

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

AIDS ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ



Σπουδαστές:

**Λιάρος Σωτήριος-Θεόδωρος
Σταυριανίδης Νικόλαος**

Εισηγήτρια:

Μπατσολάκη Μαρία

ΠΑΤΡΑ 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	σελ.5
Πρόλογος.....	σελ.5
Εισαγωγή.....	σελ.6
<u>ΜΕΡΟΣ 1ο</u>	
<u>1ο Κεφάλαιο</u>	
1.1 Ορισμός της HIV λοίμωξης/AIDS.....	σελ.10
1.2 Ιστορική αναδρομή.....	σελ.10
<u>2ο Κεφάλαιο</u>	
2.1 Περιγραφή ιού.....	σελ.17
2.1.1 Προέλευση των ιών HIV1 και HIV2.....	σελ.18
2.1.2 Ο κύκλος ζωής του HIV.....	σελ.19
2.2 Πορεία της λοίμωξης.....	σελ.19
2.3 Κλινική εικόνα του HIV/AIDS.....	σελ.21
2.4 Διάγνωση της λοίμωξης HIV.....	σελ.22
2.5 Θεραπεία της λοίμωξης HIV.....	σελ.23
<u>3ο Κεφάλαιο</u>	
3.1 Πορεία της νόσου.....	σελ.24
3.2 Σταδιοποίηση της HIV λοίμωξης.....	σελ.29
<u>4ο Κεφάλαιο</u>	
4.1 Ο επαγγελματικός κίνδυνος του Νοσηλευτή.....	σελ.31
4.1.1 Προφυλάξεις κατά την άσκηση του επαγγέλματος.....	σελ.31
4.1.2 Προφυλάξεις ύστερα από την έκθεση στον ιό HIV.....	σελ.33
<u>5ο Κεφάλαιο</u>	
5.1 Τρόποι μετάδοσης.....	σελ.34
5.2 Σεξουαλική μετάδοση.....	σελ.34
5.3 Παρεντερική μετάδοση.....	σελ.35
5.4 Περιγεννητική μετάδοση.....	σελ.37
5.5 Ποσοστά κινδύνου μετάδοσης του HIV.....	σελ.38
5.6 Τρόποι με τους οποίους δεν μεταδίδεται ο ιός.....	σελ.39

6ο Κεφάλαιο

6.1 Εργαστηριακή διερεύνηση της HIV λοίμωξης.....σελ.40	σελ.40
6.2 Η ανίχνευση των αντισωμάτων.....σελ.40	σελ.40
6.3 Ορολογικές δοκιμασίες.....σελ.41	σελ.41
6.4 Έλεγχος ποιότητας.....σελ.43	σελ.43
6.5 Δυνητικά προβλήματα.....σελ.43	σελ.43
6.6 Ανίχνευση του HIV.....σελ.44	σελ.44
6.7 Διάγνωση σε ειδικές καταστάσεις.....σελ.45	σελ.45

7ο Κεφάλαιο

7.1 Θεραπεία της HIV λοίμωξης και του AIDS αναλυτικά.....σελ.46	σελ.46
7.2 Στόχοι της αντιρετροϊκής θεραπείας.....σελ.47	σελ.47
7.3 Αντιρετροϊκά φάρμακα.....σελ.47	σελ.47
7.4 Παρακολούθηση των ασθενών.....σελ.50	σελ.50
7.5 Πότε χορηγούμε φάρμακα.....σελ.51	σελ.51
7.6 Προβλήματα αντιρετροϊκής αγωγής.....σελ.52	σελ.52

ΜΕΡΟΣ 2ο

1ο Κεφάλαιο

1.1 Αγωγή υγείας στη κοινότητα.....σελ.57	σελ.57
---	--------

2ο Κεφάλαιο

2.1 Προληπτική νοσηλευτική παρέμβαση και συμβουλευτική.....σελ.59	σελ.59
---	--------

3ο Κεφάλαιο

3.1 Μέτρα πρόληψης για την HIV λοίμωξη.....σελ.63	σελ.63
---	--------

4ο Κεφάλαιο

4.1 Η έννοια της σεξουαλικότητας.....σελ.66	σελ.66
4.2 Σεξουαλική υγεία.....σελ.66	σελ.66
4.3 Πρόληψη της σεξουαλικής μετάδοσης της HIV λοίμωξης.....σελ.67	σελ.67
4.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη πρόληψη της μετάδοσης της HIV λοίμωξης....σελ.68	σελ.68
4.5 Ενημέρωση των ερωτικών συντρόφων.....σελ.70	σελ.70
4.6 Προφυλακτικά και σπερματοκτόνα.....σελ.71	σελ.71

5ο Κεφάλαιο

5.1 Αγωγή υγείας στα σχολεία για την πρόληψη της HIV λοίμωξης.....σελ.72	σελ.72
5.2 Σκοποί σχολικού προγράμματος αγωγής υγείας για το AIDS.....σελ.74	σελ.74
5.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη σεξουαλική αγωγή των νέων.....σελ.74	σελ.74

6ο Κεφάλαιο

6.1 Πρόληψη της περιγεννητικής μετάδοσης και ο ρόλος του νοσηλευτή.....σελ.76	σελ.76
---	--------

6.2 Πρόληψη με προσυμπτωματικό έλεγχο.....σελ.79

7ο Κεφάλαιο

7.1 Πρόληψη μετάδοσης στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών.....σελ.80

7.2 Μέτρα πρόληψης στη χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών.....σελ.81

7.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη προώθηση ασφαλούς χρήσης ναρκωτικών....σελ.83

8ο Κεφάλαιο

8.1 Πρόληψη της μετάδοσης με μολυσμένο αίμα και παράγωγα του πλάσματος.....σελ.84

9ο Κεφάλαιο

9.1 Πρόληψη μετάδοσης σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.....σελ.85

10ο Κεφάλαιο

10.1 Νοσηλευτική διεργασία σε ασθενείς με HIV-AIDS.....σελ.87

Περίληψη.....σελ.93

Βιβλιογραφία.....σελ.94

Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους μας βοήθησαν για τη διεκπαιρέωση αυτής της εργασίας, καθώς επίσης και την καθηγήτριά μας κα Μπατσολάκη για τις πολύτιμες συμβουλές και γνώσεις που μας μετέδωσε τόσο κατά τη διάρκεια των σεμιναρίων όσο και κατά τη διάρκεια ετοιμασίας αυτής.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αφορμή για την εκπόνηση της εργασίας αυτής αποτέλεσε το γεγονός ότι το σύνδρομο της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας-AIDS, έχει αναμφισβήτητα, προκαλέσει την μεγαλύτερη επίπτωση στην ανθρωπότητα, τόσο στη φυσική κατάσταση και σωματική υγεία, όσο και στην ψυχολογία και τις συμπεριφορές.

Το AIDS μας αφορά όλους. Δεν κάνει καμμία διάκριση. Εξελίσσεται με ραγδαίο ρυθμό και πλήττει ανθρώπους ανεξαρτήτου ηλικίας, φύλου, κοινωνικού υπόβαθρου και σεξουαλικών προτιμήσεων.

Εμείς θα μελετήσουμε τον τρόπο εξέλιξης της λοίμωξης HIV στις διάφορες ομάδες του πληθυσμού, γιατί είναι πραγματικά εντυπωσιακά τα συνεχώς αυξανόμενα ποσοστά της συγκεκριμένης ασθένειας.

Ενώ όλο και περισσότερα άτομα προσβάλλονται από την ασθένεια του HIV, τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις που τη συνοδεύουν διαμορφώνουν ένα κοινωνικό στίγμα που εμποδίζει τους φορείς –ασθενείς από το να ζητήσουν βοήθεια.

Όμως τι είναι η ασθένεια του HIV; Πώς εξελίχθηκε με το πέρασμα των χρόνων; Πώς μεταδίδεται και πώς μπορεί να αντιμετωπιστεί σήμερα; Σκοπός της εργασίας είναι να αποσαφηνίσει όσο το δυνατόν καλύτερα αυτά και άλλα ερωτήματα.

Όσο η διασπορά της επιδημίας της λοίμωξης από HIV και του AIDS θα συνεχίζεται, όλο

και περισσότεροι άνθρωποι θα έρχονται αντιμέτωποι με το γεγονός ότι οι ίδιοι, ή κάποιος δικός τους, μολύνθηκαν. Το γεγονός αυτό μπορεί να προκαλέσει σοβαρές ψυχοκοινωνικές συνέπειες και αντιδράσεις φόβου, ενοχής, καταπίεσης, άρνησης ακόμη και τάσεις αυτοκτονίας.

Για να αντιμετωπιστούν αυτές οι αντιδράσεις οι άνθρωποι χρειάζονται πρακτική και ψυχολογική υποστήριξη και κατανόηση, μαζί με ορθή πληροφόρηση για τις επιπτώσεις από τη λοίμωξη και ειδικά για ρεαλιστικούς τρόπους αποφυγής της ευρύτερης μετάδοσης του HIV.

Βασική λοιπόν μέριμνα της εργασίας είναι να αναδείξει το σημαντικό ρόλο που έχουν οι *Νοσηλεύτες* στην *αντιμετώπιση* και κυρίως την *πρόληψη* του AIDS μέσα από την *νοσηλευτική παρέμβαση* και την ενημέρωση του πληθυσμού.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, γνωστό ως AIDS, προκαλείται από τον HIV (Human Immunodeficiency Virus), δηλαδή τον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου. Ο ιός αυτός προσβάλλει τα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος που προστατεύει τον οργανισμό μας από τις λοιμώξεις.

Δεν είναι γνωστό πότε ακριβώς εμφανίστηκε το AIDS. Η διασπορά της HIV-λοίμωξης άρχισε πιθανότατα στη δεκαετία του 1970, ωστόσο μερικοί επιστήμονες πιστεύουν ότι εμφανίστηκε κάποια στιγμή ανάμεσα στο 1926 και στο 1946, ενώ υπάρχουν και εκείνοι που πιστεύουν ότι είχε μεταπηδήσει από τους χιμπατζήδες στους ανθρώπους ήδη από το 1675.

Στα μέσα του 1981 έγινε η πρώτη επίσημη ανακοίνωση για τη νόσο από το κέντρο ελέγχου λοιμωδών νόσων των ΗΠΑ-CDC, ενώ το 1982 προσδιορίζονται οι τρεις τρόποι μετάδοσης του συνδρόμου. Η μετάγγιση αίματος, η περιγεννητική μετάδοση, η σεξουαλική επαφή και η επαφή με μολυσμένα από τον ιό υγρά του ανθρώπινου σώματος ενοχοποιούνται για την μετάδοση της HIV-λοίμωξης.

Η ραγδαία μετάδοση της λοίμωξης και η γνώση των τρόπων μετάδοσης κινητοποιεί όλα τα έθνη να πάρουν όσο το δυνατόν πιο γρήγορα μέτρα πρόληψης της λοίμωξης, αλλά και αντιμετώπισης της.

Στην Αφρική και συγκεκριμένα στην Ουγκάντα, δημιουργείται η πρώτη οργάνωση (TASO) που βοηθά τους πάσχοντες από τη θανατηφόρο νόσο. Γίνεται το πρότυπο για ανάλογες δράσεις σε ολόκληρο τον κόσμο. Ιδρύεται το Διεθνές Συμβούλιο των

Οργανώσεων για το AIDS (ICASO) και το παγκόσμιο δίκτυο των ασθενών και των φορέων του AIDS . Το Φεβρουάριο του 1987 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization-WHO) καθιερώνει το Ειδικό Πρόγραμμα για το AIDS, που αργότερα θα γίνει το Παγκόσμιο Πρόγραμμα για το AIDS.

Μέχρι στιγμής έχουν αναγνωρισθεί δύο είδη του ιού HIV, ο HIV-1 και ο HIV-2. Ο HIV-1 είναι αυτός που ευθύνεται για τη μεγάλη πλειοψηφία των μολύνσεων παγκόσμια και αυτός με τις περισσότερες μεταλλάξεις και υπότυπους. Ο HIV-2 τείνει να μεταδίδεται σχετικά δυσκολότερα και η εξέλιξη της νόσου είναι πιο αργή.

Όταν κάποιος είναι «οροθετικός», σημαίνει ότι έχει μολυνθεί από τον HIV και μπορεί να τον μεταδώσει σε τρίτους .Μερικές εβδομάδες μετά τη μόλυνση από τον ιό το σώμα αρχίζει να παράγει αντισώματα κατά του HIV. Αυτά είναι δυνατόν να εντοπιστούν με τη βοήθεια μιας ειδικής διαγνωστικής εξέτασης, η οποία δείχνει αν κάποιος είναι οροθετικός ή όχι. Η ανίχνευση αντισωμάτων έναντι του HIV απαιτεί την χρησιμοποίηση τουλάχιστον δύο διαφορετικών μεθόδων (screening test) και μίας επιβεβαιωτικής δοκιμασίας. Οι περισσότερες δοκιμασίες διαλογής βασίζονται στην ανοσοενζυμική μέθοδο ELISA.Για την επιβεβαίωση των αντισωμάτων που ανιχνεύονται με τη μέθοδο ELISA, χρειάζεται μία δεύτερη μέθοδος για την επιβεβαίωση της HIV λοίμωξης. Η πιο κοινή μέθοδος που χρησιμοποιείται είναι η τεχνική Western blot. Η έγκαιρη διάγνωση της HIV λοίμωξης απέκτησε σήμερα τεράστια θεραπευτική σημασία .

Το κλινικό φάσμα της HIV λοίμωξης περιλαμβάνει 4 στάδια :

- 1)Την πρωτολοίμωξη .
- 2)Την ασυμπτωματική λοίμωξη .
- 3)Την πρώιμη συμπτωματική λοίμωξη .
- 4)Την βαθειά ανοσοκαταστολή με την ανάπτυξη καιροσκοπικών λοιμώξεων και νεοπλασιών.

Η αναγνώριση του HIV οδήγησε ταχέως στην ολοένα μεγαλύτερη κατανόηση της μοριακής του δομής , η οποία έθεσε τις βάσεις για την ανάπτυξη της αντιρετροϊκής θεραπείας.

Το 1982 περιγράφονται και οι πρώτες περιπτώσεις παιδιών με AIDS. Η μόλυνση από τον ιό γίνεται κυρίως κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, κατά την διάρκεια του τοκετού ή μεταγενέστερα (π.χ κατά τον θηλασμό). Σε ορισμένα παιδιά επίσης η μετάδοση του ιού έγινε από μολυσμένο αίμα.

Τα επιδημιολογικά στοιχεία παίζουν σημαντικό ρόλο στον έλεγχο εξάπλωσης και ελέγχου της HIV- λοίμωξης .

Σε κάθε περιοχή και χώρα, η ανάγκη για την πρόληψη του HIV/AIDS και τη λήψη μέτρων

ελέγχου έχει θεωρηθεί υψίστης σημασίας για τις αρχές δημόσιας υγείας. Ο χαρακτήρας και το περιεχόμενο της πρόληψης και των προγραμμάτων ελέγχου θα εξαρτηθούν από την τοπική φύση, το μέγεθος και την κατανομή της επιδημίας .

Η αγωγή υγείας είναι το στοιχείο-κλειδί στις προσπάθειες αναχαίτισης της εξάπλωσης του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας. Η χρησιμοποίηση της ενημέρωσης και της εκπαίδευσης προκειμένου να επηρεασθεί η συμπεριφορά ομάδων και ατόμων παραμένει το μοναδικό και ουσιαστικότερο στοιχείο των εθνικών προγραμμάτων πρόληψης και ελέγχου του AIDS.

Σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της υγείας διαδραματίζει η πρόληψη, η έγκαιρη αναγνώριση, η παρέμβαση και η αντιμετώπιση περιορίζοντας τις ατομικές, οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες.

Δραστικό ρόλο παίζει το νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο λόγω της θέσης κλειδί που έχει να εργάζεται σε ποικίλους τομείς στην κοινότητα μπορεί πιο εύκολα να ενημερώσει τον πλυθησμό και να διαγνώσει εγκαίρως τα συμπτώματα αν κάποιος νοσήσει.

Η αγωγή υγείας στα σχολεία για τη μετάδοση του ιού, η σωστή ενημέρωση των σεξουαλικών συντρόφων, λήψη μέτρων για την αποφυγή μετάδοσης στους χρήστες ναρκωτικών ουσιών και η ενημέρωση των γυναικών για την περιγεννητική μετάδοση είναι κάποια από τα μέτρα στα οποία παίζει πρωταρχικό ρόλο η συμβολή του νοσηλευτή. Εν τούτοις , ένα άρτια εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να γνωρίζει και τους τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής μετάδοσης.

Το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να παρέχει κάθε μορφή υποστήριξης ενίσχυσης και προστασίας των ασθενών και των οικογενειών τους.

Μεγάλη βαρύτητα δίνεται στο γεγονός ότι προκειμένου οι νοσηλευτές να μπορούν να παρέχουν ένα πλήρες υποστηρικτικό και προληπτικό πρόγραμμα στον πλυθησμό της κοινότητας έτσι ώστε να καταπολεμήσουν τις διακρίσεις σε βάρος των ασθενών του HIV και να αρθούν οι προκαταλήψεις πρέπει συνεχώς να εκπαιδεύονται.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

1ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

1.1 Ορισμός της HIV-λοίμωξης/AIDS

Το **Aids** είναι η συντομογραφία του **Aquired Immunodeficiency Syndrome**, όπου στα ελληνικά μεταφράζεται ως **Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας** και προκαλείται από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας **HIV(Human Immunodeficiency Virus)**. Ο **HIV** καταστρέφει προοδευτικά την ικανότητα του σώματος να καταπολεμά τις λοιμώξεις και ορισμένους καρκίνους, προκαλώντας βλάβες στα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος ή και σκοτώνοντάς τα. Άτομα που έχουν διαγνωσθεί με **AIDS** είναι ευαίσθητα σε νόσους απειλητικές για τη ζωή που ονομάζονται ευκαιριακές λοιμώξεις και προκαλούνται από μικρόβια ρωποί με υγιές ανοσοποιητικό σύστημα^{1,2}.

1.2 Ιστορική αναδρομή

Πρώτα κρούσματα

Δεν είναι γνωστό πότε ακριβώς εμφανίστηκε το AIDS. Μερικοί επιστήμονες πιστεύουν ότι εμφανίστηκε κάποια στιγμή ανάμεσα στο 1926 και στο 1946, ενώ υπάρχουν και εκείνοι που πιστεύουν ότι είχε μεταπηδήσει από τους χιμπατζήδες στους ανθρώπους ήδη από το 1675³.

Η λοίμωξη HIV άρχισε να παίρνει τη μορφή επιδημίας στην Κεντρική Αφρική στις αρχές

της δεκαετίας του '70. Το AIDS εξαπλώθηκε ραγδαία στο Ζαΐρ, την Ουγκάντα και άλλα κράτη της Κεντρικής Αφρικής. Από την Αφρική, η ασθένεια φαίνεται ότι εξαπλώθηκε αργά στην Ευρώπη και στην Αϊτή και στις Η.Π.Α .Ο πρώτος βεβαιωμένος θάνατος από Aids σημειώθηκε στα 1959 στην Αφρική(διαγνώστηκε αναδρομικά με εξέταση ιστών του θύματος),ενώ υπάρχει και ένας που υποστηρίζεται ότι προκλήθηκε από την ίδια νόσο την ίδια χρονιά στην Αγγλία.

Ακολούθησαν σποραδικοί θάνατοι στην Αφρική και τη Νορβηγία ,όμως η μικρή συχνότητα δεν προκάλεσε ενδιαφέρον για περαιτέρω μελέτη. Γύρω στα τέλη της δεκαετίας του '60, ο ιός πέρασε στην Αϊτή κι από εκεί στις Ηνωμένες Πολιτείες^{2,4,5}.

Στα μέσα του 1981 έγινε η πρώτη επίσημη ανακοίνωση για τη νόσο από το κέντρο ελέγχου λοιμωδών νόσων των ΗΠΑ-CDC,

όπου ανέφερε 5 περιστατικά πνευμονίας από *Pneumocystis carinii* σε νέους ομοφυλόφιλους άνδρες .Την ανακοίνωση ακολούθησαν 26 ακόμα περιπτώσεις σαρκώματος Kaposi σε ομοφυλόφιλους στη Νέα Υόρκη, το Λος Άντζελες και την Καλιφόρνια καθώς και άλλων ευκαιριακών λοιμώξεων⁶.

Ακόμη δεν έχει δοθεί πλήρης εξήγηση στο φαινόμενο της έντονης εξάπλωσης της επιδημίας στην εποχή μας. Οι εκδοχές που υπάρχουν είναι κυρίως τρεις:

α. Η εκδοχή της μετάλλαξης που είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της παθογόνου δράσης του ιού, είναι μάλλον απίθανη.

β. Η εκδοχή της παρασκευής του ιού από τον άνθρωπο αποκλείεται, καθώς η τεχνολογία που θα απαιτούσε ένα τέτοιο εγχείρημα δεν είχε ακόμη ανακαλυφθεί.

γ. Η πιθανότερη εκδοχή είναι ότι οι HIV υπήρχαν στη φύση από πολύ παλιά και μόνο η ευρεία διασπορά τους είναι καινούρια⁷.

Ο νέος ιός

Λόγω του αρχικού περιορισμού της λοίμωξης στην πληθυσμιακή ομάδα των ομοφυλόφιλων ,το Aids χαρακτηρίστηκε ως η περίεργη «νόσος των ομοφυλόφιλων».Σύντομα όμως έγινε αντιληπτό ότι η καινούργια ασθένεια έπληττε και άλλες πληθυσμιακές ομάδες ,όπως οι ετεροφυλόφιλοι χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών και οι ερωτικοί τους σύντροφοι ,οι λήπτες αίματος και παραγώγων του^{5,8}.

