Κανέναν	30	14
Δεν απαντώ	54	25
ΣΥΝΟΛΟ	222	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στη παρούσα έρευνα δεν απάντησαν.

Πίνακας 16: Κατανομή των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θα ενημέρωναν τον εργοδότη τους.

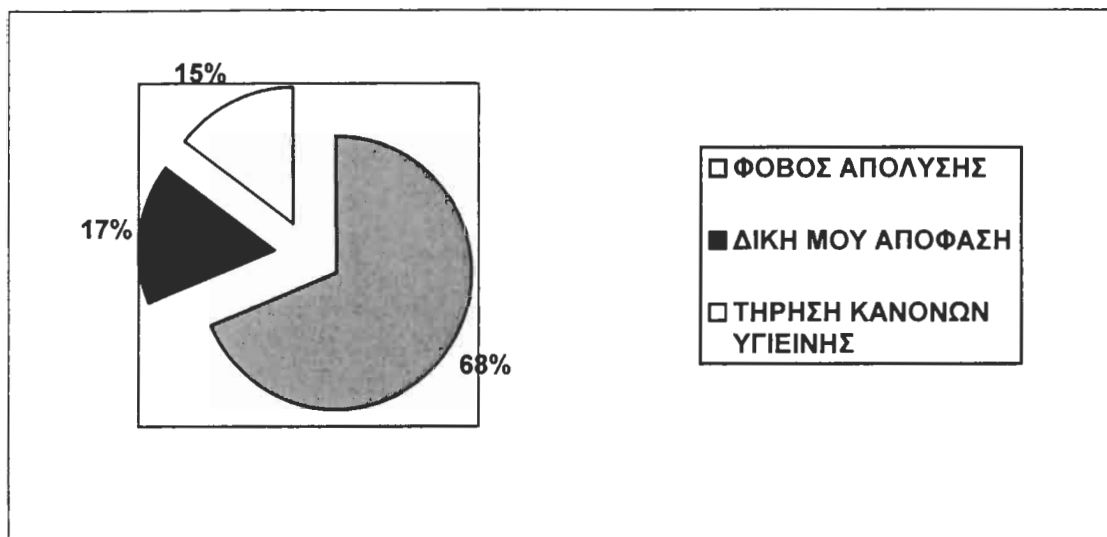
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	120	54
Όχι	102	46
ΣΥΝΟΛΟ	222	100%



Οι περισσότεροι στη παρούσα έρευνα απάντησαν ότι θα ενημέρωναν τον εργοδότη τους.

Πίνακας 16α : Κατανομή των απαντήσεων 102 ερωτηθέντων σε σχέση με το γιατί δεν θα ενημέρωναν τον εργοδότη τους.

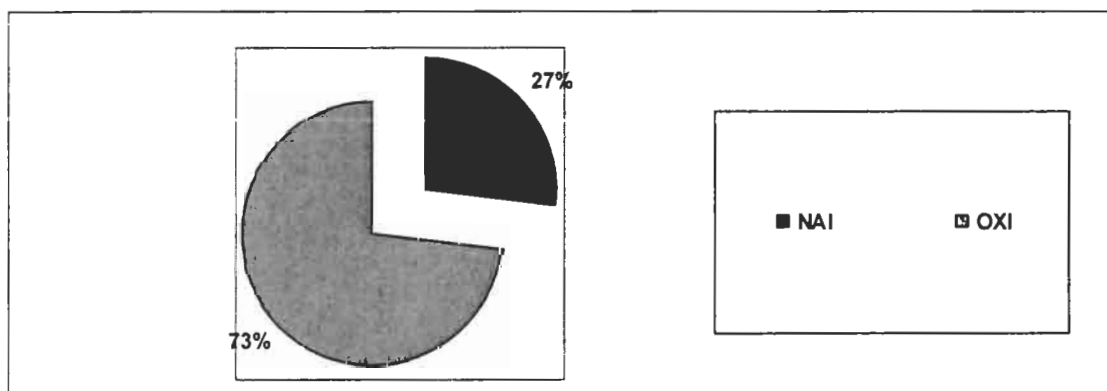
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Φόβος απόλυσης	70	68
Δική μου απόφαση	17	17
Τήρηση κανόνων υγιεινής	15	15
ΣΥΝΟΛΟ	102	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στη παρούσα έρευνα απάντησαν ότι δεν θα ενημέρωναν τον εργοδότη τους από φόβο μην τους απολύσουν.

Πίνακας 17: Κατανομή των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θα απέλυαν υπάλληλό τους εάν μάθαιναν ότι πάσχει από AIDS.

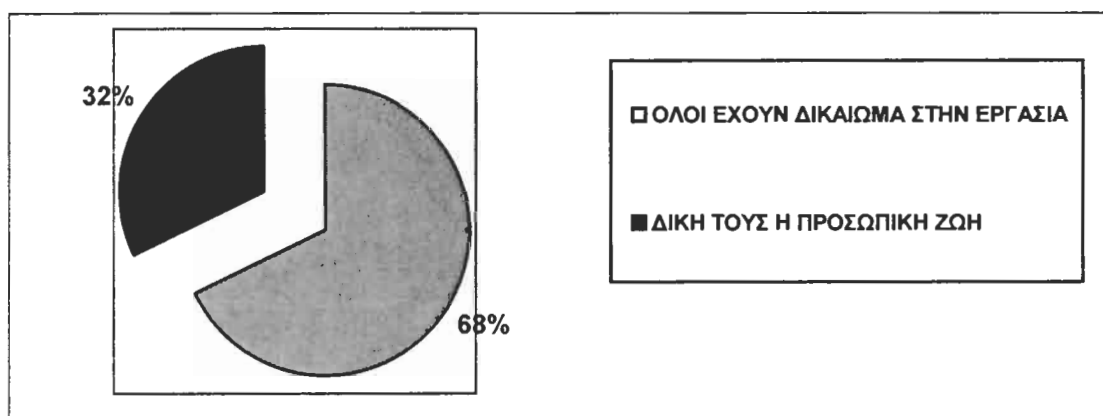
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	60	27
Όχι	162	73
ΣΥΝΟΛΟ	222	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στη παρούσα έρευνα απάντησαν ότι δεν θα απέλυαν υπάλληλό τους, εάν μάθαιναν ότι πάσχει από AIDS.

Πίνακας 17α : Κατανομή των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με το γιατί δεν θα απέλυαν υπάλληλό τους αν μάθαιναν ότι πάσχει από AIDS.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Όλοι έχουν δικαίωμα στην εργασία	110	68
Δική τους η προσωπική ζωή	52	32
ΣΥΝΟΛΟ	162	100%

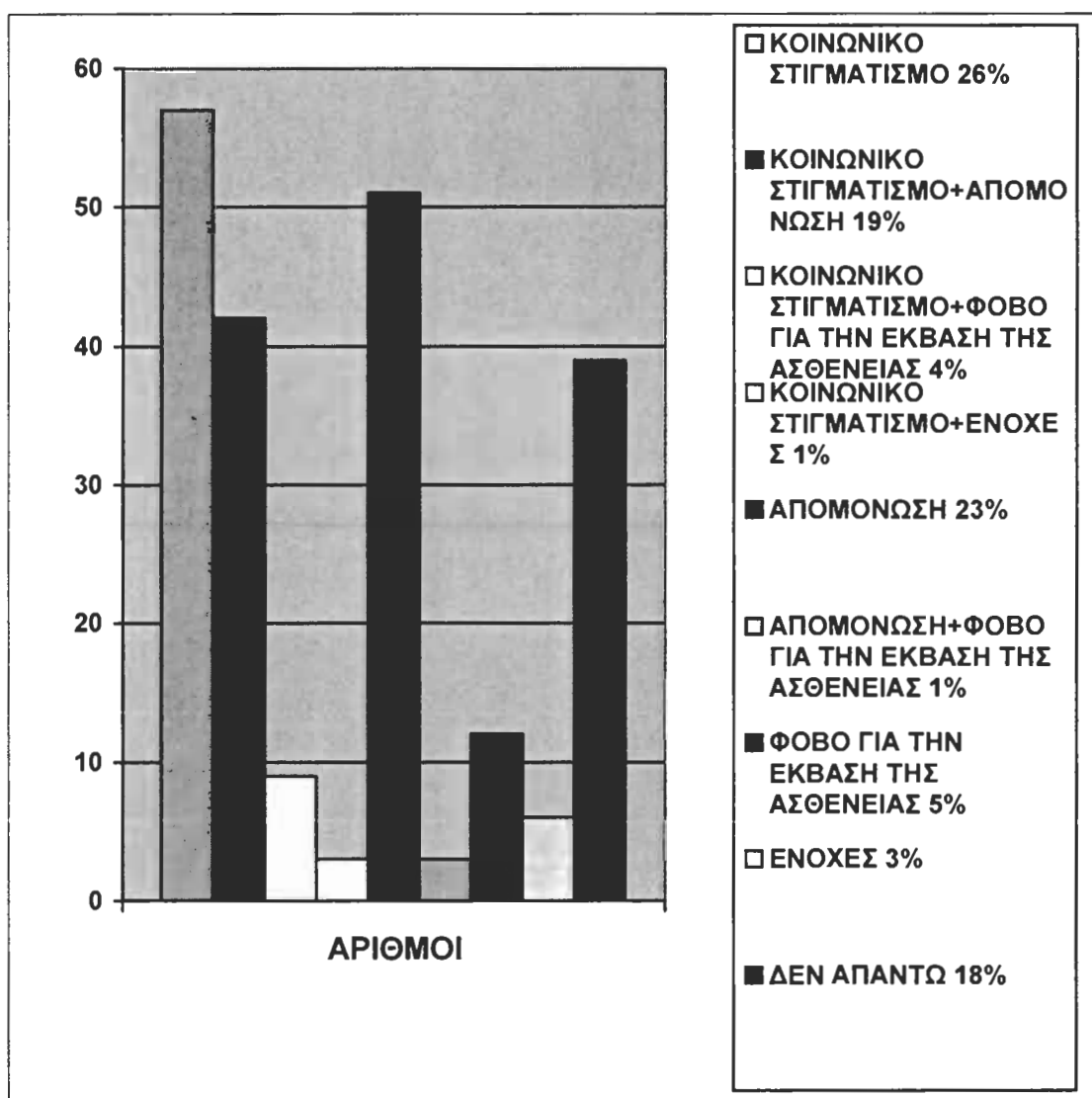


Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στη παρούσα έρευνα απάντησαν ότι δεν θα απέλυαν τον υπάλληλό τους γιατί όλοι έχουν δικαίωμα στην εργασία.

