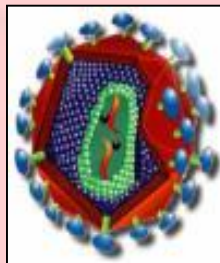
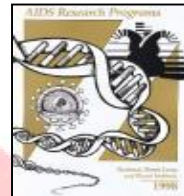


Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS



ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ
N. ΓΙΑΝΝΟΥΛΗΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ
ΧΑΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ

ΠΑΤΡΑ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	Σελ. 1
Συνοπτομογραφίες	Σελ. 2
Εισαγωγή	Σελ. 4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Το AIDS ή Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας	
1.1 Προέλευση του ιού	Σελ. 5
1.2 Ιός HIV	Σελ. 6
1.3 Η φύση της ασθένειας	Σελ. 9
1.4 Παθογόνες μορφές της ασθένειας	Σελ. 12
1.4.1 Ευκαιριακές λοιμώξεις	Σελ. 12
1.4.2 Όγκοι και καρκινώματα	Σελ. 14
1.4.3 Νευρολογικές βλάβες	Σελ. 15
1.5 Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις	Σελ. 15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Τρόποι μετάδοσης του ιού HIV	
2.1 Σεξουαλική επαφή	Σελ. 21
2.2 Μεταγγίσεις	Σελ. 23
2.3 Χρήση μολυσμένου από αίμα υλικού (βελόνες - σύριγγες)	Σελ. 24
2.4 Περιγεννητική και κάθετη μετάδοση	Σελ. 26
2.5 HIV λοίμωξη στο Υγειονομικό προσωπικό	Σελ. 27
2.6 Πως μεταδίδεται ο ιός	Σελ. 28
2.7 Πως δεν μεταδίδεται ο ιός	Σελ. 29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ιατρική αντιμετώπιση	
3.1 Ανίχνευση του ιού HIV – Tests	Σελ. 31
3.1.1 Μέθοδος Elisa	Σελ. 31
3.1.2 Μέθοδος Western blot	Σελ. 32
3.1.3 Μέθοδος Ραδιοανοσοκαθίζησης RIPA	Σελ. 33
3.2 Θεραπεία	Σελ. 34

3.2.1 Συνήθης θεραπεία	Σελ. 34
3.2.2 Πειραματικές – Ερευνητικές θεραπείες	Σελ. 37
3.3 Δυσκολίες για μελλοντική ανάπτυξη εμβολίων	Σελ. 40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Γενικά μέτρα πρόληψης της εξάπλωσης του ιού και νοσηλευτικός παρεμβατισμός	
4.1 Παρακολούθηση και νοσηλεία φορέων και ασθενών	Σελ. 41
4.2 Πρόληψη	Σελ. 42
4.2.1 Πρόληψη για τους ετερόφυλους	Σελ. 42
4.2.2 Πρόληψη για τους ομοφυλόφιλους	Σελ. 46
4.2.3 Πρόληψη από την κάθετη μετάδοση	Σελ. 46
4.2.4 Πρόληψη για τους πολυμεταγγιζόμενους	Σελ. 47
4.2.5 Πρόληψη για τους χρήστες ναρκωτικών ουσιών	Σελ. 47
4.2.6 Μέτρα υγειονομικής περίθαλψης σε ασθενείς με HIV/AIDS	Σελ. 48
4.2.7 Προφύλαξη για εργαζόμενους σε τομείς υγείας	Σελ. 50
4.3 Ενημέρωση πληθυσμού – Έρευνα – Νοσηλευτικό χρέος	Σελ. 51
4.4 Διαδικασία διδασκαλίας – μάθησης από τον νοσηλευτή	Σελ. 52
Κεφάλαιο 5: Νοσηλευτικά προβλήματα	
5.1.1 Οργανοβιολογικά προβλήματα	Σελ. 54
5.1.2 Ψυχολογικά – κοινωνικά προβλήματα	Σελ. 55
5.2 Νοσηλευτική Φροντίδα	Σελ. 56
5.2.1 Σε λοιμώξεις	Σελ. 56
5.2.2 Σε καρδιαγγειακά προβλήματα	Σελ. 57
5.2.3 Σε στοματικές εκδηλώσεις	Σελ. 58
5.2.4 Σε νευρολογικά προβλήματα	Σελ. 59
5.2.5 Σε αιματολογικά προβλήματα	Σελ. 60
5.2.6 Σε δερματολογικά προβλήματα	Σελ. 60
5.2.7 Σε νεοπλάσματα	Σελ. 61
5.2.8 Σε ψυχολογικοκοινωνικά προβλήματα	Σελ. 62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Δικαιώματα και υποχρεώσεις οροθετικών αλλά και νοσηλευτικού προσωπικού

6.1. Δικαιώματα οροθετικών	Σελ. 64
5.2 Υποχρεώσεις οροθετικών	Σελ. 64
6.3. Βασικές αρχές και κανόνες για το νοσηλευτικό προσωπικό	Σελ. 65
6.4 Ο νοσηλευτής, αναλαμβάνοντας το έργο της Αγωγής Υγείας	Σελ. 66
Συμπεράσματα	Σελ. 68
Επίλογος	Σελ. 69
Βιβλιογραφία	Σελ. 80
Παράρτημα	Σελ. 85

Αφιέρωση

*Την εργασία μου αυτή, θέλω να την αφιερώσω στους γονείς μου,
που είναι πάντα στο πλευρό μου, που με στηρίζουν
σε κάθε μου απόφαση και με εμπυχώνουν.*

Πρόλογος

Η επιλογή του θέματος για πτυχιακή εργασία σαφώς και δεν είναι εύκολη. Τα θέματα πολλά και τα περισσότερα αρκετά ενδιαφέροντα. Η λύση δόθηκε την Παγκόσμια Ημέρα κατά του AIDS. Ενημερωτικές εκπομπές στα Μ.Μ.Ε., φυλλάδια, σεμινάρια από φορείς υγείας, κατέκλυσαν τη μέρα αυτή σε μια προσπάθεια διαφώτισης του κοινού για το πρόβλημα αυτό που απασχολεί όλη την παγκόσμια υγεία, χρόνια τώρα.

Τα κρούσματα από τον ιό HIV σε όλο τον κόσμο, αυξάνονται όλο και περισσότερο κάθε χρόνο. Η πλειοψηφία των θυμάτων αυτών είναι νεαρά άτομα, που είτε από έλλειψη ενημέρωσης για την πρόληψη του ιού, είτε από υπέρμετρο εγωισμό και απερισκεψία σκεπτόμενοι ότι ο ιός απασχολεί μόνο τους άλλους, προσβλήθηκαν από τον HIV.

Γι' αυτό το λόγο, η μελέτη αυτή απευθύνεται κυρίως σε νέους ανθρώπους. Γίνεται μία προσπάθεια να εξεταστεί το θέμα από όλες τις πλευρές χωρίς γλαφυρότητες, αλλά με θάρρος και αλήθεια.

Κλείνοντας, πρέπει να επισημανθεί ότι σκοπός της εργασίας αυτής δεν είναι απλά να διαβαστεί από κάποιους ζητώντας την επιβράβευση ή την κριτική, αλλά να κάνει τους αναγνώστες να προβληματιστούν ότι το AIDS δεν κάνει διακρίσεις.

Συντομογραφίες

AIDS = Acquired Immunodeficiency Syndrome (Σύνδρομο επίκτητης Ανεπάρκειας)

ARC = Aids Related Complex

DNA = Deoxyribonucleic Acid

HIV = Human Immunodeficiency Virus

RNA = Ribonucleic Acid

RT = Reverse Transcriptase

αιμορροφιλία = κληρονομική πάθηση με παράταση του χρόνου πήξεως του αίματος

επιδημία = κάθε αρρώστια που εμφανίζεται περιοδικά σε κάποια χώρα και προσβάλλει μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα μεγάλο αριθμό ανθρώπων

έρπητας ζωστήρας = δερματοπάθεια που οφείλεται από τον ιό ζωστήρα (από τον ίδιο ιό οφείλεται και η ανεμοβλογιά)

ευκαιριακές λοιμώξεις = λοιμώξεις που δεν εμφανίζονται σε ένα υγιή άτομο

ιδιοσκεύασμα = κάθε σκεύασμα απλό ή σύνθετο που έχει πάντοτε ίδια συσκευασία και σύνθεση

Κ.Ε.Ε.Λ. = Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων

Κ.Ν.Σ. = Κεντρικό Νευρικό Σύστημα

λεμφοκύτταρα = αποτελούν την άμυνα του οργανισμού

λέμφωμα = κακοήθης νεοπλασία του λεμφοδικτυωτού ιστού

λευχαιμία = νόσος στην οποία αυξάνονται τα λευκά αιμοσφαίρια του αίματος

λιστέρια = βακτηρίδιο αερόβιο, προσβάλλει τα μικρά και τα μεγάλα ζώα

ομοφυλοφιλία = το να ικανοποιεί κάποιος το ερωτικό του ένστικτο με πρόσωπο του ίδιου με αυτόν φύλλου

πλάσμα = το μέρος του αίματος στο οποίο βρίσκονται τα αιμοσφαίρια

ριβοσώματα = δομές του κυττάρου οι οποίες συνίστανται από RNA και πρωτεΐνη σε ίση περίπου αναλογία

σαλμονέλα = βακτηρίδιο Gram(-) που προκαλεί νόσο λόγω κακών συνθηκών υγιεινής

πλάσμα = παράσιτο που προσβάλλει τον εγκέφαλο και το Κ.Ν;Σ

φορέας = μολυσμένο άτομο που δεν εμφανίζει κλινικές εκδηλώσεις αλλά μπορεί να συμβάλει στη διασπορά του λοιμογόνου παράγοντα που μεταφέρει

φυματίωση = λοιμώδη νόσος που οφείλεται σε μυκοβακτηρίδιο (βακτηρίδιο του Koch)

ωτίτιδα = φλεγμονή του μέσου αυτιού

Εισαγωγή

Το πρόβλημα της αντιμετώπισης του AIDS είναι αναμφισβήτητα σήμερα το σπουδαιότερο για τη δημόσια υγεία στη χώρα μας. Το AIDS άρχισε να απασχολεί τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας από το 1981. Οι αρχικές λοιμώξεις φαίνεται όμως ότι συνέβησαν στη δεκαετία του 1970. Το 1982 άρχισε να συνειδητοποιείται ο κίνδυνος ευρύτερης διασποράς του. Στις Η.Π.Α. τα κρούσματα αυξάνονταν με γοργό ρυθμό. Λίγο αργότερα, κρούσματα άρχισαν να παρουσιάζονται στη Δυτική Ευρώπη και στις χώρες της Κεντρικής Αφρικής.

Σήμερα, η επιδημία έχει επεκταθεί σε όλο σχεδόν τον κόσμο. Μεγαλύτερες όμως διαστάσεις έχει πάρει η επιδημία στην Κεντρική Αφρική και Νοτιοδυτική Ασία, με χαρακτηριστικά γνωρίσματα τη διαφορετική συχνότητα φύλλου και την απουσία των γνωστών παραγόντων κινδύνου (ομοφυλοφιλία, τοξικομανία).

Στην Ελλάδα ο συνολικός αριθμός των HIV(+) ατόμων (συμπεριλαμβανομένων των κρουσμάτων AIDS) που δηλώθηκαν στην Ελλάδα το 2007 ανέρχεται σε 8.217 εκ των οποίων τα 86 κρούσματα είναι παιδιά και από τους 8.137 εφήβους / ενήλικες, το 83% είναι άνδρες και το 17% γυναίκες.

Δυστυχώς τα στοιχεία της τελευταίας δεκαετίας, από το 1990 και μετά η τάση της επιδημίας είναι αυξητική. Η πλειοψηφία των ανδρών ως προς τις γυναίκες είναι εμφανής.

Στα κεφάλαια που θα ακολουθήσουν, θα γίνει μία προσπάθεια ώστε να δοθούν απαντήσεις για το ποιος είναι ο ιός του HIV, πως μεταδίδεται, αν υπάρχουν τρόποι πρόληψης και ποιοι είναι αυτοί, καθώς και αναφορές για τις ήδη υπάρχουσες θεραπείες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Το AIDS ή Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας

1.1. Προέλευση του ιού

Το 1981, μια νέα θανατηφόρα ασθένεια, κάνει την εμφάνιση της, προσβάλλοντας υγιείς ομοφυλόφιλους στην Αμερική. Γι' αυτό το λόγο, στην αρχή η ασθένεια παίρνει το όνομα τους. Ονομάζεται η «νόσος των ομοφυλόφιλων» ή «gay syndrome» (Αλιμπουτάκη 1984, Gallo 1994).

Μετά από μια σειρά ερευνών, οι επιστήμονες ανακαλύπτουν ότι ο ιός προϋπήρχε στις αρχές του '50 στην κεντρική Αφρική (Farthing et al. 1988). Τα περισσότερα κρούσματα από AIDS, εμφανίζονται στην Ουγκάντα, στη Ρουάντα και στο Μπουρούντι. Εκεί αναπτύχθηκε και μια άλλη θεωρία για την προέλευση αυτού του παράξενου ιού.

Εικόνα 1. Άγριος πράσινος πίθηκος



Πηγή: Charles F. Farthing, Simon Brawn, Richard Staughton., A color

Σε εξετάσεις που πραγματοποίησαν μελετητές σε άγριο πράσινο πίθηκο (εικόνα 1), εντόπισαν 60% μόλυνση από έναν ιό που μοιάζει με τον HIV και ονομάζεται Simeon Immunodeficiency Virus (SIV) (Farthing et al. 1988). Η πρώτη μόλυνση στον άνθρωπο ίσως να έγινε από έκθεση σε πτώματα μολυσμένων πιθήκων (Gallo 1994). Στη συνέχεια μετανάστες μετέφεραν και εξάπλωσαν τον ιό σε κάθε μήκος της γης (Αλιμπουτάκη 1988). Οι απόψεις αυτές βέβαια συνεχίζουν να υπάρχουν σαν θεωρίες, μια που ακόμα και σήμερα οι απόψεις είναι αντιφατικές.

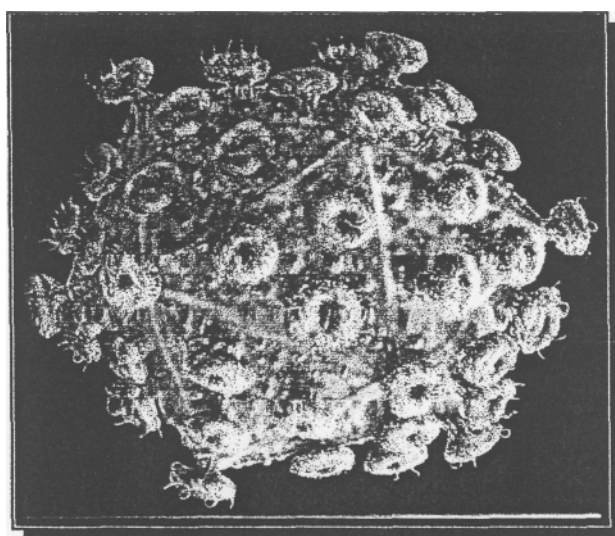
Στη συνέχεια θα μελετηθεί ο ιός, κάτω από τις έγκυρες επισημάνσεις και μελέτες των επιστημόνων.

1.2. Ιός HIN

Η λέξη HIV είναι μια ονομασία ενός ιού του οποίου η πλήρης ονομασία είναι Ιός της Ανθρώπινης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας ή Human Immunodeficiency Virus (HIV) (εικόνα 2). Το σύνδρομο αυτό προκαλείται από μια μεγάλη ομάδα ρετροϊών τους Ribonucleic Acid (RNA).

Εικόνα 2. Ο ιός

HIV



Πηγή: ΓρηγοράτουΧρ., Aids ιος της επίκτητης ανοσολογικής

Σύμφωνα με τους Καλκάνη - Μπουσιάκου (1996) και τον Τσάτσο (1987), οι ρετροϊοί διακρίνονται σε τέσσερις κατηγορίες.

1. Οι T- λεμφοτρόποι ογκοϊοί τύπου C ή Human T- lymphotropic virus (HTLV -1) που έχουν σχέση με λεμφώματα και λευχαιμίες, χωρίς να υπάρχει όμως σαφή αιτιολόγηση. Ο HTVL-2 έχει συνδεθεί με το σύνδρομο της χρόνιας κόπωσης.
2. Οι T-λεμφοτρόποι ιοί HTLV-3 οι οποίοι προκαλούν το Associated Immunodeficiency Syndrome ή σύνδρομο του AIDS.
3. Οι αφρώδεις ιοί και οι ιοί οι οποίοι έχουν σχέση με τους ογκοϊούς τύπου C και οι οποίοι έχουν βρεθεί σε τερακαρκινώματα.

Ο ιός HIV προσβάλλει τα T-λεμφοκύτταρα (εικόνα 3), συνδεόμενος στο κυτταρικό τοίχωμα τους με την πρωτεΐνη -υποδοχέα CD4- που μεταφέρει τον HIV στο κυτόπλασμα (Χανιώτης 1997). Κυρίως ο ιός προσβάλλει μια εξειδικευμένη ομάδα Τα-λεμφοκυττάρων που ονομάζονται T4 λεμφοκύτταρα ή T-βοηθητικά (T-helper).

Με τη είσοδο του HIV στο κυτόπλασμα του εν λόγω κυττάρου, το γενετικό υλικό του RNA, με την βοήθεια του ειδικού ενζύμου, ανάστροφη τρανσκριπτάση (reverse transcriptase, RT), μεταφράζεται σε Deoxyribonucleic Acid (DNA) το οποίο εισέρχεται στον πυρήνα, εκεί ενσωματώνεται με το γενετικό υλικό του λεμφοκυττάρου (γενετικό κώδικα του ανθρώπου) και αναπαράγεται (Χανιώτης 1997, Coene – Καλλίνικος 1995, Αθανάτου 1998, Παππαευαγγέλου 1988, Σαρόγλου et.al. 1998, Τσάτσος 1987). Έτσι κάθε φορά που αναπαράγεται το ανθρώπινο κύτταρο, παράγονται και αντίγραφα του ιού μαζί και προκαλείται μόλυνση νέων κυττάρων και διασπορά.

Πιο συνοπτικά, τα κύρια γεγονότα στην αναπαραγωγή των ρετροϊών όπως υποστηρίζει ο Τσότσος (1987) είναι:

1. RNA γένωμα του ιού με τη βοήθεια της ανάστροφης τρανσκριπτάσης, μετατρέπεται σε DNA-αντίγραφο.
2. Ενσωμάτωση του DNA-αντίγραφου του RNA γενώματος του ιού στο DNA του κυττάρου-στόχου.
3. Μετεγγραφή του DNA-αντίγραφου σε αγγελιοφόρο RNA μέσα στο κύτταρο-ξενιστή.
4. Μετάφραση του παραπάνω αγγελιοφόρου RNA στα ριβοσώματα του κυττάρου- ξενιστού. Παραγωγή πρωτεϊνών του ιού.
5. Αναδιπλασιασμός του RNA γενώματος του ιού.
6. Τελική συνάθροιση των αναπαραχθέντων δομικών συστατικών του ιού, σχηματισμός νέων ιικών σωματιδίων (εικόνα 4).

Με ποια συμπτώματα όμως κάνει την εμφάνιση της αυτή η ασθένεια; Στο παρακάτω κεφάλαιο αναφέρεται αναλυτικά η φύση και η πορεία της ασθένειας.

1.3. Η φύση της ασθένειας

Όλα τα άτομα που έχουν τον ιό του AIDS στον οργανισμό τους, είναι φορείς ή οροθετικοί όπως λέγονται, του ιού του AIDS (Μπιτσακτσής 1987). Οι περισσότεροι δε παρουσιάζουν συμπτώματα, είναι δηλαδή «υγιείς» φορείς. Η μόλυνση τους με τον ιό, φαίνεται από την ύπαρξη αντισωμάτων του AIDS στο αίμα τους. Όταν κάποιος προσβληθεί από τον ιό του AIDS, φαίνεται ότι παραμένει φορέας σε όλη του τη ζωή.

Οι Παπαευαγγέλου (1988), Σαρόγλου (1998), Καλλίνικος (1995) και Παπαευαγγέλου (1986), υποστηρίζουν ότι.

α. Αν κάποιος είναι φορέας, υπάρχει πιθανότητα να αρρωστήσει

από AIDS. Ένα ποσοστό, μεταξύ 5%-40% των «υγιών» φορέων θα αναπτύξουν κάποτε την ασθένεια. Η πιθανότητα, εξαρτάται από την προδιάθεση του οργανισμού και τις πιθανές λοιμώξεις που ίσως υποστεί.

β. Ο φορέας, αν και μπορεί να μην νοσήσει, μπορεί να μεταδώσει τον ιό στους άλλους.

Γενικότερα ο φορέας είναι ένα υγιές άτομο, κοινωνικά δραστήριο. Επί 3 εβδομάδες έως 12 μήνες μετά τη μόλυνση δεν υπάρχει κανένα εργαστηριακό ή κλινικό εύρημα. Η ορομετατροπή συνοδεύεται από ένα σύνδρομο που μοιάζει με λοιμώδη μονοκυρήνωση. Ακολουθεί μία τελείως ασυμπτωματική φάση διάρκειας συνήθως 6-12 μηνών, καμιά φορά όμως και πολλών ετών, οπότε 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, απώλεια βάρους, υποτροπιάζουσες στοματικές μυκητιάσεις και λοιμώξεις από έρπητα (Σαρόγλου και συν. 1998, Παπαευαγγέλου και συν. 1986). Όπως αναφέρει η Γρηγοράτου (2002), το σύνδρομο αυτό αποκαλείτε Aids Related Complex (ARC) και διαρκεί από λίγους μήνες έως χρόνια, επακολουθεί δε τέλος το πλήρες AIDS.

Σύμφωνα με τη Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) το 1986 ως AIDS καθορίστηκε κάθε περιστατικό για:

Α. Ενήλικο άτομο. Παρουσιάζει δύο κύριες και μία δευτερεύουσα από τις παρακάτω εκδηλώσεις.

1. Κύριες εκδηλώσεις

- Απώλεια βάρους που υπερβαίνει το 10%. Παρατηρείται στο 99% των περιπτώσεων. ΓΤ αυτό, το AIDS ονομάστηκε και ασθένεια του αδυνατίσματος (Farthing et al. 1988).
- Χρόνια διάρροια που διαρκεί πάνω από ένα μήνα. Παρατηρείται στο 65% - 70% των περιπτώσεων.