Ο συνδυασμός επιδημιολογικών δεδομένων ,πτώσης του απόλυτου αριθμού και του ποσοστού των CD4+ T-λεμφοκυττάρων ,ανοσοκαταστολής και ισχυρής υποψίας για

λοιμώδη αιτιολογία ,οδήγησε στην υπόθεση της ύπαρξης ενός ,άγνωστου μέχρι τότε ,ανθρώπινου ρετροϊού⁸.

Τον Μάιο του 1983 ,πρώτος ο Γάλλος Luc Montagnier και οι συνεργάτες του ,ανέφεραν την απομόνωση ρετροϊού από λεμφαδένα ομοφυλόφιλου ,τον οποίο ονόμασαν LAV(Lymphadenopathy Associated Virus).Λίγο αργότερα τα ορολογικά δεδομένα και το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο απέδειξαν την κοινή ταυτότητα των ιών LAV και HTLV-III (ρετροϊός που ανήκε στην οικογένεια των ιών HTLV πρόσφατα απομονωμένος)^{9,2}.

Η αναγνώριση του HIV οδήγησε ταχέως στην ανακάλυψη διαγνωστικών δοκιμασιών και στην ολοένα και μεγαλύτερη κατανόηση της μοριακής του δομής , η οποία έθεσε τις βάσεις για την ανάπτυξη της αντιρετροϊκής θεραπείας⁸.

Το 1985 αναφέρεται τουλάχιστον μια περίπτωση HIV/AIDS σε κάθε περιοχή του κόσμου ,ενώ το 1986 απομονώθηκε στη Δ.Αφρική από ασθενείς με Aids και ο ιός HIV-2.Είναι ένα δεύτερο είδος του ιού HIV,ο οποίος είναι προγενέστερος του HIV-1 και εντοπίζεται σχεδόν αποκλειστικά στη Δυτική Αφρική. Μεταδίδεται σχετικά δυσκολότερα σε σχέση με το άλλος είδος ,ενώ η εξέλιξη της νόσου είναι πιο αργή^{2,8,5}.

Το χρονικό του ιού και η κινητοποίηση των εθνών

1926-1946: Μερικοί επιστήμονες πιστεύουν ότι ο HIV μεταδόθηκε στους ανθρώπους από τους πιθήκους στο διάστημα 1926-1946.Οι πρόσφατες έρευνες καταδεικνύουν ότι ο HIV είχε πιθανότατα μεταπηδήσει από τους χιμπατζήδες στους ανθρώπους ήδη το 1675.Όμως, μέχρι το1930 δεν είχε αποκτήσει πανδημικό χαρακτήρα στην Αφρική³.

1959: Σημειώθηκε ο πρώτος αποδεδειγμένος από τους ερευνητές θάνατος από aids. Πρόκειται για το θάνατο ενός άνδρα στη χώρα που σήμερα ονομάζεται Κονγκό . Το 1983, μια ομάδα Βρετανών ερευνητών ανακοίνωσε ότι ένας ναύτης από το Manchester πέθανε το 1959 με συμπτώματα AIDS . Η καλλιέργεια ιστών του έδειξε την ύπαρξη HIV^{10,11,12}.

1978: Ομοφυλόφιλοι άνδρες στις Η.Π.Α και στη Σουηδία και ετεροφυλόφιλοι στην Τανζανία και στην Αϊτή, εμφανίζουν συμπτώματα της ασθένειας που αργότερα θα ονομαστεί AIDS.

1981: Στις Η.Π.Α. οι ερευνητές του C.D.C. (Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών/Center for Disease Control) διαπίστωσαν μια ανησυχητικά μεγάλη συχνότητα μιας σπάνιας μορφής καρκίνου που ονομάζεται αγγειοσαρκωμάτωση (Kaposi's sarcoma) σε ομοφυλόφιλους άνδρες που ήταν κατά τα άλλα υγιείς. Αρχικά ονόμασαν την ασθένεια Καρκίνο των Ομοφυλοφίλων (Gay Cancer) αλλά γρήγορα τη μετονόμασαν σε GRID [Gay Related Immune Deficiency]. Ο Michael Gottlieb, στο Λος Άντζελες, περιέγραψε τα πρώτα περιστατικά AIDS σε ομοφιλόφιλους^{4,7}.

1982: Στις Η.Π.Α, οι ερευνητές του Κέντρου Ελέγχου Ασθενειών (C.D.C/Center for Disease Control/Κέντρο Ελέγχου Νόσων) συνέδεσαν την ασθένεια με το αίμα. Χρησιμοποιείται για πρώτη φορά ο όρος AIDS.

1983: Το Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών των Η.Π.Α προειδοποίησε τις τράπεζες αίματος για ένα πιθανό πρόβλημα με τις προμήθειες αίματος. Στο Ινστιτούτο Παστέρ (Institut Pasteur), στη Γαλλία, οι ερευνητές απομονώνουν τον HIV⁷.

1984: Ο Gaetan Dugas, χαρακτηρίζεται ως ο ασθενής μηδέν (patient zero) στις Η.Π.Α⁴.

1985: Στις Η.Π.Α η F.D.A(Food and Drug Administration) εγκρίνει το πρώτο τεστ αντισωμάτων. Ξεκινάει στις Η.Π.Α και στην Ιαπωνία ο έλεγχος των προϊόντων αίματος. Πραγματοποιήθηκε η πρώτη Διεθνής Συνδιάσκεψη για το AIDS στη Ατλάντα των Η.Π.Α⁵.

1986: Ξεκίνησε και στη Σουηδία ο έλεγχος των προϊόντων αίματος. Ανακαλύφθηκε στο Ινστιτούτο Παστέρ, ο HIV2⁷.

1987: Στην Αφρική και συγκεκριμένα στην Ουγκάντα ,δημιουργείται η πρώτη οργάνωση που βοηθά τους πάσχοντες από AIDS (The AIDS Support Organization ή TASO) .Γίνεται

το πρότυπο για ανάλογες δράσεις σε ολόκληρο τον κόσμο .

Ιδρύεται το Διεθνές Συμβούλιο των Οργανώσεων για το AIDS (ICASO) και το παγκόσμιο δίκτυο των ασθενών και των φορέων του AIDS ⁵.

Στις 28 Σεπτεμβρίου εγκρίθηκε στις Η.Π.Α το πρώτο αντί-HIV φάρμακο. Πρόκειται για το πασίγνωστο πλέον AZT (αζιθοθυμιδίνη) της εταιρείας Glaxo Wellcome¹³.

Εγκρίθηκε στις Η.Π.Α το πρώτο διαγνωστικό τεστ, το οποίο ανιχνεύει την παρουσία του HIV-1 εντοπίζοντας κατευθείαν τις πρωτεΐνες ή τα αντιγόνα του ιού¹³.

Ο Καναδάς σταμάτησε τη διανομή μολυσμένου αίματος.

Οι Η.Π.Α έκλεισαν τα σύνορά τους για τους προσβεβλημένους από τον ιό μετανάστες και τουρίστες¹³.

Η Πρώτη Δεκεμβρίου καθιερώθηκε ως Παγκοσμια Ημέρα κατά του AIDS (World Aids Day) ,με απόφαση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας(WHO-World Health Organization) και στη συνέχεια της Γενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ¹⁴.

1988: Υπουργοί Υγείας από όλο τον κόσμο ,συναντιούνται για πρώτη φορά στο Λονδίνο ,για να συζητήσουν την επιδημία του AIDS⁵.

1991-1993: Η εμφάνιση του AIDS σε έγκυες γυναίκες ,αρχίζει να μειώνεται στην Ουγκάντα .Είναι το πρώτο «χτύπημα» στον ιό ,σε μια ελάχιστα αναπτυγμένη χώρα .Η επιτυχία οφείλεται στην εθνική κινητοποίηση κατά της επιδημίας .Εγκρίνονται 2 νέα φάρμακα για την θεραπεία του AIDS ,ενώ άλλα 10 βρίσκονται σε εξέλιξη⁵.

1994: Οι επιστήμονες δημιουργούν την πρώτη προληπτική θεραπεία για να μειώσουν τη μεταφορά του ιού από την μητέρα στο παιδί ,κατά την διάρκεια του τοκετού⁵.

1995: Παρουσιάζεται το πρώτο κρούσμα του AIDS στην Ανατολική Ευρώπη σε ναρκομανείς⁵.

1996: Δημιουργείται το Πρόγραμμα για το AIDS των Ηνωμένων Εθνών (Joint United Nations Program on HIV/AIDS-UNAIDS) .Στοιχεία της δύναμης της θεραπείας της HAART

(Highly Active Antiretroviral Therapy) παρουσιάζονται για πρώτη φορά .Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι συγχορηγήσεις αντιικών σκευασμάτων είναι αποτελεσματικότερες από τις μονοθεραπείες^{5,7}.

1997: Η Βραζιλία γίνεται η πρώτη χώρα που χορηγεί την θεραπεία HAART ,μέσα από το δημόσιο σύστημα υγείας. Εγκρίνεται στην Αμερική η διεξαγωγή σε ανθρώπους του πρώτου πειράματος με εμβόλια κατά του AIDS ⁵.

1998: Υπολογίζεται ότι κάθε λεπτό πέντε νέοι ηλικίας 10-20 χρονών μολύνονται από τον ιό. Αρχίζει η ενημέρωση του κοινού ,για την αποτροπή της μεταφοράς του AIDS από την μητέρα στο παιδί ,κατά την διάρκεια του τοκετού⁵.

1999: Η πρώτη δοκιμή ενός πιθανού εμβολίου κατά του AIDS σε ελάχιστα αναπτυγμένη χώρα γίνεται στην Ταϊλάνδη⁵.

2000: Το Συμβούλιο Ασφαλείας του Ο.Η.Ε συζητά για το AIDS για πρώτη φορά⁵.

23 έως 27 Ιουνίου 2001: Ειδική Σύνοδος της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε για τον ιό του AIDS στην Νέα Υόρκη⁵.

Πραγματοποιείται το Σεπτέμβριο στη Φιλαδέλφεια, διάσκεψη με θέμα τα εμβόλια κατά του AIDS (AIDS Vaccine 2001). Με 20 διαφορετικά πρότυπα εμβολίων να δοκιμάζονται αυτή τη στιγμή και πολύ περισσότερα να αναμένονται, οι επιστήμονες είναι για πρώτη αισιόδοξοι και πιστεύουν ότι θα βρουν σύντομα το κατάλληλο εμβόλιο που θα σταματά την καταστροφική δράση του ιού ακόμα κι αν δεν καταφέρει να προφυλάξει τον οργανισμό από τη μόλυνση¹⁵.

Κινητοποίηση του Ελληνικού κράτους για την αντιμετώπιση εξάπλωσης του ιού

1983: Στην Ελλάδα το πρώτο κρούσμα της λοίμωξης HIV διαγνώσθηκε τον Οκτώβριο του 1983 και ήταν ένας φοιτητής από τη Ζάμπια¹⁶.

Ιδρύεται η **Εθνική Επιτροπή AIDS** όπου είχε σκοπό «την επιδημιολογική διερεύνηση του AIDS ,τη μελέτη και έρευνα του θέματος από κάθε πλευρά ,το συντονισμό των ενεργειών ,την εισήγηση για τη λήψη μέτρων ,την υπόδειξη για την οργάνωση υπηρεσιών επαγρύπνησης και τη διαφώτιση του πληθυσμού».Ο ρόλος της την εποχή εκείνη ήταν κυρίως συμβουλευτικός²⁰.

Συγχρόνως την ίδια περίοδο έγινε υποχρεωτική η ανώνυμη δήλωση των κρουσμάτων AIDS και ο αποκλεισμός από την αιμοδοσία των ομάδων υψηλού κινδύνου²⁰.

1985-1987: Ιδρύονται κέντρα για τη εργαστηριακή επιβεβαίωση της λοίμωξης από τον ιό.

- Ø Υγειονομική Σχολή Αθηνών
- Ø Μικροβιολογικό εργαστήριο Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
- Ø Νοσοκομείο Ανδρέας Συγγρός
- Ø Εργαστήριο Υγιεινής του Πανεπιστημίου Πάτρας
- Ø Εργαστήριο Ιατρικού τμήματος Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
- Ø Εργαστήριο Ιατρικής Πανεπιστημίου Ηρακλείου

Στη συνέχεια ιδρύθηκε το **Κέντρο Ελέγχου Λοιμωδών Νοσημάτων (Κ.Ε.Λ.Ν)** στο οποίο ανατέθηκε ο έλεγχος αλλά και η παρακολούθηση ,η παροχή οδηγιών,η παροχή οδηγιών και η κοινωνικοψυχολογική υποστήριξη φορέων και ασθενών²⁰.

Η απομόνωση του HIV και η ανάπτυξη μεθόδων εργαστηριακής διάγνωσης επέβαλαν την εφαρμογή **υποχρεωτικού ελέγχου** για αντισώματα προς τον HIV όλων των αιμοδοτών **και άλλων ειδικών ομάδων του πληθυσμού** καθώς και για την προσφορά δωρεάν ελέγχου των ομάδων υψηλού κινδύνου επί εθελοντικής βάσεως και με εξασφάλιση του ιατρικού απορρήτου και πάσης εμπιστευτικότητας²⁰.

Με την πάροδο του χρόνου τα διάφορα Νομαρχιακά Νοσοκομεία του Λεκανοπεδίου Αττικής ιδιαίτερα ,αλλά και των Επαρχιακών Πόλεων ,άρχισαν να αναπτύσσουν την κατάλληλη υποδομή για την παρακολούθηση των ασθενών με AIDS αλλά και των φορέων με AIDS²⁰.

Παράλληλα η Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας σε συνεργασία με την **Εθνική Επιτροπή AIDS** και το **Κέντρο Αναφοράς AIDS (ΕΣΔΥ)** άρχισε να διοργανώνει συναντήσεις εργασίας και ημερίδες για την εκπαίδευση του Υγειονομικού προσωπικού ,αλλά και άλλων επαγγελματιών που μπορεί να συμβάλουν στην πρόληψη της διασποράς του AIDS . Ειδικά σεμινάρια έγιναν για τους γιατρούς των

αιμοδοσιών, νομιάτρους ,οδοντιάτρους ,αγροτικούς γιατρούς τουριστικών περιοχών ,γιατρούς κλινικών ειδικοτήτων και χειρουργικής ως και αισθητικούς²⁰.

2ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

2.1 Περιγραφή του HIV

Ο ιός του HIV ανήκει σε μια κατηγορία ιών που ονομάζονται ρετροϊοί, οι οποίοι περιέχουν κύτταρα τα οποία συντίθενται από μόρια ριβονουκλεϊκού οξέως (RNA). Τα ανθρώπινα γονίδια, των περισσότερων οργανισμών, συντίθενται από μόρια δεσοξυριβονου-κλεϊκού οξέως (DNA). Όλοι οι ιοί, έτσι και ο HIV μπορεί να αντιγραφεί μόνο μέσα στα κύτταρα, ενεργοποιώντας το μηχανισμό αναπαραγωγής του. Η ουσιαστική διαφορά των ρετροϊών από τους ιούς έγκειται στην ιδιότητά τους να περιέχουν ένα ειδικό ένζυμο, την αντιστροφμεταγραφάση (reverse transcriptase) η οποία τους επιτρέπει αμέσως μόλις εισβάλλουν στο κύτταρο να μετατρέψουν το RNA τους σε DNA το οποίο μπορεί να ενσωματωθεί πλέον στο κύτταρο-ξενιστή. Με τη μορφή αυτή, το DNA του ιού (προ-ιικό DNA) παραμένει «σιωπηλό» για μήνες και για χρόνια στα κύτταρα του ανθρώπινου οργανισμού, ως «προϊός».²¹

Ο HIV ανήκει σε μια υποκατηγορία ρετροϊών που ονομάζονται «αργοί ιοί». Η πορεία της λοίμωξης που προκαλούν αυτοί οι ιοί χαρακτηρίζεται από τη μεσολάβηση του μεγάλου χρονικού διαστήματος, ανάμεσα στην αρχική προσβολή και στην εμφάνιση σοβαρών συμπτωμάτων ή αλλιώς από τη μακριά περίοδο επώασης πριν από την εμφάνιση της ασθένειας.

Ο HIV μολύνει, δηλαδή ενσωματώνεται δια βίου στο γενετικό υλικό, τα κύτταρα με CD4 υποδοχείς, δηλαδή τα T4 λεμφοκύτταρα , τα μονοκύτταρα-μακροφάγα, τα κύτταρα του Langerhans και την ομάδα νευρογλοιακών κυττάρων του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και του νωτιαίου μυελού. Κατά τη διάρκεια της τυπικής εξέλιξης της λοίμωξης, τα T-

βοηθητικά κύτταρα (T-helper cells), τα οποία έχουν υποδοχείς κύτταρα CD4 (Cluster Destination 4), αδρανοποιούνται και καταστρέφονται. Τα κύτταρα αυτά είναι ζωτικής σημασίας για την ανοσολογική αντίδραση του οργανισμού καθώς δίνουν σήμα σε άλλα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος να διαδραματίσουν τις ιδιαίτερες λειτουργίες της. Ένα υγιές άτομο συνήθως έχει 800 έως 1200 CD4+ κύτταρα ανά κυβικό χιλιοστό (mm) αίματος. Κατά τη διάρκεια της λοίμωξης HIV, ο αριθμός αυτών των κυττάρων στο αίμα του προσβεβλημένου ατόμου μειώνεται προοδευτικά. Όταν ο αριθμός πέσει κάτω από 200 ανά κυβικό χιλιοστό, ο άνθρωπος γίνεται ιδιαίτερα ευάλωτος σε ευκαιριακές λοιμώξεις και καρκίνους που χαρακτηρίζουν το AIDS, το τελικό στάδιο της νόσου HIV. Οι άνθρωποι με AIDS συχνά υποφέρουν από λοιμώξεις στο έντερο, στους πνεύμονες, στον εγκέφαλο, στα μάτια και σε άλλα όργανα καθώς επίσης υποφέρουν και από εξουθενωτική απώλεια βάρους, διάρροια, νευρολογικές διαταραχές και καρκίνους (Kaposi sarcoma).^{22,23}

Οι περισσότεροι επιστήμονες πιστεύουν ότι ο HIV προκαλεί το AIDS εξωλοθρεύοντας κατευθείαν τα CD4+ κύτταρα και δίνοντας ερεθίσματα με παθολογική βάση για την έναρξη άλλων συμβάντων τα οποία εξασθενούν την λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος του οργανισμού.²⁴

2.1.1 Προέλευση των ιών HIV1 και HIV2

Δύο ξεχωριστοί τύποι του HIV έχουν εντοπισθεί μέχρι σήμερα. Ο HIV1 είναι ο ιός που ευθύνεται κατά κύριο λόγο για την παγκόσμια επιδημία του AIDS. Το γενετικό υλικό του είναι σημαντικά διαφορετικό από εκείνο του HIV2, έτσι είναι δύσκολο να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι προήλθε από αυτόν με απλή μετάλλαξη. Είναι πιθανό, να προέρχεται από έναν ιό που προσβάλλει τους πιθήκους και να ενδημούσε για μεγάλο χρονικό διάστημα σε ορισμένους ανθρώπινους πληθυσμούς που ζούσαν απομονωμένοι και από τους οποίους ήταν σχετικά καλά ανεκτός.

Ο HIV-2 είναι ιός συγγενής του ιού του πράσινου πιθήκου. Η πιθανότερη εκδοχή είναι ότι ο ιός πέρασε στο πρόσφατο ή μακρινό παρελθόν στον άνθρωπο από τον πίθηκο. Ο πίθηκος είναι το είδος «δεξαμενή» του ιού και έχει επιδείξει ανοχή σε αυτόν, ενώ ο άνθρωπος που έγινε ο ξενιστής για τον ιό αυτό, δεν ήταν προετοιμασμένος να τον αντιμετωπίσει. Ο ιός προκαλεί AIDS στον άνθρωπο, αλλά μεταδίδεται πιο δύσκολα από τον HIV1 και αφού μεταδοθεί προκαλεί το νόσημα λιγότερο συχνά και μετά από μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Πιστεύεται ότι αυτοί οι ιοί που συναντιούνται στους πιθήκους υπερπήδησαν το φράγμα των ειδών όταν ιστοί προσβεβλημένων πιθήκων καταναλώθηκαν από ανθρώπους. Κάποιοι επιστήμονες πιστεύουν ότι μια πηγή μόλυνσης, ίσως ήταν τα κύτταρα από νεφρά πιθήκων που χρησιμοποιούνταν στη δεκαετία του 1950, προκειμένου να κατασκευαστεί το εμβόλιο για τον ιό της πολιομυελίτιδας, άλλοι όμως διαψεύδουν αυτή την άποψη.^{7,25}

2.1.2 Ο Κύκλος Ζωής του HIV

Ο κύκλος ζωής του HIV περιλαμβάνει εννέα φάσεις μέχρι το στάδιο της ωρίμανσής του. Οι φάσεις αυτές είναι:

- * Επαφή – είσοδος του ιού.
- * Αντίστροφη μεταγραφή.
- * Μεταφορά στον πυρήνα των κυττάρων.
- * Ενσωμάτωση.
- * Αντιγραφή του ιού.
- * Σύνθεση της πρωτεΐνης του ιού.
- * Συγκρότηση του ιού.
- * Απελευθέρωση του ιού.
- * Ωρίμανση.²⁶

2.2 Πορεία της Λοίμωξης HIV

Μόλις το άτομο μολυνθεί από τον HIV, εισέρχεται σε μία περίοδο χρόνιας λοίμωξης HIV. Ανάμεσα στους ασθενείς που έλαβαν μέρος σε μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες στις Δυτικές χώρες, ο μέσος όρος του χρόνου που μεσολάβησε από την προσβολή μέχρι την εμφάνιση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με το AIDS ήταν περίπου δέκα χρόνια. Ωστόσο, οι ερευνητές έχουν παρατηρήσει μια μεγάλη διακύμανση ως την εξέλιξη της νόσου. Για το 10% των ατόμων που έλαβαν μέρος σε αυτές τις έρευνες, η εξέλιξη του AIDS συντελέστηκε στη διάρκεια των δύο πρώτων ή τριών χρόνων που ακολουθούν τη μόλυνση, ενώ το 5-10% των ατόμων είχε σταθερό αριθμό CD4 κυττάρων και δεν εμφάνισε

συμπτώματα ακόμα και μετά από δώδεκα χρόνια ή και περισσότερα. Οι γενετικές ατομικές διαφορές κάθε ατόμου, ο βαθμός μολυσματικότητας του μεμονωμένου στελέχους του ιού και η συνύπαρξη λοιμώξεων από άλλα μικρόβια μπορεί να επηρεάσουν το ρυθμό και τη σοβαρότητα της εξέλιξης της νόσου. Τα κλινικά στάδια της νόσου είναι τέσσερα: Το στάδιο της ορομετατροπής, το ασυμπτωματικό, το συμπτωματικό, το οποίο χωρίζεται σε πρώιμο και όψιμο, και τέλος, το προχωρημένο.^{26,27}

Ορομετατροπή: Η αρχική εκδήλωση ονομάζεται οξεία HIV λοίμωξη ή αλλιώς σύνδρομο ορομετατροπής. Άτομα που έχουν προσβληθεί από τον HIV (σε αναλογία 50%) παρουσιάζουν μια σειρά συμπτωμάτων 2 έως 6 εβδομάδες μετά τη μόλυνση.