Πίνακας 18: Κατανομή των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση για ποιους λόγους θα απέκρυπταν ότι πάσχουν από τον ιό του AIDS.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Κοινωνικό στιγματισμό	57	26
Κοινωνικό στιγματισμό+Απομόνωση	42	19
Κοινωνικό στιγματισμό+Φόβο για την έκβαση της ασθένειας	9	4
Κοινωνικό στιγματισμό+Ενοχές	3	1

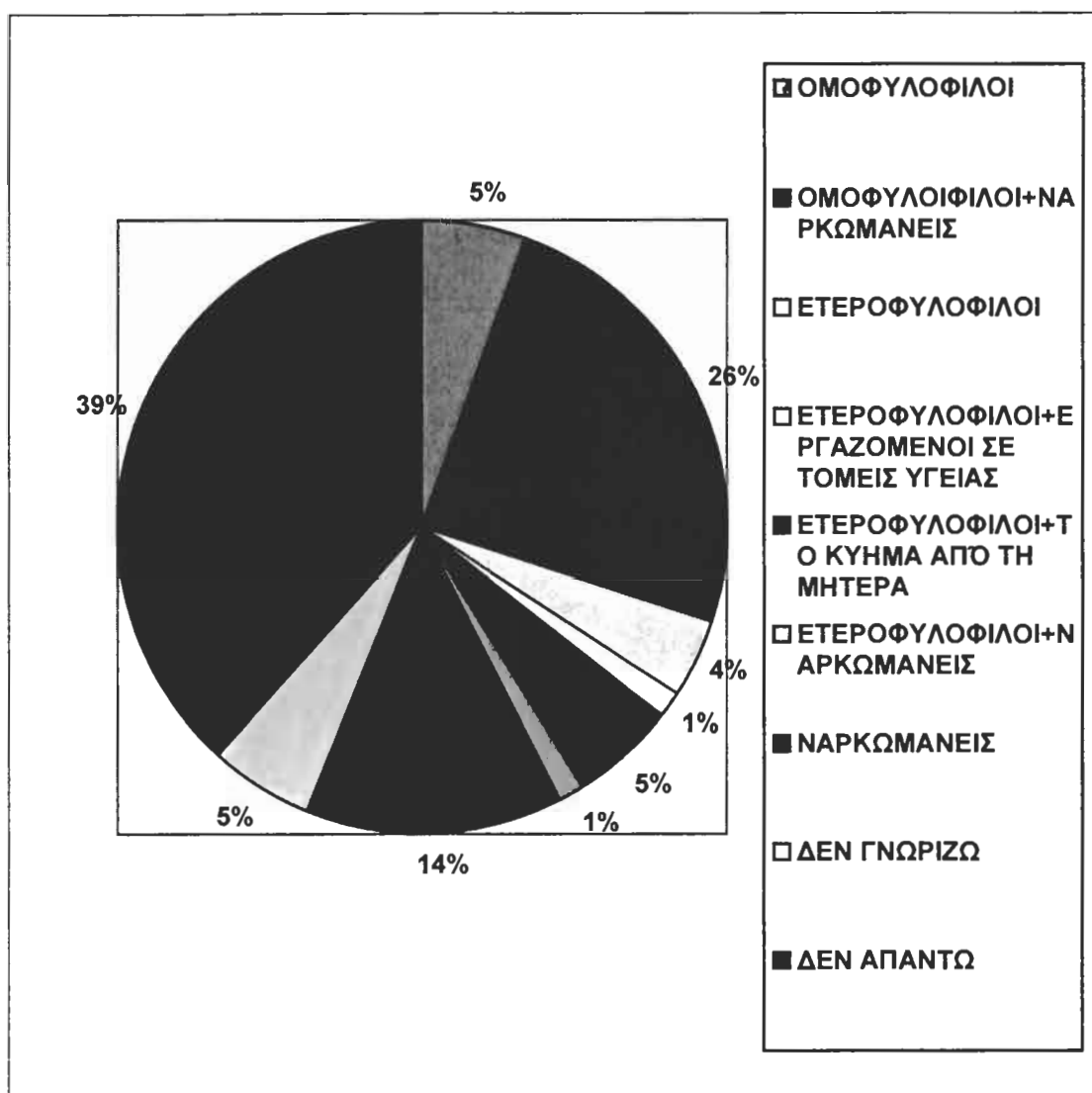
Απομόνωση	51	23
Απομόνωση+Φόβο για την έκβαση της ασθένειας	3	1
Φόβο για την έκβαση της ασθένειας	12	5
Ενοχές	6	3
Δεν απαντώ	39	18
ΣΥΝΟΛΟ	222	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στη παρούσα έρευνα απάντησαν ότι ο κύριος λόγος απόκρυψης ότι πάσχουν από AIDS είναι ο κοινωνικός στιγματισμός.

Πίνακας 19: Κατανομή των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιοι πιστεύουν ότι διατρέχουν περισσότερο κίνδυνο να μολυνθούν από τον ιό.

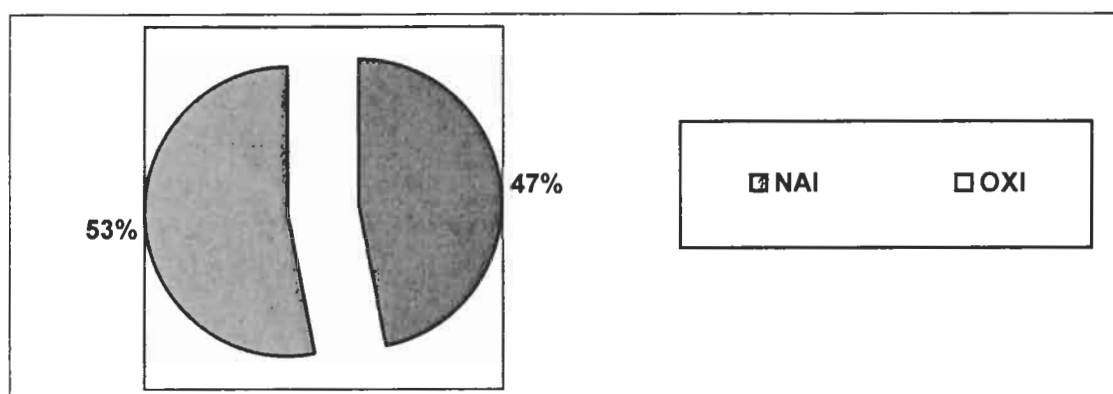
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ομοφυλόφιλοι	12	5
Ομοφυλόφιλοι+Ναρκωμανείς	54	26
Ετεροφυλόφιλοι	9	4
Ετεροφυλόφιλοι+Εργαζόμενοι σε τομείς υγείας	3	1
Ετεροφυλόφιλοι+Το κήμα από τη μητέρα	12	5
Ετεροφυλόφιλοι+Ναρκωμανείς	3	1
Ναρκωμανείς	30	14
Δεν γνωρίζω	12	5
Δεν απαντώ	87	39
ΣΥΝΟΛΟ	222	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στη παρούσα έρευνα δεν απάντησαν.

Πίνακας 20: Κατανομή των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν νομίζουν ότι υπάρχει επαρκής και υπεύθυνη ενημέρωση από τους κρατικούς φορείς όσον αφορά την πρόληψη-μόλυνση-μετάδοση του ιού του AIDS.

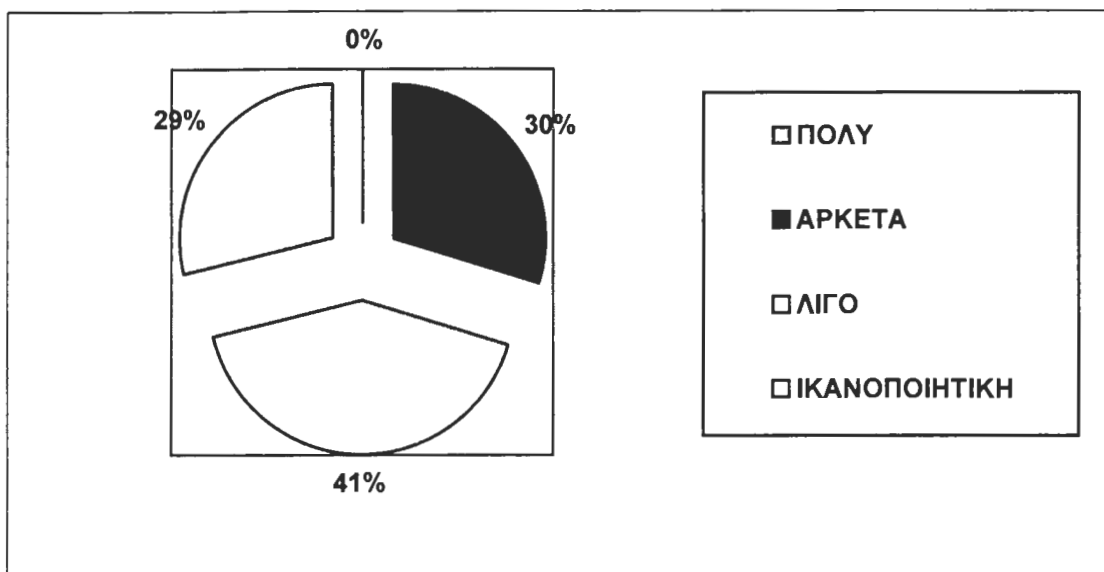
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	104	47
Όχι	118	53
ΣΥΝΟΛΟ	222	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στη παρούσα έρευνα απάντησαν ότι δεν υπάρχει επαρκής και υπεύθυνη ενημέρωση από τους κρατικούς φορείς όσον αφορά την πρόληψη-μόλυνση-μετάδοση του ιού του AIDS.

Πίνακας 20α : Κατανομή των απαντήσεων 104 ερωτηθέντων σε σχέση με αυτούς που πιστεύουν ότι υπάρχει επαρκής και υπεύθυνη ενημέρωση από τους κρατικούς φορείς όσον αφορά την πρόληψη-μόλυνση-μετάδοση του ιού του AIDS.