- Πυρετός που επιμένει παρά τη θεραπεία για πάνω από ένα μήνα (80% των περιπτώσεων).

2. Δευτερεύουσες εκδηλώσεις ή Σύμπλεγμα σχετιζόμενο με το AIDS (AIDS RELATED COMPLEX, ARC)

- Βήχας που διαρκεί πάνω από ένα μήνα.
- Γενικευμένη δερματίτιδα.
- Εκτεταμένος έρπητας ζωστήρας που υποτροπιάζει.
- Στοματοφαρυγγική καντιντίαση. Τα 2/3 έως τα 4/5 των HIV οροθετικών ασθενών, εμφανίζουν ενδοστοματικές βλάβες ενδεικτικές της HIV λοίμωξης κατά την αρχική εξέταση (Νικολάτου και συν. 1999, Πάϊκος και συν. 1999).
- Απλός έρπητας που είναι χρόνιος και συνεχώς επεκτείνεται.
- Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια.

B. Παιδιά. Σύμφωνα με τον Καλλίνικο (1986) και τον Παπαευαγγέλου (1988) παρουσιάζουν δύο κύριες και δύο δευτερεύουσες εκδηλώσεις.

1. Κύριες εκδηλώσεις

- Απώλεια ή παθολογικά βραδεία αύξηση του σωματικού βάρους.
- Χρόνια διάρροια που διαρκεί πάνω από ένα μήνα.
- Πυρετός που επιμένει πάνω από ένα μήνα.

2. Δευτερεύουσες εκδηλώσεις

- Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια.
- Στοματοφαρυγγική καντιντίαση,
- Υποτροπιάζουσες κοινές λοιμώξεις (ωτίτιδα, φαρυγγίτιδα).
- Βήχας που επιμένει.
- Γενικευμένη δερματίτιδα.
- Μητέρα θετική για αντισώματα προς HIV.

Να σημειωθεί, ότι πολλά παιδιά με HIV λοίμωξη, είναι χωρίς

συμπτώματα τα πρώτα χρόνια ζωής ((Νικολάτου-Γαλίτη 1999). Σύμφωνα με τη Π.Ο.Υ. επιβάλλεται η δήλωση του κρούσματος στην αρμόδια υπηρεσία δημόσιας υγείας και η παράλληλη επιβεβαίωση της υπάρξεως αντισωμάτων προς τον HIV στα Εθνικά Κέντρα Αναφοράς AIDS. Κατάλογος αυτών θα αναφερθεί στο τέλος της μελέτης.

1.4 Παθογόνες μορφές της ασθένειας

Μελετώντας τα συμπτώματα της νόσου κατανοείται η μακρά κλινική της πορεία. Η αρχική μόλυνση, εξελίσσεται στη λοίμωξη του AIDS και εμφανίζονται οι πιο παθογόνες μορφές της ασθένειας. Αυτές οι μορφές διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες.

1. Τις ευκαιριακές λοιμώξεις (Στρατηγός-Λάσκαρης 1996, Νικολάτου-Γαλίτη 1999).
2. Τους όγκους και τα καρκινώματα (Παπαευαγγέλου 1988, Καλλίνικος 1986).
3. Τις νευρολογικές βλάβες (Coene 1995, Καλλίνικος 1986).

Παρακάτω ακολουθούν αναλυτικά οι κατηγορίες.

1.4.1 Ευκαιριακές λοιμώξεις

Οι μικροβιακές λοιμώξεις, αποτελούν σημαντική αιτία νοσηρότητας αλλά και θνητότητας για τα HIV(+) άτομα. Η κλινική εικόνα, είναι βαρύτερη από ότι στα HIV(-) άτομα (Λελέκης 1997). Η εξέλιξη της HIV λοίμωξης σε πλήρες HIV, ποικίλει από άτομο σε άτομο και από περιοχή σε περιοχή (Βογιατζάκης 1997).

Παρακάτω παραθέτονται κάποιες από τις ευκαιριακές λοιμώξεις.

- **Φυματίωση.** Αποτελεί την συχνότερη ευκαιριακή λοίμωξη σε ασθενείς με AIDS και συχνά την πρώτη κλινική εκδήλωση.
- **Πνευμονοκύστη Carini.** Μια από τις σημαντικότερες λοιμώξεις,

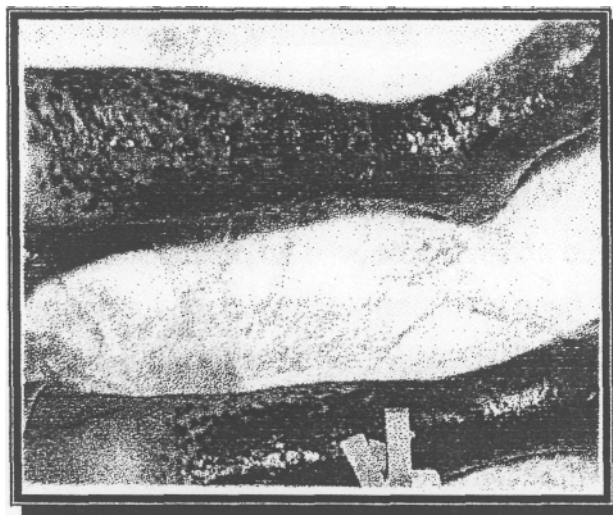
είναι η πνευμονοκύστη Carini (Χανιώτης 1997, Μπιτσακτσής 1987). Στο πρώτο στάδιο της, δεν εμφανίζει συμπτώματα. Με τη πάροδο του χρόνου, εμφανίζει ελαφρό βήχα, δύσπνοια που διαρκεί 2-10 εβδομάδες και στο τελικό στάδιο ο ασθενής γίνεται κυανός και πεθαίνει.

- **Κυτταρομεγαλοϊός (CMV).** Ο CMV προσβάλλει τον εγκέφαλο, προκαλεί διανοητική σύγχυση και νοητικές διαταραχές.
- **Κάντιντα.** Προσβάλλει διάφορα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού. Η πιο συχνή, είναι η πεπτική καντιντίαση. Αυτή προσβάλλει κυρίως το στόμα και τον οισοφάγο. Στο στόμα, στα ούλα και στη γλώσσα εμφανίζονται μικρές άσπρες κηλίδες και ο ασθενής δυσκολεύεται να καταπιεί (Νικολάου-Γαλίτη και συν. 1988).
- **Τοξόπλασμα.** Είναι παράσιτο που προσβάλλει του εγκέφαλο και το Κ.Ν.Σ. προκαλώντας συγχυτικά φαινόμενα. Συνοδεύεται από πυρετό και διόγκωση των λεμφαδένων.
- **Κρυπτοκοκική μηνιγγίτιδα.** Οι ασθενείς αρχικά παρουσιάζουν πονοκεφάλους και αργότερα ακαμψία στον αυχένα.
- **Κρυπτοσπορίδιο.** Πρωτόζωο που προκαλεί πολλές διαρροϊκές κενώσεις.
- **Λάμβλια.** Παράσιτο που εντοπίζεται στο έντερο και προκαλεί αμοιβάδες, έντονη διάρροια, ναυτία και κολίτιδα.
- **Έρπητας.** Εντοπίζεται στο δέρμα, στο στόμα, στον πρωκτό και στον εγκέφαλο.
Όταν προσβάλλει τον εγκέφαλο, δημιουργεί συγχυτικά φαινόμενα, σπασμούς, κώμα και τελικά τον θάνατο.
- **Μυκοβακτηρίδια.** Βρίσκονται στους πνεύμονες, στο μυελό των οστών, στο συκώτι, στους λεμφαδένες. Τις περισσότερες φορές, συνοδεύονται από πυρετό δυσλειτουργία του ήπατος, βήχας και δύσπνοια.

1.4.2 Όγκοι και καρκινώματα

- **Σάρκωμα Kaposi.** Το σάρκωμα Kaposi σε ασθενείς με AIDS, είναι μια από τις πλέον σημαντικές δερματικές εκδηλώσεις και εντοπίζεται κυρίως σε ομοφυλόφιλους και σπανιότερα σε άλλες ομάδες ασθενών. Για την εμφάνιση του, συνεργούν ορισμένοι παράγοντες, όπως γενετική προδιάθεση, λοιμώδεις παράγοντες, ορμονικοί, νευρικοί και αγγειακοί παράγοντες. Αρχικά, εμφανίζονται ερυθροϊώδεις κηλίδες (Στρατηγός και συν. 1996). Η πορεία των βλαβών είναι επιθετική και η εξάπλωση στο δέρμα, στους βλεννογόνους και στα εσωτερικά όργανα είναι ραγδαία (Χανιώτης 1997), Στη συνέχεια, οι βλάβες εξελίσσονται σε ογκίδια τα οποία είναι διάσπαρτα (ιδιαίτερα στον κορμό 52%, στο πρόσωπο 33%, στα κάτω άκρα 45%, στους βραχίονες 38% και στο στόμα 50%-60%), (Καλλίνικος και συν. 1986). Σε όψιμη φάση, παρατηρείται προσβολή των λεμφαδένων, του γαστρεντερικού συστήματος, του ήπατος, των πνευμόνων, του σπλήνα, των νεφρών και του Κ.Ν.Σ. (εικόνα 5).
- **Λεμφώματα,** Στον εγκέφαλο, η λευχαιμία (Μπιτσακτσής 1987).
- **Καρκινώματα στη γλώσσα.**

Εικόνα 5. AIDS Kaposi, βαριά μη αναστρέψιμη μορφή



Πηγή: Στρατηγός Ι., Λάσκαρης Γ., Έγχρωμος Άτλας AIDS-

Ο ασθενής του AIDS όμως, εκτός από τις ευκαιριακές λοιμώξεις που έχει να αντιμετωπίσει ο ήδη εξασθενημένος του οργανισμός, έχει να πολεμήσει τις νευρολογικές βλάβες, καθώς επίσης και τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της ασθένειας. Παρακάτω γίνεται εκτενή αναφορά.

1.4.3 Νευρολογικές βλάβες

Οι ασθενείς με AIDS, εμφανίζουν βλάβες των λειτουργιών του εγκεφάλου και καταλήγουν σε σοβαρές περιπτώσεις άνοιας. Τα άτομα χάνουν πολλές φορές τις αισθήσεις τους και παρατηρείται συχνά απώλεια μνήμης και διανοητικές ανωμαλίες.

1.5 Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις

Όπως είναι φυσικό, τα άτομα με HIV από την αρχική φάση της διάγνωσης μέχρι το τελικό στάδιο, έρχονται αντιμέτωπα με πολλά ψυχολογικά ζητήματα αλλά και συναισθήματα (Καλλίνικος 1995). Έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι, με τον ίδιο τον εαυτό τους, αλλά και με την ίδια την κοινωνία.

Παρακάτω παραθέτονται κάποια από αυτά τα ψυχολογικά ζητήματα και συναισθήματα αναλυτικά.

- **Ψυχολογικές επιπτώσεις.** Ο φορέας, όταν πληροφορείται ότι έχει στον οργανισμό του τον HIV αντιδρά με δυσπιστία, άρνηση και πολλές φορές με θυμό. Κάποιοι καταφεύγουν και σε άλλα διαγνωστικά κέντρα, επαναλαμβάνοντας τις εξετάσεις, αισιοδοξώντας στο λάθος αποτέλεσμα που μπορεί να δόθηκε.
- **Θυμός.** Συχνά γίνεται η ερώτηση "Γιατί εγώ! Είμαι νέος / νέα και θέλω να ζήσω!". Εδώ ο θυμός κυριαρχεί, ιδιαίτερα αν ο φορέας ξέρει ότι ο σύντροφος του, μετέδωσε τον ιό συνειδητά. Σε αυτό το

σημείο, αν η οργή του κυριαρχήσει μπορεί να συνεχίσει την ερωτική δραστηριότητα, χωρίς να ενημερώνει τους ερωτικούς του συντρόφους για την κατάσταση της υγείας του. Το κυριότερο όμως είναι, ότι το άτομο δε λαμβάνει τις απαραίτητες προφυλάξεις αδιαφορώντας για την υγεία του, αλλά και την υγεία των άλλων.

- **Ενοχές.** Το άτομο αρχίζει να νιώθει ενοχές για την κατάσταση της υγείας του. Αισθάνεται ότι έχει προδώσει την οικογένεια του και τους φίλους. Περισσότερες όμως ενοχές νιώθει, όταν συνειδητοποιήσει ότι άθελα του έχουν μολυνθεί κάποιοι από τους ερωτικούς του συντρόφους.
- **Αβεβαιότητα.** Ο φορέας αρχίζει να ρωτάει τον γιατρό του για τον HIV. Επίσης, αρχίζει να διαβάζει και να ενημερώνεται για τις τελευταίες μελέτες πάνω στον ιό. Θέλει να μάθει την ποιότητα της ζωής του, τη διάρκεια της, τη θεραπεία και την αποτελεσματικότητα της, καθώς και τις αντιδράσεις της κοινωνίας. Τα ερωτηματικά αυτά τον πνίγουν και ζητάει απαντήσεις. Κάποιες απαντήσεις τον ενθαρρύνουν, κάποιες πάλι τον φέρνουν μπροστά στη φρικτή πραγματικότητα της αρρώστιας. Έναν πραγματικό εφιάλτη με τραγικό τέλος.
- **Άγχος.** Ο φορέας βιώνει σε καθημερινή βάση το άγχος της επόμενης μέρας. Τα συμπτώματα που γίνονται πιο έντονα μέρα με τη μέρα, τον λυγίζουν σωματικά. Η αρρώστια τον θέλει ζωντανό νεκρό και το γκρίζο του θανάτου φωλιάζει στην σκέψη και στη ψυχή του.
- **Μοναξιά και λύπη.** Δυστυχώς, τις περισσότερες φορές, ο φορέας μένει μόνος του. Οι συγγενείς του, του κλείνουν τις πόρτες αφού είναι το μαύρο πρόβατο που στιγματίσε την αξιοπρέπεια της οικογένειάς τους. Άλλοτε πάλι απομακρύνεται ο ίδιος, τόσο από το οικογενειακό του περιβάλλον όσο και από το φιλικό, φοβούμενος μη μεταδώσει τον ιό στα αγαπημένα του πρόσωπα.

- **Παραδοχή της ασθένειας, ανοχή και συναίνεση.** Μετά το πρώτο shock, τον κρυφό και φανερό θρήνο, ακολουθεί η παραδοχή της ασθένειας. Μια παραδοχή, που πολλές φορές αντικρούει ακόμα και την ίδια την αρρώστια. Η αυτοεκτίμηση και η γνώση για τον HIV υπερισχύουν και ο αγώνας για ζωή συνεχίζεται.
- **Αίσθημα απώλειας.** Κατά την διάρκεια της νόσου, ο φορέας βλέποντας τις μεταβολές που έγιναν πάνω του, νιώθει να απειλείται η ίδια του η ζωή. Η υγεία του, δεν παρουσιάζει την καλή εικόνα του παρελθόντος. Συνέπεια αυτού είναι να χάσει την ελκυστικότητα του, την ίδια του την εικόνα σαν άνθρωπος. Όπως είναι φυσικό, η ιδιωτική του ζωή κλονίζεται. Ο / Η σύντροφος του αν δεν έχει μολυνθεί, τις περισσότερες φορές φεύγει μακριά. Χάνει επίσης, την οικονομική του και την υπόσταση του μέσα στην κοινωνία. Ο ρατσισμός δεν περιορίζεται μόνο στις φυλετικές διακρίσεις, αλλά και στους ασθενείς του AIDS.
- **Κατάθλιψη.** Ο θρήνος και η απεριόριστη λύπη που αισθάνεται το άτομο, καθώς επίσης και η κατακραυγή του κοινωνικού συνόλου απέναντι στον ίδιο και την οικογένεια του, οδηγεί τον φορέα στο σκοτεινό δρόμο της κατάθλιψης.
- **Σκέψεις αυτοκτονίας.** Η έλλειψη της αυτοεκτίμησης, η άγνοια, η προσωπική απογοήτευση, είναι κάποιοι από τους λόγους που οδηγούν το άτομο στην αυτοκτονία. Η απογοήτευση κυριεύει το μυαλό και την ψυχή.
- **Φόβος και αγωνία.** Ο φόβος, σε αυτές τις περιπτώσεις, υπερέχει της λογικής. Ο φορέας φοβάται για τα συμπτώματα της νόσου, που έχει να αντιμετωπίσει. Το κυριότερο όμως είναι, ότι το άτομο πρέπει να αντιμετωπίσει το θάνατο. Εκεί ο φόβος κυριαρχεί και είναι εντελώς φυσιολογικό. Ένας νέος άνθρωπος, είναι ερωτευμένος με τις χαρές της ζωής. Ξαφνικά βρίσκεται μπροστά στο θάνατο. Έναν αντίπαλο,

που τις περισσότερες φορές, οι κανόνες του αγώνα για επιβίωση, είναι υπέρ του. Είναι η στιγμή, που ο φορέας πρέπει να οπλιστεί με θάρρος και γενναιότητα. Μόνο τότε θα νικηθεί ο χρόνος, όχι όμως και η αρρώστια.

- **Διεργασία θρήνου.** Το άτομο δε θρηνεί μόνο όσα δε πρόλαβε να κάνει ή όσα πρόκειται να χάσει. Ο θρήνος, είναι καθημερινός βλέποντας την πορεία της υγείας του. Αυτό όμως που ίσως να πληγώνει περισσότερο το φορέα, είναι η ενδεχόμενη απομάκρυνση συγγενών και φίλων.
- **Πνευματικές ανησυχίες.** Δεν είναι λίγες οι φορές, που το άτομο κυριεύεται από την ανάγκη, να βρει τη ζωή και τη χαμένη ελπίδα στο θεό. Η θρησκεία, είναι πηγή ζωής για τον άνθρωπο. Δεν είναι λοιπόν τυχαίο, αυτό που λέει ο λαός μας, ότι στην κορυφή του ανήφορου είναι η σταύρωση και πίσω από αυτή...η ανάσταση.
- **Συναισθηματική απόσυρση.** Συνήθως τα σχέδια για τη ζωή, είναι μακροπρόθεσμα. Αυτό γίνεται τόσο στον επαγγελματικό τομέα, όσο και στις σχέσεις. Είναι φυσιολογικό λοιπόν, η είδηση για τον ιό, να πέφτει σαν βόμβα στη ζωή του φορέα, που βλέπει τα όνειρα του να καταρρέουν. Τότε έρχεται η συναισθηματική φόρτιση και το χειρότερο από όλα...η απομόνωση. Ο άνθρωπος όμως γεννιέται με ένα χάρισμα. Το χάρισμα της ελπίδας. Κανένα ανθρώπινο χέρι ή κάποιος πικρός λόγος, έχουν το δικαίωμα, να αφαιρέσουν την ελπίδα από τη ζωή ενός ανθρώπου. Έστω και αν από την πρώτη ματιά, η ζωή του ατόμου αυτού, φαίνεται κατεστραμμένη.

Δεν είναι λοιπόν τυχαίο αυτό που λέγεται, ότι η ελπίδα πεθαίνει τελευταία. Αυτό είναι κάτι που πρέπει να συνειδητοποιήσουν τα άτομα με HIV. Η ζωή συνεχίζει το δρόμο της και τα άτομα αυτά, βαδίζουν στους κόλπους της. Μόνο όταν καταλάβουν, ότι το φάρμακο για το AIDS βρίσκεται μέσα στην ψυχή τους, θα μπορέσουν να κερδίσουν τον ιό.

Με ποιους όμως τρόπους γίνεται η μετάδοση του ιού από το ένα άτομο στο άλλο; Σε αυτό το ερώτημα θα γίνει προσπάθεια να δοθεί απάντηση στο επόμενο κεφάλαιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Τρόποι μετάδοσης του ίου HIV

Πολλές απόψεις διαφορετικές μεταξύ τους, ακούγονται και δημοσιεύονται για τον τρόπο με τον οποίο μεταδίδεται ο ιός και τις εισόδους που χρησιμοποιεί για την προσπέλαση του, στον οργανισμό των θυμάτων του. Το μόνο σίγουρο είναι, ότι ο ιός του AIDS για να δραστηριοποιηθεί και να αναπτύξει το Σύνδρομο, πρέπει να φτάσει στο αίμα (Χανιώτης 1997). Όταν μάλιστα φθάσει απευθείας σε αυτό (δηλαδή δια μέσου επαφής του αίματος του ατόμου που έχει τον ιό, με το αίμα του ατόμου στο οποίο «μεταφέρεται» ο ιός), η μετάδοση και η μόλυνση του δευτέρου ατόμου είναι βέβαιη.

Τέτοιες περιπτώσεις «άμεσης» επαφής του αίματος των δυο ατόμων, μπορεί προκληθεί με τους εξής τρόπους:

1. Με τη σεξουαλική επαφή.
2. Με τη μετάγγιση αίματος.
3. Με τη χρήση μολυσμένων από αίμα βελόνων - συριγγών, αλλά και ιατρικών εργαλείων (για τα ιατρικά εργαλεία θα γίνει αναφορά σε άλλη παράγραφο).
4. Με τη περιγεννητική και κάθετη μετάδοση.

Πρέπει εδώ να σημειωθεί, ότι η μετάδοση του ιού του AIDS, μπορεί να γίνει και μέσω κάποιας ελάχιστης αμυχής ή του παραμικρού σχισίματος ή τραύματος που υπάρχει. Δεν είναι αναγκαίο να υπάρχει αιμορραγία. Η μεταφορά του ιού θα γίνει από ένα άτομο στο άλλο, όταν οι περιοχές των σωμάτων τους οι οποίες αιμορραγούν, έρθουν σε επαφή. Έτσι μπορούμε να πούμε με σιγουριά, ότι κάθε αμυχή σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος, μπορεί να αποτελέσει τη μοιραία είσοδο για τον ιό.

Τέτοιες αμυχές ή αιμορραγίες, μπορούν να υπάρξουν πολλές, παντού και από οποιαδήποτε αιτία, από ένα απλό γδάρσιμο, κάποιο κόψιμο του χεριού ή άλλου σημείου του σώματος, σημεία κατά το ξύρισμα, μέχρι αιμορραγία των ούλων ή της μύτης, καθώς και από την έμμηνο ρύση της γυναίκας.