- ⇒ Γριπώδες μονοπυρηνικό σύνδρομο-διάφορο της λοιμώδους μονοπυρήνωσης
- ⇒ Νυχτερινή εφίδρωση
- ⇒ Κεφαλαλγία
- ⇒ Φωτοφοβία
- ⇒ Αρθραλγίες
- ⇒ Μυαλγίες
- ⇒ Πυρετό
- ⇒ Φαρυγγίτιδα-φαρυγγοδυνία
- ⇒ Ναυτία
- ⇒ Έμετοι
- ⇒ Διάρροια
- ⇒ Γενικευμένο κηλιδοερυθηματώδες εξάνθημα
- ⇒ Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια
- ⇒ Ηπατοσπληνομεγαλία
- ⇒ Θρομβοπενία

Ασυμπτωματικό: Τα συνήθη κλινικά χαρακτηριστικά αυτού του σταδίου είναι οι κεφαλαλγίες και η γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια.

Συμπτωματικό :

Στο πρώιμο στάδιο παρουσιάζονται:

- ⇒ Στοματική καντιντίαση
- ⇒ Στοματική τριχωτή λευκοπλακία
- ⇒ Σμηγματορροϊκή δερματίτιδα
- ⇒ Ψωρίαση
- ⇒ Υποτροπές έρπητα ζωστήρα
- ⇒ Δυσπλασία τραχήλου

- ⇒ Ανεξήγητος πυρετός
- ⇒ Εφίδρωση
- ⇒ Απώλεια βάρους
- ⇒ Διάρροια
- ⇒ Φυματίωση

Στο όψιμο στάδιο παρουσιάζονται:

- ⇒ Πνευμονία από πνευμοκύστη
- ⇒ Σάρκωμα Kaposi
- ⇒ Οισοφαγική καντιντίαση
- ⇒ Εγκεφαλική τοξοπλάσμωση
- ⇒ Λέμφωμα
- ⇒ HIV-1 που συνδέεται με άνοια
- ⇒ Κρυπτοκοκκική μηνιγγίτιδα

Προχωρημένο: τα συνήθη χαρακτηριστικά είναι:

- ⇒ Αμφιβληστροειδίτιδα από κυτταρομεγαλοϊό
- ⇒ Εγκεφαλικό λέμφωμα
- ⇒ Μυκοβακτηριδιακή λοίμωξη από *mycobacterium avium* ²⁸

2.3 Κλινική Εικόνα Του HIV/AIDS

Ο όρος νόσος HIV/AIDS, αναφέρεται στο πιο προχωρημένο στάδιο της λοίμωξης HIV. Η κλινική διάγνωση του AIDS, σύμφωνα με της οδηγίες του WHO (World Health Organization / Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) απαιτεί την παρουσία μιας σειράς συμπτωμάτων. Από αυτά, κάποια θεωρούνται κύρια, ενώ κάποια άλλα δευτερεύοντα. Η κλινική διάγνωση θεωρείται θετική όταν υπάρχουν τουλάχιστον δύο από τα εξής κύρια συμπτώματα: α) απώλεια βάρους 10% ή μεγαλύτερη (στα παιδιά αρκεί η ανακοπή της αύξησης του βάρους τους), β) διάρροια περισσότερο από ένα μήνα και γ) πυρετός περισσότερο από ένα μήνα. Τα δευτερεύοντα συμπτώματα είναι: βήχας περισσότερο από ένα μήνα, καθολική δερματίτιδα με κνησμό, έρπης ζωστήρας σε υποτροπή, καντιντίαση του στόματος και του φάρυγγα. Σε κάθε περίπτωση, η κλινική διάγνωση απαιτεί εργαστηριακή επιβεβαίωση, με την ανίχνευση ειδικών αντισωμάτων.

Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε το 1993 από το CDC (Center for Disease Control / Κέντρο Ελέγχου Νόσων) των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (Η.Π.Α), θεωρείται

ότι έχουν αναπτύξει AIDS τα άτομα των οποίων ο αριθμός των T4 λεμφοκυττάρων είναι μικρότερος από 200²⁹ ή μικρότερος από το 14% του συνόλου των λεμφοκυττάρων του οργανισμού τους, ανεξάρτητα από την κλινική τους κατάσταση.^{21,30}

Επιπρόσθετα, ο ορισμός περιλαμβάνει 26 κλινικές καταστάσεις-διαγνωστικά κριτήρια που προσβάλλουν άτομα με ανεπτυγμένη νόσο HIV, των οποίων η πλειονότητα είναι ευκαιριακές λοιμώξεις, οι οποίες πολύ σπάνια μπορεί να βλάψουν υγιή άτομα. Όμως, για τα άτομα με AIDS οι λοιμώξεις αυτές είναι σοβαρές και μερικές φορές μοιραίες, εξαιτίας του γεγονότος ότι το ανοσοποιητικό τους σύστημα είναι τόσο κατεστραμμένο από τον HIV που ο οργανισμός δεν είναι σε θέση να καταπολεμήσει ορισμένα βακτήρια, ιούς και άλλα μικρόβια.

Οι ευκαιριακές λοιμώξεις, συνηθισμένες σε άτομα με AIDS, προκαλούν συμπτώματα όπως: βήχα, λαχάνιασμα, αιφνιδιαστικές προσβολές, νοητικά συμπτώματα (σύγχυση και αμνησία), σοβαρή και επίμονη διάρροια, πυρετό, απώλεια όρασης, σοβαρούς πονοκεφάλους, απώλεια βάρους, έντονη κόπωση, ναυτία, εμετούς, απώλεια συντονισμού, κώμα, κοιλιακές κράμπες, δύσκολη ή επίπονη κατάπνοση.

Τα άτομα με AIDS είναι ιδιαίτερος επιρρεπή στην εμφάνιση διαφόρων καρκίνων, ιδιαίτερα εκείνων που προξενούνται από ιούς, σάρκωμα Kaposi, καθώς και σε καρκίνους του τραχήλου της μήτρας ή καρκίνους του ανοσοποιητικού συστήματος, γνωστούς ως λεμφώματα. Οι καρκίνοι αυτοί είναι συνήθως πιο επιθετικοί και ως εκ τούτου είναι πιο δύσκολο να θεραπευτούν στα άτομα με νόσο HIV.

Κατά την πορεία της λοίμωξης HIV, η μείωση των T4 λεμφοκυττάρων είναι σταδιακή για τα περισσότερα άτομα, αλλά ραγδαία για κάποια άλλα. Ένα άτομο με T4 λεμφοκύτταρα λιγότερα από 200, μπορεί να αναπτύξει κάποια από τα πρώιμα συμπτώματα της νόσου HIV. Υπάρχουν όμως άτομα που δεν εμφανίζουν συμπτώματα ακόμη κι όταν ο αριθμός τους είναι μικρότερος από 200. Πολλοί άνθρωποι εξουθενώνονται από τα συμπτώματα του AIDS σε τέτοιο βαθμό που δεν είναι σε θέση να αντεπεξέλθουν κανονικά στις επαγγελματικές και κοινωνικές τους υποχρεώσεις. Κάποιοι άλλοι μπορεί να βιώνουν φάσεις κατά τις οποίες η ασθένεια είναι ιδιαίτερα απειλητική για τη ζωή τους, οι οποίες όμως, εναλλάσσονται με φάσεις κανονικής λειτουργικότητας.²⁴

2.4 Διάγνωση της λοίμωξης HIV

Για να τεθεί η διάγνωση της λοίμωξης από HIV, πρέπει το άτομο να υποβληθεί σε

ορισμένες εξετάσεις. Οι εργαστηριακές εξετάσεις για το AIDS ελέγχουν τρία διαφορετικά πράγματα:

Έλεγχος για HIV λοίμωξη.

Αυτό γίνεται με την τεχνική ELISA και με την τεχνική WESTERN BLOT που χρησιμοποιείται για επιβεβαίωση.

Έλεγχος της λειτουργίας του ανοσοποιητικού.

Η προοδευτική ελάττωση των CD4 λεμφοκυττάρων οδηγεί σε ανοσοκαταστολή και εκφράζεται με ευκαιριακές λοιμώξεις. Είναι ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας των κλινικών εκδηλώσεων της HIV λοίμωξης.

Έλεγχος ιικού φορτίου.

Είναι μέτρο για τα επίπεδα του RNA του HIV στον ορό και συσχετίζεται με την εξέλιξη του AIDS και το θάνατο.^{31,32,33}

2.5 Θεραπεία της λοίμωξης HIV

Όταν πρωτοεμφανίστηκε το AIDS, δεν υπήρχαν φάρμακα ικανά να αναχαιτίσουν την κατάρρευση του ανοσοποιητικού συστήματος, ενώ τα φάρμακα για την αντιμετώπιση των ευκαιριακών λοιμώξεων ήταν ελάχιστα. Έκτοτε αναπτύχθηκαν πολλές θεραπευτικές αγωγές που είχαν ως στόχο την αντιμετώπιση τόσο της λοίμωξης, όσο και των σχετικών με αυτή λοιμώξεων και καρκίνων. Οι προοπτικές για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του AIDS είναι σε γενικές γραμμές ενθαρρυντικές. Οι γνώσεις μας σχετικά με την μοριακή βιολογία του ιού, την ανοσολογική αντίδραση του οργανισμού, την παθογένεια της νόσου και τη θεραπευτική αγωγή κατά του HIV αποτελούν ελπίδα για τον έλεγχο της επιδημίας.

Επιπλέον, η χρήση νέων φαρμάκων καθώς και ο συνδυασμός πολλών φαρμάκων με διαφορετική δράση στις διάφορες φάσεις αναπαραγωγής του HIV- επιτυγχάνουν την αναστολή της πορείας της ιοφορίας προς τη νόσο, μεγαλύτερη περίοδο επιβίωσης των ασθενών και βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.³⁰ Τα πρώτα φάρμακα που δημιουργήθηκαν ήταν οι αναστολείς της αντίστροφης τρανσκριπτάσης, οι οποίοι σταματούν την προσβολή των CD4 από τον ιό καθώς σταματούν τη μεταγραφή του γενετικού υλικού του ιού στη "γλώσσα" του ανθρωπίνου γενετικού υλικού. Άλλα φάρμακα είναι οι αναστολείς της τρανσκριπτάσης και οι αναστολείς της πρωτεάσης.

Αισιοδοξία προκαλεί το γεγονός ότι η προληπτική χορήγηση αντιρετροϊκών φαρμάκων σε οροθετικές έγκυες γυναίκες μειώνει την πιθανότητα μετάδοσης της λοίμωξης HIV στο

έμβρυο περίπου κατά 80% ενώ περίπου στο ίδιο ποσοστό μειώνεται και η πιθανότητα λοίμωξης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού έπειτα από επαγγελματική έκθεση στον ιό. Η απομόνωση του ιού του AIDS οδήγησε σε προβλέψεις υπέρ του δέοντος αισιόδοξες για την ανακάλυψη ενός αποτελεσματικού εμβολίου. Οι σύγχρονες γνώσεις των ερευνητών σχετικά με την ιολογία και την ανοσολογία, τους επιτρέπουν να πιστεύουν ότι έχει επιτευχθεί μια θεωρητική προσέγγιση στα εμβόλια. Παρά ταύτα, η ανάπτυξη ενός εμβολίου εναντίον του HIV μπορεί να φαίνεται πιθανή, δεν είναι όμως εύκολη. Πάντως, η χρήση του θα αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική, κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου το πρόβλημα είναι έντονο και στις οποίες η χρήση του προφυλακτικού είναι αδιανόητη (απόδειξη γι' αυτό, αποτελούν οι εκστρατείες ενημέρωσης οι οποίες δεν πέτυχαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα).

Οι ελπίδες για τη δημιουργία αποτελεσματικού εμβολίου στηρίζονται στις γνώσεις μας τόσο για τον ιό όσο και για τον ανοσολογικό μηχανισμό του οργανισμού αλλά και στις ενδείξεις που έχουμε ότι είναι δυνατό να επιτευχθεί ανοσία από τροποποιημένα εξασθενημένα στελέχη του HIV.

Σε συνδιάσκεψη που πραγματοποιήθηκε στη Φιλαδέλφεια, με θέμα τα εμβόλια για τον HIV, οι ερευνητές παρουσιάστηκαν πολύ αισιόδοξοι καθώς τα ερευνητικά προγράμματα προχωρούν. Συγκεκριμένα, οι ερευνητές από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Harvard, ανακοίνωσαν ότι το εμβόλιο που χορήγησαν σε πιθήκους πειραματόζωα, τους κατέστησε απρόσβλητους για 600 μέρες-μέχρι τότε που πραγματοποιήθηκε η ανακοίνωση. Μέχρις ότου αναπτυχθεί και εφαρμοστεί κάποια αποτελεσματική θεραπεία ίασης και προληπτικού εμβολίου, ο έλεγχος της λοίμωξης θα εξακολουθήσει να στηρίζεται στην συστηματική ενημέρωση του γενικού πληθυσμού και των ομάδων συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου.^{24,30}

3ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

3.1 Πορεία της νόσου

Μόλις το άτομο μολυνθεί από τον HIV, εισέρχεται σε μία περίοδο χρόνιας λοίμωξης HIV. Ανάμεσα στους ασθενείς που έλαβαν μέρος σε μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες στις

Δυτικές χώρες, ο μέσος όρος του χρόνου που μεσολάβησε από την προσβολή μέχρι την εμφάνιση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με το AIDS ήταν περίπου δέκα χρόνια. Ωστόσο, οι ερευνητές έχουν παρατηρήσει μια μεγάλη διακύμανση ως προς την εξέλιξη της νόσου. Για το 10 % των ατόμων που έλαβαν μέρος σε αυτές τις έρευνες η εξέλιξη του AIDS συνετελέσθη στη διάρκεια των πρώτων δύο ή τριών χρόνων που ακολουθούν τη μόλυνση, ενώ το 5-10 % των ατόμων στις μελέτες έχει σταθερό αριθμό CD 4 κυττάρων και δεν εμφανίζουν συμπτώματα ακόμα και μετά από δώδεκα χρόνια ή και περισσότερα. Παράγοντες όπως οι γενετικές ατομικές διαφορές, ο βαθμός μολυσματικότητας ενός μεμονωμένου στελέχους του ιού και η συνύπαρξη λοιμώξεων από άλλα μικρόβια μπορεί να επηρεάσουν το ρυθμό και τη σοβαρότητα της εξέλιξης της νόσου²⁶.

Το κλινικό φάσμα της λοίμωξης

Το κλινικό φάσμα της HIV λοίμωξης περιλαμβάνει 4 στάδια :

- 1) Την πρωτολοίμωξη .
- 2) Την ασυμπτωματική λοίμωξη .
- 3) Την πρώιμη συμπτωματική λοίμωξη .
- 4) Την βαθειά ανοσοκαταστολή με την ανάπτυξη καιροσκοπικών λοιμώξεων και νεοπλασιών⁹.

Ø Πρωτολοίμωξη

Πρόκειται για το αρχικό στάδιο της νόσου που ακολουθεί την μόλυνση από HIV μέχρι τη δημιουργία ειδικών αντισωμάτων έναντι του ιού^{6,34}.

Σ' αυτή τη φάση υπάρχει υψηλού βαθμού ιικός πολλαπλασιασμός και παρατηρείται εκσεσημασμένη πτώση των CD4 + T-λεμφοκυττάρων ,τα οποία αργότερα αυξάνονται και σταθεροποιούνται σε επίπεδο κατώτερο από το αρχικό⁹.

Κατά την διάρκεια της περιόδου της αιχμής της ιαιμίας και της μέγιστης ανοσιακής απάντησης είναι δυνατόν ο ασθενής να εμφανίσει συμπτώματα που χαρακτηρίζουν ένα κλινικό σύνδρομο που μοιάζει με λοιμώδη μονοπυρήνωση και αναφέρεται σαν οξύ

ρετροϊκό σύνδρομο(acute retroviral syndrome)³⁴.

Το σύνδρομο αυτό παρατηρείται 2-4 εβδομάδες μετά την έκθεση στον ιό και η συχνότητα του σε ασθενείς που στη συνέχεια εμφανίζουν εργαστηριακά αποδεδειγμένη ορομετατροπή κυμαίνεται στις διάφορες μελέτες από 30 έως 70% ³⁴.

Κλινικά εκδηλώνεται με πυρετό ,κυνάγχη ,λεμφαδενοπάθεια ,ηπατοσπληνομεγαλία ,μυαλγίες ,ιλαιοειδές εξάνθημα και λευκοπενία με άτυπα λευκοκύτταρα στο περιφερικό αίμα . Μπορεί επίσης να παρατηρηθούν νευρολογικές εκδηλώσεις όπως ,άσηπτη μηνιγγίτιδα ,σύνδρομο Guillain-Barre ,παρέσεις κρανιακών νεύρων .Η νόσος υφίεται αφ' εαυτής και διαρκεί 1-3 εβδομάδες³⁴.

Εργαστηριακά το οξύ ρετροϊκό σύνδρομο χαρακτηρίζεται από:

1. Υψηλά επίπεδα ιαιμίας κατά τη διάρκεια του συμπτωματικού σταδίου της οξείας λοίμωξης με τους τίτλους να πέφτουν πριν την ορομετατροπή³⁴.
2. Διαταραχές στον ολικό αριθμό και το φαινότυπο των λεμφοκυττάρων .Από μελέτες που έχουν γίνει φαίνεται ότι υπάρχουν τρεις φάσεις στη δυναμική των λεμφοκυττάρων κατά τη διάρκεια της πρωτοπαθούς HIV λοίμωξης³⁴.
3. Αρνητικά ή ασαφή ορολογικά τεστ για αντισώματα (Elisa για HIV)³⁴.

Ορομετατροπή

Τις πρώτες μέρες της μόλυνσης ο ασθενής δεν αναπτύσσει αντισώματα κατά του ιού ,και για αυτό το λόγο η περίοδος αυτή καλείται και «σιωπηλό παράθυρο» και είναι η πιο επικίνδυνη περίοδος από την άποψη ότι ο φορέας μπορεί να μολύνει άλλους εν αγνοία του ,ακόμα και αν έχει κάνει μια τυπική εξέταση αίματος⁶.

Η εμφάνιση ειδικών για τον HIV αντισωμάτων σηματοδοτεί το πέρας της πρωτοπαθούς HIV λοίμωξης (με ή χωρίς οξύ ρετροϊκό σύνδρομο) και τη μετάβαση σε αυτό που παλαιότερα ονομαζόταν «κλινικά λανθάνουσα» περίοδος³⁴ .

Γενικά ,θετικοποίηση των αντισωμάτων παρατηρείται 6-12 εβδομάδες μετά τη μετάδοση του ιού .Σε ασθενείς που εμφανίζουν οξύ ρετροϊκό σύνδρομο ορομετατροπή έχει αναφερθεί ότι συμβαίνει από 8 ημέρες έως 10 εβδομάδες από την έναρξη των συμπτωμάτων³⁴.

ΘΑσυμπτωματική λοίμωξη

Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός ή ενδεχομένως να εμφανίζει επιμένουσα γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια .Η φυσική πορεία της HIV λοίμωξης είναι ίδια και στις 2 περιπτώσεις ³⁴.

Στη φάση αυτή ο ασθενής παρόλο που είναι ασυμπτωματικός ,είναι δυνατόν να εμφανίζει κάποιες διαταραχές σε εργαστηριακές εξετάσεις ,καθώς και να μεταδίδει τον ιό⁶.

Η περίοδος της "ασυμπτωματικής" λοίμωξης παρουσιάζει μεγάλη χρονική διακύμανση .Μετά την πρωτολοίμωξη,εγκαθίσταται συνήθως μία ισορροπία μεταξύ ιικού πολλαπλασιασμού και ανοσιακής απάντησης και ο ασθενής μπορεί να είναι ασυμπτωματικός για 8-10 έτη κατά μέσο όρο⁹.