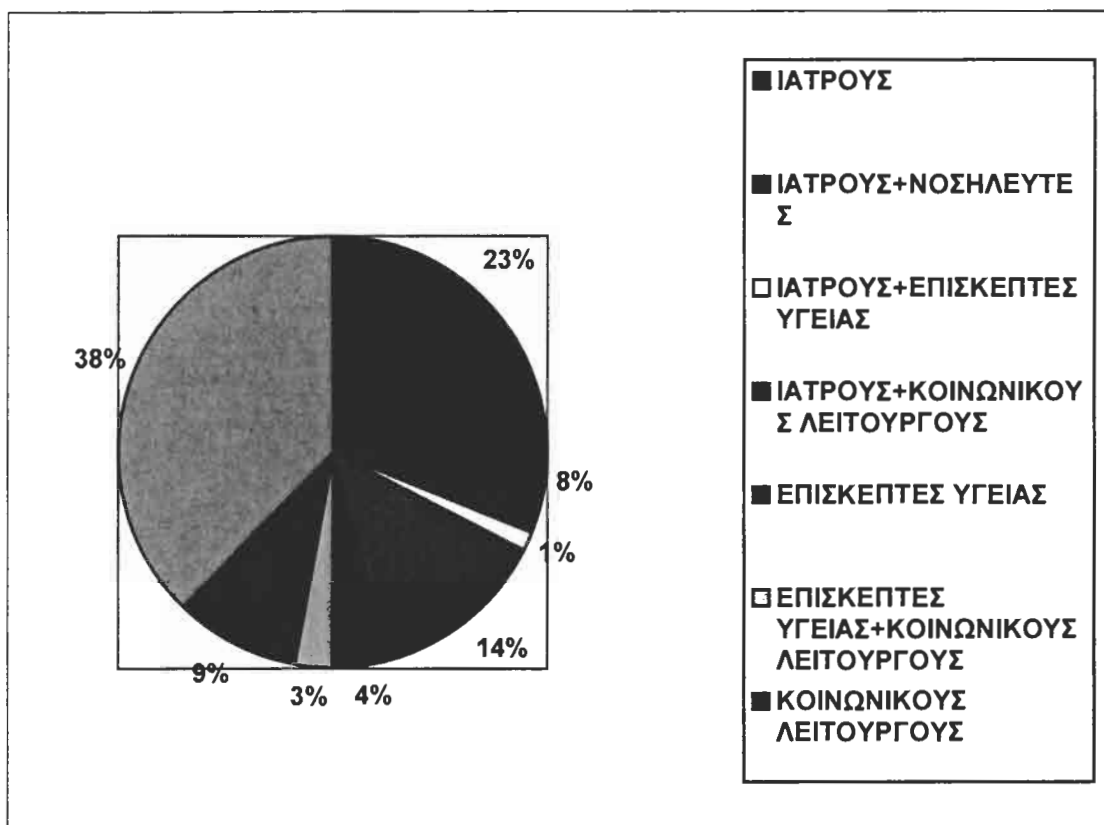
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Πολύ	0	0
Αρκετά	31	30
Λίγο	43	41
Ικανοποιητική	30	29
ΣΥΝΟΛΟ	104	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στη παρούσα έρευνα απάντησαν ότι υπάρχει λίγη ενημέρωση από τους κρατικούς φορείς όσον αφορά τη πρόληψη-μόλυνση-μετάδοση του ιού του AIDS.

Πίνακας 21: Κατανομή των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιους θεωρούν καταλληλότερους για διαφώτιση του κοινού.

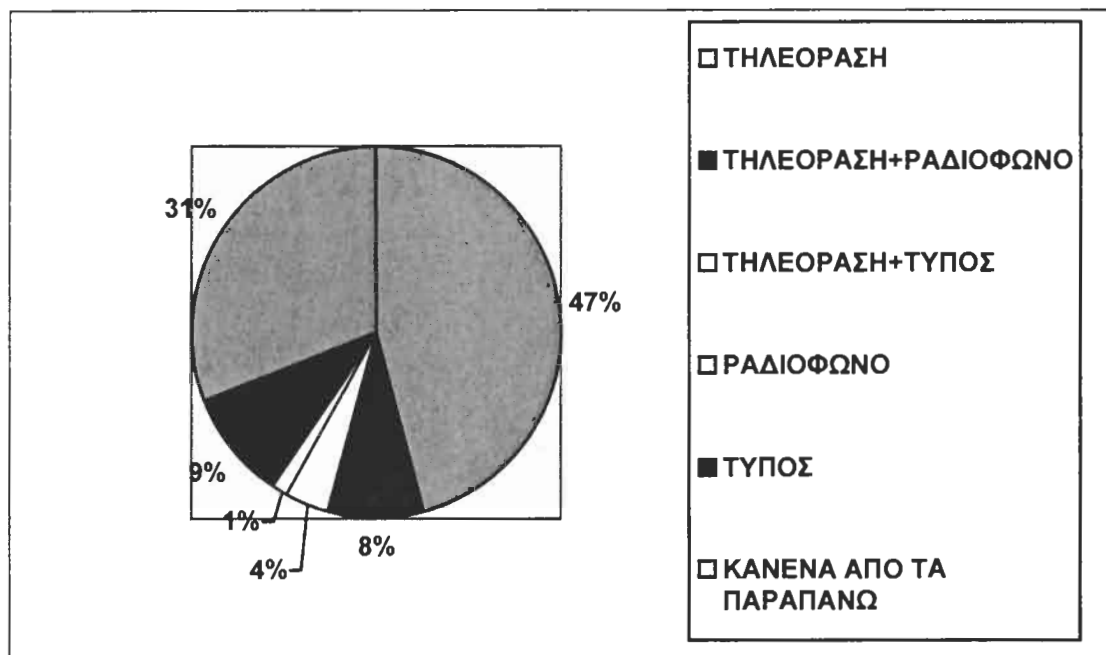
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ιατρούς	51	23
Ιατρούς+Νοσηλευτές	18	8
Ιατρούς+Επισκέπτες υγείας	3	1
Ιατρούς+Κοινωνικούς λειτουργούς	30	14
Επισκέπτες υγείας	9	4
Επισκέπτες υγείας+Κοινωνικούς λειτουργούς	6	3
Κοινωνικούς λειτουργούς	21	9
Δεν απαντώ	84	38
ΣΥΝΟΛΟ	222	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στη παρούσα έρευνα δεν απάντησαν.

Πίνακας 22: Κατανομή των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποια μέσα μαζικής ενημέρωσης νομίζουν ότι βοηθούν καλύτερα στην ενημέρωση του κοινού για το AIDS.

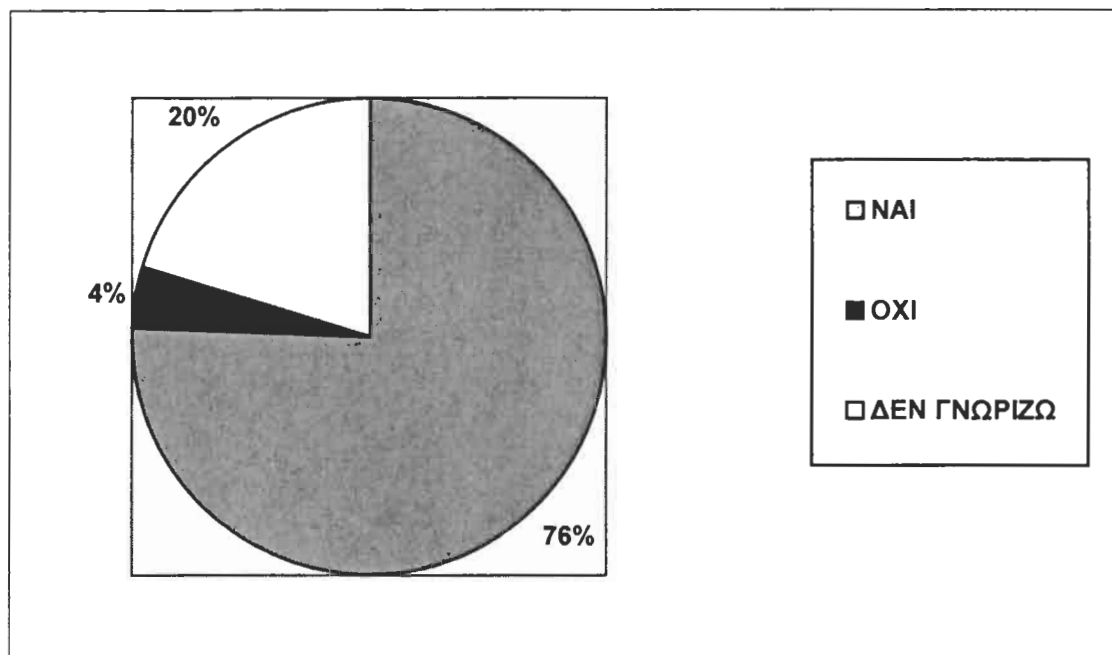
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Τηλεόραση	102	47
Τηλεόραση+Ραδιόφωνο	18	8
Τηλεόραση+Τύπος	9	4
Ραδιόφωνο	3	1
Τύπος	21	9
Κανένα από τα παραπάνω	69	31
ΣΥΝΟΛΟ	222	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στη παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η τηλεόραση βοηθάει καλύτερα στην ενημέρωση του κοινού για το AIDS.

Πίνακας 23: Κατανομή των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θα πρόσφεραν τις υπηρεσίες τους σε φορείς του AIDS ασκώντας το επάγγελμα του γιατρού ή του νοσηλευτή.

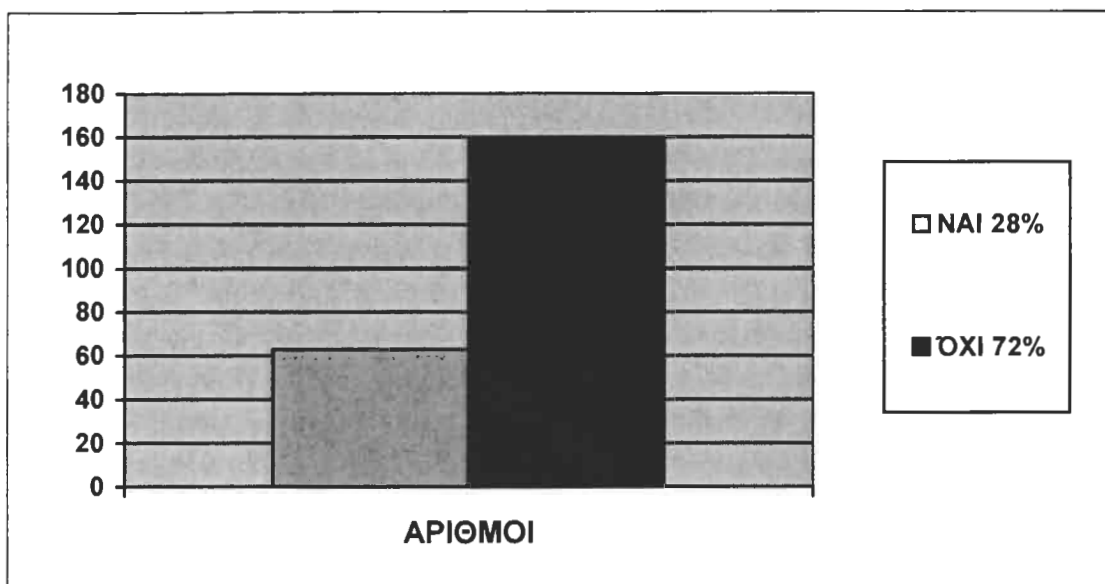
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	168	76
Όχι	9	4
Δεν γνωρίζω	45	20
ΣΥΝΟΛΟ	222	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στη παρούσα έρευνα απάντησαν ότι θα πρόσφεραν τις υπηρεσίες τους σε φορείς του AIDS, ασκώντας το επάγγελμα του γιατρού ή του νοσηλευτή.

Πίνακας 24: Κατανομή των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θα χώριζαν τον/την σύζυγό τους αν διαπίστωναν ότι πάσχει από AIDS.