Είναι φρόνιμο να σημειωθεί, ότι οι απόψεις είναι αμφιλεγόμενες ή καλύτερα υπάρχουν αμφιβολίες και αμφισβητήσεις, οι οποίες καταρρίπτουν τη βεβαιότητα για την ορθότητα τους.

2.1. Σεξουαλική επαφή

Ο ιός ανιχνεύθηκε στο σπέρμα και στο τραχηλικό έκκριμα φορέων. Μπορεί να μεταδοθεί από το μολυσμένο άτομο στον ή στην σύντροφο του, δηλαδή από άνδρα σε άνδρα, από άνδρα σε γυναίκα, από γυναίκα σε άνδρα κατά τη σεξουαλική επαφή, όταν δε λαμβάνονται οι απαραίτητες προφυλάξεις. Όλες οι μορφές σεξουαλικής επαφής, έχουν κάποιο κίνδυνο μετάδοσης του ιού. Ο τραυματισμός του βλεννογόνου του ορθού ή του κόλπου, μπορεί να διευκολύνει τη μετάδοση του HIV χωρίς όμως να αποτελεί καθοριστικό παράγοντα (Gallo 1994). Η στοματική επαφή είναι δυνατή, αλλά τα στοιχεία που υπάρχουν είναι λίγα και δε μας επιτρέπουν να εκφράσουμε την ποσοτική εκτίμηση του κινδύνου από μια τέτοια ερωτική επαφή.

Όπως αναφέρουν ο Χανιώτης (1997) και ο Παπαευαγγέλου (1988), η πιο συχνή οδός μετάδοσης, είναι η παραφύση πράξη, η οποία είναι περισσότερο τραυματική και το επιθήλιο του εντέρου, επιτρέπει ευχερέστερη διέλευση του ιού (ο πρωκτός είναι πλούσιος σε λεμφοκύτταρα).

Ο Gallo (1994) πιστεύει ότι η ετεροφυλική μετάδοση γίνεται με μεγαλύτερη ευκολία από τον άνδρα στη γυναίκα. Μάλιστα λέγεται, ότι οι

άνδρες είναι τρεις φορές πιο μολυσματικοί από τις γυναίκες. Αιτία αυτού του γεγονότος, αποτελεί η ευπαθέστερη γυναικεία βλεννογόνο μεμβράνη που ευνοεί τη μετάδοση του ιού, καθώς επίσης και ότι, η ποσότητα του ιού στο σπέρμα είναι μεγαλύτερη από τα κολπικά υγρά της γυναίκας. Αυτό εύκολα μπορεί να γίνει κατανοητό, αναλύοντας τα στοιχεία του Κέντρου Ερευνών Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.). Εξετάστηκαν 84 άτομα ηλικίας >13 ετών, κατά το εξάμηνο από 1.1.2000 μέχρι τις 30.6.2000, από τα οποία τα 65 κρούσματα ήταν άνδρες (όλων των κατηγοριών) και μόλις 19 κρούσματα ήταν γυναίκες. Σημαντικό είναι το ποσοστό των ομοφυλόφιλων / αμφιφυλόφιλων ανδρών, που φτάνει το 40,5% των νεοδηλωθέντων κρουσμάτων (πίνακας 1).

Το AIDS είναι πολύ συχνό στους χώρους των ομοφυλόφιλων. Οι ομοφυλόφιλοι είναι μια από τις κυριότερες κατηγορίες στην ομάδα υψηλού κινδύνου (ναρκομανείς, ομοφυλόφιλοι, πολυμεταγγιζόμενοι). Επειδή όμως είναι δύσκολο να γνωρίζει κάποιος αν ο ερωτικός του σύντροφος είναι μολυσματικός ή όχι, απαιτείται η εκπαίδευση των ατόμων -ιδιαίτερα των νέων- και η ευαισθητοποίηση τους σε θέματα πρόληψης (παρακάτω θα γίνει εκτενέστερη αναφορά).

Κλείνοντας, να επισημανθεί ότι τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα όπως ο έρπης και η σύφιλη, αυξάνουν τη μετάδοση του ιού. Για το λόγο αυτό, στις ετεροφυλικές επαφές, ο μεγαλύτερος επιπολασμός της λοίμωξης, βρέθηκε μεταξύ των ιερόδουλων γυναικών και αμέσως μετά στους άνδρες που έχουν συχνές επαφές με ιερόδουλες (Παπαευαγγέλου 1988, Σαρόγλου και συν. 1988).

Πίνακας 1 . Κρούσματα εφήβων / ενηλίκων με AIDS ηλικίας >13 ετών από 1.1.2002 έως 30.6.2002

Κατηγορία μετάδοσης	Ανδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο - Total		Transmission group
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Όμο/αμφιφυλόφιλοι άνδρες	34	(52,3)	–	–	34	(40,5)	Homo/bisexual males
Χρηστές Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών	2	(3,1)	0	(0,0)	2	(2,4)	Injecting Drug Users (IDUs)
Πολυμεταγγιζόμενοι με παράγωγα αίματος	1	(1,5)	0	(0,0)	1	(1,2)	Haemophiliacs/ Coagulation disorder
Μεταγγιζόμενοι	1	(1,5)	0	(0,0)	1	(1,2)	Transfusion recipients
Ετεροφυλόφιλοι	11	(16,9)	10	(52,6)	21	(25,0)	Heterosexuals
Ακαθόριστοι	16	(24,6)	9	(47,4)	25	(29,8)	Undetermined
Σύνολο	65	(100,8)	19	(100,0)	84	(100,0)	Total

Πηγή: Κ.Ε.Ε.Α., Επιδημιολογική Επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα, έκδοση Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα 2002

2.2. Μεταγγίσεις

Ένας άλλος τρόπος μετάδοσης του ιού HIV, είναι με τη χορήγηση μολυσμένου αίματος ή παραγώγων αυτού. Η διπλή ενέργεια του αίματος, συνοψίστηκε σε μια φράση πριν από 2500 χρόνια, όταν ο Ευριπίδης περιέγραψε πώς η Αθηνά έδωσε στον Ασκληπιό, το θεό της ιατρικής, δυο σταγόνες από το αίμα της Γοργούς. Η μια σταγόνα θεράπευε όλες τις αρρώστιες και συντηρούσε τη ζωή, ενώ η άλλη προκαλούσε το θάνατο (Κακριδής 1986).

Η εμφάνιση του AIDS, έφερε πάλι στην επιφάνεια την αντιφατική πραγματικότητα της ζωής και του θανάτου, που προέρχεται από τη μετάγγιση. Από τη στιγμή που το αίμα, έχει τη δυνατότητα να γίνεται μέσο μετάδοσης γνωστών και άγνωστων ιών, πρέπει να υποβάλλεται σε μια σωρεία ελέγχων και επεξεργασιών. Στην Ελλάδα, ο συστηματικός έλεγχος του αίματος για τον ιό HIV, καθιερώθηκε το 1985. Η λήψη μέτρων κατά του AIDS έχει μειώσει σημαντικά τη μετάδοση του HIV με τη μετάγγιση αίματος και παραγώγων του πλάσματος (Πολίτης και συν. 1997). Οι επιστήμονες όμως, που έχουν αναλάβει αυτή τη «τελετουργία»

στα χέρια τους, συχνά πέφτουν θύματα της αμέλειας τους ή του πεπερασμένου των γνώσεων αλλά και των δυνατοτήτων τους (Hagen 1994). Μεγαλύτερος κίνδυνος όμως υπάρχει στους αιμορροφιλικούς, που θεραπεύονται με συμπυκνωμένους παράγοντες πήξης (Σαρόγλου και συν. 1998, Devita 1985). Οι βελτιώσεις όμως που έγιναν στα αντί-αιμορροφιλικά ιδιοσκευάσματα, έχουν πρόσφατα μειώσει εξαιρετικά τον υπολειπόμενο κίνδυνο για HIV λοίμωξης στα άτομα αυτά. Πρέπει να σημειωθεί, ότι το 1986 στην Ελλάδα, οι αιμορροφιλικοί κάλυπταν το 48% των κρουσμάτων στους πολυμεταγγιζόμενους (Σαρόγλου και συν. 1998). Όπως αναφέρει ο Πολίτης (1997) στους πολυμεταγγιζόμενους πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία που καταναλώνουν το 20% του συνολικού αίματος, ο επιπολασμός της λοίμωξης HIV πριν το 1986 ήταν 1%.

Ακόμα όμως και αν γίνουν όλα όσα χρειάζονται οι κίνδυνοι παραμένουν. Δυστυχώς, η επιλογή των αιμοδοτών δεν είναι 100% αποτελεσματική. Καμία εξέταση, ακόμα και στο πιο σύγχρονο μικροβιολογικό εργαστήριο, δεν μπορεί να παρουσιάσει την απόλυτη αλήθεια και ευαισθησία.

2.3. Χρήση μολυσμένου από αίμα υλικού (βελόνες-σύριγγες)

Όπως είναι φυσικό, στους χρήστες ενδοφλέβιων τοξικών ουσιών, ο κίνδυνος επαφής με μολυσμένο αίμα εντοπίζεται στη χρήση κοινής σύριγγας και βελόνας με άλλους χρήστες. Η είσοδος του ιού, μπορεί να γίνει από τη λύση της συνέχειας του δέρματος μετά από χρήση βελόνας για ενδοφλέβια, ενδομυϊκή ή ενδοδερμική χρήση (Σαρόγλου και συν. 1988, Χανιώτης 1997, Παπαευαγγέλου 1988).

Το ποσοστό της HIV λοίμωξης στους χρήστες ναρκωτικών ουσιών, διαφέρει σε κάθε γεωγραφική περιοχή. Μελέτες υποστηρίζουν, μεγάλο

επιπολασμό σε Ιταλία και Ισπανία (ειδικότερα σε φυλακές) χωρίς αυτό βέβαια να μπορεί να υποστηριχθεί με ακρίβεια, αφού πολλοί χρήστες πεθαίνουν από υπερβολική χρήση ναρκωτικών πριν ακόμα παρουσιάσουν το AIDS.

Στην Ελλάδα, παίρνοντας πάντα τα στοιχεία από το Κ.Ε.Ε.Λ. τα δηλωθέντα κρούσματα σε εφήβους / ενήλικες με AIDS, ηλικίας >13 ετών, εντοπίστηκαν 136 κρούσματα μεταξύ των ανδρών και 36 κρούσματα μεταξύ των γυναικών (πίνακας 2). Να σημειωθεί, ότι τα αποτελέσματα αυτά προέκυψαν μεταξύ 4231 κρούσματα ανδρών όλων των κατηγοριών και 889 κρούσματα γυναικών πάλι όλων των κατηγοριών.

Πίνακας 2. Δηλωθέντα HIV(+) άτομα ηλικίας >13 ετών κατά κατηγορία- φύλλο 30.6.2002

Κατηγορία μεταδόσης	Ανδρες - Males		Γυναίκες - Females		Σύνολο - Total		Transmission group
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ομο/αμφιφυλόφιλοι άνδρες	2062	(48,7)	—	—	2062	(40,3)	Homosexual/bisexual males
Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών	136	(3,2)	36	(4,0)	172	(3,4)	Injecting Drug Users (IDUs)
Πολυμεταγγιζόμενοι με παράγωγα αίματος	201	(4,8)	14	(1,6)	215	(4,2)	Haemophiliacs/Coagulation disorder
Μεταγγιζόμενοι	42	(1,0)	29	(3,3)	71	(1,4)	Transfusion recipients
Ετεροφυλόφιλοι	288	(6,8)	475	(53,4)	763	(14,9)	Heterosexuals
Ακαθόριστοι	1502	(35,5)	335	(37,7)	1837	(35,9)	Undetermined
Σύνολο	4231	(100,0)	889	(100,0)	5120	(100,0)	Total

Πηγή: Κ.Ε.Ε.Α, *Επιδημιολογική Επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα*,

Εδώ θα μπορούσε κάποιος να πει, ότι τα κρούσματα αυτά σε σχέση με τα κρούσματα στους ομοφυλόφιλους / αμφιφυλόφιλους άνδρες, είναι πολύ μικρά και ίσως να μην χρειαζόταν και η παρούσα ανάλυση. Τα ναρκωτικά είναι ένα θέμα που απασχολούσε, απασχολεί και θα απασχολεί για καιρό ακόμα τις σκέψεις και θα δυναμώνει τις ανησυχίες για τις καινούριες γενιές.

Είναι γεγονός πια, ότι τα ναρκωτικά βρίσκονται στα σχολεία, στα φροντιστήρια, ακόμα και στο πάρκο της γειτονιάς. Αν πλησιάσουμε έναν ναρκομανή και τον ρωτήσουμε για την αιτία που τον οδήγησε εκεί, η απάντηση που θα μας δώσει σίγουρα δεν θα είναι τεκμηριωμένη. Πάντα φταίει η οικογένεια με τους μη ηθικούς φραγμούς της (μητέρα ιερόδουλη, πατέρας αλκοολικός), το σχολείο με τις στεγνές γνώσεις που παρέχει, αδιαφορώντας για τα ουσιώδη προβλήματα των νέων και τέλος η ίδια η κοινωνία με τη διαφθορά της, ντυμένη πάντα με γλαφυρά ρούχα, σαν κοινή γυναίκα.

Ο Tolstoy (1999) έχει διαφορετική άποψη και αναφέρει:

1. Αν η περιστασιακή χρήση ναρκωτικών ουσιών σε μεγάλες δόσεις συσκοτίζει την ανθρώπινη συνείδηση, η τακτική τους χρήση επιφέρει μάλλον παρόμοιο αποτέλεσμα. 2. Όλες οι ναρκωτικές ουσίες, έχουν την ιδιότητα, της συσκότισης της συνείδησης...για πράγματα που σκεφτήκαμε ή νοιώσαμε και που δεν είχαμε θελήσει ούτε να σκεφτούμε ούτε να πούμε.

Ίσως πρέπει επιτέλους να πάψει η λογική να διαμαρτύρεται για τις διαφορές στον τρόπο ζωής και τις τύψεις που εμφανίζει η συνείδηση. Το γέλιο, το δάκρυ, ο πόνος, είναι μέρος της ζωής. Είναι οι μικρές δοκιμασίες που θέτει η ζωή για να πάρει η ωριμότητα τη θέση της παιδικότητας. Ας τα εκμεταλλευτούμε λοιπόν όλα αυτά, για να συνεχίσουμε να είμαστε άνθρωποι και όχι νεκρές σκιές σε κάποιο παγωμένο σπίτι, εκεί που ο θάνατος ψάχνει το επόμενο θύμα για θυσία στο βωμό των ναρκωτικών.

2.4. Περιγεννητική και κάθετη μετάδοση

Η μητέρα, μπορεί να μολύνει το παιδί της κατά τη διάρκεια της κύησης, κατά τον τοκετό, ακόμα και κατά τη διάρκεια του θηλασμού

(Παπαευαγγέλου 1988, Χανιώτης 1997). Το ποσοστό αυτού του είδους της μόλυνσης, επέρχεται στο 50% (Σαρόγλου και συν. 1998). Ο κίνδυνος της μόλυνσης είναι μεγαλύτερος αν η μητέρα βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο. Σε αυτές τις περιπτώσεις, επιβάλλεται η καισαρική τομή λόγω του μικρότερου ποσοστού έκθεσης του ιού. Σύμφωνα με τον Χανιώτη (1997), τα νεογνά που μολύνθηκαν στην διάρκεια του τοκετού, παρουσιάζουν τα πρώτα συμπτώματα μετά από επώαση μερικών μηνών, ενώ τα έμβρυα που μολύνθηκαν ενδομητρίως γεννώνται με μικρό βάρος.

Η Αλιμπουτάκη (1989) επισημαίνει τους παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο, μια γυναίκα φορέας να μεταδώσει τον ιό στο παιδί της:

1. Εάν η γυναίκα είναι σε προχωρημένο στάδιο της μόλυνσης από HIV ή έχει εμφανίσει AIDS.
2. Εάν έχει χαμηλό αριθμό λεμφοκυττάρων.
3. Εάν τα νερά της γέννας σπασούν περισσότερο από 4 ώρες πριν το τοκετό.
4. Εάν θηλάζει το παιδί της. Η παρουσία του ιού AIDS είναι στο πρωτόγαλα 27% και στο ώριμο γάλα 47%.
5. Όταν η κύηση είναι δύσκολη και παρατεταμένη.
6. Όταν η γυναίκα, έχει συχνές επαφές χωρίς προστασία ή χρησιμοποιεί ναρκωτικά κατά την εγκυμοσύνη.

2.5. HIV λοίμωξη στο Υγειονομικό προσωπικό

Η ταχεία διασπορά του HIV σε όλο τον κόσμο, σημαίνει ότι το υγειονομικό προσωπικό έρχεται σε επαφή καθημερινά με υλικό μολυσμένο από τον ιό (Devita et al 1985). Από έρευνες που πραγματοποιούνται κατά καιρούς στους χώρους των νοσοκομείων, φαίνεται ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό εκτίθεται συχνότερα

στον HIV και ακολουθούν άλλες ειδικότητες όπως το προσωπικό εργαστηρίων, τα τμήματα καθαριότητας υγειονομικών χώρων και λοιπό υγειονομικό προσωπικό (Σαρόγλου και συν. 1998).

Όσων αφορά στο υλικό έκθεσης, υγρά με γνωστό κίνδυνο μετάδοσης της λοίμωξης είναι το αίμα, το σπέρμα, τα κολπικά υγρά και συμπυκνωμένο σε εργαστήρια HIV υλικό. Επίσης, ύποπτα υγρά για μετάδοση του ιού είναι το πλευριτικό υγρό, το περιτοναϊκό, το αρθρικό, το περικαρδικό και το αμνιακό υγρό. Υλικά με αμφίβολη μεταδοτικότητα της HIV λοίμωξης είναι τα κόπρανα, ο εμετός, τα ούρα, ο σίελος και τα δάκρυα, εκτός αν έχουν αιματηρή πρόσμιξη (Επιστημονική Επιτροπή αντιρετροϊκών φαρμάκων 2000).

2.6. Πως μεταδίδεται ο ιός

Συνοψίζοντας το κεφάλαιο για τους τρόπους μετάδοσης του AIDS, καταλήγουμε στα παρακάτω: (εικόνα 6). Το AIDS μεταδίδεται

1. Με τη σεξουαλική επαφή.
2. Με τη μετάγγιση μολυσμένου αίματος ή μολυσμένων παραγώγων αίματος.
3. Με μολυσμένες σύριγγες συνήθως από άτομα που κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών.
4. Από μολυσμένη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στο έμβryo.



Εικόνα 6. Το AIDS μεταδίδεται

Πηγή: Κ.Ε.Ε.Λ., *Επιδημιολογική Επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα*,

2.7. Πως δεν μεταδίδεται ο ιός

Επειδή όμως, ο εφιάλτης του AIDS παραμονεύει σε κάθε στραβοπάτημα της απερισκεψίας, οι τρόποι που δεν μεταδίδεται ο ιός, έρχονται σαν ηλιαχτίδα φωτός στο σκοτάδι του θανάτου (εικόνα 7). Έτσι ο Σαρόγλου (1998), ο Παπαευαγγέλου (1988) και η Αλιμπουτάκη (1989) αναφέρουν ότι: Το AIDS ΔΕΝ μεταδίδεται

1. Όταν αγκαλιάζεται κάποιον.
2. Όταν δίνεται ένα απλό φιλί.
3. Όταν σας τσιμπάει κουνούπι ή άλλο έντομο.
4. Όταν δίνεται αίμα.
5. Όταν χρησιμοποιείται κοινά πιάτα ή ποτήρια κ.τ.λ.
6. Όταν κάποιος κοντά σας βήξει ή φταρνιστεί.
7. Από κατοικίδια ζώα.

Το επόμενο κεφάλαιο που ακολουθεί, αναφέρεται στη διάγνωση, καθώς και στη θεραπεία του ιού του AIDS. Θα μελετηθεί επίσης ένα

μεγάλο κομμάτι της ασθένειας όπως είναι η πρόληψη. Όχι μόνο για το κοινό αλλά και για το προσωπικό.



Πηγή: Κ.Ε.Ε.Λ., *Επιδημιολογική Επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα*,

Εικόνα 7. Πως δεν μεταδίδεται ο ιός

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Ιατρική αντιμετώπιση

3.1. Ανίχνευση του ιού HIV - Tests

Το πιο γνωστό διαγνωστικό test, είναι η ανοσοενζυμική μέθοδος Enzyme Linked Immune so bent Assay (Elisa), που ανήκει μαζί με τη μέθοδο Radio-Immune-Precipitation-Assay (RIPA) και τη Western Blot στις ορολογικές μεθόδους διάγνωσης της μόλυνσης HIV (Χανιώτης 1997, Αθανάτου 1998, Παυλάτου 1987, Παπαευαγγέλου 1988, Γεωργούλιας 1989, Αποστολίδης 1987).

Τα αντισώματα εμφανίζονται μετά από 2-6 μήνες από την ανίχνευση του ιού στα λεμφοκύτταρα με καλλιέργεια ή με ηλεκτρονική μικροσκοπία. Από τη στιγμή που ο ιός ανιχνεύεται στα λεμφοκύτταρα, ο ασθενής είναι μολυσματικός. Στο διάστημα που υπάρχει από την ανίχνευση του ιού στα λεμφοκύτταρα και την εμφάνιση των αντισωμάτων, ο ορολογικός έλεγχος του ασθενούς δε μπορεί να εξασφαλίσει μια υπάρχουσα μόλυνση (Καλκάνη 1996). Γι' αυτό το λόγο, το test επαναλαμβάνεται μέσα στους επόμενους δύο μήνες. Αν το αποτέλεσμα βγει θετικό, ενημερώνεται -κρατώντας πάντα το ιατρικό απόρρητο- ο αιμοδότης και παραπέμπεται στο πλησιέστερο κέντρο για HIV.

Στη συνέχεια μελετώνται τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα από κάθε μέθοδο ξεχωριστά.