Κατά τη διάρκεια του σταδίου αυτού, ο ιός HIV πολλαπλασιάζεται δραστικά και μολύνει και σκοτώνει κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος. Ο ιός αρχικά αχρηστεύει ή καταστρέφει τα CD4 μόρια (υποδοχείς των T4) χωρίς να προκαλέσει συμπτώματα²⁴.

Να σημειωθεί ότι παρατηρούνται μεγάλες διαφορές στη τροχιά πτώσης των CD4+ λεμφοκυττάρων σε διαφορετικά άτομα.

Έτσι ,παρά τον μέσο όρο των 8-10 ετών ,ορισμένοι ασθενείς εμφανίζουν ταχεία πτώση στα CD4+ και αναπτύσσουν AIDS εντός ενός έτους μετά από τεκμηριωμένη ορομετατροπή (ταχέως επιδεινούμενοι –rapid progressors).Αντίθετα ,υπολογίζεται ότι το 5-10% των ασθενών έχουν CD4+ σταθερά >500/mm³ για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 10 ετών (μακροχρόνια μη επιδεινούμενοι – long –term non progressors).

Αυτές οι διαφορές στη φυσική πορεία της HIV λοίμωξης αποδίδονται σε παράγοντες που αφορούν τόσο τον ιό (μολυσματική ισχύ) ,όσο και τον ξενιστή (ανοσολογικοί μηχανισμοί)³⁴.

Πρώιμη συμπτωματική λοίμωξη

Στο στάδιο αυτό περιλαμβάνονται οι ασθενείς που έχουν συμπτώματα ή σημεία ενδεικτικά επηρεασμένης κυτταρικής ανοσίας ,αλλά που δεν πληρούν τα κριτήρια του AIDS κατά CDC 1993^{34,35}.

Η προσβολή λαμβάνει ριζικά διαφορετική μορφή κατά το στάδιο αυτό .Η φάση αυτή, υποδιαιρείται σε πολλές υποομάδες, οι οποίες αντιστοιχούν σε διάφορους τύπους κλινικών εκδηλώσεων. Τον πρώτο καιρό, ο ασθενής εμφανίζει μολύνσεις, οι οποίες καλούνται

"ευκαιριακές" και μπορεί να είναι οξείες ή χρόνιες .Αυτές περιλαμβάνουν ήπιες ανοσολογικές , δερματο-

λογικές ,αιματολογικές και νευρολογικές διαταραχές που η πλειοψηφία τους αναφέρεται στη κατηγορία Β ,σύμφωνα με τη σταδιοποίηση της HIV λοίμωξης κατά CDC ,1993^{9,13,34,35} .

Στο στάδιο αυτό, μπορούν επίσης να εμφανιστούν μη ειδικά συμπτώματα, όπως πυρετός ή ανεξήγητη διάρροια, η οποία διαρκεί περισσότερο από ένα μήνα, καθώς και σημαντική απίσχναση¹³ .

Βαθειά ανοσοκαταστολή με την ανάπτυξη καιροσκοπικών λοιμώξεων και νεοπλασιών ή AIDS

Το τέταρτο στάδιο διαιρείται σε τέσσερις επιμέρους φάσεις :

α. Συμπτώματα που οφείλονται στο Σύμπλοκο σχετιζόμενο με το AIDS (ARC) και στο Σύνδρομο του ιού HIV :

- ο Πυρετός :πάνω από 38 °C ,συνεχής ή κατά διαστήματα .
- ο Κόπωση ,στην περίπτωση αυτή το σώμα δεν λειτουργεί σωστά .
- ο Άνευ λόγου απώλεια βάρους :περισσότερο από 10% του αρχικού βάρους .
- ο Διάρροια :συνεχής ή κατά διαστήματα .
- ο Εφίδρωση κατά τη νύχτα .
- ο Ενοχλήσεις από το ΣΓΛ (διογκωμένοι λεμφαδένες) .

Για να διαγνώσουμε ότι πρόκειται περί συμπλόκου σχετιζόμενου με το AIDS ,πρέπει να παρουσιαστούν τουλάχιστον 2 από τα ανωτέρω συμπτώματα ,για διάστημα μεγαλύτερο των τριών μηνών ²⁰ .

β. Παθήσεις του νευρικού συστήματος και του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένης της άνοιας (ADC) .Ο ιός έχει προσβάλλει τον εγκεφαλικό ιστό και μπορούν να εμφανιστούν παθήσεις του νωτιαίου μυελού ή των νεύρων .Τα συμπτώματα είναι ποικίλα μεταξύ άλλων είναι: πονοκέφαλος ,πυρετός, ταραχή,ερεθίσματα ,διαταραχές στις αισθητήριες λειτουργίες ,παραλύσεις ,αστάθεια βαδίσματος²⁰ .

γ. Ευκαιριακές λοιμώξεις μεταξύ των οποίων η πνευμονία που προκαλείται από το παράσιτο πνευμονοκύστη καρίνι(PCP) .

Ο ορισμός περιλαμβάνει 26 κλινικές καταστάσεις-διαγνωστικά κριτήρια που προσβάλλουν άτομα με ανεπτυγμένη νόσο HIV. Η πλειονότητα αυτών είναι ευκαιριακές

λοιμώξεις οι οποίες πολύ σπάνια μπορεί να βλάψουν υγιή άτομα. Όμως για τα άτομα με AIDS οι λοιμώξεις αυτές είναι σοβαρές και μερικές φορές μοιραίες εξαιτίας του γεγονότος ότι το ανοσοποιητικό τους σύστημα είναι τόσο καταστραμμένο από τον HIV που ο οργανισμός δεν είναι σε θέση να καταπολεμήσει ορισμένα βακτήρια, ιούς και άλλα μικρόβια^{20,24}.

Οι ευκαιριακές λοιμώξεις, συνηθισμένες σε άτομα με AIDS, προκαλούν συμπτώματα όπως: βήχα, λαχάνιασμα, αιφνιδιαστικές προσβολές, νοητικά συμπτώματα (όπως σύγχυση και αμνησία), σοβαρή και επίμονη διάρροια, πυρετό, απώλεια όρασης, σοβαρούς πονοκεφάλους, απώλεια βάρους, έντονη κόπωση, ναυτία, εμετούς, απώλεια συντονισμού, κώμα, κοιλιακές κράμπες, δύσκολη ή επίπονη κατάπνοια²⁴.

δ. Ορισμένες μορφές καρκίνου όπως ,μεταξύ άλλων ,το σάρκωμα Kaposi (KS) ,καρκίνους του τραχήλου ή καρκίνους του ανοσοποιητικού συστήματος, γνωστούς ως λεμφώματα. Οι καρκίνοι αυτοί είναι συνήθως πιο επιθετικοί και ως εκ τούτου είναι πιο δύσκολο να θεραπευτούν στα άτομα με νόσο HIV^{13,20}.

Σε κάθε περίπτωση, η κλινική διάγνωση απαιτεί εργαστηριακή επιβεβαίωση, με την ανίχνευση ειδικών αντισωμάτων²¹.

Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε το 1993 από το CDC (Center for Disease Control / Κέντρο Ελέγχου Νόσων) των Η.Π.Α, θεωρείται ότι έχουν αναπτύξει AIDS τα άτομα των οποίων ο αριθμός των Τ4 λεμφοκυττάρων είναι μικρότερος από 200κυτ./μλ ή μικρότερος από το 14% του συνόλου των λεμφοκυττάρων του οργανισμού τους, ανεξάρτητα από την κλινική τους κατάσταση^{9,35,30}.

Σε ορισμένες περιπτώσεις , η φυσική πορεία της HIV λοίμωξης μπορεί να διαφέρει .Παράγοντες σχετιζόμενοι με τον ξενιστή μπορεί να καταστήσουν την πορεία προς την βαθιά ανοσοκαταστολή και το AIDS πολύ γρήγορη ή αντίθετα εξαιρετικά αργή οπότε το άτομο χαρακτηρίζεται ως «long-term non-progressor» .Αυτή η τελευταία ομάδα αντιπροσωπεύει το 5% του συνόλου των ασθενών με HIV λοίμωξη³⁶.

Πολλοί άνθρωποι εξουθενώνονται από τα συμπτώματα του AIDS σε τέτοιο βαθμό που δεν είναι σε θέση να ανταπεξέλθουν κανονικά στις επαγγελματικές τους υποχρεώσεις αλλά ούτε και στη συντήρηση του νοικοκυριού τους. Κάποιοι άλλοι μπορεί να βιώνουν φάσεις κατά τις οποίες η ασθένεια είναι ιδιαίτερα απειλητική για τη ζωή τους, οι οποίες εναλλάσσονται με φάσεις κανονικής λειτουργικότητας²⁴.

3.2 Σταδιοποίηση της HIV λοίμωξης

Κατά την τελευταία εικοσαετία έχουν αναπτυχθεί ορισμένα συστήματα σταδιοποίησης της HIV λοίμωξης με στόχο την καλύτερη επιδημιολογική επιτήρηση της νόσου⁹.

Το σύστημα σταδιοποίησης κατά CDC (U.S. Centers for Disease Control and Prevention) έχει τύχει ευρύτερης αποδοχής και χρήσης στις αναπτυγμένες χώρες .Δημοσιεύθηκε για πρώτη φορά το 1986 και έκτοτε τροποποιήθηκε δύο φορές ,το 1987 και το 1993^{9,24}.

4ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Ομάδες υψηλού κινδύνου

Οι επιδημιολογικές μελέτες έχουν εντοπίσει τις ομάδες εκείνες του πληθυσμού, οι οποίες είναι περισσότερο εκτεθειμένες στον HIV. Οι περιπτώσεις προσβολής αφορούν πλέον σε πολύ ευρύτερες ομάδες πληθυσμού από αυτές που θεωρούμε ομάδες «υψηλού κινδύνου». Ωστόσο θεωρείται σκόπιμο να αναφερθούν οι ομάδες «υψηλού κινδύνου».

Οι ομάδες υψηλού κινδύνου, περιλαμβάνουν:

- ⇒ Ομοφυλόφιλους άνδρες.
- ⇒ Αμφιφυλόφιλους άνδρες.
- ⇒ Ετεροφυλόφιλα άτομα που έχουν συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων.
- ⇒ Χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών που χρησιμοποιούν κοινές σύριγγες.
- ⇒ Αποδέκτες αίματος και προϊόντων αίματος, αιμορροφιλικοί και πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία, καθώς και άτομα που υπέστησαν μετάγγιση αίματος προτού εφαρμοσθεί ο εργαστηριακός έλεγχος του αίματος και των προϊόντων του.
- ⇒ Άτομα που είχαν εναλλαγή σεξουαλικών συντρόφων τα τελευταία χρόνια και ιδιαίτερα άτομα προερχόμενα από χώρες στις οποίες η λοίμωξη και η νόσος HIV παρουσιάζει έξαρση.
- ⇒ Άτομα που έχουν εκτεθεί στον ιό κατά τη διάρκεια ιατρικών ή χειρουργικών



- πρακτικών όπου παραβιάστηκαν οι κανόνες υγιεινής.
- ⇒ Οι σεξουαλικοί σύντροφοι των ατόμων των παραπάνω κατηγοριών.
 - ⇒ Οι οροθετικές μητέρες.
 - ⇒ Επαγγελματίες του χώρου της υγείας που η ειδικότητά τους απαιτεί μεγάλη έκθεση στον HIV.
 - ⇒ Όλοι όσοι θεωρούν ότι ίσως έχουν εκτεθεί στον ιό (θύματα βιασμού, σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά).
 - ⇒ Άτομα που τα οποία οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν ότι ίσως έχουν επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά (σεξουαλικά δραστήριοι έφηβοι).
 - ⇒ Άτομα που βρίσκονται σε οποιοδήποτε στάδιο ασθένειας που συνδέεται με τη λοίμωξη.³⁷

4.1 Ο επαγγελματικός κίνδυνος του νοσηλευτή

Η επαγγελματική έκθεση στον HIV ανάμεσα στους εργαζόμενους στον κλάδο υγείας δεν είναι σπάνια. Από την αρχή της επιδημίας, στην Αμερική έχουν αναφερθεί πάνω από 50.000 επαγγελματικές εκθέσεις στον ιό. Πιο συχνά είναι τα ατυχήματα στο νοσηλευτικό προσωπικό (49,7%). Η στατιστική πιθανότητα να μολυνθεί κάποιος είναι χαμηλή αλλά το συναισθηματικό κόστος όσων εκτέθηκαν είναι αρκετά υψηλό. Ο ακριβής αριθμός των επαγγελματιών υγείας που έχουν εκτεθεί στον ιό του AIDS μέσα στο χώρο εργασίας τους, δεν είναι γνωστός αλλά σε κάποια ιδρύματα, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες, οι αριθμοί είναι μάλλον μεγάλοι (65,3%). Η έκθεση στον ιό HIV των εργαζομένων σε επαγγέλματα υγείας, αποτελεί σημαντικό υγειονομικό πρόβλημα για τις κρατικές υπηρεσίες δημόσιας υγείας, και άγχος για τους ενδιαφερόμενους. Ο κίνδυνος μόλυνσης μετά από διαδερμική τρώση βελόνας, είναι περίπου 0,3%. Η πιθανότητα ορομετατροπής μετά από απλή επαφή ανέπαφου δέρματος με βιολογικό υγρό ή αίμα θετικό για τον ιό HIV είναι μηδαμινή και πρακτικώς μη υπολογίσιμη. Παράγοντες που επηρεάζουν τον κίνδυνο επαγγελματικής μετάδοσης της HIV λοίμωξης, περιλαμβάνουν το είδος και την έκταση της έκθεσης καθώς και την κατάσταση τόσο της πηγής μόλυνσης όσο και του εργαζομένου που υπέστη ατύχημα.^{22, 38,39, 40, 41, 42, 34, 43}

4.1.1 Προφυλάξεις κατά την άσκηση του επαγγέλματος

Οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία, εφαρμόζοντας ορισμένους κανόνες μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο έκθεσης σε αίμα ή βιολογικά υγρά του ασθενούς. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έδωσε μια σειρά οδηγιών, για προφύλαξη των εργαζομένων σε τομείς υγείας, και ονομάστηκε οδηγός καθολικής προφύλαξης, γιατί όλοι οι ασθενείς πρέπει να θεωρούνται δυνητικά οροθετικοί και να αντιμετωπίζονται αναλόγως.

Πίνακας με μέτρα για την προφύλαξη του Νοσηλευτικού προσωπικού:

Νοσηλευτική Πράξη	Μέτρα Προφύλαξης
Χειρισμός αίματος/ βιολογικών υγρών ή συσκευών μολυσμένων με αίμα ή βιολογικά υγρά	Φοράτε γάντια που θα αφαιρούνται αμέσως μετά. Πλένετε τα χέρια σας.
Πιθανότητα εμφαπίσματος ρούχων ή μανικιών	Φοράτε πλαστικές ποδιές ή μπλούζες μιας χρήσεως, ανθεκτικές στα βιολογικά υγρά.
Πιθανότητα εκτίναξης σωματικών υγρών ή σταγονίδιων αίματος στο πρόσωπο	Φοράτε μάσκα με προστατευτικό στα μάτια
Σε άμεση επαφή με δερματική βλάβη, εξάνθημα ή βλεννογόνους	Φοράτε γάντια που αφαιρούνται στο τέλος.
Φλεβοκέντηση	Φοράτε γάντια, ποτέ μην ξαναβάζετε το κάλυμμα της σύριγγας. Πετάτε όλα τα αιχμηρά αντικείμενα σε ειδικό κουτί με σκληρά τοιχώματα που έχει και ειδική συσκευή να κόβει αυτόματα τη βελόνα από τη σύριγγα.
Αέρια αίματος, αρτηριακός καθετηριασμός	Φοράτε γάντια, μάσκα και ειδικά γυαλιά με πλαϊνή προστασία.
Θεραπεία με αερολύματα	Δωμάτια με αρνητική πίεση και εξωτερικό αερισμό. Προσωπικό με

	ειδική απορροφητική μάσκα.
Μόλυνση από βιολογικό υλικό ασθενούς HIV+, επαναχρησιμοποιούμενης συσκευής	Σχολαστικός καθαρισμός και αποστείρωση.

Σαρόγλου 1999

4.1.2 Προφύλαξη ύστερα από έκθεση στον ιό HIV

Ο ασφαλέστερος τρόπος προφύλαξης από μόλυνση με HIV, είναι η λήψη όλων των προφυλακτικών μέτρων ώστε να αποφευχθεί κάθε επαφή ζωντανού ιού με τους βλεννογόνους ενός ατόμου ή με απευθείας εισαγωγή του ιού στην αιματική κυκλοφορία.³¹

Εάν όμως τελικά ο ιός εισέλθει στον ανθρώπινο οργανισμό επιβάλλεται ταχεία αντιμετώπιση της πιθανής μετάδοσης, ώστε να αποφευχθεί η μόλυνση του ατόμου. Τα μέτρα προφύλαξης ύστερα από επαγγελματικό ατύχημα είναι:

- ⇒ Στο δέρμα με λύση της συνέχειας, οι βλεννογόνοι θα πρέπει να πλυθούν αμέσως με άφθονο νερό και σαπούνι.
- ⇒ Το αίμα από την πηγή μόλυνσης θα πρέπει να ελεγχτεί αμέσως για HIV, HBV, HCV.
- ⇒ Η θεραπεία προφύλαξης θα πρέπει να αρχίσει το συντομότερο 1-2 ώρες μετά την επαγγελματική έκθεση. Η θεραπεία προφύλαξης ελαττώνει τον κίνδυνο μετάδοσης κατά 80%, δεν τον μηδενίζει. Διάρκει ένα μήνα και έχει παρενέργειες. Αν ο έλεγχος δείξει ότι η πηγή εκθέσεως δεν πάσχει από HIV-λοίμωξη η θεραπεία διακόπτεται.

Ο προσδιορισμός του τύπου και του βαθμού κινδύνου της έκθεσης, συνδέεται με τον καθορισμό αντίστοιχου τύπου προφύλαξης. Η ιδανική αντιμετώπιση των ατυχημάτων σε εργαζομένους ύστερα από έκθεση στον ιό HIV, περιλαμβάνει την εφαρμογή στα νοσοκομεία ειδικού πρωτοκόλλου με κανόνες, που πρέπει να ακολουθούνται σε κάθε ατύχημα. Το πρωτόκολλο περιλαμβάνει σε πρώτο βαθμό την αξιολόγηση ανάγκης χορήγησης χημειοπροφύλαξης, ανάλογα με το είδος και την βαρύτητα της έκθεσης. Σε δεύτερο βαθμό, αξιολογεί την περιεκτικότητα, σε ιό, HIV της πηγής που προκάλεσε το ατύχημα και το διαχωρίζει σε τρεις βαθμούς μολυσματικότητας. Σε τρίτο βαθμό, ακολουθεί συσχετισμός του βαθμού έκθεσης και του βαθμού μολυσματικότητας ώστε να προσδιοριστούν επακριβώς οι υποδείξεις, οι οποίες κυμαίνονται ανάλογα με το αποτέλεσμα του συσχετισμού του βαθμού μολυσματικότητας και του βαθμού έκθεσης.

Μπορεί να μην συστήνεται κανενός τύπου χημειοπροφύλαξη έως και χορήγηση ευρέως σχήματος χημειοπροφύλαξης, ανάλογα με τον κίνδυνο μετάδοσης. Τα περισσότερα όμως

ατυχήματα αντιμετωπίζονται με βασικό σχήμα χημειοπροφύλαξης.

Βασικό σχήμα χημειοπροφύλαξης:

Ζιδοβουδίνη (ZDV) 200mg x 3 + Λαμιβουδίνη (3TC) 150mg x 2 επί τέσσερις εβδομάδες.

Ευρύ σχήμα χημειοπροφύλαξης:

Βασικό σχήμα + Ινδιναβίρη (IDV) 800mg x 3 ή Νελφίναβίρη (NLF) 750mg x 3 επί τέσσερις εβδομάδες.

Επίσης πρέπει να επισημανθεί ότι όσοι έχουν εκτεθεί επαγγελματικά στον HIV, κατά τον χρόνο ελέγχου, θεραπείας, παρακολούθησεως έξι μήνες έως ένα έτος, δεν πρέπει να δίνουν αίμα για αιμοδοσία, όργανα για μεταμόσχευση ή σπέρμα για γονιμοποίηση. Οι γυναίκες δεν πρέπει να εγκυμονούν ή να θηλάζουν. Τέλος οι εκτεθειμένοι στον ιό, δεν πρέπει να έχουν μη ασφαλείς ερωτικές επαφές.^{22,38,40, 44, 45,46}

5ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

5.1 Τρόποι μετάδοσης

Οι τρόποι μετάδοσης της HIV λοίμωξης είναι όμοιοι στις αναπτυσσόμενες χώρες και αναπτυσσόμενες χώρες .Την εξάπλωση της λοίμωξης επηρεάζουν δημογραφικοί ,κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες καθώς και η σεξουαλική συμπεριφορά των ατόμων .Σε ολόκληρο τον κόσμο τρεις είναι οι τρόποι μετάδοσης και είναι ίδιοι με εκείνους της Ηπατίτιδας τύπου Β:

- 1)Η σεξουαλική επαφή .
- 2)Η παρεντερική χορήγηση .
- 3)Περιγεννητικώς από μολυσμένες μητέρες στα βρέφη τους^{8,34,1}.

5.2 Σεξουαλική μετάδοση

Ο Π.Ο.Υ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) με βάση συγκεντρωτικά παγκόσμια δεδομένα από το 1983 έως το 1995, εκτιμά ότι για το μεγαλύτερο ποσοστό των κρουσμάτων AIDS, όσον αφορά τον τρόπο μετάδοσης ευθύνεται η σεξουαλική επαφή³⁴.