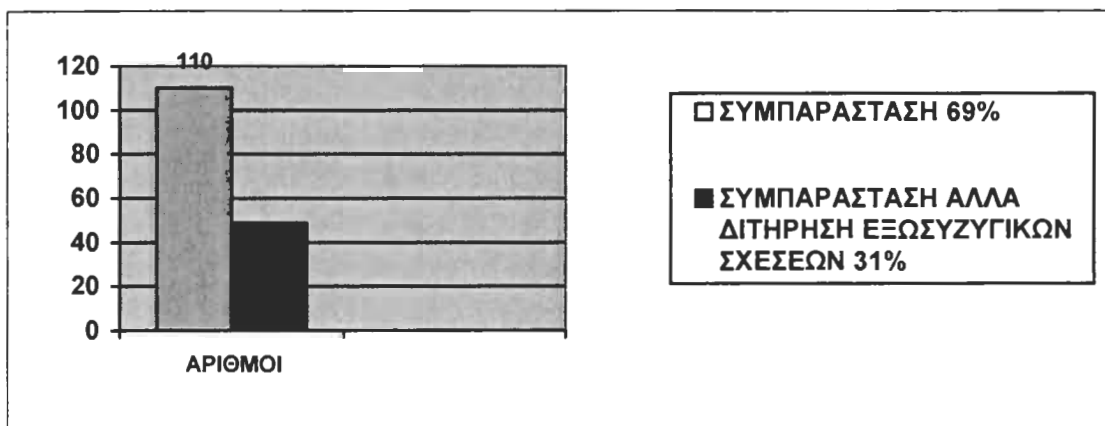
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	63	28
Όχι	159	72
ΣΥΝΟΛΟ	222	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στη παρούσα έρευνα απάντησαν ότι δεν θα χώριζαν τον/την σύζυγό τους αν διαπίστωναν ότι πάσχει από AIDS.

Πίνακας 24α: Κατανομή των απαντήσεων 159 ερωτηθέντων σε σχέση με το τι θα έκαναν αν διαπίστωναν ότι ο/η σύζυγός τους πάσχει από AIDS, και δεν πρόβαιναν σε χωρισμό.

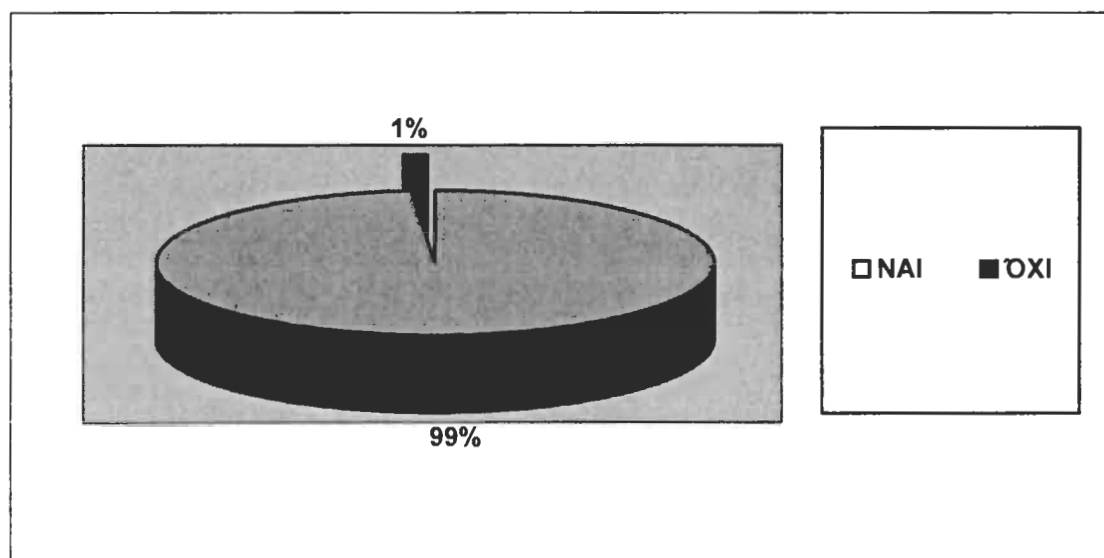
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Συμπαράσταση	110	69
Συμπαράσταση αλλά διατήρηση εξωσυζυγικών σχέσεων	49	31
ΣΥΝΟΛΟ	159	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στη παρούσα έρευνα απάντησαν ότι αν διαπίστωναν ότι ο/η σύζυγός τους πάσχει από AIDS θα τους συμπαρastedκονταν.

Πίνακας 25: Κατανομή των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θα συμφωνούσαν με την αγωγή στα σχολεία για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	219	99
Όχι	3	1
ΣΥΝΟΛΟ	222	100%

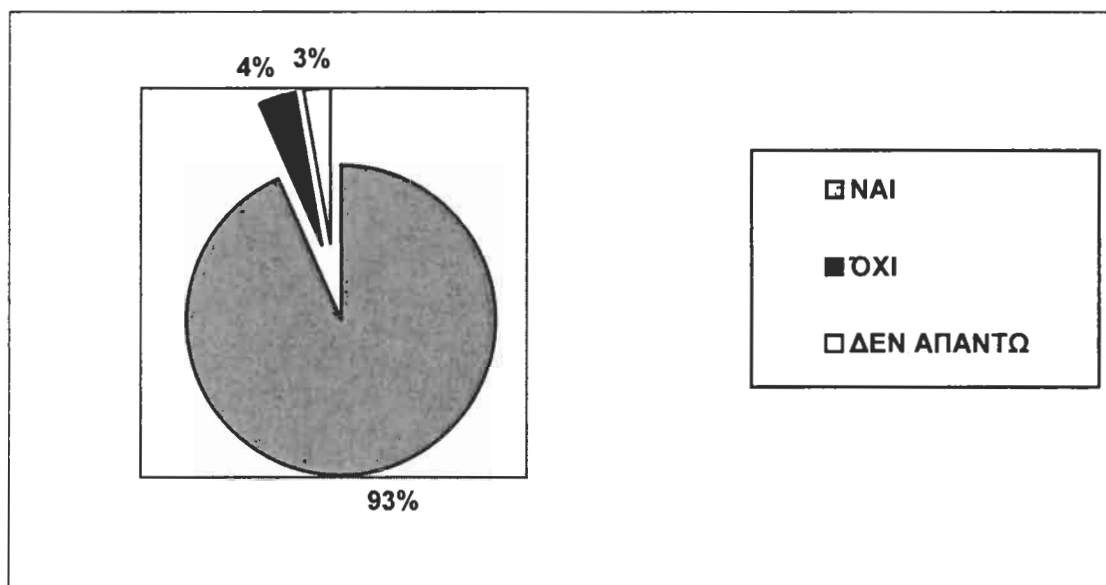


Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στη παρούσα έρευνα απάντησαν ότι θα συμφωνούσαν με την αγωγή στα σχολεία για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Πίνακας 26: Κατανομή των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν συμφωνούν με την ανάθεση κονδυλίων από το κράτος για την ιατρική περίθαλψη ατόμων που πάσχουν από AIDS.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	207	93
Όχι	9	4

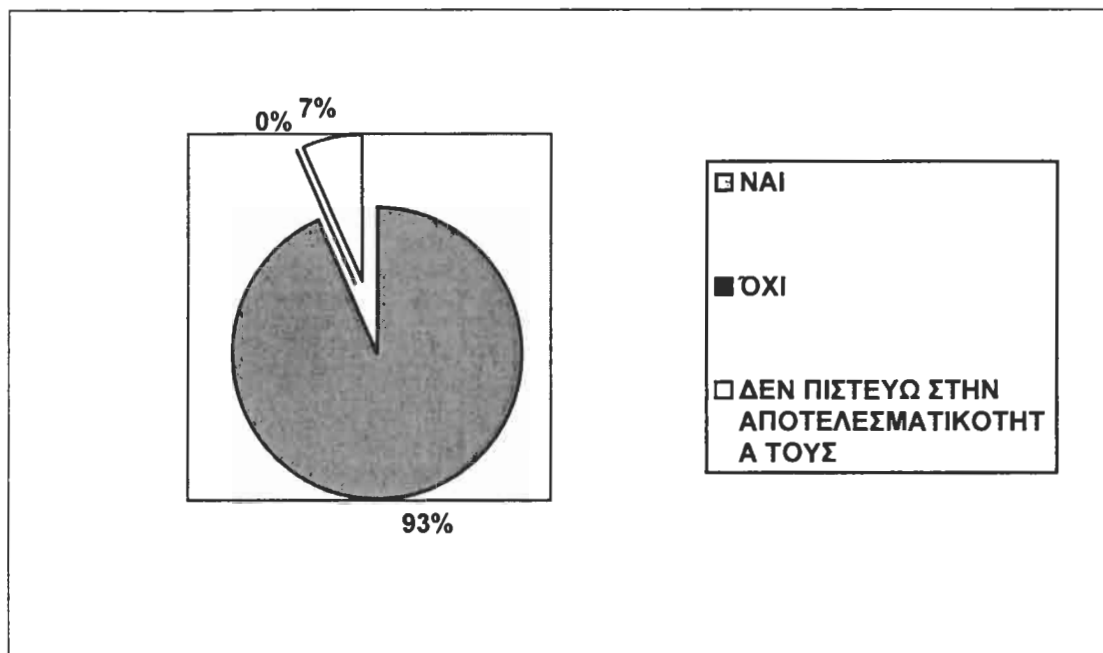
Δεν απαντώ	6	3
ΣΥΝΟΛΟ	222	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στη παρούσα έρευνα απάντησαν πως θα συμφωνούσαν με την ανάθεση κονδυλίων από το κράτος για την ιατρική περίθαλψη ατόμων που πάσχουν από AIDS.