3.1.1. Μέθοδος Elisa

Η μέθοδος Elisa, χρησιμοποιείτε στον υποχρεωτικό έλεγχο όλων των μονάδων αίματος για HIV. Σύμφωνα με τον Χανιώτη (1997), όταν η

εξέταση δώσει θετικό αποτέλεσμα, τότε γίνεται μια ακόμη επιβεβαιωτική εξέταση, με τη μέθοδο Western Blot ή με τη μέθοδο RIPA. Τα βασικά μειονεκτήματα της μεθόδου Elisa είναι:

1. Τα ψευδώς θετικά και τα ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα (Παπαευαγγέλου 1988, Χανιώτης 1997, Σαρόγλου και συν. 1998, Παυλάτος 1987).
2. Η μικρή ειδικότητα όταν χρησιμοποιείτε σε ομάδες χαμηλού κινδύνου. Αντίθετα όταν χρησιμοποιείτε σε ομάδες υψηλού κινδύνου η ευαισθησία της μεθόδου αυξάνεται σημαντικά (Γρηγοράτου 2002).
3. Ανιχνεύει αντισώματα έναντι του συνόλου των ιικών πρωτεϊνών και καθώς τα αντισώματα που παράγονται, μετά από μια ιική μόλυνση, είναι πολυκλωνικά, η ανίχνευση τους διαφέρει από άτομο σε άτομο (Γεωργούλιας 1989).

Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου Elisa όπως αναφέρει ο Παπαδάτος (1994) είναι:

1. Μέθοδος σχετικά ταχεία.
2. Απλή στην εφαρμογή της.
3. Ευαισθησία υψηλή.

3.1.2. Μέθοδος Western blot

Εξακολουθεί και σήμερα, να αποτελεί αναμφισβήτητα την κλασική επιβεβαιωτική μέθοδο. Ενώ με τη μέθοδο Elisa η ανίχνευση των αντισωμάτων είναι συνολική, με τη Western blot ανιχνεύονται και προσδιορίζονται αντισώματα τα οποία αναγνωρίζουν διάφορες ιικές πρωτεΐνες (Παπαδάτος και συν. 1994). Τα **μειονεκτήματα** της Western blot όπως υποστηρίζουν οι Γεωργούλιας (1987) και Παπαδάτος (1994) είναι τα ακόλουθα:

1. Ενίοτε αμφίβολα αποτελέσματα.

2. Απαιτούνται αυστηρά κριτήρια αξιολόγησης από έμπειρο προσωπικό.
3. Απουσία ενιαίας τακτικής για την ερμηνεία των αμφιβόλων αποτελεσμάτων.

Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου αυτής όπως αναφέρουν οι Σαρόγλου (1998) και Παπαδάτος (1994) είναι:

1. Μέθοδος απλή.
2. Απόλυτα ειδική.
3. Μέθοδος ανίχνευσης νέων ιών ή στελεχών του HIV.
4. Παροχή ουσιαστικών πληροφοριών για την εξέλιξη του HIV.

3.1.3. Μέθοδος Ραδιοανοσοκαθίζησης R1PA

Η μέθοδος R1PA καθορίζει όπως και η Western blot τα αντισώματα έναντι των διαφόρων ίκων πρωτεϊνών. Η χρήση της περιορίζεται μόνο σε εξειδικευμένα εργαστήρια επειδή απαιτεί χρησιμοποίηση ισοτόπων και διατήρηση μολυσμένων με HIV κυτταροκαλλιεργειών (Παπαευαγγέλου 1988, Γεωργούλιας 1989).

Απαραίτητη προϋπόθεση για ένα σωστό αποτέλεσμα είναι η προέλευση του δείγματος. Αυστηρότερα κριτήρια αξιολόγησης πρέπει να ισχύουν για δείγματα προερχόμενα από άτομα που δεν αναφέρουν συμπεριφορά υψηλού κινδύνου. Αντίθετα, λιγότερο αυστηρά κριτήρια πρέπει να ισχύουν όταν τα δείγματα προέρχονται από άτομα με συμπεριφορά υψηλού κινδύνου (Γεωργούλιας 1987), διότι τα τελευταία έχουν περισσότερες πιθανότητες να βρίσκονται στο στάδιο που μεσολαβεί μεταξύ μόλυνσης και πλήρους ανάπτυξης αντισωμάτων. Γι' αυτό το λόγο, τα αποτελέσματα κάθε δοκιμασίας πρέπει να ελέγχονται λεπτομερειακά και να παρακολουθείται η εξέλιξη με μεταγενέστερες λήψεις αίματος.

Ποια είναι όμως η θεραπεία που ακολουθείται μετά από ένα θετικό αποτέλεσμα;

3.2. Θεραπεία

Η απόφαση για έναρξη αντιρετροϊκής αγωγής, είναι σημαντική για την πορεία της λοίμωξης HIV και βασίζεται στη συνεργασία του θεράποντος γιατρού και του ασθενή του. Οι οδηγίες που δίνονται βασίζονται (Επιστημονική Επιτροπή αντιρετροϊκών φαρμάκων 2000, Καλλίνικος 1995): α. Της κλινικής εικόνας του ασθενή. β. Της τιμής του ιϊκού φορτίου στο πλάσμα. γ. Του αριθμού των CD4 λεμφοκυττάρων στο περιφερειακό αίμα. δ. Της αντοχής του ιού HIV στα αντιρετροϊκά φάρμακα.

Στις παραγράφους που ακολουθούν, αναφέρονται κατά σειρά, η συνήθης ; θεραπεία που γίνεται με αναγνωρισμένα διεθνώς φάρμακα, καθώς και πειραματικές -ερευνητικές θεραπείες που εξετάζεται η συνδυασμένη δράση φαρμάκων των οποίων η δράση μεμονωμένα έχει ήδη ερευνηθεί (Καλλίνικος 1995). Υπάρχουν επίσης και οι εναλλακτικές θεραπείες, οι οποίες όμως δεν υπάγονται στην κλασική ιατρική.

3.2.1. Συνήθης θεραπεία

1. Αναστολής ανάστροφης μεταγραφάσης.

- AZT: Η αζινοθυμίνη (AZT) αναστέλλει τη δράση του ενζύμου RT. Παρεμποδίζοντας με αυτό τον τρόπο τον πολλαπλασιασμό του ήδη μολυσμένου DNA. Η κυριότερες παρενέργειες του φαρμάκου είναι η ναυτία, ανορεξία, αϋπνία και κεφαλαλγία, παραισθήσεις και γενικότερα σύνδρομο γρίπης (Παπαευαγγέλου 1988, Καλλίνικος 1995). Γνωστό ιδιοσκεύασμα με τη συγκεκριμένη ουσία είναι το Retrovir (Επιστημονική Επιτροπή αντιρετροϊκών φαρμάκων 2002).
- DDI: Η ουσία αυτή, χορηγείται όταν υπάρχουν σοβαρές παρενέργειες από τη AZT (αναιμία) ή όταν φαίνεται ότι μειώνεται η δράση της AZT με την πάροδο του χρόνου. Οι κυριότερες

παρενέργειες του φαρμάκου είναι οι διάρροια και ο εμετός. Η πιο σοβαρή παρενέργεια είναι η παγκρεατίτιδα (Σαρόγλου και συν. 1998). Γνωστό ιδιοσκεύασμα είναι το Videx (Επιστημονική Επιτροπή αντιρετροϊκής αγωγής 2002).

- DDC: Το φάρμακο αυτό χρησιμοποιείται σαν δεύτερη λύση μετά το AZT ή σε συνδυασμό με αυτό. Όπως αναφέρει ο Καλλίνικος (1995) οι κυριότερες παρενέργειες του είναι ο ερεθισμός του δέρματος και ο πυρετός. Γνωστό ιδιοσκεύασμα είναι το Hivid (Παπαευαγγέλου 1988, Επιστημονική Επιτροπή αντιρετροϊκών φαρμάκων 2002).
- 3TC: Οι κυριότερες παρενέργειες που δημιουργεί είναι η κόπωση, η διάρροια, ο βήχας και ο εμετός. Γνωστό σκεύασμα είναι το Eprinivir.
- ABC: Γνωστό ιδιοσκεύασμα το Ziagen.
- D4T: Αποτελεί καλή εναλλακτική λύση σε άτομα που δεν ανέχονται το DDI εξαιτίας των παρενεργειών που προαναφέρθηκαν (Καλλίνικος 1995). Γνωστό ιδιοσκεύασμα είναι το Zerit.

2. Αναστολείς πρωτεάσης (PI).

Εκτός των ανωτέρων ουσιών, υπάρχει και μια άλλη ομάδα φαρμάκων, οι αναστολείς πρωτεάσης (Επιστημονική Επιτροπή αντιρετροϊκών φαρμάκων 2002) (πίνακας 3). Τα διάφορα μέρη του ιού HIV, παράγονται από ένα μεγάλο ενιαίο σύνολο το οποίο στη συνέχεια παραμένουν ελεύθερα και ενεργοποιούνται. Ο Καλλίνικος (1995) υποστηρίζει, ότι ο διαχωρισμός αυτός του ιού στα διάφορα μέρη γίνεται με τη βοήθεια του ενζύμου πρωτεάση. Με την αναχαίτιση του εν λόγω ενζύμου, να μεν υπάρχει διαίρεση του σε καινούρια μέρη, δεν είναι όμως μολυσματικά, δεν έχουν τη δυνατότητα να εισχωρήσουν σε ένα κύπαρο και το σημαντικότερο δεν μπορούν να πολλαπλασιαστούν.

Η κυριότερη παρενέργεια που μπορεί να εμφανίσουν, είναι η δυσλειτουργία του ήπατος. Επίσης, παρατηρήθηκε ερεθισμός του

βλεννογόνου του στομάχου. Τα πιο γνωστά ιδιοσκευάσματα που κυκλοφορούν στο εμπόριο είναι το Crixivan, το Viracept, το Norvir, το Invirase και το Fortovase.

3. Μη εγκεκριμένα φάρμακα (ειδικά στην Ελλάδα), τα οποία όμως χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της HIV λοίμωξης. Γνωστά ιδιοσκευάσματα είναι το Amprenavir, το Delavidrine.

Σύμφωνα με την Επιστημονική Επιτροπή αντιρετροϊκών φαρμάκων (2002) και κλείνοντας την αναφορά για την αντιρετροϊκή αγωγή, πρέπει να γίνουν από νοσηλευτικής πλευράς, επισημάνσεις τόσο για την έναρξη της αντιρετροϊκής αγωγής όσο και για την τροποποίηση της:

- α. Η τροποποίηση της αντιρετροϊκής αγωγής, συνιστάται να γίνεται μετά από έλεγχο της αντοχής.
- β. Στους ασθενείς, πρέπει να τονίζεται ότι επιβάλλεται η σωστή τήρηση του δασολογικού σχήματος και να μην παραλείπεται ούτε μια δόση από τα χορηγούμενα φάρμακα.
- γ. Να μην γίνεται μέτρηση HIV πριν την παρέλευση ενός μήνα από τυχόν εμβολιασμό ή λοίμωξη.
- δ. Κατά την αλλαγή αντιρετροϊκής αγωγής, πρέπει να αλλάζονται όλα τα φάρμακα ταυτόχρονα.
- ε. Δε συνιστάται πλέον χορήγηση διπλής αντιρετροϊκής αγωγής.

Πίνακας 3. Αντιοετροϊκά φάρμακα

ΑΝΤΙΠΕΤΡΟΪΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	
I. Αναστολείς ανάστροφης μεταγραφάσης	
	Νουκλεοσιδικά ανάλογα (NRTI) (με αλφαβητική σειρά)
	ABACAVIR / ABC / ZIAGEN DIDANOSINE / ddI / VIDEX LAMIVUDINE / 3TC / EPIVIR STAVUDINE / d4T / ZERIT ZALCITABINE / ddC / HIVID ZIDOVUDINE / ZDV / RETROVIR
	Μη νουκλεοσιδικά ανάλογα (NNRTI) (με αλφαβητική σειρά)
	EFAVIRENZ / EFV / STOCRIN NEVIRAPINE / NVP / VIRAMUNE
II. Αναστολείς πρωτεάσης (PI)	
	(με αλφαβητική σειρά)
	INDINAVIR / IDV / CRIXIVAN NELFINAVIR / NFV / VIRACEPT RITONAVIR / RTV / NORVIR SAQUINAVIR - HGC / SQV / INVIRASE SAQUINAVIR - SGC / SQV / FORTOVASE
III. Μη εγκεκριμένα φάρμακα στην Ελλάδα, αλλά χρησιμοποιούμενα στη θεραπεία των HIV+ ατόμων	
	(με αλφαβητική σειρά)
	AMPRENAVIR DELAVIRDINE INTEΡΛΕΥΚΙΝΗ ΥΔΡΟΞΥΟΥΡΙΑ

Πηγή: Κ.Ε.Ε.Α, Επιδημιολογική Επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα, έκδοση Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα 2002

3.2.2. Πειραματικές - Ερευνητικές Θεραπείες

Έως τώρα οι εμβολιασμοί χρησιμοποιούνταν μόνο για την πρόληψη μολύνσεων. Η περίοδος που υπάρχει μεταξύ της μόλυνσης από τον ιό και την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων καθιστά δυνατή τη χρησιμοποίηση εμβολίων. Ο σκοπός του εμβολίου, είναι το αμυντικό

σύστημα να διατηρεί σε έλεγχο τον ιό για αρκετά χρόνια (Σαρόγλου και συν 1998, Παπαευαγγέλου 1988, Καλλίνικος 1995).

Σύμφωνα με τον Σαρόγλου (1998) το εμβόλιο έναντι του ιού HIV πρέπει να έχει τις ακόλουθες ιδιότητες για να θεωρηθεί επιτυχές:

- α. Να χορηγείται εύκολα,
- β. Να παραμένει αναλλοίωτο κατά την αποθήκευση του και να μεταφέρεται εύκολα.
- γ. Να προφυλάσσει μετά από έκθεση στον ιό HIV μέσω της βλεννογόνου και παρεντερικής οδού.
- δ. Να είναι ασφαλές και καλά ανεκτό από το άτομο.
- ε. Να προφυλάσσει από λοίμωξη από τον ιό HIV και όχι μόνο από την εμφάνιση κλινικών εκδηλώσεων του AIDS.

Για τους περισσότερους ιούς για τους οποίους έχουν κατασκευαστεί αποτελεσματικά εμβόλια όπως της ιλαράς, της ερυθράς, της ηπατίτιδας Β, υπήρχε ένας ξεκάθαρος χαρακτηριστικός δείκτης, ο οποίος βοηθούσε στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του συγκεκριμένου εμβολίου. Εδώ και χρόνια οι επιστήμονες, προσπαθούν να βρουν το δείκτη για τον HIV χωρίς επιτυχία. Βρέθηκε, ότι υπάρχει μεν κάποιος προστατευτικός ρόλος του ανοσοποιητικού συστήματος, αλλά από την άλλη δε, ο ιός συνεχίζει να αναπαράγεται στον οργανισμό.

1. Εμβόλιο από ζώντα εξασθενημένο οργανισμό.

Πειράματα που πραγματοποιήθηκαν σε πιθήκους, δεν είχαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Το κυριότερο πλεονέκτημα του εμβολίου αυτού, είναι η αποτελεσματική παρουσίαση των αντιγόνων στο ανοσοποιητικό σύστημα και η διέγερση των Τ-κυττάρων. Όπως αναφέρει ο Σαρόγλου (1998), ο μεγαλύτερος κίνδυνος από το εμβόλιο, είναι η πιθανή εκδήλωση λοίμωξης, χωρίς το άτομο να έρθει σε άμεση επαφή με τον ιό.

2. Εμβόλιο SIV D nef.

Βρίσκεται σε πειραματικό στάδιο, αν και τα πρώτα αποτελέσματα, δεν είναι και τόσο ενθαρρυντικά.

3. Εμβόλιο από εκκαθαρισμένο περίβλημα του ιού gp-120 ή gp-160.

Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ο Καλλίνικος (1995), το εμβόλιο αυτό περιέχει εκκαθαρισμένες γλυκοπρωτεΐνες από το περίβλημα του ιού. Σημαντικό μειονέκτημα του εμβολίου αυτού, είναι ότι δεν έχει ακόμα διευκρινισθεί, ποια περιοχή του ιού, μπορεί να χρησιμεύσει για την καλύτερη δημιουργία του εμβολίου. Πειράματα βρίσκονται ακόμα σε εξέλιξη, αν και αναφέρεται ότι υπάρχουν ήδη έτοιμα εμβόλια για χρησιμοποίηση.

4. Εμβόλιο DNA ιού, που εκφράζεται μέσω ζωντανών βραδέως αναπαραγόμενων ιών / ξενιστών

Ο Σαρόγλου (1998) υποστηρίζει, ότι ο Canary pox, είναι ιός των πουλιών με πολλές ομοιότητες με τον ιό vaccinia που χρησιμοποιείται για το εμβόλιο της ευλογιάς.

Η σημαντική, διαφορά μεταξύ των δυο αυτών ιών είναι ότι Canary pox, δεν είναι ικανός να πολλαπλασιαστεί ενεργά μέσα στο ανθρώπινο κύτταρο και επομένως, δε μπορεί να προκαλέσει νόσο στους ανθρώπους. Επίσης, ο Canary pox είναι ζωντανός ιός. Εισέρχεται στο ανθρώπινο κύτταρο, όταν έχει αρκετή πρωτεΐνη ώστε να προκαλεί μια ανοσολογική απάντηση, αλλά δε μπορεί να ολοκληρώσει τον αναπαραγωγικό του κύκλο ή να επεκταθεί σε όλο το σώμα. Το σίγουρο είναι, ότι απαιτείται ακόμα πολύς χρόνος και κόπος για να " κελαηδήσει" το εμβόλιο από τον ιό των καναρινιών (Canary pox virus).

5. Εμβόλιο με άμεση χορήγηση ιϊκού DNA (DNA vaccines)

Για τη δημιουργία εμβολίου κατά του ιού HIV, είναι η ένεση στο πειραματόζωο DNA του ιού. Τα πλεονεκτήματα του εμβολίου αυτού, είναι η ενδοδερμική χορήγηση, η ευκολία στη χορήγηση, καθώς και η μικρή ποσότητα του χορηγούμενου DNA. Επίσης, είναι εύκολη η παραγωγή τους. Προκαλούν βέβαια αμφίβολα αποτελέσματα, αν και θεωρούνται απολύτως ασφαλή.

6. Εμβόλιο με αδρανοποιημένο πλήρη ιό

Το εμβόλιο δε προφυλάσσει από μόλυνση ή νόσο, όταν η έκθεση γίνεται μέσω των βλεννογόνων της γενετικής περιοχής (Καλλίνικος 1995).

3.3. Δυσκολίες για μελλοντική ανάπτυξη εμβολίων

Ο ιός HIV, εμφανίζει εμπόδια για τη δημιουργία ενός ικανοποιητικού εμβολίου. Αυτό συμβαίνει γιατί: α. Καταστρέφει τα CD4 κύτταρα. β. Ο ιός αναπαράγεται με υψηλή ταχύτητα, εμποδίζοντας με αυτό τον τρόπο να λειτουργεί ο μηχανισμός του εμβολίου.

Η ιατρική επιστήμη βρίσκεται ακόμη σε αναζητήσεις ειδικού προστατευτικού εμβολίου κατά του AIDS. Μέχρις ότου δημιουργηθεί το εμβόλιο, η ανίχνευση αντισωμάτων προς τον ιό του AIDS, σημαίνει μόλυνση κατά του πληθυσμού. Οι οροθετικοί, μπορεί να μην παρουσιάζουν το παραμικρό σύμπτωμα, δε παύουν όμως να είναι μολυσματικοί για όλη τους τη ζωή. Στο επόμενο κεφάλαιο, αναφέρονται τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις των ατόμων αυτών, απέναντι στο οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Γενικά μέτρα πρόληψης της εξάπλωσης του ιού και νοσηλευτικός παρεμβατισμός

Η σοβαρότητα της νόσου, το μέγεθος της επιδημίας και ο ταχύς ρυθμός εξάπλωσης της σε ολόκληρο τον πληθυσμό, καθώς επίσης και σε όλο τον κόσμο έκανε τις υγειονομικές υπηρεσίες σε κάθε γωνιά της γης, να λάβουν μέτρα τόσο για τον υγιή πληθυσμό, όσο και για τους ήδη νοσούντες. Τα μέτρα αυτά αφορούν:

1. Την παρακολούθηση και νοσηλεία φορέων και ασθενών.
2. Την πρόληψη.
3. Την έρευνα.

4.1. Παρακολούθηση και νοσηλεία φορέων και ασθενών

Η νοσηλεία, γίνεται σε γενικά νοσοκομεία για να καθίσταται δυνατή η αντιμετώπιση των πολλαπλών, από κάθε σύστημα παθολογικών συμπτωμάτων από όλα τα νοσηλευτικά τμήματα του γενικού νοσοκομείου (Παπαευαγγέλου 1988). Η ανάπτυξη μονάδων ή τμημάτων, αποκλειστικά για τους φορείς και τους ασθενείς με AIDS, δημιουργεί μια κατάσταση περιθωριοποίησης που ενεργεί αρνητικά στην ψυχολογία αυτών των ανθρώπων.

Επίσης πρέπει να σημειωθεί, ότι το κλίμα εμπιστευτικότητας και εχεμύθειας, είναι απαραίτητο να δημιουργηθεί από την πρώτη επαφή του γιατρού και της νοσηλεύτριας με τον ασθενή.

4.2. Πρόληψη

Αφού δεν υπάρχει προς το παρόν εμβόλιο η οποιαδήποτε θεραπεία, η πρόληψη ή έστω η επιβράδυνση του ρυθμού της εξάπλωσης της νόσου, είναι η πολυτιμότερη ενέργεια στα χέρια των επιστημόνων.

4.2.1. Πρόληψη για τους ετερόφυλους

Ο συχνότερος τρόπος μετάδοσης του ιού HIV παγκοσμίως είναι με την πεοκολπική ή τη πεοπρωκτική σεξουαλική επαφή. Η αποφυγή μόλυνσης από τον ιό κατά τη σεξουαλική επαφή, αποτελεί μια γιγαντιαία προσπάθεια των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με τη Δημόσια Υγεία.