Ο κίνδυνος μόλυνσης κατά την διάρκεια μιας σεξουαλικής επαφής εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Σπουδαιότερης σημασίας είναι η πιθανότητα της επαφής με HIV μολυσμένο σεξουαλικό σύντροφο. Η σεξουαλική επαφή χωρίς λήψη προφυλακτικών μέτρων αποτελεί τον πιο σημαντικό τρόπο μετάδοσης της HIV λοίμωξης παγκοσμίως^{8,34,47}.

Στην σεξουαλική μετάδοση σημαντικό ρόλο κατέχει η ποσότητα του ιού στο αίμα, στο σπέρμα ή στις κολπικές εκκρίσεις. Η τιμή του ιϊκού φορτίου επηρεάζει την μεταδοτικότητα της λοίμωξης με τον κίνδυνο να αυξάνεται κατά 2,45 φορές για κάθε $1\log_{10}$ αύξησης του ιϊκού φορτίου. Αυτό το υψηλό ιϊκό φορτίο στην πρωτολοίμωξη και τα τελευταία στάδια της νόσου είναι αντιστρόφως ανάλογα του αριθμού των CD4+ T-λεμφοκυττάρων και της ανοσοκαταστολής^{23,48}.

Η μετάδοση του HIV έχει αποδοθεί σε κολπική, πρωκτική και λιγότερα συχνά, στοματική επαφή. Ιδιαίτερα η παρά φύση πράξη προκαλεί μεγάλες λύσεις των βλεννογόνων γεγονός που την καθιστά την πιο συχνή οδό μετάδοσης, αφού ο βλεννογόνος του πρωκτού είναι πλούσιος σε λεμφοκύτταρα που είναι τα κύτταρα-στόχος του ιού. Για το λόγο αυτό η πιθανότητα μόλυνσης/σεξουαλική πράξη, είναι μεγαλύτερη στους παθητικούς ομοφυλόφιλους από τους ενεργητικούς (σημειώνοντας βέβαια ότι η διάκριση αυτή είναι πρακτικά αδύνατη). Στις ετεροφυλόφιλες σχέσεις, η πιθανότητα μόλυνσης με κατεύθυνση άνδρα-γυναίκα είναι μεγαλύτερη από την πιθανότητα μόλυνσης με κατεύθυνση γυναίκα-άνδρα^{8,49,19}.

Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τη σεξουαλική μεταδοτικότητα είναι οι συνυπάρχουσες σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις σε οποιονδήποτε από τους 2 συντρόφους και ιδιαίτερα εκείνες που προκαλούν εξελκώσεις σε γεννητικά όργανα, καθώς και η ύπαρξη έμμηνου ρύσεως^{34,8}.

5.3 Παρεντερική μετάδοση

Μετάδοση από χρήση ενδοφλέβιων ουσιών

Στους χρήστες ενδοφλέβιων τοξικών ουσιών ,ο κίνδυνος επαφής με μολυσμένο αίμα ,εντοπίζεται στη χρήση κοινής σύριγγας και βελόνας με άλλους χρήστες .Κάθε λύση της συνεχείας του δέρματος από χρησιμοποιημένη βελόνα για ενδοφλέβια ,ενδομυϊκή ,υποδόρια ή ενδοδερμική χορήγηση ναρκωτικών θεωρείται εξαιρετικά επικίνδυνη .Αν και η ποσότητα σε μια σύριγγα είναι σχετικά μικρή ,το αθροιστικό αποτέλεσμα επανειλημμένης κοινής χρήσης μολυσμένων αντικειμένων οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο μετάδοσης ^{34,2}.

Σε αντίθεση με την διαδερμική επαφή με μολυσμένο αίμα στο πλαίσιο ατυχήματος όπου ο κίνδυνος υπολογίζεται σε 0,3% ανά επαφή ,η χρησιμοποίηση μολυσμένου υλικού για ενδοφλέβια ένεση ουσιών είναι εξαιρετικά πιο μεταδοτική⁹ .

Μετάδοση με αίμα,παράγωγα αυτού και ιστούς

Οι δέκτες μη ελεγχόμενου αίματος ή παραγώγων του έχουν μεγάλο κίνδυνο HIV λοίμωξης .Ο ιός μεταδίδεται με πλήρης αίμα ,κυτταρικά στοιχεία του αίματος ,πλάσμα και αιμοπετάλια.

Τα σκευάσματα λευκωματίνης και οι ανοσοσφαιρίνες δεν φαίνονται να μεταδίδουν τον ιό HIV,λόγω του τρόπου παρασκευής τους ,π.χ. θέρμανση της λευκωματίνης 10 ώρες σε 60°C αδρανοποιεί τον ιό ,όπως και η κλασματοποίηση λευκωματίνης και ανοσοσφαιρινών με τη χρήση οιοπνεύματος. Ανεξάρτητα όμως με τη μέθοδο παρασκευής τους ,το αίμα πρέπει να προέρχεται από οροαρνητικούς αιμοδότες . Η πιθανότητα να μολυνθεί ένα άτομο από μια και μοναδική μετάγγιση οροθετικού δόση είναι 100% ^{34,48}.

Πριν από το 1985 δεν γινόταν έλεγχος των δοτών για τον ιό HIV . Από τότε που επιβλήθηκε ο έλεγχος υπολογίζεται ότι ο κίνδυνος έχει μειωθεί σημαντικά .Δεν θα υπήρχε και αυτός ο μικρός κίνδυνος μετάδοσης του ιού ,εάν δεν υπήρχε η περίοδος του παραθύρου ,όπου πρόσφατα μολυσμένοι δότες ,δεν έχουν αναπτύξει ανιχνεύσιμα αντισώματα .Σήμερα με τους ελέγχους , ο κίνδυνος μετάδοσης μέσω μετάγγισης υπολογίζεται σε 1:1300000 μονάδες αίματος ανά έτος για την Ελλάδα, παρομοίως με τις Η.Π.Α ³⁴.

Έχει αναφερθεί μετάδοση του ιού μετά από μεταμόσχευση ήπατος ,καρδιάς , νεφρών ,παγκρέατος ,οστών και πιθανώς δέρματος⁵⁰ .

Μετάδοση του HIV σε τομείς Υγείας

Η έκθεση στον ιό HIV των εργαζομένων σε επαγγέλματα υγείας και εργαζομένους σε εργαστήρια ή κατ οίκον αποτελεί σημαντικό υγειονομικό πρόβλημα για τις κρατικές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας και άγχος για τους απασχολούμενους .Σε μεγάλες προοπτικές μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι ο κίνδυνος ορομετατροπής μετά από τρύπημα ή άλλου είδους παρεντερική έκθεση σε αίμα ατόμων μολυσμένων με HIV είναι περίπου 0,3%. Η πιθανότητα ορομετατροπής μετά από απλή επαφή ανέπαφου δέρματος με βιολογικό υγρό ή αίμα θετικό για ιό HIV,είναι μηδαμινή και πρακτικώς μη υπολογίσιμη ^{34,8}.

Παράγοντες που επηρεάζουν τον κίνδυνο επαγγελματικής μετάδοσης της HIV λοίμωξης ,περιλαμβάνουν το είδος και την έκταση της έκθεσης καθώς και την κατάσταση τόσο της πηγής μόλυνσης (δότης) όσο και του εργαζομένου που υπέστη ατύχημα ³⁴.

Μετά από μελέτη του CDC (Κέντρο Ελέγχου Λοιμώξεων ΗΠΑ) σε συνεργασία με τις Γαλλικές και Βρετανικές δημόσιες υπηρεσίες υγείας αποδείχθηκε ότι ο αυξημένος κίνδυνος για HIV λοίμωξη μετά από διαδερμική έκθεση στον ιό ,εξαρτάται από τρεις παράγοντες :

- 1)Ο κίνδυνος αυξάνει εάν η έκθεση αφορά μεγάλη ποσότητα αίματος .
- 2)Η έκθεση σε αίμα ασθενούς που βρίσκεται σε τελικό στάδιο .
- 3)Η προφυλακτική αντιρετροϊκή αγωγή έχει αποτέλεσμα στους εργαζόμενους σε τομείς υγείας ³⁴.

5.4 Περιγεννητική μετάδοση

Ο HIV μεταδίδεται από την μητέρα στο έμβρυο ή το νεογνό κατά την διάρκεια της κύησης ,του τοκετού ή μέσω του θηλασμού ⁸.

Ο κίνδυνος μετάδοσης του HIV κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού από οροθετικές μητέρες στα παιδιά τους υπολογίζεται σε 15-30% ⁵¹.

Η ανίχνευση του HIV σε εμβρυϊκούς ιστούς και η απομόνωση του σε αίμα ομφαλίου λώρου παρέχουν ενδείξεις ότι η μετάδοση μπορεί να γίνει εντός της μήτρας,αλλά κατά

κύριο λόγο φαίνεται ότι συμβαίνει κατά την περίοδο του τοκετού⁸.

Ο κίνδυνος μόλυνσης εξαρτάται ,από το αν η μητέρα βρίσκεται σε πρώιμο ή προχωρημένο στάδιο .Φαίνεται ότι μητέρες που είναι στα δύο άκρα ,πρωτοπαθή λοίμωξη και προχωρημένο συμπτωματικό στάδιο ,μεταδίδουν τον ιό στο έμβρυο περισσότερο από τις ασυμπτωματικές μητέρες .Στους παράγοντες κινδύνου μετάδοσης του ιού από την μητέρα στο έμβρυο ,συμπεριλαμβάνονται και οι παράγοντες που αφορούν τον πλακούντα και οι οποίοι διακόπτουν το φράγμα μητέρα-έμβρυο^{8,34}.

Ο ιός απομονώθηκε και στο μητρικό γάλα ,ενώ αναφορές ότι μητέρες μόλυναν τα παιδιά τους μετά τη γέννηση τους ,εστίασε τον κίνδυνο κάθετης μετάδοσης και μέσω του θηλασμού³⁴.

Η κάθετη μετάδοση έχει καταστεί σπάνια (0,7-2%) στις αναπτυγμένες χώρες μετά την εισαγωγή της προφύλαξης με αντιρετροϊκά φάρμακα (ζιδοβουδίνη) ,την εκλεκτική διενέργεια της καισαρικής τομής και την απαγόρευση του θηλασμού⁵².

5.5 Ποσοστά κινδύνου μετάδοσης του HIV

Ο παρακάτω πίνακας δείχνει τον διαφορετικό βαθμό κινδύνου μετάδοσης του HIV σε περιπτώσεις μη επαγγελματικής έκθεσης, σύμφωνα με την βιβλιογραφία (χωρίς την χρήση προφυλακτικού)¹³.

ΤΥΠΟΣ ΕΚΘΕΣΗΣ (Από γνωστό HIV+ άτομο)	ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ
Μετάγγιση	90%
Τοκετός	25%
Κοινή χρήση βελονών από	0,67%

χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών	
Παθητική πρωκτική σεξουαλική επαφή	0,50%
Τυχαίο τρύπημα βελόνας	0,30%
Παθητική κολπική σεξουαλική επαφή	0,10%
Ένεργητική πρωκτική σεξουαλική επαφή	0,06%

5.6 Τρόποι με τους οποίους **ΔΕΝ** μεταδίδεται ο ιός HIV

Ο HIV δεν μεταδίδεται :

- Από τις κοινωνικές επαφές όπως είναι η χειραψία, το φιλί στο μάγουλο ,το άγγιγμα ή το αγκάλιασμα .
- Στο χώρο της δουλειάς ή σε οποιονδήποτε άλλο χώρο στον οποίο συναθροίζονται άνθρωποι ,όπως θέατρα ,στάδια ,σχολεία ,γραφεία κ.τ.λ.
- Από τη θάλασσα ή την πισίνα .
- Από τον ιδρώτα και το σάλιο .
- Από ρούχα ,σκεπάσματα ,πιάτα ,ποτήρια και μαχαιροπήρουνα ,τηλέφωνα .
- Από τις τουαλέτες .
- Από κουνούπια ή άλλα έντομα .

Γενικά ,απαιτείται πραγματικός «εμβολιασμός» μεγάλης ποσότητας ιού άμεσα από τον φορέα προς τον ευπαθή άνθρωπο ,όπως ακριβώς συμβαίνει στα σεξουαλικά και στα αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα^{6,53}.

6ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

6.1 Εργαστηριακή διερεύνηση της HIV λοίμωξης

Μετά την αναγνώριση του συνδρόμου της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας το 1981 και την περιγραφή των κλινικών του εκδηλώσεων ,η μεγαλύτερη πρόοδος ήταν η ταυτοποίηση του ιού που το προκαλεί δηλαδή ο ιός HIV-1³⁴.

Η αναγνώριση του ιού επέτρεψε την ανάπτυξη ορολογικών εξετάσεων για ανίχνευση αντισωμάτων .Αυτή η ανίχνευση των αντισωμάτων είναι σημαντική στην διάγνωση της λοίμωξης και την επιδημιολογία της εξάπλωσης του ιού ³⁴.

Για την ταξινόμηση και πρόγνωση της HIV-1 λοίμωξης χρησιμοποιούνται τρεις μεγάλες κατηγορίες εργαστηριακών εξετάσεων:

- 1)Μέτρηση CD4+ T λεμφοκυττάρων.
- 2)Ανοσολογική απάντηση.
- 3)Ιικό φορτίο.
- 4)Προσδιορισμός ποιοτικών χαρακτηριστικών του ιού HIV-1³⁴.

Σε αντίθεση με το παρελθόν ,η έγκαιρη διάγνωση της HIV λοίμωξης απέκτησε σήμερα τεράστια θεραπευτική σημασία .

Η διενέργεια διαγνωστικών δοκιμασιών ενδείκνυται στις εξής περιπτώσεις :

- 1)Για όλες τις ομάδες αυξημένου κινδύνου μετά πιθανή έκθεση στον ιό .
- 2)Για διαφορογνωστικούς λόγους επί ύπαρξης συμπτωμάτων .
- 3)Στο πλαίσιο επαγγελματικής έκθεσης .
- 4)Εγκυμοσύνης / πιθανής κάθετης μετάδοσης .
- 5)Για τον έλεγχο των δοτών αίματος ,παραγώγων αυτού και οργάνων καθώς και για την επιδημιολογική επιτήρηση της νόσου ,συνήθως με μαζικό και ανώνυμο τρόπο^{54,55}.

6.2 Η ανίχνευση των αντισωμάτων

Πρωταρχικής σημασίας για την διάγνωση της HIV λοίμωξης είναι η ανίχνευση αντισωμάτων έναντι του ιού .Τα αντισώματα αυτά εμφανίζονται μέσα σε 2 ή 3 μήνες μετά την αρχική έκθεση στον ιό ,μπορεί όμως να κάνουν και 6 μήνες να εμφανισθούν³⁴.

Ανευρίσκονται πρακτικά σε όλα τα προσβεβλημένα άτομα και αποτελούν δείκτη χρόνιας

,ενεργού HIV λοίμωξης και δεν παριστάνουν προστατευτική ανοσιακή απάντηση⁹.

Συνήθως είναι της τάξης IgG ,είναι όμως δυνατόν να ανιχνευθούν και αντισώματα IgM ή IgA στα αρχικά στάδια .Τα επίπεδά τους αυξάνουν ταχέως μετά την αρχική τους εμφάνιση και αυτά τα υψηλά επίπεδα παραμένουν έως τα τελευταία στάδια της λοίμωξης . Μείωση των αντισωμάτων του ορού συχνά συνδέεται με μείωση των CD8+ T κυττάρων καθώς και με άλλα σημεία επιδείνωσης της λοίμωξης³⁴.

Το γονιδίωμα του ιού HIV-1 περιλαμβάνει 3 δομικά γονίδια env (μεμβράνη) για gp120/160 και gp41, gag(πυρήνας) για αντιγόνα p55, p24 και p17 και pol (πολυμεράση) p64 ,p51 ,p32. Το καθένα από αυτά μπορεί να δημιουργήσει αντισώματα ³⁴.

6.3 Ορολογικές δοκιμασίες

- **Δοκιμασία ELISA**

Η ανίχνευση αντισωμάτων έναντι του HIV απαιτεί την χρησιμοποίηση τουλάχιστον δύο διαφορετικών μεθόδων (screening test) και μίας επιβεβαιωτικής δοκιμασίας⁹.

Οι περισσότερες δοκιμασίες διαλογής βασίζονται στην ανοσοενζυμική μέθοδο ELISA .Πολλά εμπορικά αντιδραστήρια είναι διαθέσιμα για προσεκτική ανίχνευση αντισωμάτων έναντι του HIV-1 .Συνήθως περιέχουν αντιγόνα στις πιο κοινές ανοσολογικές πρωτεΐνες του ιού. Περιλαμβάνουν gp41 ,p24, p17 και gp120/160. Ανιχνεύουν αντισώματα IgG ,IgA και IgM έναντι όλων των διαφορετικών τύπων και υποτύπων του ιού στον ορό ή το πλάσμα . Η ευαισθησία και η ειδικότητα των νεότερων δοκιμασιών (3^{ης} και 4^{ης} γενεάς) αγγίζει το 99,5% .Αντισώματα ανιχνεύονται περίπου 3 εβδομάδες μετά την επαφή με τον HIV και 12 εβδομάδες μετά τη μόλυνση ~ 100% των ασθενών έχουν θετική δοκιμασία ELISA^{34,56}.

Ψευδώς θετικές δοκιμασίες ELISA είναι σπάνιες και παρατηρούνται επί αυτοανόσων νοσημάτων ,πολυτοκίας ,ιογενούς λοίμωξης και μετά εμβολιασμό έναντι γρίπης ,ηπατίτιδας B και λύσσας .

Ψευδώς αρνητικές δοκιμασίες παρατηρούνται κατά την πρωτολοίμωξη (περίοδος «παραθύρου», 10-12 ημ. Μετά τη μόλυνση) ,επί αγαμμασφαιριναιμίας ,νεοπλασιών /χημιοθεραπείας και σε σπάνιες περιπτώσεις ανοσολογικά σιωπηρής HIV λοίμωξης⁵⁷.

- **Δοκιμασία Western blot**

Για την επιβεβαίωση των αντισωμάτων που ανιχνεύονται με τη μέθοδο ELISA, χρειάζεται μία δεύτερη μέθοδος για την επιβεβαίωση της HIV λοίμωξης. Η πιο κοινή μέθοδος που χρησιμοποιείται είναι η τεχνική Western blot. Πρόκειται για μία ηλεκτροφορητική τεχνική διαχωρισμού διαφόρων αντιγόνων του ιού HIV με έμφαση στο gp41 και p24 καθώς και στο p17 και gp120/160. Αντισώματα σε άλλα στοιχεία του ιού μπορεί να είναι παρόντα όπως nef, tat και άλλες πρωτεΐνες, σαν την ανάστροφη μεταγραφάση. Η παρουσία αυτών των όψιμων αντισωμάτων δεν είναι απαραίτητη για την διάγνωση της HIV λοίμωξης . Η παρουσία αντισωμάτων σε δύο τουλάχιστον πρωτεΐνες, από διαφορετικά γονίδια είναι απαραίτητη για επιβεβαίωση της διάγνωσης. Τα πιο κοινά είναι αντισώματα στο p24, gp41 και gp120/160³⁴.

Η αντίδραση αντιγόνου –αντισώματος προκαλεί την εμφάνιση ζώνης (band) στην προσροφητική ταινία⁹.

Το αποτέλεσμα της Western blot μπορεί να είναι θετικό , αρνητικό ή απροσδιόριστο .Ως θετικό αποτέλεσμα χαρακτηρίζεται η ύπαρξη αντισωμάτων έναντι των γλυκοπρωτεϊνών (Gp) 41 και 120/160 ή μίας εκ των δύο σε συνδυασμό πάντα με αντισώματα έναντι της πρωτεΐνης (p)24⁹.

Σε μερικές άλλες νόσους, αναπτύσσονται αντισώματα τα οποία έχουν διασταυρωμένη δράση με τα πεπτίδια του ιού HIV. Σε αυτές τις περιπτώσεις το πλήρες μοντέλο της διασταύρωσης δεν είναι δυνατόν να βρεθεί. Έτσι η western blot χρησιμεύει στο να ξεχωρίσει τα ψευδώς θετικά Elisa από την ύπαρξη αληθούς HIV-1 λοίμωξης³⁴.

- **Ταχείες δοκιμασίες**

Οι ταχείες διαγνωστικές δοκιμασίες για τον HIV παρέχουν αποτέλεσμα σε 15-30 λεπτά .Καμία δεν είναι εγκεκριμένη για διάγνωση του HIV-2 και το αρνητικό ή θετικό αποτέλεσμα χρήζει επιβεβαίωσης με ELISA και Western blot .Στην κλινική πράξη χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις τοκετού ,επαγγελματικής έκθεσης ,σε ασθενείς με πιθανή πνευμονία από *Pn.jirovecii* και σε άτομα ,που δεν είναι πιθανό να αναζητούν την απάντηση της κλασσικής ορολογικής δοκιμασίας⁵⁸.

- **Ανίχνευση αντισωμάτων σε άλλα βιολογικά υγρά**

Τα βασικά βιολογικά υγρά που εφαρμόζονται οι μέθοδοι, για την ανίχνευση και την διάγνωση της HIV λοίμωξης, είναι ο ορός ή το πλάσμα.