Πίνακας 27: Κατανομή των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν συμφωνούν με την ανάθεση κονδυλίων από το κράτος για ερευνητικές μελέτες σχετικά με το AIDS.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	207	93
Όχι	0	0
Δεν πιστεύω στην αποτελεσματικότητά τους	15	7
ΣΥΝΟΛΟ	222	100%

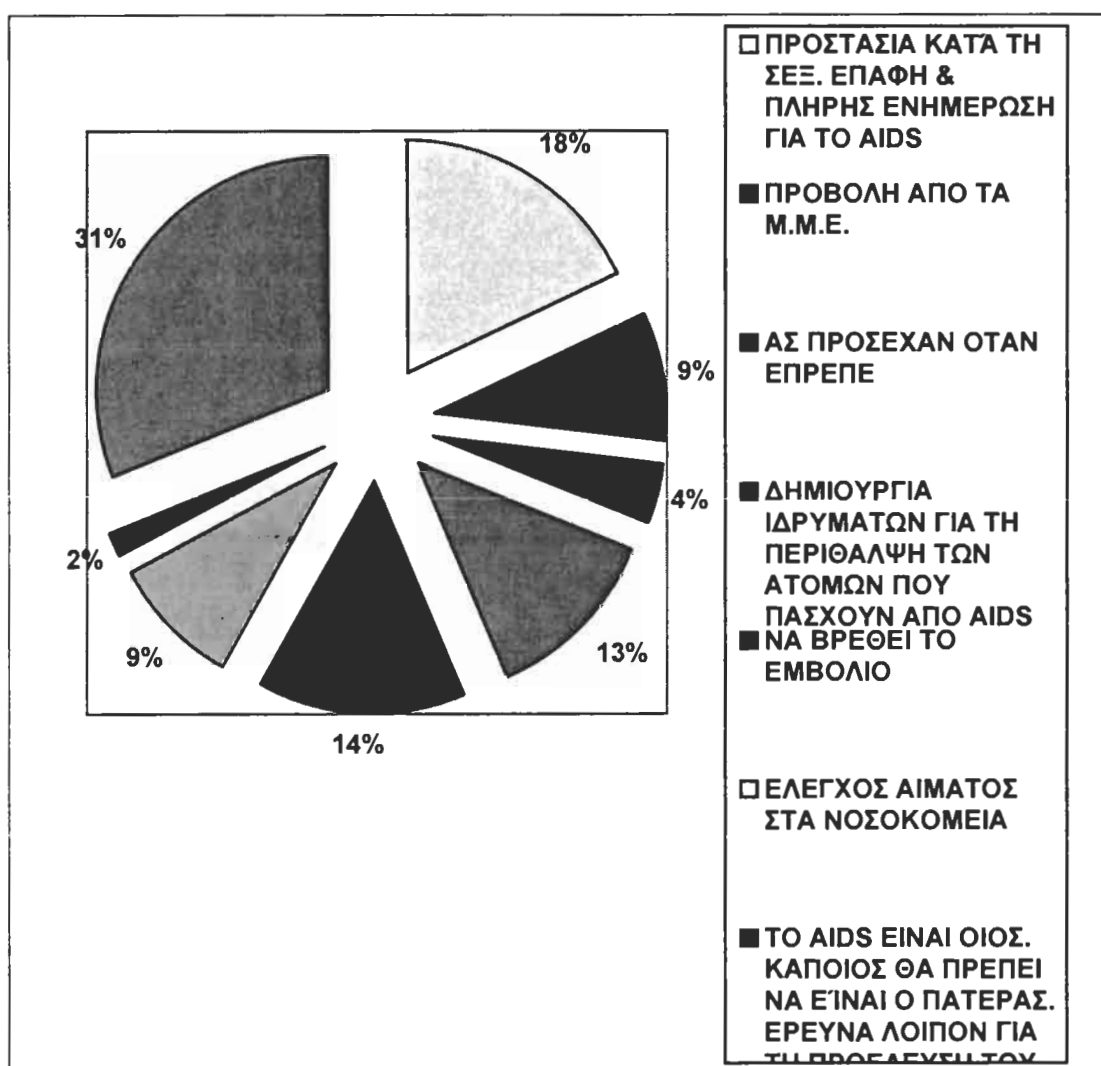


Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στη παρούσα έρευνα απάντησαν πως θα συμφωνούσαν με την ανάθεση κονδυλίων από το κράτος για ερευνητικές μελέτες σχετικά με το AIDS.

Πίνακας 28: Κατανομή των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση με το τι θα ήθελαν να μας προτείνουν σχετικά με την προστασία των πολιτών από το AIDS και για τη φροντίδα αυτών που μολύνθηκαν ή και νοσούν.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Προστασία κατά τη σεξ. επαφή και πλήρης ενημέρωση για το AIDS	40	18
Προβολή από τα Μ.Μ.Ε.	20	9
Ας πρόσεχαν όταν έπρεπε	9	4
Δημιουργία ιδρυμάτων για τη περίθαλψη των ατόμων που πάσχουν από AIDS	28	13
Να βρεθεί το εμβόλιο	32	14
Έλεγχος αίματος στα νοσοκομεία	20	9
Το AIDS είναι ο ιός, κάποιος θα πρέπει να είναι ο	4	2

πατέρας. Έρευνα λοιπόν για τη προέλευσή του		
Δεν απαντώ	69	31
ΣΥΝΟΛΟ	222	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στη παρούσα έρευνα δεν απάντησαν.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΥΠΟΟΜΑΔΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στην συνέχεια παρουσιάζονται ενδεικτικά αποτελέσματα των στατιστικών συγκρίσεων μεταξύ υποομάδων του δείγματος οι οποίες δημιουργήθηκαν με βάση τα δημογραφικά τους στατιστικά στοιχεία (ανεξάρτητες μεταβλητές), σε συγκεκριμένες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.

Πίνακας 29: Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνωρίζουν τι είναι το AIDS.

ΕΡ /ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΣΥΝΔΡΟΜΟ	30	45	75
ΣΥΝΔΡΟΜΟ+ΝΟΣΟΣ	0	3	3
ΝΟΣΟΣ	27	69	96
ΝΟΣΟΣ+ΛΟΙΜΩΞΗ	4	2	6
ΛΟΙΜΩΞΗ	27	15	42
ΣΥΝΟΛΟ	88	134	222

χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
102,6	8	> 0.05
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Άρα οι απαντήσεις δεν έχουν επίδραση από το φύλο.

Πίνακας 30: Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων 222 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνωρίζουν σε ποιες χώρες υπάρχει μεγαλύτερο ποσοστό εξάπλωσης του ιού.

ΕΡ /ΗΛΙΚΙΑ	16-30	31-40	ΑΝΩ ΤΩΝ 40	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΦΡΙΚΗ	100	40	16	156
ΑΦΡΙΚΗ+ΕΛΛΑΔΑ	3	0	0	3
ΑΦΡΙΚΗ+ΑΓΓΛΙΑ	10	7	13	30

ΕΛΛΑΔΑ	6	7	2	15
ΑΓΓΛΙΑ	2	4	3	9
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	3	2	4	9
ΣΥΝΟΛΟ	124	60	38	222

χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
12,6	6	> 0.05
Στατιστικά σημαντική διαφορά		ΟΧΙ

Άρα οι απαντήσεις δεν έχουν επίδραση από την ηλικία.

Με βάση τα παραπάνω διαπιστώνουμε ότι μεταξύ των υποομάδων των ερωτώμενων δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές, δηλαδή δεν επηρεάζουν τις επιμέρους απαντήσεις των ερωτώμενων το φύλο, η οικογενειακή τους κατάσταση, το μορφωτικό τους επίπεδο, η ηλικία και η επαγγελματική τους κατάσταση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Με βάση των αποτελεσμάτων της έρευνας διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων στερείται βασικής ενημέρωσης γύρω από το σύνδρομο του AIDS.

Στην ερώτηση του τι είναι AIDS το 43% απάντησε ότι είναι νόσος, ενώ μόλις το 34% απάντησε σωστά και επέλεξε το σύνδρομο. Το υπόλοιπο 23% επέλεξε τις υπόλοιπες λανθασμένες επιλογές.

Σχετικά με τον τρόπο μετάδοσης του AIDS εκπληκτικό είναι το ποσοστό του 54% που δεν απάντησε. Ενώ μόλις το 19% επέλεξε τη σεξουαλική μετάδοση και το 22% προσέθεσε και τη μετάδοση μέσω του αίματος. Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι ανεξάρτητα ηλικίας ή μορφώσεως το κοινό δεν γνωρίζει τους τρόπους μετάδοσης του ιού. Άρα πως είναι δυνατόν να προφυλαχθεί μη ξέροντας τους βασικούς τρόπους μετάδοσης;

Όσον αφορά τη μεγάλη εξάπλωση του AIDS στη πατρίδα μας φαίνεται αρκετοί να υποστηρίζουν ότι ευθύνεται η ανεπαρκής ενημέρωση. Αξιοσημείωτο δε είναι ότι ελάχιστοι προσπαθούν να ενημερωθούν και αυτό διαπιστώνεται από τις λανθασμένες απαντήσεις τους, ενώ ένα σημαντικό 32% δεν απάντησε καθόλου.

Σχετικά με τα αισθήματα που προκαλούνται για τα άτομα που πάσχουν από AIDS οι περισσότεροι (35%) επιλέγουν τη λύπη και μόλις ένα 12% προσθέτει και την αγάπη. Ενδεικτικά λοιπόν είναι τα αποτελέσματα της κοινωνικής απομόνωσης και περιθωριοποίησης που υφίστανται τα άτομα αυτά. Στα συναισθήματα που θα δημιουργόντουσαν στην περίπτωση μόλυνσης από HIV κυριαρχεί ο φόβος με 43% και ακολουθεί το άγχος με 29%.

Όσον αφορά το μέσο λύτρωσης που θα επέλεγαν το 81% απαντά τη νοσηλεία σε νοσοκομείο, ενώ το 19% μέσα στις απαντήσεις του περιλαμβάνει την αδιαφορία και την απόκρυψη, στάσεις οι οποίες χειροτερεύουν την κατάσταση της ασθένειας τους

και επεκτείνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό. Θετικό όμως είναι το γεγονός ότι σχεδόν όλοι (92%) υποστηρίζουν ότι θα πρόσεχαν να μη μολύνουν άλλα άτομα.

Όσον αφορά τους τρόπους μη μετάδοσης του ιού, το 33% επιλέγει όλους τους τρόπους προφύλαξης, ενώ λυπηρό είναι το 32% που δεν απάντησε καν. Πως είναι λοιπόν δυνατόν να προσέχει να μη μεταδώσει τη νόσο όταν δεν ξέρει πώς;

Επίσης, διαπιστώνουμε ότι υπάρχει κενό και στην ενημέρωση του κοινού όσον αφορά τα θέματα εργασίας. Ένα 46% δηλώνει ότι δεν θα ενημέρωνε τον εργοδότη του από φόβο μην τον απολύσουν, ενώ νομικά εφόσον τηρούνται οι κανόνες υγιεινής ο εργοδότης δεν δικαιούται να απολύσει άτομα με AIDS. Ο φόβος για τον κοινωνικό αποκλεισμό και την απομόνωση είναι εμφανής σε όλες τις επιλογές. Απόψεις, οι οποίες είναι πράγματι ενδεικτικές και σύμφωνες με την κατάσταση που επικρατεί στη κοινωνία μας.

Όσον αφορά την διαφώτιση του κοινού, το 53% υποστηρίζει ότι είναι ανεπαρκής και το υπόλοιπο ποσοστό δηλώνει ότι υπάρχει ενημέρωση, αλλά σε βαθμό που χαρακτηρίζεται «λίγος» (41%). Εντύπωση κάνει το γεγονός ότι οι περισσότεροι από αυτούς (38%) δεν ξέρουν που να απευθυνθούν για ενημέρωση. Απ' την άλλη μεριά η τηλεόραση, που πολλές φορές γίνεται αντικείμενο προπαγάνδας αποτελεί για αυτούς το σπουδαιότερο μέσο ενημέρωσης (47%).