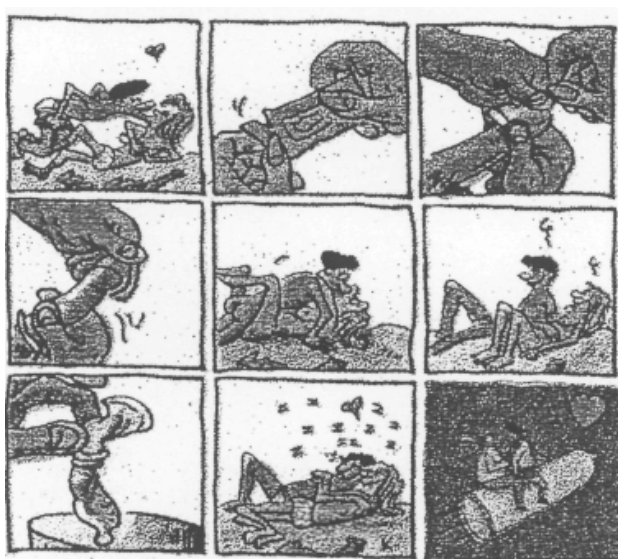
Επειδή ο κίνδυνος να προσβληθεί κάποιος από τον ιό είναι μεγάλος, επιβάλλεται η προσοχή και η ψυχραιμία. Η κατάσταση είναι σαφώς σοβαρή, αλλά προσέχοντας τη σεξουαλική συμπεριφορά και παίρνοντας στοιχειώδεις ατομικές προφυλάξεις, ελαττώνονται οι πιθανότητες προσβολής από AIDS.

Για την ελάττωση του κινδύνου μετάδοσης του HIV, συνιστάται η χρήση ελαστικών προφυλακτικών. Προφυλακτικά από φυσικές μεμβράνες, που κατασκευάζονται συνήθως από έντερο προβάτου δεν συνιστώνται, γιατί έχουν μικρούς πόρους, από τους οποίους μπορεί να περάσει ο HIV (Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS 1991). Αλλά και τα ελαστικά προφυλακτικά δε προσφέρουν πλήρη προστασία, αφού υπάρχει πάντοτε ο κίνδυνος να στιάσουνε. Πριν από κάθε χρήση, πρέπει να διαβάζονται οι οδηγίες που αναγράφονται στην συσκευασία. Για την σωστή χρήση του προφυλακτικού πρέπει (εικόνα 8):

1. Να ελέγχεται η ποιότητα και η ημερομηνία λήξεως του προφυλακτικού.

2. Προσοχή να μην σχίζετε το ελαστικό προφυλακτικό με τα νύχια ή τα δακτυλίδια.
3. Να μην ξαναχρησιμοποιείται το ίδιο προφυλακτικό.
4. Λιπαντικά όπως η βαζελίνη καταστρέφουν τα προφυλακτικά.
5. Να τοποθετούνται πριν και να χρησιμοποιούνται καθ' όλη τη διάρκεια της διεισδυτικής σεξουαλικής επαφής.

Εικόνα 8. Σωστή χρήση προφυλακτικού



Πηγή: Κ.Ε.Ε.Λ., *Επιδημιολογική Επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα, έκδοση Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα 2002*

Ο νοσηλευτικός παρεμβατισμός στον τομέα της πρόληψης κατά του AIDS είναι πολύ σημαντικός. Στα πλαίσια της Αγωγής Υγείας, η νοσηλεύτρια έχοντας τις απαραίτητες γνώσεις και τηρώντας πάντα το απόρρητο για την διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων, πρέπει να ενημερώνει το κοινό για τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται για τη δική τους προστασία όσο και των συντρόφων τους.

Οι οδηγίες αυτές είναι οι ακόλουθες:

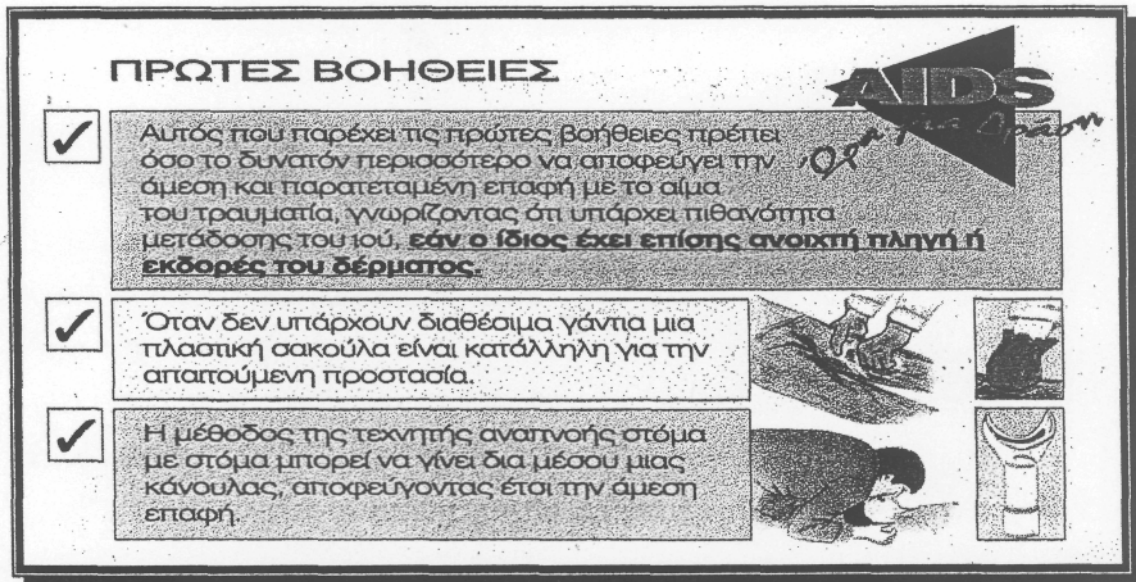
- Περιορισμός των σεξουαλικών επαφών με αγνώστους και περιορισμό του αριθμού των σεξουαλικών συντρόφων. Κατά τη

διάρκεια της επαφής ανταλλάσσονται διάφορα υγρά και εκκρίματα, όπως το σπέρμα, το αίμα και ο σίελος που υπάρχει πιθανότητα να περιέχουν τον ιό.

- Όσο πιο μεγάλο αριθμό ερωτικών συντρόφων έχει κάποιος, τόσο πιο πολύ αυξάνεται η πιθανότητα να προσβληθεί από AIDS.
 - Μακροχρόνια, αμοιβαία , πιστή μονογαμική σχέση ή εγκράτεια ή αποχή.
 - Χρησιμοποίηση προφυλακτικού για την αποφυγή μολυσμένου σπέρματος ακόμα και κατά τη διάρκεια του στοματικού έρωτα, αφού μπορεί ο ιός και από αυτή τη οδό να περάσει στην κυκλοφορία του αίματος (από το βλεννογόνο του στόματος).
 - Αποφυγή χρησιμοποίησης από κοινού ερωτικά αντικείμενα πριν απολυμανθούν.
1. Τσάντες ανάνηψης, οι οποίες να χρησιμοποιούνται μια φορά και μετά να αχρηστεύονται.
 2. Συσκευές τεχνητού αερισμού (συσκευές Abu), οι οποίες πρέπει να είναι προσιτές σε όλο το προσωπικό που ασχολείται με τα ιατρικά επείγοντα.
 3. Μάσκες τσέπης για στόμα με στόμα ανάνηψη, οι οποίες έχουν σχεδιαστεί για να προφυλάσσουν από επαφή με αίμα, σάλιο, εμετό.
 4. Γάντια τα οποία να χρησιμοποιούνται οπωσδήποτε όταν υπάρχει ενδεχόμενο επαφής με αίμα ή άλλα σωματικά υγρά.

Για να έχει όμως το σωστό και επιθυμητό αποτέλεσμα η πρόληψη, θα πρέπει οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές, να ενημερώνουν συνεχώς το κοινό. Οι τρόποι με τους οποίους μπορεί να γίνει αυτό θα ερευνηθούν στη συνέχεια.

Εικόνα 9, Απαραίτητες προφυλάξεις για εργαζόμενους σε τομείς υγείας



Πηγή: Κ.Ε.Ε.Α., Επιδημιολογική Επιτήρηση του HIV/AIDS στην

- Αποφυγή κοινής χρήσης ατομικών αντικειμένων όπως ξυριστικές λεπίδες ή οδοντόβουρτσες.
- Αποφυγή σωματικών κακουχιών, ώστε να μην εξασθενεί το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού. Π αυτό το λόγο, το άτομο είναι καλό να ακολουθεί τις παρακάτω απλές συμβουλές:
 - α. Η διατροφή πρέπει να είναι επαρκής και ισορροπημένη.
 - β. Αποφυγή χρήσης οινοπνεύματος ή ναρκωτικών ουσιών.
 - γ. Αποφυγή από κούραση και ψυχικό άγχος.
 - δ. Συστηματικές αιματολογικές εξετάσεις για ηπατίτιδα, σύφιλη κ.τ.λ. σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Ο έρωτας, μπορεί για πολλά άτομα να είναι παιχνίδι με τη φωτιά. Είναι όμως και ένα παιχνίδι με τη τύχη. Ένας αγώνας όμως άνισος, αφού στο πρώτο φιλί και χάνι ενός αγνώστου συντρόφου, μπορεί ο ιός του AIDS να παρανομεύει. Μια φορά μπορεί να είναι αρκετή για να μπει ο ιός στο αίμα.

4.2.2. Πρόληψη για τους ομοφυλόφιλους

Οι οδηγίες από την νοσηλεύτρια Αγωγής Υγείας στους ομοφυλόφιλους για την πρόληψη του AIDS πρέπει να δίνονται με διακριτικότητα και εχεμύθεια. Οι οδηγίες αυτές είναι οι εξής:

- Περιορισμός του αριθμού των σεξουαλικών συντρόφων.
- Χρησιμοποίηση προφυλακτικού, ώστε να αποφεύγεται η είσοδος του σπέρματος στο έντερο του υγιούς ατόμου.
- Αποφυγή χρησιμοποίησης κοινών ερωτικών αντικειμένων χωρίς πρώτα να έχουν απολυμανθεί.
- Διατήρηση της υγείας σε καλό επίπεδο και αποφυγή παραγόντων που ελαττώνουν την αντίσταση του οργανισμού, όπως η κακή σίτιση, η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και ναρκωτικών.
- Αποφυγή κοινή χρήσης οδοντόβουρτσων και ξυριστικών μηχανών.

4.2.3. Πρόληψη από την κάθετη μετάδοση

Το νεογνό μπορεί να μολυνθεί ενδομητρίως, κατά τη διάρκεια του τοκετού μέσω επαφής με μητρικό αίμα ή εκκρίσεις και μετά τον τοκετό μέσω του θηλασμού. Σύμφωνα με τον Σαρόγλου (1998) τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται, είναι τα ακόλουθα:

1. Κοινωνική παρέμβαση στη συμπεριφορά.
 - Μείωση αριθμού σεξουαλικών συντρόφων.
 - Μείωση συχνότητας σεξουαλικών επαφών κατά τη κύηση.
2. Θεραπευτική παρέμβαση.
 - Έναρξη αντιρετροϊκής αγωγής (κατά τη κύηση).
 - Χορήγηση βιταμίνης Α.
 - Ανοσοθεραπεία.
 - Προφυλακτική περιγεννητική χημειοπροφύλαξη εγκύου και νεογνού.
3. Τροποποίηση μαιευτικών τεχνικών.

- Αποφυγή αιμοληψίας από το έμβρυο.
- Τοκετός με καισαρική τομή.
- 4. Αποφυγή θηλασμού.
- Συνιστάται σε όσες χώρες υπάρχει δυνατότητα ασφαλών μεθόδων διατροφής του νεογνού.

Για την πρόληψη της κάθετης μετάδοσης, βρίσκονται σε εξέλιξη κλινικές μελέτες για έλεγχο της αποτελεσματικότητας και τοξικότητας 3 ή περισσότερων αντιρετροϊκών φαρμάκων που χορηγούνται στην έγκυο και στο νεογνό. Συνιστάται να γίνεται έλεγχος όλων των εγκύων γυναικών για αντισώματα έναντι του ιού HIV και στις οροθετικές έγκυες να χορηγείται ζιδοβουζίνη από την 14 εβδομάδα μέχρι το τέλος του τοκετού.

4.2.4. Πρόληψη για τους πολυμεταγγιζόμενους

Ο συστηματικός έλεγχος όλων των αιμοδοτών, αλλά και κάθε μεταγγιζόμενου αίματος που ξεκίνησε από το 1985, έχει καταστήσει το αίμα και τα παράγωγα του, τα πλέον ακίνδυνα για αυτούς που υποβάλλονται σε διαδικασίες μεταγγίσεων.

4.2.5. Πρόληψη για τους χρήστες ναρκωτικών ουσιών

Το πρόβλημα των ναρκωτικών, είναι εξίσου μια μεγάλη μάστιγα που απασχολεί κάθε κράτος, κάθε οικογένεια, κάθε νοσηλευτή. Χιλιάδες τα θύματα στο βωμό των ναρκωτικών κάθε χρόνο. Ακόμα και σε αυτή την ευαίσθητη ομάδα, ο ιός του HIV παραμονεύει. Σύμφωνα με τον Αποστολίδη (1987), τον Παπαευαγγέλου (1987) και την Αλιμπουτάκη (1989) η πρόληψη είναι η σωστή κίνηση και αναφέρουν:

- Ορισμένες ουσίες και ειδικά τα ναρκωτικά παράγωγα των οπιοειδών, έχουν ανοσοκατασταλτική δράση. Όσοι κάνουν λοιπόν ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών, θα πρέπει να προσπαθήσουν

να σταματήσουν ή να τα μειώσουν, γιατί ο οργανισμός είναι αδύναμος και επιρρεπής στις διάφορες μολύνσεις. Εάν αυτό είναι αδύνατο, οι ειδικοί προτείνουν την ένταξη στα προγράμματα μεθαδόνης.

- Αποφυγή κοινής χρήσης σύριγγας και σκευών παρασκευής ναρκωτικών. Είναι αναγκαία η χρησιμοποίηση ατομικών βελόνων ή συριγγών μιας χρήσης.
- Χρησιμοποίηση προφυλακτικού κατά τη σεξουαλική επαφή και περιορισμένος αριθμός ερωτικών συντρόφων.
- Διατήρηση της υγείας σε καλά επίπεδα.
- Όχι κοινή χρήση οδοντόβουρτσας και ξυριστικών μηχανών.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας και σε αυτόν τον τομέα είναι καταλυτικός. Η άμεση επαφή της με τους χρήστες ναρκωτικών ουσιών δεν έχει σκοπό μόνο την ενημέρωση για την πρόληψη του AIDS, αλλά και τη βοήθεια απεξάρτησης τους από κάθε ουσία.

4.2.6. Μέτρα υγειονομικής προφύλαξης σε ασθενείς με HIV / AIDS

Η διάρκεια επιβίωσης των HIV / AIDS ασθενών, έχει σημαντικά μεταβληθεί από την πρώτη εμφάνιση της λοίμωξης στις αρχές του 1980. Αυτό οφείλεται φυσικά, στην ανακάλυψη και χρησιμοποίηση των αντιρετροϊκών φαρμάκων. Επίσης, σημαντικό ρόλο έχει παίξει η ενημέρωση των HIV (+) ασθενών, από τους αρμόδιους φορείς.

Όπως αναφέρουν οι Σαρόγλου (1988) και Παπαευαγγέλου (1988), στα μέτρα αυτά προφύλαξης, έναντι στις ευκαιριακές λοιμώξεις, όλα τα στελέχη υγείας και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές πρέπει να συμπεριλαμβάνουν τα ακόλουθα:

1. Η Εκπαίδευση του ασθενή, ώστε να λαμβάνει μέτρα υγιεινής

διαβίωσης και φυσικά να αποφεύγει να έρχεται σε επαφή με διάφορους μικροοργανισμούς. Αναλυτικότερα:

- Επαφή με ζώα.

Συνιστάται η αποφυγή κατοικίδιων ζώων λόγω του αυξημένου κινδύνου μετάδοσης σαλμονέλας και κρυπτοσποριδίου. Γι' αυτό το λόγο συνιστάται το καλό πλύσιμο των χεριών μετά από κάθε επαφή με τα ζώα. Χαρακτηριστικά, οι γάτες αυξάνουν το κίνδυνο μετάδοσης από τοξόπλασμα, ενώ τα υδρόβια, τα ερπετά και τα πουλιά αυξάνουν το κίνδυνο μετάδοσης σαλμονέλας, κρυπτόκοκο και ιατόπλασμα. Επίσης η εργασία σε χώρους με ζώα, όπως σφαγεία και καταστήματα ζώων, εγκυμονούν πολλούς κινδύνους γι' αυτό πρέπει να αποφεύγεται.

- Εργασιακός χώρος.

Συνιστάται η αποφυγή εργασίας ή κάθε είδους κοινωνικής δραστηριότητας σε νοσοκομεία ή φυλακές ή οπουδήποτε αλλού μπορεί να υπάρχουν ασθενείς με αναπνευστικές λοιμώξεις, όπως πνευμονική φυματίωση. Καλό επίσης θα ήταν, τα HIV(+) άτομα να μην εργάζονται σε νηπιαγωγεία, βρεφοκομεία και παιδικούς σταθμούς για τον αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης από ηπατίτιδα Α, λαμβλίαση και κρυπτοσπορίδιο. Γι' αυτό απαιτείται η αποφυγή έκθεσης στην σίελο και στα εκκρίματα των παιδιών.

- Διατροφή.

Πρέπει να αποφεύγονται τα ωμά αυγά, μισοβρασμένα πουλερικά, κρέας ή ψάρια, ακόμα και τα θαλασσινά, γιατί μπορεί να περιέχουν εντεροπαθογόνους μικροοργανισμούς (σαλμονέλα, λιοτέρια). Για τους ίδιους λόγους πρέπει να αποφεύγεται η κατανάλωση μαλακών τυριών. Επίσης καλό είναι οι ασθενείς να μην πίνουν νερό κατευθείαν από ποτάμια ή λίμνες. Σε περίπτωση που αυτό είναι αναγκαίο, το νερό πρέπει να βράζεται το λιγότερο 1 λεπτό.

- Σεξουαλική επαφή.

Οι ασθενείς πρέπει πάντα να χρησιμοποιούν προφυλακτικό κατά τη σεξουαλική πράξη. Είναι κανόνας πλέον για αυτούς, να ενημερώνουν τον ερωτικό τους σύντροφο για την κατάσταση της υγείας τους. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στα ζεύγη οροθετικών ασθενών που ο ένας σύντροφος νοσεί από φυματίωση ή άλλη λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος.

2. Κατάλληλοι εμβολιασμοί από την πρώτη κιόλας στιγμή της εντόπισης του ιού στο αίμα του ασθενούς.

4.2.7. Προφύλαξη για εργαζομένους σε τομείς υγείας

Ο οδηγός προφύλαξης εφαρμόζεται σε όλα τα σωματικά υγρά στα οποία είναι εμφανής η παρουσία αίματος, σπέρματος, στις κοιλικές εκκρίσεις, εγκεφαλονωτιαίο υγρό, αρθρικό υγρό, πλευριτικό υγρό, περιτοναϊκό υγρό, περικαρδιακό και αμνιακό υγρό.

Σύμφωνα με τον Σαρόγλου (1997) τα γάντια και οι χειρουργικές μάσκες είναι απαραίτητα για όλες τις χειρουργικές πράξεις. Μερικοί μάλιστα συνιστούν διπλά για μείωση του ποσοστού επαφής με το αίμα κυρίως στον χειρουργικό τομέα. Προστατευτικά γυαλιά επιβάλλονται στις διαδικασίες που προβλέπεται εκτίναξη σταγονιδίων, υγρών ή οστικών τεμαχίων. Το προσωπικό πρέπει να εφοδιάζεται με ποδιές ή φόρμες από ανθεκτικό υλικό. Για την ελαχιστοποίηση του κινδύνου μόλυνσης του προσωπικού, απαιτείται η λήψη απαραίτητων μέτρων και προϋποθέσεων για την πιστή τήρηση των συστάσεων και οδηγιών που έχουν εκδοθεί.

Γενικά μέτρα πρόληψης όπως αναφέρουν ο Καλλίνικος (1989), ο Σαρόγλου (1998) και ο Παπαευαγγέλου (1988) είναι τα ακόλουθα:

1. Πλύσιμο των χεριών στο τέλος κάθε παρεμβατικής πράξης και

ιδιαίτερα όταν αλλάζονται τα γάντια.

2. Αποφυγή τραυματισμού κατά την νοσηλεία σε διάφορες επεμβάσεις και κατά τον εργαστηριακό έλεγχο από αιχμηρά αντικείμενα.
3. Απόρριψη των χρησιμοποιηθέντων βελόνων σε αδιάτρητο δοχείο.

Ο Σαρόγλου (1988) υποστηρίζει ότι η διαδικασία ανάνηψης με το στόμα, εγκυμονεί τον κίνδυνο ανταλλαγής σάλιου του θύματος με αυτόν που την εφαρμόζει. Επίσης είναι υπαρκτός ο κίνδυνος ανταλλαγής αίματος, εάν υπάρχει λύση της συνέχειας του δέρματος, στην περιοχή γύρω από τα χείλη ή του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας. Πρέπει πάντα να λαμβάνονται οι απαραίτητες προφυλάξεις. Γι' αυτό το λόγο πρέπει να υπάρχουν (εικόνα 9):

4.3. Ενημέρωση πληθυσμού - Έρευνα - Νοσηλευτικό χρέος

Η ενημέρωση του πληθυσμού για τη φύση της νόσου, τους τρόπους μεταδόσεως, τα μέσα προφυλάξεως και τις κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος, αποτελεί το κυριότερο και αποτελεσματικότερο προς το παρόν μέτρο αντιμετώπισης της επιδημίας. Η ενημέρωση έχει σαν σκοπό την τροποποίηση της ατομικής συμπεριφοράς απέναντι στους ασθενείς και στους φορείς. Κυρίως σκοπός, είναι να αποφευχθεί ο κοινωνικός στιγματισμός των ασθενών και να γίνουν αποδεκτοί στους εργασιακούς χώρους, στο σχολείο, στο κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον. Η ενημέρωση, θα πρέπει να απευθύνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό, ιδιαίτερα στον σεξουαλικά ενεργό πληθυσμό.