Έχουν αρχίσει να αναπτύσσονται όμως και άλλες μέθοδοι σε διάφορα άλλα υγρά του σώματος, με ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Αντισώματα έναντι του ιού είναι δυνατόν να ανιχνευθούν σε στοματικά υγρά (σάλιο ή εξίδρωμα βλεννογόνου), ούρα και κολπικές εκκρίσεις. Το πλεονέκτημα τους είναι ο μη επεμβατικός χαρακτήρας της δειγματοληψίας. Εντούτοις, η ευαισθησία και η ειδικότητα τους είναι μικρότερες από των δοκιμασιών που εφαρμόζονται σε αίμα. Τα επίπεδα είναι μικρότερα από το 1% των επιπέδων του ορού. Εξυπακούεται ότι κάθε θετικό αποτέλεσμα απαιτεί επιβεβαιωτική δοκιμασία με μεθόδους ELISA ή Western blot^{9,34,59}.

6.4 Έλεγχος ποιότητας

Χρειάζεται περιοδικός έλεγχος με γνωστά θετικά και αρνητικά δείγματα. Ο έλεγχος επίσης μπορεί να γίνει με διαλύσεις ορού οροθετικού ασθενούς, έτσι ώστε να είναι το επίπεδο των αντισωμάτων σε τέτοιο σημείο όπου η ανίχνευση γίνεται με την πλέον ευαίσθητη μέθοδο³⁴.

6.5 Δυνητικά προβλήματα

Ο ιός HIV-2 είναι σπάνιος στις Η.Π.Α και την Ευρώπη. Τα αντιγόνα του είναι δυνατόν να έχουν διασταυρούμενη δράση και να προκαλούν θετικά αποτελέσματα με αρκετές μεθόδους ELISA που χρησιμοποιούνται για τον ιό HIV-1. Είναι διαθέσιμες πάντως αρκετές μέθοδοι για τον ιό HIV-2. Επίσης προσεκτική western blot μπορεί να κάνει διαχωρισμό των πεπτιδίων του HIV-1 από τα πεπτίδια του HIV-2.

Τα αντισώματα στα αρχικά στάδια της HIV λοίμωξης μπορεί να απουσιάζουν ή να είναι

σε χαμηλά επίπεδα. Ειδικά στο στάδιο της ιαιμίας ή όταν η ιαιμία αρχίζει να υποχωρεί. Έτσι υπάρχει μία περίοδος στην πρώιμη λοίμωξη, όπου υπάρχει λοίμωξη, αλλά δεν ανιχνεύονται αντισώματα. Σε αυτές τις συνθήκες χρειάζεται άλλο ένα δείγμα αίματος για τον έλεγχο ειδικών αντισωμάτων.

Επίσης και στα τελικά στάδια της νόσου το επίπεδο των αντισωμάτων μπορεί να είναι σχετικά χαμηλό και να είναι δυνατόν να διαφύγουν με μη ευαίσθητες μεθόδους³⁴.

6.6 Άμεση ανίχνευση του HIV

- **Η κυτταροκαλλιέργεια**

Η κυτταροκαλλιέργεια πραγματοποιείται μόνο σε ειδικές περιπτώσεις καθότι απαιτεί εργαστήρια με υψηλό επίπεδο ασφάλειας .

- **Η ανίχνευση του p24**

Η παρουσία ιϊκών πρωτεϊνών και ειδικά του αντιγόνου p24 του πυρήνα του ιού HIV-1, στον ορό, στο πλάσμα ή σε υπερκείμενο κυτταροκαλλιεργειών, θεωρείται απόδειξη HIV λοίμωξης. Η ανάλυση του αντιγόνου p24 είναι η απλούστερη, ταχύτερη και λιγότερο ακριβή μέθοδος ανίχνευσης του ιού .

Είναι μία εναλλακτική δοκιμασία η ανίχνευση του αντιγόνου p24 αν και γενικά έχει αντικατασταθεί από τις πιο ευαίσθητες μεθόδους πυρηνικού οξέος του ιού .Οι 4^{ης} γενεάς ορολογικές δοκιμασίες έχουν ενσωματωμένη την ανίχνευση του p24 με στόχο την σμίκρυνση της περιόδου του «διαγνωστικού παραθύρου»^{34,60}.

- **Η ανίχνευση του ιϊκού γονιδιώματος**

Η ανίχνευση του ιϊκού γονιδιώματος πραγματοποιείται με διάφορες εργαστηριακές τεχνικές. Ανιχνεύεται είτε το προϊικό cDNA σε λευκοκύτταρα ή το ιικό RNA στο πλάσμα.

Οι ποιοτικές δοκιμασίες χρησιμεύουν ως δείκτης της λοίμωξης. Χρησιμοποιούνται για την διάγνωση της HIV λοίμωξης σε ειδικές περιπτώσεις όπως επί υποψίας πρωτολοίμωξης και απουσίας αντισωμάτων στο πλαίσιο του «διαγνωστικού παραθύρου» και στα νεογνά οροθετικών μητέρων, στα οποία ανιχνεύονται τα μητρικά αντισώματα⁶¹.

Οι ποσοτικές μέθοδοι ανίχνευσης του ιικού RNA στο πλάσμα χρησιμοποιούνται ως προγνωστικός δείκτης για την αξιολόγηση της θεραπείας και για την εκτίμηση της μολυσματικότητας του ατόμου. Οι πλέον ευαίσθητες δοκιμασίες ανιχνεύουν 40-50 ιικά αντίγραφα (copies) ανά ml πλάσματος⁹.

Διάφορες μέθοδοι χρησιμοποιούνται για την ποσοτική ανίχνευση του ιικού πυρηνικού οξέος: PCR, b-PCR, NASBA, LCR. Η ευαισθησία τους υπερβαίνει το 98% και η ειδικότητα τους είναι 100%⁶².

6.7 Διάγνωση σε ειδικές καταστάσεις

- **Νεογνά οροθετικών μητέρων**

Η δίοδος μητρικών αντισωμάτων δια μέσου του πλακούντα από την 30^η εβδομάδα της κύησης καθιστά όλα τα νεογνά οροθετικών μητέρων «οροθετικά» για ένα διάστημα 12-15 μηνών μετά τον τοκετό και κατόπιν, εάν το βρέφος δεν έχει μολυνθεί, οι ορολογικές δοκιμασίες αρνητικοποιούνται⁹.

Σήμερα, η PCR μας επιτρέπει μία πιο έγκαιρη διάγνωση. Διενεργούνται δύο δοκιμασίες PDR, η πρώτη μεταξύ 1^{ου} και 4^{ου} μήνα της ζωής και η δεύτερη μετά τον 4^ο μήνα. Εάν και οι δύο είναι αρνητικές τότε αποκλείεται η κάθετη μετάδοση της HIV λοίμωξης⁶¹.

Η αρνητικοποίηση της ELISA αποτελεί ένα επιπλέον στοιχείο, το οποίο πρέπει να προσδιορίζεται τουλάχιστον μία φορά στα παιδιά οροθετικών μητέρων⁹.

- **Διάγνωση μετά από επαγγελματική έκθεση**

Σε περίπτωση επαγγελματικής έκθεσης απαιτείται η άμεση διενέργεια ορολογικών δοκιμασιών τόσο στο άτομο που αποτελεί την πιθανή πηγή μόλυνσης (HIV, HBV, HCV) όσο και στον επαγγελματία της υγείας. Εάν η πηγή προέλευσης είναι οροαρνητική και δεν υπάρχει έντονη κλινική υποψία πρωτολοίμωξης, η πιθανότητα να ευρίσκεται σε φάση «διαγνωστικού παραθύρου» είναι εξαιρετικά σπάνια⁶³.

Σε περίπτωση άγνωστης πηγής μόλυνσης πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν οι επιδημιολογικές συνθήκες. Δεν συνιστάται η ανίχνευση αντισωμάτων ή πυρηνικού οξέος από σύριγγες, βελόνες ή άλλο υλικό⁹.

Μετά πιθανή έκθεση στον HIV απαιτείται η διενέργεια ορολογικών δοκιμασιών 6 εβδ., 3 και 6 μήνες μετά το συμβάν. Επί αρνητικών αποτελεσμάτων και γνωστής HIV λοίμωξης της πηγής μόλυνσης, συνιστάται επιπλέον έλεγχος μετά 12 μήνες. Ορολογική δοκιμασία και μοριακή ανίχνευση του ιού απαιτείται οποτεδήποτε ο επαγγελματίας υγείας αναπτύξει συμπτωματολογία συμβατή με πρωτολοίμωξη⁹.

7ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

7.1 Θεραπεία της HIV λοίμωξης και του AIDS αναλυτικά

Από το 1981, που αναγνωρίστηκε το AIDS ως νοσολογική οντότητα, πραγματοποιήθηκαν θεαματικές αλλαγές όσον αφορά στη θεραπεία του και στη θεραπεία των σχετιζόμενων με αυτό παθήσεων. Το 1984, η θεραπεία ήταν εξ ολοκλήρου υποστηρικτική ή αποσκοπούσε μόνο στην αντιμετώπιση των λοιμωδών και ογκολογικών

επιπλοκών. Η ταυτοποίηση του HIV κατέστησε δυνατή την ανάπτυξη ειδικής αντιρετροϊκής θεραπείας. Κατά τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει σημαντικές πρόοδοι στην αντιρετροϊκή θεραπεία⁸.

7.2 Στόχοι της αντιρετροϊκής θεραπείας

Τα φάρμακα για τον HIV, ή αντιρετροϊκά (ARV) φάρμακα, που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του ιού HIV, δεν μπορούν να θεραπεύσουν τη νόσο, αλλά μπορούν να εμποδίσουν τον πολλαπλασιασμό ή αναπαραγωγή του ιού, κάτι που γίνεται με μεγάλη ευκολία.

Η φαρμακευτική αγωγή για τον HIV έχει 4 κύριους στόχους:

- Να παρατείνει το προσδόκιμο επιβίωσης και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής με την πρόληψη της εμφάνισης καιροσκοπικών λοιμώξεων και νεοπλασμάτων.
- Να αποτρέψει την εξέλιξη του HIV .

Μειώνοντας το ιικό φορτίο (το ποσόν του ιού HIV στο αίμα) σε μη ανιχνεύσιμα επίπεδα (κάτω από 50 αντίγραφα/ml) για όσο το δυνατόν μακρύτερο χρονικό διάστημα .

- Περιορίζοντας την ανάπτυξη αντοχής κατάσταση στην οποία ο ιός δεν ανταποκρίνεται πλέον στα ARV φάρμακα .

- Να αποκαταστήσει και να διατηρήσει το ανοσιακό (αμυντικό) σύστημα σε φυσιολογικά επίπεδα

Διατηρώντας τον αριθμό των CD4 κυττάρων σε φυσιολογικά όρια ή να τον αυξήσει, αν ο αριθμός είναι πολύ χαμηλός

- Ενισχύοντας την άμυνα έναντι των άλλων λοιμώξεων

- Να μειώσει την μετάδοση του HIV σε άλλα άτομα, θα πρέπει να είμαστε προσεκτικοί σε αυτό το σημείο γιατί ακόμη και μη ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο στο πλάσμα δεν σημαίνει απαραίτητα ότι ο ιός δεν μπορεί να υπάρχει σε άλλα υγρά του σώματος^{9,64}.

7.3 Αντιρετροϊκά φάρμακα

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Υπάρχουν 5 κατηγορίες φαρμάκων για την αντιμετώπιση του HIV. Κάθε κατηγορία προσδιορίζεται ανάλογα με τον τρόπο που προσβάλλει τον ιό.

- 1. Νουκλεοσιδικοί αναστολείς της ανάστροφης μεταγραφάσης (Nucleoside reverse transcriptase inhibitors-NRTIs) γνωστοί κι ως «νουκλεοσιδικά», νουκλεοσιδικά ανάλογα ή βάση της θεραπείας .**

Είναι η παλαιότερη κατηγορία αντιρετροϊκών (ARV) φαρμάκων ,οι NRTIs εμποδίζουν την δυνατότητα του HIV να αντιγράψει το DNA ενός κυττάρου, που είναι ο μηχανισμός τον οποίο χρησιμοποιεί ο ιός για να πολλαπλασιάζεται.

- 2. Μη νουκλεοσιδικοί αναστολείς της ανάστροφης μεταγραφάσης (non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors NNRTIs).**

Οι NNRTIs αναστέλλουν τη λειτουργία της ίδιας πρωτεΐνης με τους NRTI, αλλά είναι χημικά διαφορετικοί. Αντοχή εμφανίζεται γρήγορα σε αυτή την κατηγορία φαρμάκων αν δεν χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό με ένα NRTI.

- 3. Αναστολείς της πρωτεάσης (Protease inhibitors- PIs).**

Οι PIs αναστέλλουν την πρωτεάση, ένα ένζυμο που ο ιός HIV χρειάζεται για να πολλαπλασιασθεί. Σαν κατηγορία οι PIs είναι σχετικά καλά ανεκτοί.

- 4. Αναστολείς της σύντηξης (Fusion inhibitors-FIs).**

Είναι η νεότερη κατηγορία διαθέσιμων ARV φαρμάκων. Οι FIs εμποδίζουν τον HIV να εισέλθει στα υγιή κύτταρα του σώματος. Αυτό το φάρμακο πρέπει να χορηγείται με ένεση⁶⁴.

5. Αναστολείς της ιντεργκράσης ή αναστολείς της ενσωμάτωσης (Integrase inhibitors).

Αναστέλλει τη δράση ενός ενζύμου που ονομάζεται ιντεργκράση, το οποίο συμμετέχει σε ένα στάδιο της διαδικασίας πολλαπλασιασμού του HIV. Όταν η δράση του ενζύμου αναστέλλεται, ο ιός δεν μπορεί να πολλαπλασιαστεί κανονικά, γεγονός που επιβραδύνει την εξάπλωση της λοίμωξης. Ενδύκνεται σε συνδυασμό με άλλα αντιρετροϊκά φάρμακα σε ενήλικες ασθενείς που έχουν ήδη λάβει αγωγή και παρουσιάζουν ενδείξεις.

HAART-συνδυαστική θεραπεία

Με την κατανόηση της παθογένειας της HIV λοίμωξης, έγινε γνωστό ότι ο HIV έχει ταχεία και συνεχή αναπαραγωγή με υψηλό ποσοστό μεταλλάξεων και κύκλους μόλυνσεων που επαναλαμβάνονται καθ' όλη την φυσική πορεία της λοίμωξης. Οι ιδιότητες αυτές δίνουν τη δυνατότητα στον ιό κάτω από συνθήκες μη πλήρους καταστολής –όπως στην περίπτωση μονοθεραπείας- να μπορεί (με την βοήθεια κατάλληλης μετάλλαξης) να παλλαπλασιάζεται παρουσία του φαρμάκου και να το αχρηστεύει⁶⁵.

Στην περίπτωση συνδυασμού αντιρετροϊκών φαρμάκων ο ιός αναγκάζεται, για να γίνει ανθεκτικός, να μεταλλαχθεί ταυτόχρονα σε πολλαπλές θέσεις του γονιδιώματός του, που γενετικά πραγματοποιείται δύσκολα. Επομένως η χρήση συνδυασμένης θεραπείας μειώνει την ταχύτητα πολλαπλασιασμού και την εμφάνιση ανθεκτικών ιικών σωματιδίων⁶⁵.

Ο πρώτος συνδυασμός που αξιολογήθηκε σε κλινική μελέτη ήταν αυτός της ζιδοβουδίνης /ζαλσιτασίνης, ο οποίος έδειξε υπεροχή έναντι της μονοθεραπείας χωρίς ιδιαίτερη αύξηση των ανεπιθύμητων ενεργειών⁶⁵.

Η θεραπεία για τον HIV περιλαμβάνει συνήθως 3 ή περισσότερα φάρμακα από τις

κατηγορίες που περιγράφηκαν παραπάνω. Ο συνδυασμός αυτών των φαρμάκων έχει σχεδιασθεί με σκοπό να εμποδίσει τον πολλαπλασιασμό του ιού και την αποφυγή ανάπτυξης αντοχής, με κατά το δυνατόν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες και μικρό [αριθμό χαπιών](#). Οι συνδυασμοί αυτοί αναφέρονται σαν **HAART, αντιρετροϊκή θεραπεία μεγάλης αποτελεσματικότητας**^{64,67}.

Η επιλογή του συνδυασμού

Η επιλογή του συνδυασμού δεν είναι αυθαίρετη. Τακτικά δημοσιεύονται τροποποιήσεις στις κατευθυντήριες οδηγίες που λαμβάνουν υπόψη τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ φαρμάκων που συχνά τις εκμεταλλευόμαστε για υψηλότερα επίπεδα στο αίμα, αλλά και τη δυνατότητα μελλοντικών αλλαγών σε περίπτωση ανεπιθύμητων ενεργειών ή ανάπτυξης αντοχής⁹.

Οι ερευνητικές προσπάθειες εστιάζονται και σε άλλες μεθόδους αντιμετώπισης της HIV λοίμωξης π.χ. ανοσοτροποποιητικές με εμβόλια ή κυττοκίνες⁹.

Η Διεθνής Εταιρεία για το AIDS (International AIDS Society) προτείνει τους ακόλουθους δυνατούς συνδυασμούς φαρμάκων για την αρχική θεραπεία του HIV:

2 NRTIs + 1 PI με ritonavir (για [φαρμακοενίσχυση](#))

2 NRTIs + 1 NNRTI⁶⁴.

7.4 Παρακολούθηση των ασθενών

Σαν δείκτες τις αποτελεσματικότητας της θεραπείας χρησιμοποιούνται κυρίως :

⇒ **Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΩΝ CD4 ΚΥΤΤΑΡΩΝ**

Η άνοδος του αριθμού των CD4 κυττάρων π.χ. κατά 50,100 ή 200 ή καλύτερα σε

επίπεδα άνω των 200 κυττ/μl που θεωρείται ως όριο για περιορισμό του κινδύνου καιροσκοπικών λοιμώξεων ή το ιδανικό άνω των 500 κυττ/μl⁹.

Όσο χαμηλότερες είναι οι αρχικές τιμές των CD4 κυττάρων τόσο μειώνονται οι πιθανότητες πλήρους ανοσολογικής αποκατάστασης⁹.

⇒ **ΤΟ ΙΪΚΟ ΦΟΡΤΙΟ**

Η πτώση του ιϊκού φορτίου στο πλάσμα (HIV RNA)σε κατά το δυνατόν μη ανιχνεύσιμα επίπεδα (<50 copies/ml με τις σημερινές μεθόδους) που πρέπει να επιτευχθεί το πολύ σε 6 μήνες⁹.

Η μέτρηση του ιϊκού φορτίου είναι η σημαντικότερη παράμετρος για την παρακολούθηση της θεραπείας. Η μείωση του πολλαπλασιασμού του ιού μειώνει και την πιθανότητα ανάπτυξης αντοχής⁹.

⇒ **ΆΛΛΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Άλλες μέθοδοι χρήσιμες κυρίως για την απόφαση αλλαγής των φαρμάκων είναι ο γονοτυπικός ή και φαινοτυπικός έλεγχος της αντοχής του ιού σε διάφορα φάρμακα, καθώς και η μέτρηση των επιπέδων των φαρμάκων στο αίμα⁹.

7.5 Πότε χορηγούμε φάρμακα

Το πότε αρχίζουμε την θεραπεία βασίζεται στην κλινική εκτίμηση, τον αριθμό των CD4 κυττάρων και το ιϊκό φορτίο⁹.

Έχοντας υπόψη τις ανεπιθύμητες ενέργειες από τη μακροχρόνια χρήση των αντιρετροϊκών φαρμάκων σήμερα είμαστε πιο συντηρητικοί για έναρξη αγωγής⁹.

Όσοι παρουσιάζουν σοβαρά συμπτώματα αρχίζουν θεραπεία ανεξάρτητα από τους

εργαστηριακούς δείκτες. Από τους ασυμπτωματικούς όσοι έχουν κάτω από 200 CD4 κυττ/μl παίρνουν επίσης αγωγή⁹.

Από 200-350 CD4 κυττ/μl συνήθως χορηγούμε φάρμακα, ενώ σε άτομα με CD4>350 δίνουμε φάρμακα αν το ιικό φορτίο υπερβαίνει τα 100000 copies/ml. Το δόγμα του 1996 «hit hard and early» σήμερα δεν είναι δεκτό από τους περισσότερους ερευνητές. Γενικά όμως υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες που ανανεώνονται τακτικά^{9,67}.

7.6 Προβλήματα αντιρετροϊκής αγωγής

Κατά την επιλογή ενός αντιρετροϊκού σχήματος θα πρέπει να ληφθούν υπ όψιν, εκτός από την αποτελεσματικότητά του, τρεις βασικοί παράμετροι :η συμμόρφωση του ασθενούς στο σχήμα, η ανοχή του σχήματος και η ασφάλεια του (βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη). Εάν κάποια από τις προαναφερόμενες παραμέτρους δεν τηρείται, ακόμα και ο ισχυρότερος αντιρετροϊκός συνδυασμός αναμένεται να αποτύχει⁶⁵.

⇒ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΟ ΣΧΗΜΑ

Η συμμόρφωση των ασθενών στο σχήμα αποτελεί βασικό παράγοντα για την επιτυχία της θεραπευτικής αγωγής. Είναι πλέον κοινά αποδεκτό ότι η επιτυχία κάθε αντιρετροϊκού σχήματος εξαρτάται από τον βαθμό συμμόρφωσης του ασθενούς σε αυτό. Πλήθος βιβλιογραφικών αναφορών συσχετίζουν τη συμμόρφωση με την επίτευξη του στόχου που είναι το μη ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο⁶⁵.

Τα ποσοστά συμμόρφωσης διεθνώς είναι χαμηλά και κυμαίνονται από 50-70%. Ποσοστά συμμόρφωσης <80% συσχετίζονται με ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο στην πλειοψηφία των ασθενών⁶⁵.