Ευτυχές είναι το ποσοστό του 72% που δηλώνει ότι δεν θα χώριζε τον/την σύζυγό του και ότι θα του συμπαραστεκόταν (69%). Πάνω στο θέμα της αγωγής το 99% είναι σύμφωνο και για την ενημέρωση στα σχολεία σχετικά με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αλλά και με την ανάθεση κονδυλίων από το κράτος για ερευνητικές μελέτες (93%).

Τέλος, οι προτάσεις για την προστασία των πολιτών από το AIDS και για την φροντίδα αυτών που μολύνθηκαν εστιάζεται περισσότερο (18%) στην προστασία κατά τη σεξουαλική επαφή και την διαφώτιση του κοινού. Το εμβόλιο που αποτελεί τον σημαντικότερο πυρήνα των ερευνών των επιστημόνων γύρω από την πρόληψη του AIDS περιλαμβάνεται στις απαντήσεις τους κατά 14%, ενώ μεγάλο ποσοστό της τάξεως 37% δεν απάντησε.

Συμπέρασμα όλων των απαντήσεων είναι ότι υπάρχει άγνοια του κοινού και αδιαφορία γύρω από το θέμα του AIDS, και ενώ κάποιοι από αυτούς παρατηρούν την ανεπαρκή ενημέρωση που επικρατεί, ουσιαστικά δεν γνωρίζουν σε ποιους να απευθυνθούν και τι να κάνουν για την ενημέρωσή τους.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τη συγκεκριμένη έρευνα, εξαιτίας της μεθόδου δειγματοληψίας, αφορούν στις περιοχές των νομών Βοιωτίας, Αχαΐας και Αρκαδίας και δεν μπορούν να γενικευθούν για ολόκληρη την Ελλάδα. Ταυτόχρονα το γεγονός ότι διανεμήθηκαν τα έντυπα σε μη συγκεκριμένο κοινό ήταν αποτρεπτικό για την διεξαγωγή συσχετίσεων από τις απαντήσεις των ερωτώμενων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από την διερεύνηση του θέματος αυτού και την παρουσίαση του, μπορούμε να βγάλουμε συμπεράσματα και να προτείνουμε λύσεις που αφορούν το νοσηλευτικό, ιατρικό προσωπικό, το κράτος και όλο τον κόσμο.

Διαπιστώνουμε ότι κάθε μορφή αλαζονείας του ανθρώπου τιμωρείται και με πολύ άσχημες επιπτώσεις. Από μία ανώτερη δύναμη ίσως; Σίγουρα όμως κάτι πολύ ισχυρό, το οποίο η επιστήμη δεν μπορεί να φτάσει και να βρει λύση. Για εμάς η ιατρική επιστήμη θα πρέπει να συνεχίσει το έργο της, να ψάχνει και να πειραματίζεται δηλαδή για την εύρεση θεραπείας ή εμβολίου.

Συμπεραίνουμε ότι πολύ μεγάλο πρόβλημα για τους φορείς του A.I.D.S. αποτελεί η κοινωνική κατακραυγή και απομόνωση. Έτσι, προτείνουμε στους νοσηλευτές να αντιμετωπίζουν τον ασθενή ως μία βιοψυχοκοινωνική οντότητα, να ενημερώνουν το οικείο τους περιβάλλον για το πώς μεταδίδεται και πως όχι η νόσος και να τους βοηθούν στην εύρεση μέσων βοήθειας του οικείου ασθενή τους. Συνάμα μέσα από το νοσοκομείο, να διαφωτίσουν το κοινό για την επιδημία αυτή, όσο πιο πολύ μπορούν και να συνδράμουν στην εξάλειψη ρατσιστικών εκδηλώσεων.

Όσον αφορά την ιατρική περίθαλψη των ασθενών, οι γιατροί και οι νοσηλευτές δεν πρέπει να αρνιούνται την φροντίδα τους. Πρέπει να τους στηρίζουν και να τους βοηθούν, έχοντας συνειδητοποιήσει ότι λαμβάνοντας τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης δεν διατρέχουν κανένα κίνδυνο.

Το κράτος θα πρέπει να βοηθήσει όλο αυτό το έργο προάγοντας την ενημέρωση και διαφώτιση του κόσμου. Μπορεί να αναπτύξει ομιλίες για το A.I.D.S μέσα στα σχολεία, στις σχολές και σε όλο τον κόσμο. Πρέπει να στηρίζει την φαρμακευτική περίθαλψη των ασθενών αυτών με κονδύλια και να επιβάλλει μέτρα για την συγκράτηση των τιμών.

Τέλος όλοι μας, πρέπει να συνδράμουμε τα άτομα αυτά, να βάλουμε τέλος στη περιθωριοποίηση τους και φυσικά να προστατέψουμε τους εαυτού μας από την επιδημία αυτή. Με σωστή προφύλαξη, ενημέρωση και γνώση μπορεί ο καθένας μας να βάλει ένα λιθάρι για να χτιστεί το τοίχος που θα μας χωρίσει από το A.I.D.S

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το θέμα της εργασίας αυτής είναι η νοσηλευτική στην ολιστική φροντίδα ασθενών με AIDS και οι απόψεις και οι στάσεις του κοινού απέναντι σ' αυτό.

Σκοπός της εργασίας μας είναι να διερευνήσουμε το γνωσιολογικό επίπεδο του ελληνικού κοινού σε σχέση με το aids, αν δηλαδή γνωρίζουν τους τρόπους μετάδοσής του, αν γνωρίζουν την επικινδυνότητα του ιού και πως αυτός μπορεί να προληφθεί.

Το δείγμα μας προήλθε από τη συμπλήρωση ενός ανώνυμου, αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου 23 ερωτήσεων, από 222 άνδρες και γυναίκες διαφόρων ηλικιών στους νομούς Βοιωτίας, Αχαΐας και Αρκαδίας. Οι ερωτήσεις ήταν κλειστού τύπου, εκτός από 4 ανοικτού τύπου. Η διερευνητική μας εργασία διήρκησε από τον Μάρτιο έως τον Αύγουστο 2005 και βασίστηκε στη διεθνή βιβλιογραφία.

Αναφέρονται οι θεραπευτικές μέθοδοι και οι ερευνητικές μελέτες των επιστημόνων, ενώ ιδιαίτερη βάση δίνεται στις νοσηλευτικές πράξεις και παρεμβάσεις για την βοήθεια των ατόμων που πάσχουν από AIDS. Στη συνέχεια, όλα αυτά τίθενται σε σύγκριση με τα αποτελέσματα της ερευνητικής εργασίας.

Σύμφωνα με τη συλλογή των ερωτηματολογίων παρατηρήθηκε ότι το κοινό δεν είναι πλήρως ενημερωμένο όσον αφορά την πρόληψη-μετάδοση και αντιμετώπιση του AIDS. Ενδεικτικό είναι το ποσοστό του 54% το οποίο δεν γνωρίζει με ποιους τρόπους μεταδίδεται το AIDS, και ένα 32% που ενώ δηλώνει ότι θα πρόσεχε στη καθημερινή του ζωή να μην μολύνει άλλους, δεν γνωρίζει τον τρόπο. Επιπλέον, αρκετά μεγάλο πρόβλημα για τους φορείς του AIDS, αποτελεί η κοινωνική απομόνωση. Αναφέρονται τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι πάσχοντες και προτείνουμε λύσεις μέσα από το κράτος και εμάς τους ίδιους.

Το συμπέρασμα από αυτήν την εργασία, είναι ότι το ελληνικό κοινό δεν είναι αρκετά ενημερωμένο πάνω στο θέμα του aids. Συνειδητοποιούμε λοιπόν ότι το καλύτερο φάρμακο αφορά στη γνώση των επιπτώσεων του συνδρόμου, στη πρόληψη και στην ενημέρωση του κάθε ανθρώπου σε όποια γωνιά της γης και αν βρίσκεται.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Θεοδοσοπούλου Ε., Παπαθανασίου Ι., Κοτροτσιού Ε. κ.συν. Άρθρο:Γνώσεις-απόψεις και συμπεριφορά των σπουδαστών νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Λάρισας, για το AIDS. Νοσηλευτική, Τόμος 38, Τεύχος 3.Αθήνα, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1999, σ.261,263
2. Earvin «Magic» Johnson, Τι μπορείς να κάνεις για να αποφύγεις το AIDS, Μετάφραση:Καίτη Οικονόμου, Εκδόσεις Το Ποντίκι, Αθήνα, Αύγουστος 1992
3. <http://www.Jesus loves you.gr/Society/Aids.Htm>
4. Μπαρώνα-Μάμαλη Φ., Μπότσαρης Ι., Μπουρμπουλάκης Ι., Περάκη Β. Βιολογία Γενικής Παιδείας Γ΄ Τάξης Ενιαίου Λυκείου.Ανοσολογική ανεπάρκεια.Έκδοση Β΄.Ο.Ε.Δ.Β.Αθήνα 2000,σ.46-51
5. Δεβετζόγλου I.health.in.gr./narticle.asp?arcode=8547-30k.24/08/2001
6. Κουρκουντή Σ. Ο ιός HIV(Κυτταρική δομή).16^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS. Εκδόσεις Ζήτα.Αθήνα, 11-13 Νοεμβρίου 2004
7. Δημόπουλος Α. <http://www.10percent.gr/issues/200410/10.html>,2004-2005
8. Καρδάση Άννα-Σαχίνη, Πάνου Μ., Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική-Νοσηλευτικές Διαδικασίες. Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας, Τόμος 3^{ος}, Έκδοση Β΄, Εκδόσεις Βήτα.Αθήνα 1997, σ.135-137,141-152
9. <http://www.hiv aids.gr/pliroforisi/kyklos.html>.Το HIV-AIDS στην Ελλάδα.2002-2003
10. <http://www.kepka.org/Grk/info/Health/hea 004-002 htm-8k>.Καταναλωτικά Βήματα, Τεύχος Ιανουαρίου 2002
11. <http://www.startpoint.gr/page.aspx?ID=797-41k>, 2001
12. <http://www.unicef.gr/report/aids 2002.php>-81k
13. <http://www.omhroi.gr>. Δελτίο τύπου 1^η Δεκεμβρίου 2004-Παγκόσμια Ημέρα AIDS-30/11/2004
14. Mikro D. Grmek. Ιστορία του Εϊτζ, μετάφραση:ΕλένηΤαμβάκη, Εκδόσεις Χατζηνικολή, 1992
15. Βλαχάκη Κ. Πηνελόπη, Ζαρομυτίδου Σ., Κατζίμποτζάκη Π., Μανωλάτου Α. Εισηγήτρια:Dr. Παπαδημητρίου Μ. Πτυχιακή εργασία:

16. <http://www.medlook.net.cy.16/09/2003>
17. Παπαδάτος Ι., <http://www.disabled.gr>. Έθνος, 28/02/2005
18. <http://www.geocities.com/Hot.springs/4809/Faqaids.htm-23k>
19. Αντωνοπούλου Ζαφειρούλα, Μοσχάκη Βασιλική.
Εισηγήτρια: Dr. Παπαδημητρίου Μ. Σεμινάριο με θέμα: « AIDS και
Νοσηλευτική Παρέμβαση». Πάτρα 16/12/1999
20. Παπαευαγγέλου Γεώργιος. Μετάδοση του HIV/AIDS από τη μητέρα στο
παιδί. Το μεταβαλλόμενο φάσμα των λοιμώξεων στο κατώφλι του 2000.
Παιδιατρική κλινική, Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων, Π.Κ.
Κυριακού. Αθήνα 1995, σ.147-148
21. [http://www.medlook.net.cy.AIDS: Τα βασικά στοιχεία που πρέπει να
γνωρίζετε, 09/07/2002](http://www.medlook.net.cy.AIDS: Τα βασικά στοιχεία που πρέπει να
γνωρίζετε, 09/07/2002)
22. <http://www.care.gr/enc/diseases/infectious/topic/?id=93>
23. <http://www.iatroclub.gr/html/index.php?module ,13/03/2004>
24. <http://www.3tee-rodou.dod.sch.gr/antiaids.htm>
25. <http://www.hiv.gr/prolipsi/eksetaseiw.htm>
26. Αρμενιλίου Μ., Κατωπόδη Α. AIDS. Πτυχιακή
εργασία. Εισηγητής: Δετοράκης. Εκδόσεις ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ 1990,
σ.39,46,48,96
27. Γεωργίου Ο. Κλινικές εκδηλώσεις και πρόωμη διάγνωση HIV-λοίμωξης.
Προφύλαξη από HIV λοίμωξη του υγειονομικού προσωπικού. 16^ο
Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS. Εκδόσεις Ζήτα. Αθήνα 11-13 Νοεμβρίου
2004
28. Παναγόπουλος Π. HIV-Λοίμωξη. Κλινικές εικόνες. 16ο Πανελλήνιο
Συνέδριο AIDS. Εκδόσεις Ζήτα. Αθήνα 11-13 Νοεμβρίου 2004
29. Δαρδαβέσης Θεόδωρος Ι. Μετάδοση της HIV Λοίμωξης-Προφύλαξη μετά
από έκθεση στον ιό. Πρόληψη της HIV λοίμωξης: Πρακτικές οδηγίες. 16ο
Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS. Εκδόσεις Ζήτα. Αθήνα 11-13 Νοεμβρίου
2004
30. Farthing F. Charles, Brown E. Simon, Staughton C.D. Richard, Cream J.
Jeffrey, Muhlemann Mark. Έγχρωμος Άτλας για το AIDS και τη νόσο
HIV. Έκδοση Β', Εκδόσεις Ελευθερουδάκης, Αθήνα 1988, σ.27-90

31. Τόσιος Κ. Σημαντικές βλάβες του στόματος. 16^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS. Εκδόσεις Ζήτα. Αθήνα 11-13 Νοεμβρίου 2004
32. Ιωάννης Δ. Στρατηγός, Γιώργος Υ. Λάσκαρης. Έγχρωμος Άτλας. Εκδηλώσεις στο Δέρμα και το Σώμα, Διάγνωση-Θεραπεία. Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα. Αθήνα 1996, σ. 18,26,39,52,55
33. Νικολάτου-Γαλίτη Ουρανία. Η πρόωμη διάγνωση της HIV λοίμωξης στο στόμα, η επίδραση της HAART, Καντιντίαση. 16^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS. Εκδόσεις Ζήτα. Αθήνα 11-13 Νοεμβρίου 2004
34. Κυριακίδης Τ. <http://www.Typos.com.cy/nqcontent.cfm?a-id=25323>, The online newspaper of Cyprus
35. Παπαδόπουλος Αντώνης Ι. HIV λοίμωξη στον 21^ο αιώνα-Παρόν και Μέλλον. 16^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS. Εκδόσεις Ζήτα. Αθήνα 11-13 Νοεμβρίου 2004
36. <http://www.medlook.net.cy>. Ποια η πρόγνωση των ασθενών σήμερα; 30/05/2003
37. Μποτζή Χ. Αντιρετροϊκή Αγωγή-Κριτήρια Έναρξης. 16^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS. Εκδόσεις Ζήτα. Αθήνα 11-13 Νοεμβρίου 2004
38. BBC.GREEK.COM. Η μάστιγα του AIDS. Τετάρτη 23 Ιουλίου 2003
39. Σαρόγλου Γ., Λιονή Α., Ποταμούση Π., Γεωργίου Ο. AIDS/HIV/Κλινική προσέγγιση και θεραπεία. Παρακολούθηση ασθενών με HIV λοίμωξη, θεραπεία HIV λοίμωξης. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. Copyright 1999, σ.87-97,325-339
40. Wheaton J. Williams, M.D., Steven C. Johnson. M.D. Secrets Λοιμωξιολογίας. Κλινικά Προβλήματα και η αντιμετώπισή τους... Robert H. Gates. MD, Φυσική Ιστορία της Μόλυνσης από HIV. Αντιρετροϊκή θεραπεία και πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία των συνήθων επιπλοκών που σχετίζονται με τον ιό HIV. Μετάφραση-Επιμέλεια: Καντζάνου Μαρία Ν. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης 2002, σ.98-107,109-117
41. <http://www.crete tv.gr/news/newsf.php?>, 10 Νοεμβρίου 2004
42. Γολεμάτης Β.Χ., Κοκότου Ε. Χειρουργική, AIDS και Ηπατίτιδα Β. AIDS και Λειτουργεί Υγείας. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα 1991, σ.68-91
43. Τζούτζας Ι.Γ. Προστασία υγειονομικού προσωπικού και ασθενούς στο οδοντιατρείο. 16^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS. Εκδόσεις Ζήτα. Αθήνα 11-13 Νοεμβρίου 2004
44. Dan Coene. Το δικό σου βιβλίο..., Dan Coene-Καλλίνικος Γεώργιος, Υγιεινή. Ελληνική Έκδοση-Advande Εκδοτική. Αθήνα 1995, σ.114-122

45. Στεργίου Γ. Νοσηλεία ενδο-και εξω-Νοσοκομειακή.Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 1991, σ.68-70
46. Hoensema Keaas. Το δικό σου βιβλίο..., Dan Coene-Καλλίνικος Γεώργιος. Νοσηλεία σε νοσοκομείο. Ελληνική Έκδοση-Advance Εκδοτική. Αθήνα 1995, σ.136-138
47. Κουκίου Χ. Καλλιόπη, Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με AIDS. Εκδόσεις Ζήτα. Copyright 1994, σ.243-266
48. Aarne Drac. AMC Cora Jonpers.Το δικό σου βιβλίο... Dan Coene-Καλλίνικος Γεώργιος.Διατροφή. Ελληνική Έκδοση-Advance Εκδοτική. Αθήνα 1995, σ.187-193
49. <http://www.hiv.aids.gr/-12k>, Copyright 2002-2003
50. Νοσηλευτική και HIV/AIDS. Επικέντρωση στην κοινότητα/φροντίδα στο σπίτι. Μετάφραση:Δημοπούλου-Αιγιώτου Ε. Περιοδικό Νοσηλευτική, Τόμος 32, Τεύχος 3. Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1993, σ.162-166
51. Ραγιά Αφροδίτη Χρ. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Νοσηλευτική ψυχικής υγείας αρρώστων με AIDS. Έκδοση Δ΄ Βελτιωμένη. Αθήνα 2004, σ.175-184
52. Παπαδάτου Δ. Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας, Ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου με AIDS. Εκδόσεις Ζήτα. Copyright 1994, σ.267-280
53. Πιτσούνης Ν.Δ. Ψυχολογία-Ψυχολογική στήριξη-Μετά από τη λοίμωξη με τον HIV.Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS. Εκδόσεις Ζήτα. Αθήνα 11-13 Νοεμβρίου 2004
54. Karean Harold I., MD Benjamin J. Sadock, MD Jack A. Grebb, MD, Karean and Sadock's. Ψυχιατρική. Μετάφραση-Επιμέλεια:Σαραντίδης Δημόκριτος. Νευροψυχιατρικές όψεις της λοίμωξης από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας(hiv) και του Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας(AIDS), Τόμος Β΄, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Copyright 2000, σ. 559-562
55. Coenz E.H. , Ogen F.G.P.H., Το δικό σου βιβλίο...Dan Coene-Καλλίνικος Γεώργιος. Αντιμετώπιση του άγχους. Ελληνική Έκδοση-Advance Εκδοτική. Αθήνα 1995, σ.157-165
56. Griffin Rochejje, Το δικό σου βιβλίο...Dan Coene-Καλλίνικος Γεώργιος. Ψυχική ισορροπία. Ελληνική Έκδοση-Advance Εκδοτική. Αθήνα 1995, σ.151-156

57. Ραγιά Α. Ψυχοκοινωνικές ανάγκες του αρρώστου με AIDS. Νοσηλευτική προσέγγιση.3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 1991, σ.33-36
58. Ιωαννίδου Μαρία. Νοσηλευτικές προσεγγίσεις στα σύγχρονα προβλήματα υγείας. Ηθικοδεοντολογικοί προβληματισμοί κατά την αντιμετώπιση ασθενών με AIDS.24^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS.20-22 Μαΐου 1997, σ.90,91
59. Παπαευαγγέλου Ε. Κορκόντζελου. Υποχρεώσεις νοσηλείας ασθενών με AIDS.3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 1991,σ.57,58
60. Peter van Rooijen. Το δικό σου βιβλίο...Dan Coene-Καλλίνικος Γεώργιος. Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις. Ελληνική έκδοση-Advance Εκδοτική. Αθήνα 1995,σ.139-149
61. Dan Coene, Dora van de Berg. Το δικό σου βιβλίο...Dan Coene-Καλλίνικος Γεώργιος. Συμβουλευτική για ασθενείς και φορείς. Ελληνική Έκδοση-Advance Εκδοτική. Αθήνα 1995,σ.99-102
62. Bruggeman P., Vossen H. Jim, Halsema van W.H. Το δικό σου βιβλίο...Dan Coene-Καλλίνικος Γεώργιος.Πίστη και υπαρξιακά προβλήματα. Ελληνική Έκδοση-Advance Εκδοτική. Αθήνα 1995, σ.216-218
63. <http://www.sappho.GR.net/ygeia/campaign.html>,Copyright 2004-2005
64. Κορκόντζελου-Παπαευαγγέλου Έλενα. Το δικό σου βιβλίο... Dan Coene-Καλλίνικος Γεώργιος. Ατομικά δικαιώματα των ασθενών. Ελληνική Έκδοση-Advance Εκδοτική, Αθήνα 1995,σ.39-47
65. <http://www.elpida.gr/elpida.htm>
66. Κριτσωτάκης Γιώργος.Άρθρο:Απόψεις σπουδαστών Νοσηλευτικής για το περιεχόμενο της αγωγής υγείας που αφορά στο AIDS:μια φαινομενολογική ανάλυση.Περιοδικό Νοσηλευτική,Τόμος 42,Τεύχος 3.Αθήνα Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2003,σ.341-351
67. Νικολοπούλου Ελπίδα.Παράγοντες ευαλότητας και κινδύνου στους εφήβους. Δυνατότητα παρέμβασης.16^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS.Εκδόσεις Ζήτα.Αθήνα 11-13 Νοεμβρίου 2004.
68. Πάβη Ελπίδα.Εκπαίδευση καθηγητών για ενημέρωση εφήβων σχετικά με τον HIV/AIDS.16^ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS.Εκδόσεις Ζήτα.Αθήνα 11-13 Νοεμβρίου 2004
69. ΠαναγιωταρέαΑ.ΣύνδρομοΕπίκτητηςΑνοσοανεπάρκειας,Παπαδάτος Κ.-Κοσμίδης Ι.Ο ρόλος των μέσων μαζικής ενημέρωσης στον αγώνα κατά του AIDS.Εκδόσεις ΖΗΤΑ, Copyright 1994,σ.301-305

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΚΕΝΤΡΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS

ΑΘΗΝΑ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS ΝΟΤΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Λ.Αλεξάνδρας 196, Τ.Κ. 115 27 - Αθήνα

Τηλ. 010 6447941 - 010 6467473 / Fax: 010 6444870 (& τηλ.)

ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΑΝΟΣΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ AIDS

Π.Γ.Ν.Α. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"

Υψηλάντου 45 - 47, Τ.Κ. 106 76 - Αθήνα

Τηλ. 010 7220001 - 010 7211022 - 010 7248312 / Fax: 010 7211022

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ

ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ & AIDS

Νοσ/μείο Αφροδισίων & Δερματικών Νοσημάτων "Α.ΣΥΓΓΡΟΣ"

Ι.Δραγούμη 5, Τ.Κ. 116 21 - Ιλίσσια

Τηλ. 010 7243579 - 010 7239611 / Fax: 010 7211122

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΡΕΤΡΟΪΩΝ (Ε.Κ.Α.Ρ.)

Εργαστήριο Υγιεινής & Επιδημιολογίας - Ιατρική Σχολή Παν/μίου Αθηνών

Μ.Ασίας 75, Τ.Κ. 115 27 - Γουδί

Τηλ. & Fax: 010 7719725 / Fax: 010 7486382

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ

Εργαστήριο Μικροβιολογίας - Ιατρικό Τμήμα-Σχολή Επιστημών Υγείας Α.Π.Θ.

Τ.Κ. 540 06 - Θεσσαλονίκη

Τηλ. (0310) 999061 - 999081 / Fax: (0310) 999149

ΠΑΤΡΑ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS ΝΟΤΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

Περ/κό Γενικό Νοσ/μείο Πατρών "Ο ΑΓ.ΑΝΔΡΕΑΣ"

Τσερτίδου 1, Τ.Κ. 263 35 - Πάτρα

Τηλ (0610) 227974-6 Μονάδα / Fax: (0610) 622227

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS ΒΟΡΕΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
Ανοσολογικό Εργαστήριο, Τομέας Παθολογίας Παν/μίου Ιωαννίνων
Τ.Κ. 451 10 - Ιωάννινα
Τηλ. (06510) 97608 / Fax: (06510) 45944

ΚΡΗΤΗ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS ΚΡΗΤΗΣ
Π.Γ.Ν. Ηρακλείου Κρήτης "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ & ΠΑΝΑΝΕΙΟ"
Λ.Κνωσσού, Τ.Κ. 710 21 - Ηράκλειο Κρήτης
Τηλ. (0810) 237524 - 239502 / Fax: (0810) 214459

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ

ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS
Ι.Κ.Α. Αλεξανδρούπολης
Λ.Μάκρης 29, Τ.Κ. 681 00 - Αλεξανδρούπολη
Τηλ.(05510) 20403 - 26810 - 26355 / Fax: (05510) 26213

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

- Ηλικία:..... Φύλο:άνδρας γυναίκα
Οικογενειακή κατάσταση: έγγαμος άγαμος διαζευγμένος
Γραμματικές γνώσεις:
Απόφοιτος δημοτικού γυμνασίου λυκείου
Ανώτερη εκπαίδευση: Σχολή.....
Ανώτατη εκπαίδευση: Σχολή.....
Μεταπτυχιακές σπουδές: Master.....
Διδακτορικό.....
Επαγγελματική κατάσταση: Οικιακά Δημόσιος υπάλληλος
Ιδιωτικός υπάλληλος
Ελεύθερος επαγγελματίας
Εκπαιδευτικός: Δημοτικής εκπαίδευσης
Μέσης εκπαίδευσης
Ανώτερης εκπαίδευσης
Ανώτατης εκπαίδευσης
Άλλο.....

1. Γνωρίζετε τι είναι το AIDS;
 - Σύνδρομο
 - Νόσος
 - Λοίμωξη
 - Άλλο.....
2. Με ποιους τρόπους νομίζετε ότι μεταδίδεται το AIDS;
 - Σεξουαλικά(γενετήσια σχέση)
 - Αιματογενώς ή άλλες εκκρίσεις του οργανισμού
 - Σιέλο
 - Φιλί στο στόμα Φιλί στο μάγουλο
 - Εντομα: κουνούπι
 - Χειραψία
 - Δεν γνωρίζω ακριβώς
 - Άλλο.....
3. Σε ποιες χώρες πιστεύετε ότι υπάρχει μεγαλύτερο ποσοστό εξάπλωσης του ιού;
 - Αφρική
 - Ελλάδα
 - Αγγλία
 - Άλλη χώρα.....
4. Τι νομίζετε ότι ευθύνεται για την μεγάλη εξάπλωση του AIDS στην πατρίδα μας;
 - Ανεπαρκής ενημέρωση
 - Έλλειψη διαπαιδαγώγησης στα σχολεία
 - Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο

- Ανεπαρκή μέτρα προφύλαξης κατά την σεξουαλική επαφή
- Ανατροπή των αξιών
- Άλλο.....

5. Τι αισθήματα σας προκαλούνται για ανθρώπους που πάσχουν από AIDS;

- Λύπη
- Αγάπη
- Οίκτος
- Αδιαφορία
- Φόβος
- Εκδίκηση-Εχθρότητα
- Ικανοποίηση
- Μίσος
- Τίποτα από τα παραπάνω
- Άλλο.....

6. Αν ανακαλύπτατε ότι πάσχετε από AIDS ποια θα ήταν τα συναισθήματά σας;

- Φόβος
- Ντροπή
- Άγχος
- Τίποτα από τα παραπάνω
- Άλλο.....

7. Τι θα σκεφτόσασταν ως μέσο λύτρωσης από το σύνδρομο του AIDS;

- Αδιαφορία
- Απόκρυψη από τους δικούς σας
- Νοσηλεία σε νοσοκομείο
- Άλλο.....

8. Θα προσέχατε στην καθημερινή σας ζωή, για να μην μολύνετε άλλα άτομα;

- Ναι
- Όχι
- Δεν γνωρίζω
- Δεν απαντώ

9. Εάν ναι με ποιους τρόπους;

- Λήψη προφυλάξεων κατά τη σεξουαλική επαφή
- Αυστηρή χρήση προσωπικών αντικειμένων
- Αποφυγή θηλασμού
- Αποφυγή επαφής με βιολογικά υγρά όπως ιδρώτας ούρα
- Αίμα

- Με όλα τα παραπάνω
- Άλλο.....

10. Αν διαπιστώνετε ότι πάσχετε από AIDS ποιους θα ενημερώνετε;

- Συγγενείς
- Σύζυγο
- Φίλους
- Συνεργάτες
- Κανέναν
- Άλλον.....

11. Θα ενημερώνετε τον εργοδότη σας;

- Ναι Όχι

Αν όχι γιατί;.....

12. Αν ήσασταν εργοδότης και μαθαίνατε ότι υπάλληλος σας πάσχει από AIDS, θα τον απολύατε;

- Ναι Όχι

Αν όχι γιατί;.....

13. Για ποιους λόγους θα αποκρύπτατε ότι πάσχετε από τον ιό του AIDS;

- Κοινωνικό στιγματισμό
- Απομόνωση
- Φόβο για την έκβαση της ασθένειας
- Ενοχές
- Άλλο.....

14. Ποιοι πιστεύετε ότι διατρέχουν περισσότερο κίνδυνο να μολυνθούν από τον ιό;

- Ομοφυλόφιλοι
- Ετεροφυλόφιλοι
- Εργαζόμενοι σε τομείς υγείας
- Το κύημα από την μητέρα
- Ναρκωμανείς
- Δεν γνωρίζω
- Άλλο.....

15. Νομίζετε πως υπάρχει επαρκής και υπεύθυνη ενημέρωση από τους

κρατικούς φορείς όσον αφορά την πρόληψη-μόλυνση-μετάδοση του
ιού του AIDS;

Ναι Όχι

Αν ναι: πολύ αρκετά λίγο ικανοποιητική

16. Ποιους θεωρείτε ως καταλληλότερους για διαφώτιση του κοινού;

- Ιατρούς
- Νοσηλευτές
- Κοινοτικούς νοσηλευτές
- Επισκέπτες υγείας
- Κοινωνικούς λειτουργούς
- Άλλους.....

17. Ποια μέσα μαζικής ενημέρωσης νομίζετε ότι βοηθούν καλύτερα
στην ενημέρωση του κοινού για το AIDS;

- Τηλεόραση
- Ραδιόφωνο
- Τύπος
- Άλλο.....

18. Αν ήσασταν νοσηλευτής ή γιατρός θα προσφέρατε τις υπηρεσίες
σας σε φορείς του AIDS;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

19. Αν διαπιστώνατε ότι ο/η σύζυγός σας πάσχει από AIDS θα τον/την
χωρίζατε;

Ναι Όχι

Αν όχι τι θα κάνατε;.....

20. Θα συμφωνούσατε με την αγωγή στα σχολεία για τα Σεξουαλικά
Μεταδιδόμενα Νοσήματα;

Ναι Όχι

21. Συμφωνείτε με την ανάθεση κονδυλίων από το κράτος για την
ιατρική περίθαλψη ατόμων που πάσχουν από AIDS;

Ναι Όχι

22. Συμφωνείτε με την ανάθεση κονδυλίων από το κράτος για
ερευνητικές μελέτες σχετικά με το AIDS;

Ναι Όχι

Δεν πιστεύω στην αποτελεσματικότητά τους

23. Τι θα θέλατε να μας προτείνετε σχετικά με την προστασία των πολιτών από το AIDS και για την φροντίδα αυτών που μολύνθηκαν ή και νοσούν;

.....
.....

Ευχαριστούμε για την συνεργασία σας!