Το Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS (1991) και ο Gordon (1988) αναφέρουν, ότι η εκστρατεία πρέπει να οργανώνεται σε διάφορα επίπεδα και με διάφορα μέσα, καθώς και να επαναλαμβάνονται τα μηνύματα για την τροποποίηση επικίνδυνης ή λανθασμένης συμπεριφοράς. Επίσης τα

εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να περιλαμβάνουν εκπαίδευση και εξάσκηση στις διαπροσωπικές δεξιότητες όπως συζητήσεις με το σύντροφο για την αποφυγή των κινδύνων και διεκδίκηση του δικαιώματος των προσωπικών προτιμήσεων σε μια σεξουαλική σχέση.

Για την ενημέρωση χρησιμοποιούνται τα ακόλουθα μέσα:

1. Ενημερωτικά slides και φυλλάδια. Εκτός από αυτά που απευθύνονται στο γενικό κοινό, υπάρχουν και άλλα ειδικά φυλλάδια για τους στρατιώτες, τους ταξιδιώτες, τους ναυτικούς, τους καθηγητές μέσης εκπαίδευσης, τους υγειονομικούς και όσους φροντίζουν ασθενείς ή φορείς με AIDS.
2. Μέσα μαζικής ενημέρωσης, posters, spots, video και ζωντανά προγράμματα από την τηλεόραση και το ραδιόφωνο συμβάλλουν ουσιαστικά στην πληροφόρηση του κοινού.
3. Οργάνωση σεμιναρίων - διαλέξεων - μαθημάτων (θα γίνει αναφορά σε άλλη παράγραφο). Υπεύθυνα υγειονομικά στελέχη, ομάδες εθελοντών μετά από ειδική εκπαίδευση μπορούν να χρησιμοποιηθούν για συμβουλευτική ενημέρωση στο χώρο δουλειάς ή κοινωνικής συναναστροφής.

4.4. Διαδικασία διδασκαλίας - μάθησης από τον νοσηλευτή

Επειδή η Αγωγή Υγείας είναι καθαρά εκπαιδευτική διαδικασία είναι απαραίτητο να γνωρίζει και εφαρμόζει ο νοσηλευτής εκπαιδευτικός τη διαδικασία διδασκαλίας – μάθησης.

Η Κυριακίδου (1997) υποστηρίζει ότι τα μαθήματα τα οποία μπορεί να αναλάβει υπεύθυνα νοσηλευτής στηριζόμενος επάνω στα νοσηλευτικά μοντέλα διδασκαλίας είναι τα ακόλουθα:

1. Θεωρητική μάθηση. Μάθηση που σκοπεύει στην απόκτηση θεωρητικών γνώσεων. Περιλαμβάνει τη γνώση, τη μνήμη και την

αποστήθιση των γνώσεων καθώς και την ανάπτυξη διανοητικών ικανοτήτων και δεξιοτεχνιών. Η μέτρηση και αξιολόγηση της θεωρητικής μάθησης δεν είναι δύσκολη. Μπορεί να γίνει εύκολα κατανοητή από την παρατήρηση των δραστηριοτήτων και ενεργειών των ατόμων τα οποία δέχθηκαν τη διαδικασία μάθησης.

2. Επιδρασιακή μάθηση. Μάθηση που σκοπεύει στην αλλαγή

διαθέσεων. Η επιδρασιακή μάθηση έχει διάφορα επίπεδα:

α. Στο πρώτο επίπεδο ο ακροατής προσλαμβάνει, ακούει, προσέχει και παρακολουθεί ότι γίνεται γύρω του.

β. Στο δεύτερο επίπεδο αντιδρά, επιδεικνύει ενδιαφέρον για μελέτη και τοποθετείτε σχετικά με όσα ακούει.

γ. Το τρίτο επίπεδο είναι η αξιοποίηση. Οι πληροφορίες γίνονται αποδεκτές και ο ακροατής αποφασίζει να αλλάξει συμπεριφορά και τρόπο ζωής. δ. Στο τέταρτο επίπεδο ενσωματώνει τις γνώσεις που πήρε και τις χρησιμοποιεί στην πράξη.

ε. Το τελευταίο στάδιο είναι η συμμόρφωση. Ο ακροατής καθιερώνει έναν τρόπο ζωής με όσα διδάχθηκε.

3. Ψυχοκινητική μάθηση. Μάθηση που σκοπεύει στην απόκτηση δεξιοτεχνιών ή δεξιοτήτων. Στις δραστηριότητες αυτές χρειάζεται ακόμη η οπτική εικόνα, η επίδειξη της δραστηριότητας καθώς και η δυνατότητα πρακτικής άσκησης από μέρος του ατόμου με την επίβλεψη του νοσηλευτή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Νοσηλευτική Φροντίδα

Το AIDS ή Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας έχει χαρακτηριστεί ως η «Μάστιγα του Αιώνα μας». Ο εφιάλτης του AIDS παίρνει τρομακτικές διαστάσεις μέρα με την ημέρα και όλοι προσπαθούν να δώσουν λύση και τέλος σ' αυτό το σύνδρομο που παραμένει ένα «αδιευκρίνιστο» μυστήριο. Τα προβλήματα που προέρχονται από τον ιό HIV είναι πολλοί και μπορούμε να τα χωρίσουμε σε δύο κατηγορίες. Έχουμε τα Οργανοβιολογικά και τα Ψυχολογικά-Κοινωνικά προβλήματα.

5.1.1 ΟΡΓΑΝΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

A. Κίνδυνος για λοιμώξεις.

- Φυματίωση – Πνευμονία.
- Γριπώδες Σύνδρομο.
- Πνευμονοκύστη Carini.
- Κυτταρομεγαλοϊός.
- Γαστρεντερίτιδα.

B. Κίνδυνος για καρδιαγγειακά προβλήματα.

- Αρρυθμίες.
- Περικαρδίτιδα.
- Ενδοκαρδίτιδα
- Φλεβοθρόμβωση και Πνευμονική εμβολή.
- Πνευμονική Υπέρταση.

Γ. Κίνδυνος για στοματικές εκδηλώσεις.

- Βακτηριδιακές νόσοι.
- Στοματική Καντιντίαση.
- Σάρκωμα Kaposi
- Οισοφαγήτιδα

Δ. Κίνδυνος για νευρολογικά προβλήματα.

- Μηνιγγίτιδα.
- Εγγκεφαλίτιδα.
- Άνοια.

Ε. Κίνδυνος για αιματολογικά προβλήματα.

- Διαταραχές λευκών-ερυθρών αιμοσφαιρίων και αιμοπεταλίων.
- Αναιμία.
- Διαταραχές πήξης.

ΣΤ. Κίνδυνος για δερματολογικά προβλήματα.

- Έρπητας –Έρπητας ζωστήρα.

Η. Κίνδυνος για νεοπλάσματα.

- Κίνδυνος προσβολής από Ca (όπως Ca τραχήλου της μήτρας) διότι ο ιός HIV αυξάνει αυτή την προσβολή στον άρρωστο.

5.1.2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

- Θυμός.
- Άγχος.
- Φόβος για το αύριο.
- Μοναξιά –Απομόνωση

- Κατάθλιψη –Λύπη.
- Ενοχή –Μελαγχολία.
- Άρνηση αποδοχής του προβλήματος του.
- Άρνηση για εργασία.

5.2. Νοσηλευτική Φροντίδα

Το νοσηλευτικό προσωπικό μαζί με το ιατρικό και με το κοινωνικό σύνολο, πρέπει να στηρίζουν τους αρρώστους που έχουν προσβληθεί από τον ιό hiv.

Και να προσπαθούν να δίνουν λύσεις στο πρόβλημα τους. Πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν ισότιμα μέλη της κοινωνίας, και όχι να κατακρίνονται από τους γύρω τους με αποτέλεσμα να οδηγούνται στην Απομόνωση.

5.2.1 Σε λοιμώξεις

- Ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώνει τον άρρωστο σχετικά με το πρόβλημα του.
- Πρέπει να τον ανακουφίσει από το πρόβλημα της αναπνευστικής δυσλειτουργίας.
- Να τον προφυλάσει από το κρύο.
- Να του δίνει την κατάλληλη θέση στο κρεβάτι έτσι ώστε να μπορεί να αναπνέει καλύτερα.
- Να τον συμβουλεύει σχετικά με την μείωση των δραστηριοτήτων του (έτσι ώστε να μην έχει απώλεια βάρους και αίσθημα κόπωσης).
- Συχνή μέτρηση ζωτικών σημείων.
- Συχνή μέτρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.

- Χορήγηση συνδυασμού φαρμάκων στα οποία είναι ευαίσθητα τα μικρόβια.
- Συχνή λήψη εργαστηριακών εξετάσεων αίματος.
- Ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώνει τον άρρωστο για την σοβαρότητα που έχει η φαρμακευτική αγωγή που του χορηγείτε και έτσι να τον ενθαρρύνει για να παίρνει τα φάρμακα του.
- Να τον ενημερώνει για τον κίνδυνο του καπνίσματος σχετικά με το πρόβλημα του.
- Να εφαρμόζει τους κανόνες υγιεινής, να φοράει μάσκα, σκουφάκι και γάντια έτσι ώστε να προφυλάσσεται ο ίδιος αλλά και οι γύρω του, έτσι ώστε να μην εξαπλώνεται η νόσος.
- Να τον συμβουλεύει για την τακτική υγιεινή του στόματος.
- Να τον ενημερώνει για τα σημεία που δείχνουν επιπλοκές.
- Να τρέφεται με τροφές πλούσιες σε βιταμίνες.

5.2.2 Σε καρδιαγγειακά προβλήματα.

- Ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώνει τον άρρωστο σχετικά με την σοβαρότητα του προβλήματος του.
- Λήψη Η.Κ.Γ.
- Συχνή λήψη ζωτικών σημείων και προσοχή στην αρτηριακή πίεση.
- Τοποθέτηση Monitor για την καλύτερη παρακολούθηση του.
- Ρύθμιση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.
- Ενημέρωση του αρρώστου για την μείωση των δραστηριοτήτων του(λόγω αισθήματος κόπωσης).
- Κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή η οποία θα είναι ανάλογη με το καρδιολογικό πρόβλημα που έχει ο άρρωστος.
- Κατάλληλη διαίτα (για να μην επηρεάζουν οι τροφές την πάθηση του).

- Λήψη διαφόρων εξετάσεων που χρειάζονται κατά τακτά χρονικά διαστήματα.
- Ενδοφλέβια χορήγηση ηπαρίνης, για την αποφυγή θρομβοφλεβίτιδας.
- Εξασφάλιση άνετης θέσης του αρρώστου στο κρεβάτι.
- Χορήγηση κατάλληλης διατροφής.
- Πρόληψη επιπλοκών.
- Ψυχολογική στήριξη του αρρώστου και της οικογένειας του για να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τη νόσο.

5.2.3. Σε στοματικές εκδηλώσεις.

- Ο νοσηλευτής πρέπει να διδάξει στον άρρωστο πώς να εφαρμόζει σωστά την τακτική υγιεινή του στόματος.
- Συχνή πλύση των δοντιών και του στόματος με αντισηπτικά.
- Συχνή λήψη ζωτικών σημείων.
- Χορήγηση κατάλληλης διαίτας. Τροφές προσεγμένες για να μην επηρεάζουν αρνητικά το πρόβλημα του αρρώστου.
- Συχνή λήψη εξετάσεων αίματος και άλλων που είναι απαραίτητες.
- Πρέπει να εφαρμόζετε η κατάλληλη υγιεινή σχετικά με τις τροφές και το νερό.
- Εφαρμογή μέτρων για να μην εξαπλωθεί και στους γύρω του(πρέπει να φοράει μάσκα).
- Εφαρμογή κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής για την εξάλειψη της πάθησης ή τον περιορισμό της.
- Χορήγηση κατάλληλων αντιβιοτικών για την πρόληψη διαφόρων λοιμώξεων.
- Σταθεροποίηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.
- Συχνή χορήγηση αντιμυκητιακών.

- Ανάλογα με την έκταση του προβλήματος μπορεί να συστηθεί χημειοθεραπεία.
- Ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώνει το οικογενειακό περιβάλλον του αρρώστου για την σοβαρότητα του προβλήματος έτσι ώστε να προσέχουν αλλά και να ενθαρρύνουν τον άρρωστο να εφαρμόζει τις συνθήκες υγιεινής και την φαρμακευτική αγωγή.

5.2.4. Σε νευρολογικά προβλήματα

- Ο νοσηλευτής ενημερώνει τον άρρωστο για το πρόβλημα του.
- Συχνή λήψη ζωτικών σημείων.
- Διατήρηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.
- Εξασφάλιση της άνετης θέσης του αρρώστου.
- Χορήγηση κατάλληλων τροφών για την απαραίτητη θρέψη του αρρώστου.
- Χορήγηση αναλγητικών για τους έντονους πόνους.
- Βοήθεια του αρρώστου σε περιπτώσεις μυϊκής αδυναμίας .
- Χορήγηση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής.
- Ενημέρωση του αρρώστου για την τεράστια σημασία που έχουν τα φάρμακα για το πρόβλημα του.
- Τακτική λήψη εξετάσεων που χρειάζονται (όπως ENY, ορολογικές και αναζήτηση του ιού HIV στο ENY).
- Κατάλληλη ενημέρωση του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς, σχετικά με τη σοβαρότητα της ασθένειας του.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου για την εφαρμογή της φαρμακευτικής του αγωγής.
- Ψυχολογική υποστήριξη στο ασθενή σχετικά με το πρόβλημα του.

5.2.5. Σε αιματολογικά προβλήματα

- Ο νοσηλευτής προφυλάσσει τον άρρωστο για τυχόν περαιτέρω λοιμώξεις.
- Συχνή λήψη ζωτικών σημείων.
- Λήψη κατάλληλων εξετάσεων(αίματος-δείγματα για βιοψία-ακτινογραφίες θώρακος).
- Διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.
- Κατάλληλο διαιτολόγιο τροφών στον άρρωστο, πλούσιων σε θερμίδες για την αποφυγή απώλειας βάρους και ανορεξίας.
- Συχνή παρακολούθηση του ήπατος.
- Επάνοδος στο φυσιολογικό των έμμορφων στοιχείων του αίματος (ίσως και με μετάγγιση).
- Χορήγηση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής.
- Ενημέρωση του ασθενούς για την απαγόρευση λήψης κάποιων φαρμάκων που μπορεί να επηρεάσουν το πρόβλημα του(π.χ. ασπιρίνη).

5.2.6. Σε δερματολογικά προβλήματα

- Ο νοσηλευτής ενημερώνει τον άρρωστο για την σοβαρότητα του προβλήματος του και για τις προφυλάξεις που πρέπει να παίρνει.
- Λήψη ζωτικών σημείων.
- Διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.
- Να εφαρμόζει ο άρρωστος συχνούς τρόπους υγιεινής όσον αφορά το σώμα του.
- Να προφυλάσσει τον εαυτό του από τυχών παραπάνω μολύνσεις.
- Να εφαρμόζει τρόπους απολύμανσης τόσο ο ίδιος ο άρρωστος όσο και η οικογένεια του.

- Χορήγηση κατάλληλης θεραπείας για την μείωση της διάρκειας της λοίμωξης αλλά και των συμπτωμάτων.
- Χορήγηση τοπικού αναισθητικού για την ανακούφιση από τον πόνο.
- Τοποθέτηση κρύων κομπρεσών για την μείωση της δυσχέρειας.
- Συχνή χρήση αντιβιοτικών αλοιφών για την πρόληψη δευτερογενών λοιμώξεων.
- Δίαιτα υγρή και μαλακή που να είναι μη ερεθιστική
- Συχνή λήψη εξετάσεων αίματος.
- Χορήγηση κατάλληλων αλοιφών για την αποφυγή της εξάπλωσης.

5.2.7. Σε νεοπλάσματα

- Ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώνει τον άρρωστο για την σοβαρότητα του προβλήματος του.
- Συχνή λήψη ζωτικών σημείων
- Συχνή μέτρηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.
- Χορήγηση κατάλληλων τροφών, απαραίτητων για τον άρρωστο.
- Μείωση του πόνου με κατάλληλα φάρμακα.
- Προσοχή για ενεργειακό ανισοζύγιο σε τυχόν πνευμονικές λοιμώξεις ή πυρετούς.
- Έναρξη μέτρων για την μείωση των διαφόρων λοιμώξεων.
- Φροντίδα όλων των σημείων που μπορεί να αποτελέσουν θύρες εισόδου μικροβίων.
- Λήψη απαιτούμενων εξετάσεων.
- Βοήθεια του αρρώστου για να εκτελέσει σχολαστική υγιεινή.
- Χορήγηση επαρκούς ύδατος.
- Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για τυχόν αιμορραγία.
- Αποφυγή της αιμορραγίας με την λήψη κάθε μέτρου.

- Βοήθεια του αρρώστου να δεχτεί την αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλημάτων από το γεννητικό του σύστημα.
- Κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή με φάρμακα ή με χημειοθεραπείες, ακτινοθεραπείες....

5.2.8. Σε Ψυχολογικο-κοινωνικά προβλήματα

- Ο νοσηλευτής πρέπει να εξηγεί στον ασθενή το πρόβλημα του χωρίς να κάνει κριτική και ηθικές αξιολογήσεις, όσον αφορά τον τρόπο που μολύνθηκε.
- Πρέπει να βοηθάει τον άρρωστο να αποδεχτεί το πρόβλημα του.
- Να ενημερώνει το οικογενειακό περιβάλλον του αρρώστου ώστε να αποδεχτεί το πρόβλημα του και να στηρίζουν τον άρρωστο όσο χρειάζεται.
- Ο νοσηλευτής πρέπει να κάνει τον άρρωστο να αισθάνεται ισότιμο μέλος της κοινωνίας.
- Να τον ενημερώνει πως οι ιατρικοί φορείς θα είναι δίπλα του και θα τον βοηθούν σε ότι χρειαστεί.
- Να τον συμβουλεύει πως δεν πρέπει να φοβάται για το αύριο διότι και αυτός είναι ένας φυσιολογικός άνθρωπος σαν όλους τους άλλους.
- Να τον συμβουλεύει πως δεν πρέπει να αισθάνεται ενοχές γι' αυτό που του συνέβη και πως θα είναι δίπλα του σε ότι και αν χρειαστεί.
- Να μην κλείνεται στον εαυτό του και να αντιμετωπίζει το πρόβλημα του με ψυχραιμία.
- Πρέπει να εργάζεται για να βγάξει χρήματα χωρίς να σκέφτεται πως οι συνεργάτες του θα τον αντιμετωπίζουν ρατσιστικά και θα τον απομονώνουν.

- Να τον ενημερώνει πως το ιατρικό απόρρητο ισχύει για όλους τους ασθενείς και έτσι δεν πρέπει να ανησυχεί.
- Να τον συμβουλεύει πως πρέπει να χαιρέται τη ζωή. Να βγαίνει έξω, να διασκεδάζει και να ζει την κάθε του μέρα. Να μην κλείνεται στον εαυτό του και πέφτει σε κατάθλιψη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Δικαιώματα και υποχρεώσεις οροθετικών αλλά και του νοσηλευτικού προσωπικού

6.1. Δικαιώματα οροθετικών

Τα HIV(+) άτομα, μπορούν να εξασκούν χωρίς κανένα πρόβλημα οποιαδήποτε εργασία. Έχουν κάθε δικαίωμα να ταξιδεύουν παντού, είτε στα πλαίσια της εργασίας είτε για αναψυχή. Δε πρέπει να επιβάλλονται περιορισμοί για την οικογενειακή και την κοινωνική τους ζωή. Το AIDS δε μεταδίδεται από τα κλινοσκεπάσματα και τα οικιακά σκεύη. Το μόνο που πρέπει να προσέχει το οροθετικό άτομο, είναι οι ξυριστικές μηχανές, οι οδοντόβουρτσες και ό,τι αντικείμενο μπορεί να προκαλέσει λύση της συνέχειας του δέρματος. Επίσης, τα οροθετικά άτομα έχουν όλα τα δικαιώματα για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Σε αυτό τον τομέα όμως, έχει την υποχρέωση να ενημερώνει το θεράποντα γιατρό, καθώς και το νοσηλευτικό προσωπικό, πριν από οποιαδήποτε νοσηλευτική φροντίδα (Σαρόγλου 1998, Παπαευαγγέλου 1988, Εθνική Επιτροπή AIDS 1992).

6.2. Υποχρεώσεις οροθετικών

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (1991), αφού ο ιός υπάρχει μέσα στα κοιλικά υγρά, στο αίμα και στο σπέρμα, με τη σεξουαλική επαφή μπορεί να μεταδώσει τον ιό στο σύντροφο του. Γι' αυτό, είτε υπάρχουν ετεροφυλικές σχέσεις, είτε ομοφυλοφιλικές, πρέπει το άτομο να ενημερώνει το σύντροφο του για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει και να χρησιμοποιεί πάντα προφυλακτικό. Απαγορεύεται αυστηρά η τεκνοποίηση, αφού αν η μητέρα είναι μολυσματική, κινδυνεύει άμεσα

και το μωρό. Επίσης, αν ο οροθετικός κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών, επιβάλλεται να σταματήσει αμέσως, αφού μπορεί να επιταχύνει την εξέλιξη της νόσου. Αν όμως αυτό δε μπορεί να πραγματοποιηθεί, καλό είναι ο χρήστης να χρησιμοποιεί ατομική ή μιας χρήσεως σύριγγα. Τέλος ο οροθετικός δε πρέπει να είναι αιμοδότης, δωρητής οργάνων ή σπέρματος.

6.3. Βασικές αρχές και κανόνες για το νοσηλευτικό προσωπικό

Κατά την αντιμετώπιση των φορέων και των ασθενών, δεν πρέπει να παραβιάζονται οι βασικές αρχές της σωστής κοινωνικής συμπεριφοράς, που είναι η κύρια προϋπόθεση για την αποτελεσματικότερη επίλυση των προβλημάτων υγείας. Ο Π.Ο.Υ. (1991), έχει θεσπίσει κάποιους κανόνες όπως:

1. Ο προληπτικός έλεγχος.