Η μη συμμόρφωση στο θεραπευτικό σχήμα σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα από την HIV λοίμωξη και με την ανάδυση ανθεκτικών στελεχών που περιορίζει σημαντικά τις μελλοντικές θεραπευτικές επιλογές⁶⁵.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση του ασθενή είναι αμετάβλητοι και

ευμετάβλητοι.

Οι αμετάβλητοι παράγοντες συνδέονται με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του κάθε ασθενούς και δεν δύναται να τροποποιηθούν (όπως προσωπικές ιατρικές απόψεις, χαοτική συμπεριφορά, κόπωση)⁶⁵.

Στους ευμετάβλητους παράγοντες περιλαμβάνονται ο συνολικός αριθμός των καθημερινά λαμβανομένων δισκίων, η συχνότητα των δόσεων, η συσχέτιση της αγωγής με την λήψη τροφής και οι ανεπιθύμητες ενέργειες του σχήματος⁶⁵.

Σήμερα οι γιατροί προσπαθούν να χορηγούν απλούστερα σχήματα, ώστε να επιτυγχάνουν καλύτερη συμμόρφωση των ασθενών για τον περιορισμό της ανάπτυξης αντοχής⁹.

⇒ **ΑΝΟΧΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Ένα από τα βασικότερα χαρακτηριστικά του ιδανικού σχήματος είναι η καλή ανοχή. Ένα κακά ανεκτό σχήμα οδηγεί σε διαταραχή στην ποιότητα ζωής, κακή συμμόρφωση ή και διακοπή της θεραπείας, επιλογή ανθεκτικών στελεχών (λόγω της κακής συμμόρφωσης), μείωση των μελλοντικών θεραπευτικών επιλογών και τελικά αύξηση του κόστους της θεραπείας. Από διάφορες μελέτες προκύπτει ότι η τοξικότητα από την HAART ευθύνεται για τη διακοπή της αντιρετροϊκής αγωγής στο ήμισυ περίπου των ασθενών που διακόπτουν την θεραπεία⁶⁵.

Δυστυχώς η χορήγηση HAART πέρα από τα οφέλη της έχει αυξήσει την συχνότητα και την σοβαρότητα των ανεπιθύμητων ενεργειών⁶⁵.

⇒ **ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ**

Με την εφαρμογή της HAART μπορεί να μειώθηκαν η νοσηρότητα και η θνητότητα από την HIV λοίμωξη, δυστυχώς όμως αυξήθηκαν οι σχετιζόμενες με αυτήν παρενέργειες⁶⁵.

Εξαιρετικά ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι σήμερα η επίπτωση της σοβαρής (grade 4)

σχετιζόμενης με την HAART τοξικότητας είναι μεγαλύτερη από την επίπτωση των καταστάσεων που προσδιορίζουν AIDS ή των θανάτων από AIDS⁶⁵.

Όπως κάθε φάρμακο που μπαίνει στον οργανισμό μας, έτσι και τα αντιρετροϊκά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν παρενέργειες. Αυτές μπορεί να είναι τριών ειδών:

I Οξείες (κρατάνε από λίγες μέρες έως λίγες εβδομάδες). Αυτές οι παρενέργειες εμφανίζονται αμέσως μόλις ξεκινήσεις μια αγωγή και συνήθως κρατάνε λίγες μέρες.

Οι οξείες παρενέργειες μπορεί να είναι:

1. Αντιδράσεις υπερευαισθησίας
2. Σύνδρομο Stevens Johnson
3. Οξεία παγκρεατίτιδα⁶⁶

I Βραχυπρόθεσμες (κρατάνε από λίγες εβδομάδες έως λίγους μήνες). Αυτές οι συνήθως παρενέργειες εμφανίζονται όταν πρωτοξεκινάς μια αγωγή.

Οι βραχυπρόθεσμες παρενέργειες μπορεί να είναι:

1. Γαστρεντερικές Διαταραχές
1. Διάρροια
2. Αλλαγές της γεύσης⁶⁶

I Μακροπρόθεσμες (κρατάνε από μήνες έως και χρόνια). Μετά από μακροχρόνια χρήση αντιρετροϊκών φαρμάκων, είναι πιθανόν να εμφανιστούν κάποιες παρενέργειες.

1 Λιποδυστροφία/λιποατροφία,

2 Γαλακτική Οξέωση,

³Περιφερειακή Νευροπάθεια⁶⁶

Τα πρώτα χρόνια της εφαρμογής της αγωγής απασχολούσαν κυρίως οι βραχυπρόθεσμες επιπλοκές (π.χ γαστρεντερικές διαταραχές, μυελοκαταστολή), στις μέρες μας όμως κυριαρχούν οι μακροπρόθεσμες η νευροπάθεια, το σύνδρομο λιποδυστροφίας, οι μεταβολικές διαταραχές και η συσχέτισή τους με στεφανιαία νόσο και επηρεασμό της ποιότητας της ζωής των ασθενών⁶⁵.

Από μελέτη μακροχρόνιας παρακολούθησης μεγάλου αριθμού HIV (+) ασθενών υπό αντιρετροϊκή αγωγή προκύπτει ότι η αθροιστική επίπτωση σοβαρής τοξικότητας αυξάνει προοδευτικά με τη διάρκεια χορήγησης της αγωγής –φτάνοντας το 40% σε ασθενείς που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για 60 μήνες –και είναι διπλάσια της επίπτωσης των καταστάσεων που προσδιορίζουν AIDS. Από την ίδια μελέτη αναφέρεται ότι οι συχνότερες σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι: ηπατοτοξικότητα, ουδετεροπενία, αναιμία,

καρδιαγγειακή νόσος, παγκρεατίτιδα, ψυχιατρικές διαταραχές, νεφροτοξικότητα.

Ο κίνδυνος θανάτου εξαιτίας της grade 4 τοξικότητας είναι αυξημένος, σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ($P < 0,05$), σε ασθενείς που εμφανίζουν ηπατοτοξικότητα, καρδιαγγειακή νόσο, παγκρεατίτιδα και νεφροτοξικότητα⁶⁵.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Η πιο σημαντική νοσηλευτική παρέμβαση στην ασθένεια του HIV-AIDS ουσιαστικά είναι η πρόληψη.

1ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

1.1 Αγωγή υγείας στη κοινότητα

Η αγωγή υγείας είναι ένα αναπόσπαστο μέρος του ρόλου που καλείται να διαδραματίσει ο νοσηλευτής στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της νόσου σε υπηρεσίες της κοινότητας. Η διδασκαλία συνιστούσε σημαντική ευθύνη της νοσηλευτικής από τα πρώτα έργα της Florence Nightingale (1936). Ο Gardner (1936) τόνισε ότι η αγωγή υγείας είναι μία από τις πλέον θεμελιώδεις αρχές της νοσηλευτικής και ότι «ο νοσηλευτής, ακόμα και όταν υπηρετεί στην πιο αφανή θέση, θα πρέπει να είναι ικανότατος παιδαγωγός»⁶⁸.

Οι νόμοι περί Άσκησης του Νοσηλευτικού Επαγγέλματος (Nurse Practise Acts), οι επαγγελματικές εκθέσεις του Αμερικάνικου Συλλόγου Νοσηλευτών (ANA) (1975), η Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ασθενούς (Patient's Bill of Rights) από τον ΑΗΑ (1972) και η Κοινή Επιτροπή Ελέγχου των Οργανισμών Υγείας (Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations)(1995) υποστηρίζουν τη συμμετοχή του νοσηλευτή στην παροχή αγωγής υγείας⁶⁸.

Αγωγή υγείας είναι οποιοσδήποτε συνδυασμός μαθησιακών εμπειριών για τη διευκόλυνση των εθελούσιων ενεργειών που στοχεύουν στην υγεία και για τις οποίες οι άνθρωποι αποφασίζουν μόνοι τους, είτε ως άτομα είτε ως μέλη ενός συνόλου, ως πολίτες που φροντίζουν για την υγεία τους ή ως άτομα που λαμβάνουν αποφάσεις και που φροντίζουν για την υγεία των άλλων και το κοινό καλό της κοινότητας⁶⁸.

Στόχος της αγωγής υγείας είναι η κατανόηση της συμπεριφοράς υγείας και η «μετάφραση» αυτών των γνώσεων σε ουσιαστικές παρεμβάσεις και στρατηγικές που στοχεύουν στη βελτίωση της υγείας ,την πρόληψη της νόσου και την αντιμετώπιση των χρόνιων παθήσεων. Σε γενικές γραμμές, η αγωγή υγείας αποσκοπεί στην προώθηση της ευεξίας (κατάσταση κατά την οποία το άτομο προχωρά προς ένα υψηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας επιτυγχάνοντας άριστη ισορροπία μεταξύ εσωτερικού-εξωτερικού

περιβάλλοντος) και στον περιορισμό της ανικανότητας, επιχειρώντας την πραγμάτωση του δυναμικού υγείας των ατόμων, των οικογενειών, των κοινοτήτων και της κοινωνίας. Η αγωγή υγείας δεν παρέχει μόνο πληροφορίες, αλλά περιλαμβάνει και δραστηριότητες προκειμένου οι άνθρωποι να καθοδηγηθούν κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων που αφορούν την υγεία τους⁶⁸.

Η αγωγή υγείας της κοινότητας βασίζεται σε λειτουργικές, κατάλληλες και επιστημονικά ορθές μεθόδους και σε μια τεχνολογία προσιτή για όλους. Κατά τα τέλη της δεκαετίας του 1970, ο Kleinman (1978) περιέγραψε ένα κοινωνικο-πολιτισμικό σύστημα κοινοτικής φροντίδας υγείας που συσχέτιζε τους εξωγενείς παράγοντες (οικονομικούς, πολιτικούς, επιδημιολογικούς) με ενδογενείς παράγοντες (συμπεριφορικούς και επικοινωνιακούς). Αυτή η κοινωνική πολιτισμική θεώρηση του συστήματος φροντίδας υγείας αποτελεί τη βάση των δραστηριοτήτων αγωγής υγείας μέσα σε κοινωνικοπολιτικές δομές, και μάλιστα εντός τοπικών περιβαλλόντων και εξετάζει την κοινότητα ως πελάτη⁶⁸.

Οι νοσηλευτές δεν μπορούν να ιεραρχήσουν από μόνοι τους τις προτεραιότητες του ατόμου, της οικογένειας ή της κοινότητας. Η διαρκής επίδραση των γνωστικών και συμπεριφορικών μεταβολών εξαρτάται από την ενεργητική ή παθητική συμμετοχή του μανθάνοντος. Οι μανθάνοντες πρέπει να συμμετέχουν στον προδιορισμό των αναγκών υγείας και πρακτικών προκειμένου να επιτευχθεί η αλλαγή. Οι κοινοτικοί νοσηλευτές είναι σε θέση να επηρεάσουν τις συμπεριφορές υγείας και τις πρακτικές των μελών της κοινότητας μέσω διαφόρων νοσηλευτικών δραστηριοτήτων και ρόλων. Εντούτοις, οι νοσηλευτές πρέπει να εμπλουτίζουν την κατάρτιση και τις γνώσεις τους καθώς ασκούν τη νοσηλευτική σε κοινοτικά πλαίσια, ιδιαίτερα όσον αφορά την παροχή πολιτισμικά κατάλληλης φροντίδας⁶⁸.

Ø Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αγωγή υγείας

Αν και οι μαθησιακές θεωρίες και τα πρότυπα αγωγής υγείας παρέχουν ένα χρήσιμο θεωρητικό πλαίσιο για το σχεδιασμό υγειονομικών παρεμβάσεων, η ικανότητα του νοσηλευτή να προάγει τη διαδικασία της εκπαίδευσης και να συνεργάζεται με τα άτομα και τις κοινότητες είναι ουσιαστική για την εφαρμογή των μεθόδων αυτών.

Στο επίκεντρο της αγωγής υγείας βρίσκεται η θεραπευτική σχέση μεταξύ του νοσηλευτή και των ατόμων, των οικογενειών και της κοινότητας. Οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για την ομαλή πορεία της διαδικασίας και δρουν καταλυτικά όσον αφορά τις αλλαγές που

επισυμβαίνουν στο χώρο της παροχής ανθρωπιστικής φροντίδας. Οι νοσηλευτές μπορούν να θέσουν σε εφαρμογή τις ιδέες που διατυπώνονται, να προβαίνουν σε κατάλληλες παρεμβάσεις, να εντοπίζουν φορείς ενημέρωσης και να διευκολύνουν την ενδυνάμωση της ομάδας.

Οι Rankin & Stallings (1995) περιέγραψαν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά των νοσηλευτών τα οποία έχουν μεγάλη σημασία προκειμένου να διευκολυνθεί η σχέση μεταξύ εκπαιδευτή-εκπαιδευόμενου: αυτοπεποίθηση, επαγγελματική ικανότητα, ευαισθησία απέναντι στον άνθρωπο και επικοινωνιακή ικανότητα⁶⁸.

2ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

2.1 Προληπτική νοσηλευτική παρέμβαση και συμβουλευτική

Η προληπτική νοσηλευτική και η συμβουλευτική αποτελούν τον πρωταρχικό σκοπό της Αγωγής Υγείας και πρέπει να περιλαμβάνουν ένα βασικό εκπαιδευτικό μέρος σε θέματα υγείας. Τα σχετικά μηνύματα πρέπει να απευθύνονται άμεσα στους ενδιαφερόμενους, να αναφέρονται σε εφικτούς στόχους και να παρουσιάζονται στα πλαίσια αναλυτικής και φιλικής συζήτησης. Περισσότερο από οτιδήποτε άλλο, η προληπτική νοσηλευτική στοχεύει στην ενθάρρυνση ατόμων και ομάδων να προχωρήσουν σε αλλαγές των τρόπων ζωής τους και των υπευθυνότητων τους. Για να είναι αποτελεσματική πρέπει να παρέχει συνεπή και αποδεκτή υποστήριξη στο άτομο ή την ομάδα. Όπου δεν υπάρχει συναίσθημα ανταλλαγής μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή, καθώς και συναίσθημα γνήσιας υποστήριξης, μπορεί πολλές φορές η ουσία του μηνύματος της πρόληψης να χαθεί.

Η προληπτική νοσηλευτική αναφέρεται στην πρόληψη της HIV-λοίμωξης και της μετάδοσης της σε άλλους ανθρώπους. Η προληπτική νοσηλευτική χωρίζεται σε πέντε βασικά μέρη:

- 1) Προσδιορίστε, αν η συμπεριφορά ενός ατόμου ή μιας ομάδας ατόμων περικλείει υψηλό κίνδυνο λοίμωξης από τον HIV.
- 2) Εργασθήτε με τους ανθρώπους –αναλύστε μαζί τους πώς ο τρόπος ζωής τους και η εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους συνδέονται με αυτή τη συμπεριφορά.

3) Προσδιορίστε μαζί τους πώς ο τρόπος ζωής και η εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους συνδέονται με αυτή τη συμπεριφορά .

4) Βοηθήστε τα άτομα να προσδιορίσουν τη δυναμικότητα τους για αλλαγή συμπεριφοράς .

5) Συνεργασθήτε με τα άτομα ,για να αρχίσουν να ακολουθούν και να διατηρήσουν το νέο τρόπο συμπεριφοράς ³⁸.

Σε κάθε πολιτισμό ή κοινωνική ομάδα, η συμπεριφορά υψηλού κινδύνου είναι πιθανόν να επηρεάζεται από ποικιλία παραγόντων. Πίεση από ομάδες ειδικών για συγκεκριμένες συμπεριφορές ,οικονομικές πιέσεις ,παραδόσεις για το τι είναι αποδεκτό και αναμενόμενο και έλλειψη γνώσης για τους συνεπαγόμενους κινδύνους. Όλα μπορεί να παίζουν ρόλο ανάλογα με το άτομα και την κατάσταση που εξετάζεται³⁸.

ο Πρωτογενής πρόληψη

Η Πρωτογενής Πρόληψη αφορά την παρέμβαση, που ενεργοποιείται πριν αρχίσουν οι παθολογικές διεργασίες, και κατά τη διάρκεια της επιρρέπειας του ατόμου. Συνίσταται σε δύο μορφές δραστηριοτήτων. Στις ενέργειες γενικής φύσεως οι οποίες στοχεύουν στην προώθηση ενός υγιεινού τρόπου διαβίωσης και στη διατήρηση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος ορίζονται ως *προαγωγή της υγείας* (health promotion). Και στις ενέργειες που στοχεύουν στη μείωση του κινδύνου εκδήλωσης συγκεκριμένων νόσων ορίζονται ως *ειδική προστασία* (specific protection)^{68,69}.

Πρωτογενής πρόληψη για την HIV λοίμωξη

Η πρωτογενής προληπτική νοσηλευτική απευθύνεται σε ανθρώπους που διατρέχουν κίνδυνο να προσβληθούν από τον HIV αλλά δεν είναι γνωστό, αν έχουν μολυνθεί . Μερικοί από αυτούς ήδη αναγνωρίζουν ότι κινδυνεύουν και άλλοι δεν έχουν ενημερωθεί για τον κίνδυνο που συνεπάγεται η συμπεριφορά τους. Η πρωτογενής προληπτική νοσηλευτική εστιάζεται επομένως στην ανάλυση και τη συζήτηση της συμπεριφοράς που δημιουργεί κίνδυνο HIV-λοίμωξης και στην επανεξέταση των παραγόντων που προσδιορίζουν την αλλαγή της σύμφωνα με τη διαδικασία που αναφέραμε.

Σε κάθε κοινωνία ,ποικιλία ατόμων και ομάδων μπορεί να διατρέχει κίνδυνο.Οι πόρνες (επαγγελματίες του αγοραίου έρωτα) και οι πελάτες τους, άνδρες και γυναίκες με πολλούς ερωτικούς συντρόφους άνδρες που έχουν ομοφυλοφιλικές σχέσεις ,χρήστες ενδοφλέβιων

ναρκωτικών χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή. Ακόμη, στρατιωτικοί ,οδηγοί φορτηγών και μετανάστες εργάτες που ζουν για μεγάλες περιόδους μακριά από τα σπίτια τους και έφηβοι μπορεί να αισθάνονται στην καθημερινή τους ζωή κάποια πίεση που να τους εκθέσει στον κίνδυνο. Κάθε ομάδα αποτελεί ιδιαίτερη πρόκληση σε σχέση με το πώς και το πού μπορεί να προσεγγισθεί. Νυχτερινά κέντρα ,νοσοκομεία ,κέντρα θεραπείας τοξικομανών στρατιωτικές βάσεις ,σχολεία ,λέσχες νέων και αθλητικοί σύλλογοι παρέχουν ευκαιρίες για την παροχή συμβουλών ή τουλάχιστον για την πληροφόρηση των ανθρώπων για τη δυνατότητα να ζητούν συμβουλές³⁸ .

∅ Δευτερογενής πρόληψη

Η Δευτερογενής Πρόληψη προσπαθεί να διαπιστώσει έγκαιρα την αρρώστια και να την θεραπεύσει αποτελεσματικά .Τα μέτρα αυτά, που σχεδιάστηκαν για την ανίχνευση της νόσου κατά τα αρχικά της στάδια ,δηλαδή οι έλεγχοι διαλογής ή η φυσική εξέταση για πρώιμη διάγνωση, συνιστούν τη δευτερογενή πρόληψη .Οι παρεμβάσεις που προβλέπουν έγκαιρη θεραπεία και ίαση συγκαταλέγονται επίσης σε αυτή την κατηγορία^{68,69}.

Ο προγραμματισμένος έλεγχος του πληθυσμού (γνωστό διεθνώς ως screening) είναι ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος τρόπος για τη δευτερογενή πρόληψη .Ο έλεγχος αυτός μπορεί έγκαιρα να διαπιστώσει σημεία και ενδείξεις μιας νόσου, πριν ακόμα το άτομο παρουσιάσει οποιαδήποτε συμπτώματα^{68,69} .

Δευτερογενής Πρόληψη για την HIV-λοίμωξη

Για πρόσωπα, τα οποία είναι γνωστό ή πιθανόν ότι έχουν μολυνθεί με τον HIV, ο νοσηλευτής πρέπει να δίνει έμφαση στις συνέπειες από τη λοίμωξη και στους τρόπους , με τους οποίους μπορεί να αποφευχθεί η μετάδοση. Αυτό πρέπει να γίνεται σε ατμόσφαιρα υποστήριξης και κατανόησης, που να επικεντρώνεται στην ανάγκη των μολυσμένων ατόμων να αναγνωρίζουν την ευθύνη τους για την υγεία και την ευημερία εκείνων, με τους οποίους έρχονται σε σεξουαλική επαφή³⁸.

Η αναφορά των μολυσμένων με HIV ατόμων από κέντρα υγείας, εργαστήρια ελέγχου, νοσοκομεία και άλλα ιδρύματα ή οργανισμούς είναι ιδιαίτερα σημαντική. Τα προσωπικά όλων αυτών πρέπει να γνωρίζει που είναι διαθέσιμη η συμβουλευτική. Πρέπει επίσης να είναι σε θέση να βοηθήσει τον ενδιαφερόμενο να απευθυνθεί σε κάποια συμβουλευτική υπηρεσία που να είναι φυσικά και κοινωνικά προσβάσιμη και στην οποία να είναι πιθανόν ότι θα γίνει δεκτός³⁸ .