- Απαγορεύεται ο αναγκαστικός έλεγχος για τον ιό HIV σε οποιαδήποτε ομάδα πληθυσμού. Ο έλεγχος πρέπει να πραγματοποιείται μόνο μετά από συγκατάθεση του ασθενούς.
- Πρέπει να παρέχονται οι δυνατότητες ελέγχου σε όσους ανώνυμα θέλουν να εξετασθούν.
- Για τον έλεγχο επιδημίας, τα δείγματα πρέπει να είναι ανώνυμα. Γι' αυτό το λόγο, καλό είναι να λαμβάνονται όλα τα κατάλληλα μέτρα για την αποφυγή διαρροής στοιχείων.

2. Το απόρρητο.

- Το απόρρητο πρέπει να διασφαλίζεται σε όλες τις περιπτώσεις. Αν για κάποιους λόγους κινδυνεύει, υπάρχει δυνατότητα επέμβασης του νόμου.

3. Οι διακρίσεις.

- Όλα τα προγράμματα για την πρόληψη της νόσου ή για την αντιμετώπιση της, πρέπει να είναι καθολικά, χωρίς ίχνος ρατσιστικής διάθεσης. Όλοι οι άνθρωποι έχουν τα ίδια δικαιώματα, τα οποία είναι καθήκον των αρμοδίων να τα διαφυλάξουν. Η απομάκρυνση του ασθενούς, από τον εργασιακό χώρο, τα σχολεία κ.τ.λ. είναι παράνομη.

6.4. Ο Νοσηλευτής, αναλαμβάνοντας το έργο της Αγωγής Υγείας

Να είναι ενημερωμένοι. Οι πληροφορίες αλλάζουν και η επιστήμη προχωράει. Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι πρωτοπόροι της γνώσης.

Να είναι τολμηροί. Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι έτοιμοι, ώστε να εργασθούν με ανθρώπους που δε θεωρούσαν πριν σημαντικούς. Καμιά ομάδα μόνη της, δε μπορεί να καταπολεμήσει από μόνη της το AIDS.

Να είναι σαφείς. Το κοινό δε μπορεί εύκολα να κατανοήσει επιστημονικούς όρους. Έτσι οι νοσηλευτές, πρέπει να χρησιμοποιούν απλή γλώσσα, να είναι ειλικρινείς με το κοινό τους, αποφεύγοντας την παραπληροφόρηση.

Να αποφεύγουν τις στερεοτυπίες και τις κατηγορίες. Για να το καταφέρουν αυτό οι νοσηλευτές, πρέπει πρώτα οι ίδιοι να αλλάξουν τρόπο σκέψης και σεξουαλική συμπεριφορά. Ο ιός δε κάνει εθνικές, φυλετικές διακρίσεις, ούτε έχει σεξουαλικές προτιμήσεις.

Να προσπαθήσουν να αλλάξουν τη σεξουαλική συμπεριφορά του κοινού. Δεν αρκεί το κοινό να ξέρει ότι το AIDS σκοτώνει, πρέπει να συνειδητοποιήσει και να υιοθετήσει τους τρόπους με τους οποίους δε θα κινδυνεύει.

Να έχουν ευρύ μέτωπο δράσης. Το κοινό με το οποίο θα ασχολούνται οι νοσηλευτές, δε πρέπει να περιορίζεται μόνο στους ασθενείς που κατακλύζουν τα νοσοκομεία, αλλά να αρχίσουν μια εκστρατεία ενημέρωσης στους εργασιακούς χώρους, αλλά ιδιαίτερα στα σχολεία, αφού στατιστικές αναφέρουν, ότι η σεξουαλική ζωή των νέων αρχίζει από πολύ μικρή ηλικία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Απ' όλα όσα αναφέρθηκαν προκύπτουν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Ο άρρωστος μπορεί να νοσηλευτεί με ασφάλεια σε όλα τα τμήματα του νοσοκομείου εφόσον τηρηθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα.
- Ο καθένας μπορεί να έχει μολυνθεί από τον ιό του AIDS και να μην το γνωρίζει.
- Όποιος μολυνθεί από τον ιό παραμένει φορέας για όλη του τη ζωή και μπορεί να μεταδώσει τον ιό.
- Δεν υπάρχει εμβόλιο για το AIDS.
- Οι περισσότεροι φορείς του ιού του AIDS παραμένουν απολύτως υγιείς για πολλά χρόνια χωρίς να παρουσιάζουν συμπτώματα.
- Ο ιός του AIDS δε ζει στον αέρα και στο νερό και καταστρέφεται εύκολα με κοινά απολυμαντικά (οινόπνευμα-χλωρίνη).
- Το AIDS δε μεταδίδεται στις κοινωνικές επαφές. Είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα.
- Ο καθένας μπορεί να διαπιστώσει εάν έχει μολυνθεί με τον ιό του AIDS κάνοντας το ειδικό test αντισωμάτων στο αίμα.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το 1981 κάνει την εμφάνιση του ένας θανατηφόρος ιός, ο ιός HIV. Τα πρώτα κρούσματα εντοπίστηκαν στις Η.Π.Α. και λίγο καιρό αργότερα στην Κεντρική Αφρική. Από μελέτες που έγιναν πάνω στον ιό, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο ιός μεταδίδεται από τη σεξουαλική επαφή, από την κοινή χρήση βελόνων, από τη μετάγγιση αίματος και από την περιγεννητική μετάδοση.

Πολλές προσπάθειες έγιναν για την εύρεση του πολυπόθητου φαρμάκου που θα σώσει τις ζωές χιλιάδων ανθρώπων σε όλο τον κόσμο. Οι απογοητεύσεις όμως έρχονται η μία μετά την άλλη. Έτσι, άρχισε ένας αγώνας από φορείς υγείας για τη σωστή ενημέρωση του πληθυσμού από το θανατηφόρο ιό. Σκοπός της εκστρατείας αυτής είναι η πρόληψη και η διασφάλιση της καλής υγείας των ατόμων.

Για την παραπέρα πορεία της υγείας θα πρέπει να δοθεί βαρύτητα σε τρεις κύριες παραμέτρους:

1. Τη μείωση του αριθμού των ευπαθών ατόμων.
2. Την έναρξη αποτελεσματικής δράσης των προληπτικών μέτρων που άρχισαν να εφαρμόζονται.
3. Τις μεταβολές στη συμπεριφορά των ομάδων υψηλού κινδύνου, ύστερα από πληροφόρηση και υγειονομική διαφώτιση.

Συμπερασματικά, συνάγεται ότι ο αριθμός αύξησης των κρουσμάτων θα εξακολουθήσει να είναι υψηλός για αρκετά χρόνια ακόμη, μέχρι να αρχίσουν να επιδρούν οι παραπάνω τρεις παράμετροι. Όσα εκτέθηκαν για την προβλεπόμενη εξέλιξη της επιδημίας δεν επιτρέπουνε αισιοδοξία και εφησυχασμό, αλλά αντίθετα υποδεικνύουν την ανάγκη λήψεως συντονισμένων μέτρων για τη συνεχή και σωστή ενημέρωση του πληθυσμού για την πρόληψη από τον ιό. Η πρόληψη είναι θέμα όλων μας!

Περίπτωση 1

Ατομικά στοιχεία ασθενή: Επώνυμο: Κ

Όνομα: Μ

Ηλικία: 36 ετών

Φύλλο: Άνδρας

Ασφαλιστικός φορέας: ΙΚΑ

Θρησκεία: Χριστιανός Ορθόδοξος

Υπηκοότητα: Ελληνική

Επάγγελμα: Τραπεζικός υπάλληλος

Διεύθυνση: Πάτρα Αχαΐας

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος

Ημερομηνία εισόδου: 15/6/2008

Παρούσα κατάσταση: Κύρια συμπτώματα: Υψηλός πυρετός, έντονος βήχας, πολλές διαρροϊκές κενώσεις

Αιτία εισόδου: εμπύρετο πιθανή λοίμωξη

Ζωτικά σημεία: Θερμοκρασία 39,8°C. Αρτηριακή πίεση

130/80mm/Hg. Σφίξεις 79/min. Αναπνοές 22/min

Ύψος: 1,79

Βάρος: 89

Κλινικές εξετάσεις: Κινητικότητα: εισήλθε στο νοσοκομείο

Περιπατητικός

Γενική κατάσταση: όχι καλή

Διανοητική και ψυχική κατάσταση: αγχωμένος και φοβισμένος

Ομιλία: καλή, χρησιμοποιεί απλό λόγο

Ακοή: καλή

Αναπνευστικό: όχι σε φυσιολογικά επίπεδα

Εμετοί: ουδέν

Κενώσεις: πολλές και διαρροϊκές

Ούρηση: φυσιολογική

Αναμνηστικό ιστορικό: Αλλεργίες: δεν αναφέρονται

Άλλα νοσήματα: δεν αναφέρονται

Προηγούμενα χειρουργεία: καμία

Κληρονομικό ιστορικό: Δεν αναφέρεται

Πρόσφατη χρήση φαρμάκων: Αντιπυρετικά για τον πυρετό

Κοινωνικό ιστορικό: Κατανάλωση λιπαρών τροφών, κατανάλωση οينوπνευματωδών ποτών καθόλου, κάπνισμα καθόλου

Εξετάσεις: Γίνονται εξειδικευμένες εξετάσεις αίματος

Τελική Διάγνωση: Φορέας του ιού HIV

Ημερομηνία εξόδου: 20/6/2008, ο ασθενής εξήλθε σε βελτιωμένη κατάσταση όσον αφορά την υγεία του αλλά σε άσχημη ψυχολογική κατάσταση. Πήρε οδηγίες για την περαιτέρω θεραπεία του.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1

Προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμμ. Νοσ/κής Παρέμβασης	Εφαρμογή Προγράμματος Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
- Πυρετός	- Πτώση του πυρετού	- 3 ^η μέτρηση ζωτικών σημείων	- Η νοσηλεύτρια συζήτησε με τον ασθενή για το πρόβλημά του. - Χορήγησε 500cc N/S 0,91	- Υποχώρηση του πυρετού και διατήρηση του στα φυσιολογικά επίπεδα
- Διαρροϊκές κενώσεις	- Να σταματήσουν οι διαρροϊκές κενώσεις	- Εξετάσεις για καλλιέργεια ούρων και κοπράνων	- ορό με 2 amp. Apottel διότι ο πυρετός δεν υποχωρούσε. - Χορήγηση L/R 1.000cc για να αποκαταστήσει το	- Φυσιολογικές κενώσεις υγρών
- Διαταραχές ισοζυγίου Υγρών και Ηλεκτρολυτών	- Να αποκατασταθεί το ισοζύγιο Υγρών και Ηλεκτρολυτών	- Χορήγηση Υγρών για την αναπλήρωση του Ισοζυγίου	- ισοζύγιο που ήταν μειωμένο από τις συχνές κενώσεις - Καταγράφηκαν τα ζωτικά σημεία	- Διατήρηση του ισοζυγίου Υγρών και Ηλεκτρολυτών σε φυσιολογικά επίπεδα
- Δυσκολία στην	- Βελτίωση της	- Παροχή πνευμονικής	- Χορήγηση εισπνεόμενων	- Ο βήχας υποχώρησε και

<p>αναπνοή και στην ομιλία που οφείλεται στον επίμονο βήχα.</p>	<p>αναπνοής</p> <ul style="list-style-type: none"> - Μείωση του βήχα 	<p>φροντίδας κάθε 2 – 4 ώρες</p> <ul style="list-style-type: none"> - Τοποθέτηση του αρρώστου σε ημικαθιστή θέση και κατά τη διάρκεια της ανάπαυσης. - Αναπνευστική γυμναστική σε θέσεις παροχέτευσης 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση αντιμικροβιακών / αντιβιοτικά - Χορήγηση ρινικού O₂ λόγω της δύσπνοιας - Εξετάσεις καλλιέργειας πτυέλων - Τοποθετήθηκε σε ορθή θέση στο κρεβάτι για να μπορεί να αναπνέει καλύτερα - Αναπνευστ. Γυμναστική από εξειδ. νοσηλεύτη κάθε πρωί 	<p>η ομιλίες έγινε ευκολότερη</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Κίνδυνος για Συσθηματικές λοιμώξεις εξαιτίας της μειωμένης άμυνας του οργανισμού να μην 			<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής για την αποφυγή των λοιμώξεων - Χορήγηση αντιρετροϊκών φαρμάκων 	

πάθει λοιμώξεις.				
<p>- Συναισθηματική αντίδραση του ασθενούς, άγχος και φόβος για την συνέχεια της ζωής τους. Αίσθημα ματαίωσης.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Να πάψει να αισθάνεται άγχος και φόβο. - Μείωση αισθήματος κοινωνικής απομόνωσης. 	<ul style="list-style-type: none"> - Να εκτιμηθούν τα συναισθήματα του - Να υποστηριχθεί κοινωνικά και συναισθηματικά ο ασθενής - Συζήτηση με τον ασθενή για την περαιτέρω πορεία του προβλήματός του - Συζήτηση με τον ασθενή για να κατανοήσει και να αποδεχτεί το πρόβλημά του 	<ul style="list-style-type: none"> - Έγινε συζήτηση με τον ασθενή μέσα από την οποία εκφράστηκαν οι φόβοι και οι ανησυχίες του - Συνεστήθη στον ασθενή η επαφή με σύλλογο ατόμων που έχουν το ίδιο πρόβλημα για μεγαλύτερη ψυχική και κοινωνική στήριξη. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής δείχνει ότι μπορεί να διαχειριστεί το πρόβλημα τόσο με τη βοήθεια του οικογενειακού του περιβάλλοντος όσο και μέσω των ομάδων κοινωνικής στήριξης ατόμων με το ίδιο πρόβλημα - Κατανοεί την σοβαρότητα της θεραπείας.

Περίπτωση 2

Ατομικά στοιχεία ασθενή: Επώνυμο: Δ

Όνομα: Χ

Ηλικία: 22 ετών

Φύλλο: Γυναίκα

Ασφαλιστικός φορέας: ΟΓΑ

Θρησκεία: Χριστιανή Ορθόδοξη

Υπηκοότητα: Ελληνική

Επάγγελμα: Φοιτήτρια

Διεύθυνση: Ναύπλιο

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος

Ημερομηνία εισόδου: 28/6/2008

Αιτία εισόδου: Γενικευμένη δερματίτιδα, Απώλεια βάρους και έντονες ζαλάδες με λιποθυμίες

Ζωτικά σημεία: Θερμοκρασία 39,9°C. Αρτηριακή πίεση 120/70mm/Hg.

Σφίξεις 72/min. Αναπνοές 26/min

Ύψος: 1,65

Βάρος: 45

Κλινικές εξετάσεις: Κινητικότητα: όχι καλή

Γενική κατάσταση: φυσιολογική

Διανοητική και ψυχική κατάσταση: αγχωμένη λόγω της απώλειας βάρους και των ζαλάδων

Ομιλία: ικανοποιητική

Ακοή: φυσιολογική

Εμετοί: δεν αναφέρονται

Κενώσεις: φυσιολογικές

Ούρηση: φυσιολογική

Αναμνηστικό ιστορικό: Αλλεργίες: αναφέρονται

Άλλα νοσήματα: δεν αναφέρονται

Προηγούμενα χειρουργεία: δεν αναφέρονται

Κληρονομικό ιστορικό: Δεν αναφέρεται

Πρόσφατη χρήση φαρμάκων: κρέμες για την καταπολέμηση της
δερματίτιδας

Κοινωνικό ιστορικό: καπνίζει ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα

Τελική Διάγνωση: Αναιμία και δερματίτιδα οφείλεται στο γεγονός ότι
είναι φορέας του ιού HIV χωρίς να το γνωρίζει

Ημερομηνία εξόδου: 3/9/2008. Η ασθενής εξήλθε σε βελτιωμένη
κατάσταση όσον αφορά την υγεία του και με
ανεβασμένη ψυχολογική διάθεση. Πήρε οδηγίες
για την περαιτέρω θεραπεία της στο σπίτι.

Νοσηλευτική Διεργασία 2

Προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμ. Νοσ/κής Παρέμβασης	Εφαρμογή Προγράμματος Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
- Απώλεια βάρους	- Να αποκατασταθεί το βάρος της ασθενούς. Όσο είναι δυνατό σε ένα λογικό χρονικό διάστημα	- Ενθάρρυνση της ασθενούς για να εξηγήσει σωστά τα συμπτώματά της - Συχνή μέτρηση σωματικού βάρους - Επαρκής και ισορροπημένη διατροφή	- Η νοσηλεύτρια συζήτησε με την ασθενή για το πρόβλημά της. - Βελτίωση της διατροφής - Χορήγηση τροφών πλούσιων σε βιταμίνες	- Με τη χορήγηση των κατάλληλων τροφών και σκευασμάτων το βάρος δεν επανήλθε παρά μόνο σταθεροποιήθηκε για αρκετό χρονικό διάστημα
- Γενικευμένη Δερματίτιδα σε όλο το σώμα	- Να υποχωρήσει η δερματίτιδα και να ανακουφιστεί ο ερεθισμός του	- Να εφαρμοστούν οι σχετικές ιατρικές οδηγίες	- Τακτική καθαριότητα του σώματος με ουδέτερα αντισηπτικά - Έγινε εφαρμογή θεραπευτικών σκευασμάτων (λοσιόν, αλοιφής)	- Στα δύο πρώτα εικοσιτετράωρα της θεραπείας φάνηκε η υποχώρηση τους

	<p>δέρματος</p> <ul style="list-style-type: none"> - Επίτευξη και διατήρηση ακεραιότητας δέρματος 		<p>σχεδόν σε όλα τα σημεία</p> <ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση αντικνησμικών 	<p>τοπικού ερεθισμού αλλά όχι και η επούλωσή του</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Ζαλάδες που οδηγούν σε λιποθυμία 	<ul style="list-style-type: none"> - Να υποχωρήσουν οι ζαλάδες - Πρόληψη βλαβών από πτώσεις - Διατήρηση της σωματικής ακεραιότητας (λόγω πιθανών πτώσεων) εξετ. της ζάλης 	<ul style="list-style-type: none"> - Να εφαρμοστούν οι κατάλληλες αιματολογικές εξετάσεις - Ενημέρωση της αρρώστου για τα αποτελέσματα των εξετάσεων της 	<ul style="list-style-type: none"> - Λόγω αναιμίας μεταγγίσθ. με 1 μον. αίμα - Συχνή λήψη ζωτικών σημείων και - Παρακολούθηση κατά τη μετάγγιση για τυχόν επιπλοκές - Χορήγηση φαρμάκων για την μείωση των ζαλάδων και του πόνου 	<ul style="list-style-type: none"> - Βελτίωση των σωματικών της δυνάμεων - Βελτίωση του Αιματοκρίτη και της Αιμοσφαιρίνης
<ul style="list-style-type: none"> - Φόβος για το μέλλον 	<ul style="list-style-type: none"> - Αντιμετώπιση φόβου - Σωστή ενημέρωση για τη φύση της 	<ul style="list-style-type: none"> - Συζήτηση για την περαιτέρω πορεία του προβλήματος 	<ul style="list-style-type: none"> - Έγινε συζήτηση και εκφράστηκαν οι φόβοι και οι ανησυχίες της ασθενούς και δόθηκαν οι εξηγήσεις για την 	<ul style="list-style-type: none"> - Κατανοεί την υπάρχουσα κατάσταση και δείχνει

	νόσου	<ul style="list-style-type: none"> - Ενημέρωση και ψυχολογική υποστήριξη 	<p>πρόγνωση του ιού</p> <ul style="list-style-type: none"> - Δόθηκαν συμβουλές για την αναγκαιότητα της θεραπείας και για τον τρόπο συμπεριφοράς στους γύρω της. 	<p>αποφασισμένη να συνεχίσει την ζωή της (παρά τους περιορισμούς) με αισιοδοξία</p> <ul style="list-style-type: none"> - Πρόθυμη να εφαρμόσει τις απαιτούμενες θεραπείες
--	-------	---	---	---

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αβραμίδης Β. Αθανάσιος (2007). AIDS ΣΕΑΑΟΠΗΔ SIDA... με απλά λόγια. Εκδόσεις Ακρίτας.
2. Αθανάτου Ελ. (1998) *Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική*. Παπανικολάου, Αθήνα (σελ. 102 108).
3. Αλιμπουτάκη Τζ. (1984) *AIDS. Η Ελληνική πραγματικότητα*. Λιβάνη, Αθήνα (σελ. 65 – 83).
4. Αποστολίδης Α. (2000) *Όλη η αλήθεια για το AIDS*. Καραμπερόπουρος, Αθήνα. (σελ. 30 – 52).
5. Βογιατζάκης Ε. (1997) Μηχανισμοί επίδρασης ευκαιριακών λοιμώξεων στην εξέλιξη της HIV λοίμωξης. *Ελληνικά Αρχεία AIDS*, (σελ. 5,103-110).
6. Γεωργούλιας Β. (1989) *Διάγνωση της μόλυνσης Η/ν.ΕΟΦ*, Αθήνα. (σελ. 10 – 3).
7. Γρηγοράτου Χρ. (2002) AIDS Ιός της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας. *Στρατιωτική Επιθεώρηση*, (σελ. 5, 92-105). Τεύχος 12^ο
8. Εγκυκλοπαίδεια Επιστήμη και Ζωή, τόμος 7, Χατζηιακώβου, Αθήνα. (σελ. 87 – 102 & 130 – 152).
9. Εγκυκλοπαίδεια Υγείας (1997) *Λοιμώδη νοσήματα - AIDS*. Medisign, Αθήνα. (σελ. 34 – 350).
10. Επιστημονική Επιτροπή αντιρετροϊκών φαρμάκων (2000) *Κατευθυντήριες οδηγίες για αντιρετροϊκή αγωγή*. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.
11. Κακριδής Ι., (1986) *Αθηνά Πρόμαχος*, Ελληνική μυθολογία. Εκδοτική Αθηνών, Αθήνα. (σελ. 80 – 103).
12. Καλκάνη - Μπουζιάκου Ε. (1996) *Γενική μικροβιολογία*. Έλλην, Αθήνα. (σελ. 102 – 109).

13. Καλλίνικος Γ., Coene D. (1995) *Το δικό σου βιβλίο*. Advance, Αθήνα. (σελ. 3 – 56).
14. Καράμπελας Λ. Νομικά προβλήματα από το AIDS. Αστυνομική επιθεώρηση, Αύγουστος 2003. Καραμολέγκος Ι. (2007). Το δώρο του ιερού πόνου. Εκδόσεις Ψυχογιός (σελ. 209 – 308).
15. Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (2000) *Επιδημιολογική Επιτήρηση του AIDS*. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.
16. Κυριακίδου Ε. (1997) *Κοινοτική Νοσηλευτική*. Ταβιθά, Αθήνα. (σελ. 302 – 309).
17. Λελέκης Μ. (1997) Μικροβιακές λοιμώξεις, διαφορές μεταξύ οροθετικών και μη ατόμων. *Ελληνικά Αρχεία AIDS*, (σελ. 5, 65-69).
18. Μανωλεδάκης Στ. (2006). Μήνυμα Ηθικής και αφοροδιδιακά νοσήματα. Εκδόσεις Παρισιανού (σελ. 50 57).
19. Μερτζάνος Ε. Παραράς Ν. (1988) *Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας*. ΕΟΦ, Αθήνα. (σελ. 78 – 93).
20. Μπιτσακτσής Α. (1987) Κλινικές εκδηλώσεις του AIDS. *Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων* (σελ. 21,129-134).
21. Μιχαλάς Σ. Π. (2005). *Επιτομή Μαιευτική και Γυναικολογία*. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε. Αθήνα (σελ. 203 – 209).
22. Νικολάτου – Γαλίτη Ο. (1997) *Τριχωτή λευκοπλακία του στόματος*. Αθήνα. (σελ. 52 – 69).
23. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS (1990) *AIDS και πρώτες βοήθειες στους χώρους εργασίας-οδηγίες*. Βήτα, Αθήνα.
24. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS (1991) *Αντιμετώπιση των βιολογικών κινδύνων στα διαγνωστικά εργαστήρια που ασχολούνται με τον HIV*, Βήτα, Αθήνα.
25. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS (1991) *Πρόληψη της σεξουαλικής μετάδοσης του ιού της Ανθρώπινης*

- Ανοσοανεπάρκειας*. Βήτα, Αθήνα.
26. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS (1991) *Σχεδιασμός Αγωγής Υγείας Για την πρόληψη και τον έλεγχο του AIDS, οδηγίες*. Βήτα, Αθήνα.
 27. Παίκος Σ, Νικολάτου Ο., Βελεγράκη Α., Παπαευαγγέλου Β., Θεοδωρίδου Μ. (1999) Βλάβες του στόματος 95 HIV(+) ενηλίκων σε 1 έτος παρακολούθησης. Ανακοινώθηκε στο 2ο Εθνικό Συνέδριο ΑΙ08.Αθήνα.
 28. Παπαδάτος Κ., Κοσμίδης Ι. (1994) *Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας*. Ζήτα, Αθήνα. (σελ. 34 – 68).
 29. Παπαευαγγέλου Γ. (1988) *AIDS*. Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη.
 30. Παπαευαγγέλου Γ. (1988) *Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας*, Αθήνα.
 31. Παπαευαγγέλου Γ., Καλλίνικος Γ. (1986) *AIDS – Διεθνή Επιστημονικά Δεδομένα – Ελληνική Εμπειρία*. Λίτσας, Αθήνα.
 32. Παυλάτου Μ. (1987) *Ανοσολογία*. Λίτσας, Αθήνα. (32 – 46)
 33. Πολίτης Κ. (1997) Επιδημιολογική διερεύνηση της HIV λοίμωξης στην αιμοδοσία και τους πολυμεταγγιζόμενους. *Ελληνικά αρχεία AIDS* (σελ. 6,135 – 140).
 34. Σαραντίδης Δ.Ε. (2007). Ψυχιατρικές επιπλοκές και επιπτώσεις της HIV λοιμώξεως. *Ελλ. Αρχεία AIDS* (σελ. 343 – 360).
 35. Σαρόγλου Γ., Λιονή Α., Ποταμούση Π., Γεωργίου Ο. (1999). AIDS / HIV Κλινική προσέγγιση και θεραπεία, ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης (28 – 100).
 36. Σαρόγλου Γ. (1994) *Πρόληψη για τον HIV*, Ζήτα, Αθήνα. (σελ. 19 – 33).
 37. Σαρόγλου Γ, Κρεμαστινός Τ., Μεράκου Κ. (1998) *HIV, Τι πρέπει να ξέρω; Τι πραγματικά ξέρω;* Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα. (σελ. 70 – 88).

38. Σαρόγλου Γ, Λιόνη Α., Ποταμούση Π., Γεωργίου Ο., (1998) *AIDS Κλινική προσέγγιση και θεραπεία*. Πασχαλίδης, Αθήνα. (σελ. 65 – 93).
39. Στρατηγός Δ., Λάσκαρης Γ. (1996) *Έγχρωμος Άτλας AIDS, Εκδηλώσεις στο δέρμα και το στόμα. Διάγνωση - Θεραπεία*. Ζήτα, Αθήνα. (σελ. 9, 18 – 23, 76 – 88).
40. Στρατηγός Ι, Λάσκαρης Γ. (2005). *AIDS: Εκδηλώσεις στο δέρμα και στο στόμα. Έγχρωμος Άτλας*. Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα. (29 – 37)
41. Τριχοπούλου Β. (1997) *Επιδημιολογία του AIDS. Ελληνικά Αρχεία AIDS*, (σελ. 6, 43 – 47).
42. Τριχοπούλου Ευαγγ. (2003). *HIV λοίμωξη σε υγειονομικά προσωπικά*. Εκδόσεις Πιτσιλίδης (σελ. 65 – 68, 77, 79 – 80).
43. Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS (1989) *Ιός της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας*. ΕΟΦ, Αθήνα.
44. Υποεπιτροπή Ενημέρωσης και Δεοντολογίας, (1992) *Βασικές Δεοντολογικές αρχές και κανόνες συμπεριφοράς στην αντιμετώπιση του AIDS*. ΕΟΦ, Αθήνα.
45. Φουντουλάκη Λ. (2005). *Διαχρονική παρουσίαση της ανίχνευσης HIV αντισωμάτων στις ένοπλες δυνάμεις*. Ελλ. Αρχεία AIDS (σελ. 139 – 143).
46. Χανιώτης Φρ. (1997) *Παθολογία*. Λίτσας, Αθήνα. (σελ. 57 – 89)

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

1. Davidson's (2003) Γενικές αρχές και κλινική πράξη της ιατρικής «Παθολογία». Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε. Αθήνα (σελ. 61 – 108).
2. Devita V. Hellman Jr. Rosenberg St. (1985) *AIDS etiology diagnosis treatment and prevention*. Lippincott company. New York. (σελ. 102 – 123).
3. Farthing Ch. Brown S. Srtaughton R. Cream J. Muhleamann M. (1988) *A color Atlas of AIDS and HIV Disease*. Worle. England. (σελ. 5, 19 – 23, 28 – 36).
4. Gallo R. (1994) *AIDS - Καρκίνος κνηγώντας τους ρετροϊούς του ανθρώπου. Μία ανθρώπινη ιστορία επιστημονικής ανακάλυψης*. Zymel. (σελ. 93 – 101).
5. Genera AIDS and HIV Information (2000) *Wftaf is HIV, risk activities*. Avert. England. (σελ. 10 – 24).
6. Gordon G. Klouda T. (1988) *Preventing a crisis AIDS and family planning work*. International planned parenthood federation. (σελ. 73 – 89).
7. Tolstoy L (1999) *Γιατί οι άνθρωποι κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών*. Καστανιώτης. Αθήνα. (σελ. 3, 38 – 54).
8. www.interscience.Wiley.com Published on line 22 July 2002
9. www.new.org by Charlote M.Boney MD on January 12, 2005

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΘΝΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS

ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ (Κ.Ε.Ε.Λ.)

Μακεδονίας 6-8, 104 33 Αθήνα, τηλ. (01) 822 5466 - 881 1500 - 822 9922

- ΞΕΝΩΝΑΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

Βασιλικών 7, Καμίνια, 185 40 Πειραιάς, τηλ. (01) 411 1401 - 400

- ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΗ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ AIDS

τηλ. (01) 722 2222

- ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΑΣ

Εργαστήριο Μικροβιολογίας Αριστοτελείου Παν/μίου Θεσ/κης

Περιφερειακό Γεν. Νοσοκομείο "ΑΧΕΠΑ" 540 06 Θεσ/νίκη, τηλ. (031) 991 347 - 992 718

- ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS ΒΟΡΕΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Τομέας Παθολογίας - Ιατρική Σχολή Παν. Ιωαννίνων, 451 10 Ιωάννινα

τηλ. (0651) 92 728 Για εξέταση: Παλαιό "Χατζηκώστα" τηλ. (0651) 26 529

- ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS ΝΟΤΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Εργαστήριο Υγιεινής - Ιατρικό Τμήμα Σχολής Επιστημών Υγείας, Παν. Πατρών

261 10 Ρίο Πάτρας, Τ.Θ. 1045, τηλ. (061) 277 924

- ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS ΝΟΤΙΟΥ ΕΛΛΑΔΑΣ

Υγειονομική Σχολή Αθηνών, Λεωφ. Αλεξάνδρας 196, 115 21 Αθήνα

τηλ. (01) 644 4906 - 644 7941

- ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ AIDS ΚΡΗΤΗΣ

Περιφερειακό Γεν. Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης "Βενιζέλιο και Πανάειο"

710 21 Ηράκλειο Κρήτης, τηλ. (081) 237 502 (εσωτ. 269) - 234 010 (εσωτ.28)

- ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΑΝΟΣΙΑΣ

Ανοσολογικό Τμήμα - Περιφερειακό Γεν. Νοσοκομείο Αθηνών "Ευαγγελισμός" 106 76 Αθήνα

τηλ. (01) 722 0001 απ' ευθείας 721 1022

- ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ AIDS

Νοσ/μείο "Α.ΣΥΓΓΡΟΣ", 116 21 Αθήνα, τηλ. (01) 723 9611 - 721 0839

- ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΡΕΤΡΟΪΩΝ (ΕΚΑΡ)

Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας Παν/μίου Αθηνών, Μ.Ασίας 75, 115 27

Γουδί, Αθήνα τηλ. (01) 771 9725 - 777 1165

- ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ AIDS ΙΚΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ

Ανατολικής Θράκης 58, 681 00 Αλεξανδρούπολη

τηλ. (0551) 20 403 και 26 810

ΑΝ ΕΧΕΙΣ ΑΝΑΠΑΝΤΗΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΗ ΓΙΑ ΤΟ AIDS:

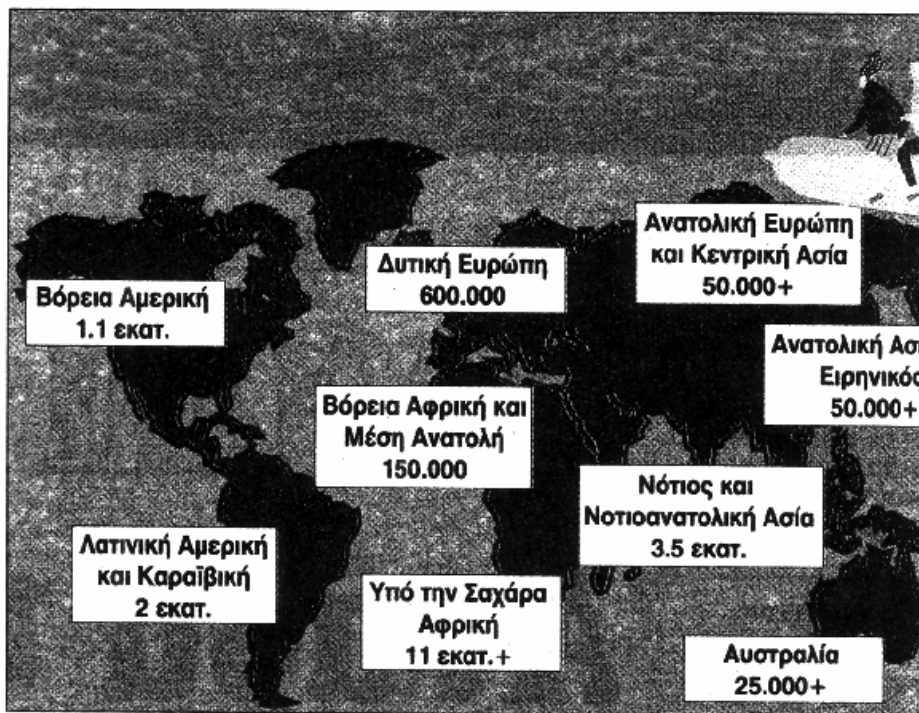
7. 222. 222

όλες τις εργάσιμες μέρες 7 π.μ. - 11 μ.μ.

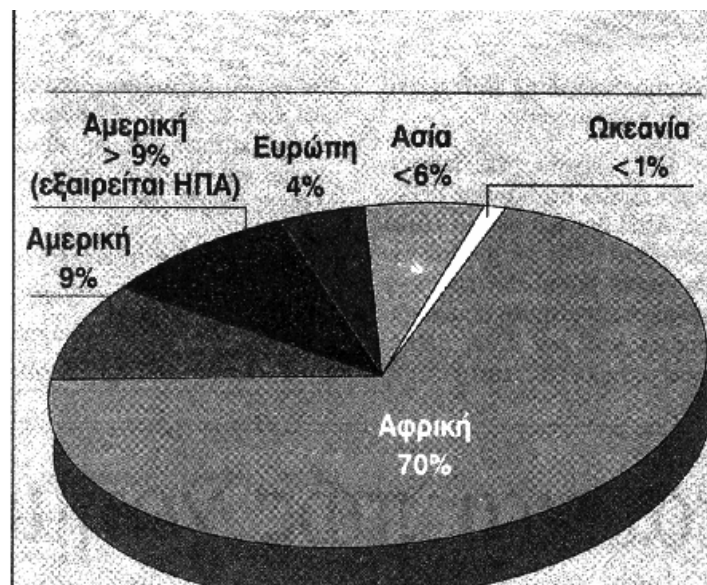
HIV/AIDS in Greece



Το HIV/AIDS στην Ελλάδα

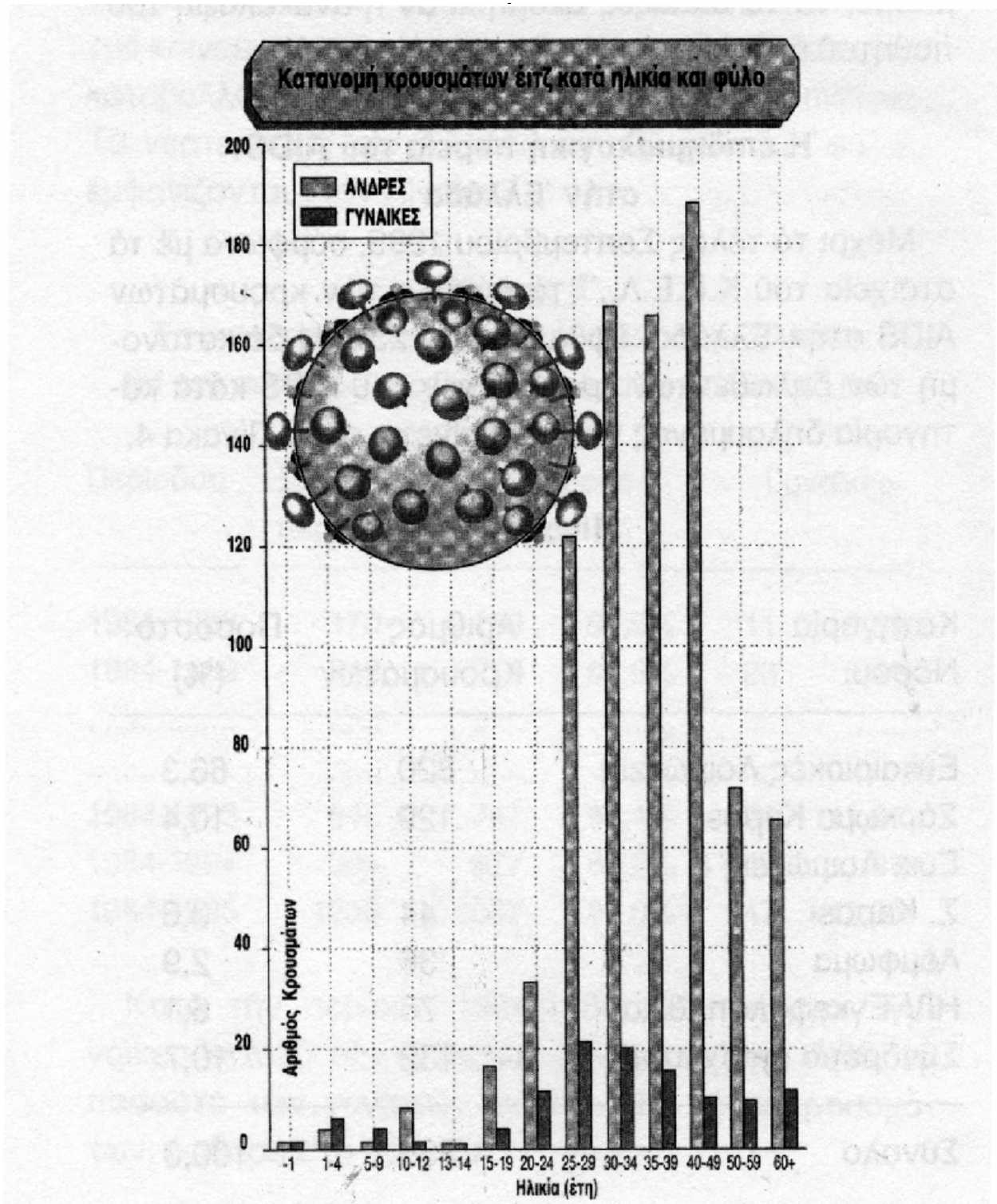


Η κατανομή των φορέων στον κόσμο, την 1/12/1995 (συνολικώς 18.475.000)

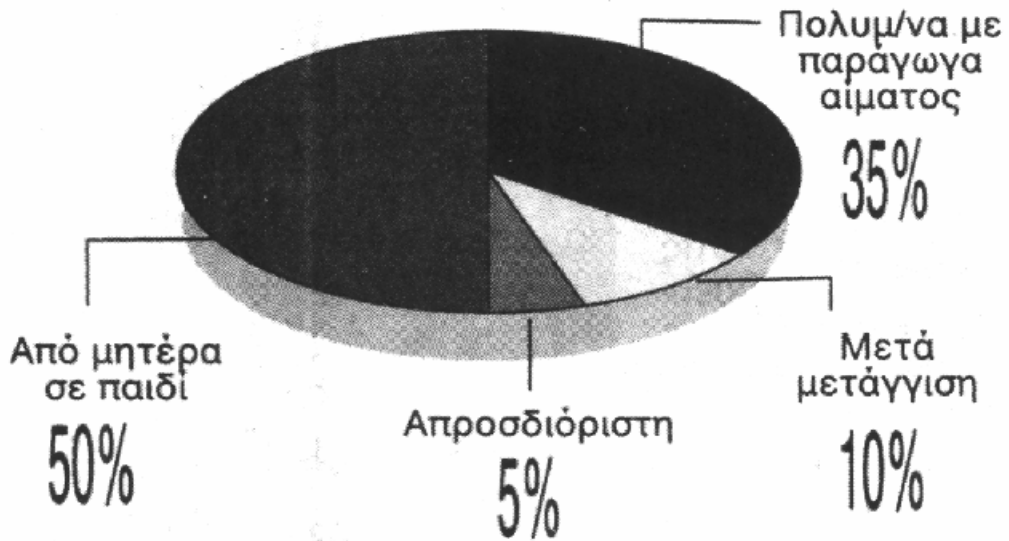


Σχηματική γεωγραφική κατανομή των φορέων στον κόσμο την 1/12/1995

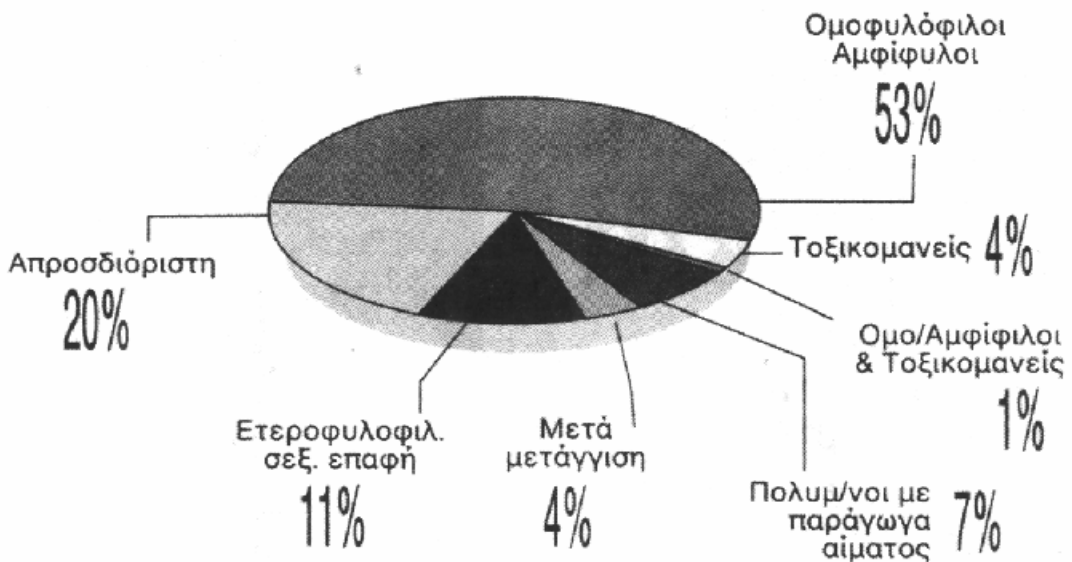
Η κατανομή των κρουσμάτων AIDS κατά ηλικία και φύλο στην Ελλάδα, παρουσιάζεται στο σχήμα της παρακάτω εικόνας, σε ποσοστά επί τοις



Κατανομή κρουσμάτων στα παιδιά



Κατανομή κρουσμάτων στους εφήβους και τους ενήλικες





Ο παραπάνω πίνακας εμφανίζει το ποσοστό επί τοις εκατό το οποίο κατέχουν οι τοξικομανείς, επί του συνόλου των πασχόντων από το AIDS, χωριστά σε κάθε χώρα της Ενωμένης Ευρώπης