Οι υπηρεσίες της νοσηλευτικής για δευτερογενή πρόληψη χρειάζεται να είναι τόσο νεωτεριστικές όσο και τα προγράμματα για την πρωτογενή πρόληψη. Είναι πιθανόν ότι μερικοί άνθρωποι με διάγνωση HIV-λοίμωξης θα μετακινηθούν από τόπο σε τόπο σε αναζήτηση φίλων, υποστήριξης και φροντίδας και σε μια προσπάθεια να προσαρμοστούν συναισθηματικά στο φόβο τους για το AIDS. Μπορεί να μην είναι πρόθυμοι να συμμετέχουν στη συμβουλευτική ή σε άλλη δραστηριότητα παρακολούθησης, εκτός αν γίνουν δημιουργικά βήματα για να προσεγγισθούν και να βοηθηθούν, για να εκτιμήσουν τα οφέλη από τη νοσηλευτική³⁸.

ο Τριτογενής πρόληψη

Η Τριτογενής Πρόληψη σκοπεύει στον περιορισμό της ανικανότητας που προκαλεί η αρρώστια και στην αποκατάσταση των ατόμων, παρεμβαίνει δε όταν παθολογικές βλάβες έχουν ήδη εμφανιστεί ή το άτομο παρουσιάζει κάποιο βαθμό αναπηρίας⁶⁹.

Τριτογενής Πρόληψη για την HIV-λοίμωξη

Τα άτομα με διαγνωσμένη HIV-λοίμωξη και νόσο που σχετίζεται με τον HIV, περιλαμβανομένου του AIDS, και τα κοντινά τους πρόσωπα αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα και συχνά έχουν την ανάγκη ψυχικής ή και έμπρακτη υποστήριξης. Αγωνία για τη διασπορά της λοίμωξης, φυσική απομόνωση, νοσηλεία σε νοσοκομείο, διάκριση στην κοινότητα ή την οικογένεια, απώλεια στέγης, διακοπή σπουδών, οικονομικά προβλήματα, φυσικές συνέπειες της νόσου, εξέλιξη της νόσου, διακοπή σχέσεων, στερήσεις, θυμός, μοναξιά και καταπίεση- όλα είναι θέματα που πρέπει να μελετηθούν³⁸.

Αυτά τα προβλήματα μπορεί να εμφανιστούν κατά διαστήματα, τόσο για το μολυσμένο άτομο όσο και γι' αυτούς που το φροντίζουν. Το γεγονός ότι δεν είναι πάντοτε συνεχή και προβλέψιμα προξενεί πρόσθετο φυσικό stress. Η υποστηρικτική συμβουλευτική μπορεί να συμβάλει ιδιαίτερα στην ταυτοποίηση των περιστάσεων, στις οποίες αυτά τα προβλήματα είναι πιθανόν να εμφανισθούν, και να βοηθήσει το άτομο να αντιδράσει θετικά στα προβλήματα³⁸.

Ο νοσηλευτής μέσω της υποστηρικτικής συμβουλευτικής πρέπει να βοηθάει όσους έχουν προσβληθεί από τον HIV να ζουν γεμάτη και παραγωγική ζωή, κάνοντας τους ικανούς να παίρνουν πάλι στα χέρια τη ζωή τους και να παίρνουν αποφάσεις³⁸.

3ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

3.1 Μέτρα πρόληψης για την HIV λοίμωξη

Η διαδικασία της πρόληψης μπορεί να περιλαμβάνει τα εξής:

α. Πρωτογενή πρόληψη του AIDS που αφορά στη συνεχή ενημέρωση όλων των κοινωνικών ομάδων σχετικά με την αιτιολογία, τους τρόπους μετάδοσης της λοίμωξης καθώς και τα μέτρα προφύλαξης.

β. Ενημέρωση και η εκπαίδευση, οι οποίες είναι σημαντικό να ξεκινούν από τη σχολική ηλικία με στόχο την αποφυγή επικίνδυνων ερωτικών συμπεριφορών, καθώς και την αποφυγή μελλοντικής εμπλοκής με ναρκωτικές ουσίες που επιτείνουν τον κίνδυνο μετάδοσης του HIV .

γ. Μείωση των βιολογικών και ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της νόσου στους ασθενείς, στους φορείς του ιού, στο οικογενειακό τους περιβάλλον καθώς και στο κοινωνικό σύνολο³⁰.

Σκόπιμο είναι να παρουσιαστούν σε αδρές γραμμές κάποια από τα μέτρα που θεωρούνται τα πλέον σημαντικά στον τομέα της πρόληψης της λοίμωξης και της μετάδοσής της.

Ø Εκπαίδευση

Η εκπαίδευση για τους τρόπους μετάδοσης του ιού και για τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να ελαττωθεί ή και να εξαφανιστεί η έκθεση σε αυτόν είναι το πιο σημαντικό μέσο περιορισμού της διασποράς του. Μια τέτοια εκπαίδευση μπορεί να βοηθήσει τα άτομα που συμπεριφορά τους τα εκθέτει στον κίνδυνο της λοίμωξης.

Καθώς η σεξουαλική συμπεριφορά είναι θέμα προσωπικό η εκπαίδευση πρέπει να απευθύνεται σε όλο τον πληθυσμό, ώστε να έχουν πρόσβαση εκείνοι οι οποίοι βρίσκονται σε κίνδυνο. Οι έφηβοι και οι ενήλικες που μπαίνουν στην ηλικία της σεξουαλικής δραστηριότητας πρέπει να τυγχάνουν ιδιαίτερης προσοχής. Συγκεκριμένα, τα εκπαιδευτικά μηνύματα πρέπει να είναι κατανοητά, σαφή και ακριβή και να έχουν την απαιτούμενη ευαισθησία. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να δίνουν πληροφορίες στα άτομα, οι οποίες τα βοηθούν να κατανοήσουν τις συνέπειες της λοίμωξης και με αυτό τον τρόπο να τα ωθήσουν να τροποποιήσουν τη σεξουαλική τους συμπεριφορά με στόχο την ελάττωση του κινδύνου της μόλυνσης³⁸.

Επιπλέον, μέρος αυτών των προγραμμάτων πρέπει να είναι και η εξάσκηση σε διαπροσωπικές δεξιότητες όπως συζητήσεις για σεξουαλικές πρακτικές, συζητήσεις με το σύντροφο για την αποφυγή κινδύνων κλπ.³⁸.

∅ **Επαγρύπνηση υπηρεσιών δημόσιας υγείας**

Η εξέλιξη της επιδημίας συνήθως παρακολουθείται με την υποχρεωτική δήλωση των κρουσμάτων. Στην Ελλάδα η δήλωση γίνεται στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής του Υπουργείου Υγείας από τον θεράποντα ιατρό, σε ειδικό επιδημιολογικό δελτίο με κώδικα. Το όνομα του ασθενούς δεν αναφέρεται. Αφού αξιολογηθούν από την Εθνική Επιτροπή AIDS τα κρούσματα, δηλώνονται στη συνέχεια στην Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (τα κέντρα αναφοράς AIDS αναφέρουν περιοδικά μόνο το συνολικό αριθμό των ανευρισκόμενων φορέων)⁷⁰.

∅ **Μαζική παρέμβαση**

Πρόκειται για το είδος εκείνο της παρέμβασης που απευθύνεται σε μεγάλο αριθμό αποδεκτών ή σε ανοιχτά ακροατήρια με σκοπό την ενημέρωση, την ευρεία συζήτηση, την ανακοίνωση ενημερωτικών στοιχείων κτλ. Όπως έχει ήδη ειπωθεί, η ενημέρωση του πληθυσμού για τη φύση της νόσου, τους τρόπους μετάδοσής της, τα μέσα προφυλάξεως και τις κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις του προβλήματος αποτελεί το σημαντικότερο μέτρο αντιμετώπισης της πανδημίας⁷¹.

Η ενημέρωση, γενικότερα, έχει σαν στόχο την τροποποίηση των μορφών συμπεριφοράς που εκθέτουν το άτομο στη λοίμωξη και παράλληλα στην αποτροπή του πανικού ή λανθασμένης συμπεριφοράς προς τους ασθενείς και τους φορείς. Μια ενημερωτική εκστρατεία, θα πρέπει λοιπόν να απευθύνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό ενώ θα ήταν αποτελεσματικότερο να εξειδικευθεί για κάθε ειδική ομάδα "υψηλού κινδύνου". Ειδική ενημέρωση χρειάζονται επίσης οι ταξιδιώτες από χώρες όπου η νόσος θεωρείται ενδημική, οι ναυτικοί καθώς και οι κάτοικοι των τουριστικών περιοχών. Πρέπει να εκπαιδευτεί σωστά τέλος και το υγειονομικό προσωπικό της χώρας ώστε να εξαιρεθούν φαινόμενα αδικαιολόγητου πανικού και λανθασμένης συμπεριφοράς απέναντι σε άτομα με λοίμωξη και νόσο HIV⁷⁰.

Μια ενημερωτική εκστρατεία πρέπει να οργανώνεται σε διάφορα επίπεδα και να αξιοποιεί διάφορα μέσα. Ακόμη, πρέπει να επαναλαμβάνεται και να εναλλάσσει τα μηνύματά της προκειμένου να συμβάλλει στην τροποποίηση της επικίνδυνης συμπεριφοράς. Κάποια από τα μέσα που χρησιμοποιούνται είναι τα εξής:

α. Ενημερωτικές διαφάνειες και φυλλάδια. Υπάρχουν φυλλάδια που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό καθώς επίσης και ειδικά φυλλάδια που έχουν δημιουργηθεί για στρατιώτες, ναυτικούς, καθηγητές μέσης εκπαίδευσης, τοξικομανείς, ομοφυλόφιλους, νοσηλευτές ή άτομα που φροντίζουν ασθενείς ή φορείς του HIV.

β. Μέσα μαζικής ενημέρωσης. Τα Μ.Μ.Ε συμβάλλουν καθοριστικά στη μετάδοση μηνυμάτων. Προγράμματα στην τηλεόραση και το ραδιόφωνο καθώς και διαφημιστικά (spots ή video) μπορούν να συμβάλλουν στη διαμόρφωση ή τροποποίηση μιας συμπεριφοράς.

γ. Αφίσες. Η επικόλληση αφισών σε κατάλληλους χώρους συμβάλλει στην υγειονομική διαφώτιση.

δ. Σεμινάρια και διαλέξεις. Η οργάνωση σεμιναρίων και διαλέξεων μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στην τροποποίηση μιας επικίνδυνης συμπεριφοράς. Επιπλέον, στελέχη υγειονομικών υπηρεσιών, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι ακόμη και εθελοντές μπορεί να χρησιμοποιηθούν -αφού ειδικευτούν- προκειμένου να ενημερώνουν προσωπικά άτομα που αναζητούν πληροφορίες σχετικά με το θέμα

ε. Έρευνα. Από τη στιγμή της εμφάνισης του ιού έως σήμερα έχουν διεξαχθεί πάρα πολλές έρευνες. Σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα, ανακαλύφθηκε ο υπεύθυνος αιτιολογικός παράγοντας ενώ διερευνήθηκε με κάθε λεπτομέρεια η μοριακή βιολογία του ιού. Παράλληλα, άρχισε η δημιουργία ειδικών αντιϊικών φαρμάκων⁷⁰.

4ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

4.1 Η έννοια της σεξουαλικότητας

Η σεξουαλικότητα είναι ένα πολύ σημαντικό στοιχείο για την ευεξία και την ποιότητα της ζωής του ατόμου. Αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ζωής του και επιδρά στη διαμόρφωση της προσωπικής και κοινωνικής του ταυτότητας. Ο Π.Ο.Υ θέλοντας να τονίσει τη μεγάλη σημασία της σεξουαλικής υγείας την έχει αναγνωρίσει σαν θεμελιώδες ατομικό δικαίωμα^{72,73}.

Η σεξουαλικότητα σημαίνει διαφορετικά πράγματα για διαφορετικούς ανθρώπους σε διαφορετικές κοινωνίες και πολιτισμούς. Καθορίζει σ' ένα μεγάλο βαθμό το ποιοι είμαστε, είναι δηλαδή ένα βασικό στοιχείο της μοναδικότητας του κάθε ατόμου.

Σύμφωνα με τον WHO (2002) η σεξουαλικότητα είναι μια κυρίαρχη έννοια της ανθρώπινης ύπαρξης καθ'όλη τη διάρκεια της ζωής που περιλαμβάνει το φύλο και τους ρόλους που απορρέουν από αυτό, το σεξουαλικό προσανατολισμό, την ευχαρίστηση, τις σεξουαλικές σχέσεις και την αναπαραγωγή⁷⁴.

Επίσης, η σεξουαλικότητα είναι και εμπειρία και εκφράζεται με σκέψεις, φαντασία, επιθυμίες, πεποιθήσεις, αξίες συμπεριφοράς και ρόλους. Επηρεάζεται από βιολογικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτικούς, πολιτισμικούς, ηθικούς, ιστορικούς, θρησκευτικούς και πνευματικούς παράγοντες⁷².

4.2 Σεξουαλική υγεία

Κανένας ορισμός δεν υπάρχει που να είναι αποδεκτός από όλους για τη σεξουαλική υγεία. Αυτό συμβαίνει γιατί η σεξουαλική ζωή δεν είναι μία στατική έννοια αλλά έχει δυναμική. Μπορεί να χαρακτηριστεί σαν μία αξία που επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες και μεταβάλλεται στην πορεία του χρόνου.

Τη δυσκολία για την υιοθέτηση ενός κοινά αποδεκτού ορισμού για τη σεξουαλική υγεία επισήμανε το 1986 και ο Π.Ο.Υ ο οποίος επαναδιατύπωσε τον ορισμό το 2002.

Σύμφωνα με τον αναθεωρημένο ορισμό η σεξουαλική υγεία είναι μία κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας σε σχέση με τη σεξουαλικότητα και χαρακτηρίζεται από:

- Απουσία νόσου, δυσλειτουργίας και αναπηρίας
- Θετική και με σεβασμό προσέγγιση της σεξουαλικότητας και των σεξουαλικών σχέσεων
- Δυνατότητα για ασφαλείς σεξουαλικές εμπειρίες χωρίς εξαναγκασμό, διακρίσεις και βία
- Σεβασμό για τα σεξουαλικά δικαιώματα όλων των ανθρώπων⁷⁴.

Η σεξουαλική υγεία σύμφωνα με μία θεώρηση που φαίνεται από τη νοσηλευτική βιβλιογραφία ότι έχει γενική αποδοχή περιγράφεται ως:

1) Η ικανότητα να απολαμβάνει κανείς τη σεξουαλική και αναπαραγωγική συμπεριφορά σύμφωνα με τα κοινωνικά και προσωπικά του πιστεύω.

2) Απαλλαγή από φόβο, ντροπή, ενοχές, εσφαλμένες πεποιθήσεις και ελευθερία στη σεξουαλική συμπεριφορά στα πλαίσια της σχέσης.

3) Απαλλαγή από οργανικές διαταραχές, αρρώστιες και δυσλειτουργίες που έχουν σχέση με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική λειτουργία.

Το πρώτο και το τρίτο στοιχείο εστιάζονται στην προαγωγή της σεξουαλικής υγείας μέσα από τη νοσηλευτική πρακτική⁷⁵.

4.3 Πρόληψη της σεξουαλικής μετάδοσης της HIV λοίμωξης

Η προαγωγή της σεξουαλικής υγείας χαρακτηρίζεται από δραστηριότητες που στοχεύουν στην πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη των Σ.Μ.Ν. και των συνεπειών τους καθώς και τον έλεγχο των γεννήσεων. Τις τελευταίες δεκαετίες, γεγονός ότι όπως η εμφάνιση του ιού HIV και οι κοινωνικές αλλαγές που έχουν σχέση με τη σεξουαλική συμπεριφορά

έχουν αυξήσει την ανάγκη για προαγωγή της σεξουαλικής υγείας στη σύγχρονη νοσηλευτική πρακτική. Η ανάπτυξη της σεξουαλικής υγείας μπορεί να εξετασθεί σε όλο το φάσμα της ζωής από την παιδική μέχρι την προχωρημένη ηλικία⁷².

Οι στρατηγικές που στοχεύουν στην προαγωγή της σεξουαλικής υγείας των νέων κινούνται διεθνώς σε τρεις άξονες :

- 1) Παροχή υπηρεσιών υγείας (αντισύλληψη, πρόληψη Σ.Μ.Ν., περιγεννητική φροντίδα, διάγνωση και αντιμετώπιση Σ.Μ.Ν.).
- 2) Προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη των νέων (ανάπτυξη δεξιοτήτων επαγγελματικής απασχόλησης και κοινωνικών δεξιοτήτων, ενίσχυση του δεσμού με την οικογένεια και το σχολείο και θετικό κοινωνικό περιβάλλον).
- 3) Εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας προσαρμοσμένα στο αναπτυξιακό στάδιο κάθε ομάδας και προσαρμοσμένα στο κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο ζουν.

Οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν κατανοήσει πλήρως την έννοια της σεξουαλικότητας και τη σημαντικότητα της σεξουαλικής υγείας καθώς μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στη δυναμική αυτής της διαδικασίας⁷⁶.

∅ Εκπαιδευτικά προγράμματα

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να περιλαμβάνουν εκπαίδευση και εξάσκηση στις διαπροσωπικές δεξιότητες, όπως συζητήσεις για σεξουαλικές πρακτικές, συζητήσεις με το σύντροφο για την αποφυγή των κινδύνων και διεκδίκηση του δικαιώματος των προσωπικών προτιμήσεων σε μια σεξουαλική σχέση(αποφυγή σεξουαλικής επαφής, μη διεισδυτική σεξουαλική πρακτική, χρήση προφυλακτικού)³⁸.

4.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη πρόληψη της μετάδοσης της HIV λοίμωξης

Οι νοσηλευτές ως προσωπικό της Δημόσιας Υγείας που ασχολείται με το AIDS και παρέχει υπηρεσίες υγείας είναι άρτια εκπαιδευμένοι σχετικά με τη συμβουλευτική και τον έλεγχο για HIV καθώς και για την πρόληψη και τους τρόπους μετάδοσης του.Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι σε θέση για τα εξής :

- 1) Να παίρνει σεξουαλικό ιστορικό σε ρουτίνα, χωρίς όμως να είναι επικριτικός.
 - 2) Να ενημερώνεται και να ευαισθητοποιείται για τις σεξουαλικές συμπεριφορές που θέτουν τα άτομα σε κίνδυνο για λοίμωξη από HIV.
 - 3) Να εκπαιδεύει το κοινό για τους τρόπους μετάδοσης του HIV και για την προφύλαξη τους από αυτή, συμπεριλαμβάνοντας στην εκπαίδευση τη σημασία αποφυγής συντρόφων που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο μόλυνσης (π.χ χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών, ιερόδουλες, άντρες που έχουν σεξουαλική επαφή με ιερόδουλες, άτομα που προτιμούν σεξουαλικές πρακτικές με αυξημένο κίνδυνο) και να δίνει οδηγίες για τη σωστή χρήση των προφυλακτικών.
 - 4) Να προσφέρει τον έλεγχο για αντι-HIV αντισώματα και να δίνει συμβουλές στα άτομα που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο λοίμωξης από HIV.
- Όπου υπάρχουν πηγές και προγράμματα, να είναι έτοιμοι να προσφέρουν επιπλέον υποστήριξη με συμβουλευτική, ομάδες ειδικών και άλλες υπηρεσίες προς τα προσβληθέντα από τον HIV άτομα και τους ερωτικούς τους συντρόφους ή τουλάχιστον να τους κατευθύνετε στις υπηρεσίες της Δημόσιας Υγείας ή προς άλλες ιατρικές υπηρεσίες για παρόμοια υποστήριξη³⁸.

∅ Συστάσεις προς όλα τα άτομα για την πρόληψη της μετάδοσης του HIV με σεξουαλική επαφή

- 1) Αν κάποιος έχει μια αμοιβαία πιστή σχέση με τον ερωτικό του σύντροφο, αν και οι δύο είναι οροαρνητικοί για HIV και αν κανένας από τους δυο δεν έχει εκτεθεί σε μολυσμένο αίμα ,π.χ κάνοντας ενδοφλέβιες χρήση ναρκωτικών ή κοινή χρήση βελονών, δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος μετάδοσης του HIV με τη σεξουαλική επαφή.
- 2) Αν κάποιος σκοπεύει να έχει σεξουαλική επαφή και δεν πρόκειται για αμοιβαία πιστή ερωτική σχέση, θα πρέπει να γνωρίζει ότι η πιθανότητα προσβολής από HIV εξαρτάται από τους ακόλουθους τρεις παράγοντες:
 - Την επιλογή του ερωτικού συντρόφου.
 - Τον αριθμό των ερωτικών συντρόφων.
 - Το είδος των σεξουαλικών πρακτικών.
- 3) Αν κάποιος σκέφτεται να έχει σεξουαλικές σχέσεις με κάποιον, του οποίου η ορολογική κατάσταση ή το σεξουαλικό ιστορικό ή η ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών είναι άγνωστη, η αποφυγή της σεξουαλικής επαφής ή ο αυστηρός περιορισμός της σεξουαλικής επαφής σε

δραστηριότητες που δεν περιλαμβάνουν ανταλλαγή σπέρματος, κολπικών και τραχηλικών εκκρίσεων ή αίματος, θα περιορίσει τον κίνδυνο λοίμωξης από HIV. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις, η σωστή και συστηματική χρήση του προφυλακτικού επιβάλλεται αυστηρά³⁸.

4.5 Ενημέρωση των ερωτικών συντρόφων

Η ενημέρωση των ερωτικών συντρόφων καλύπτει δραστηριότητες της Δημόσιας Υγείας, κατά τις οποίες ερωτικοί σύντροφοι ή άτομα με λοίμωξη από HIV, καθώς και εκείνοι που μοιράζονται με αυτά τα άτομα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται για ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών, ενημερώνονται, τους παρέχονται συμβουλές σχετικά με την έκθεση τους και τους προσφέρονται υπηρεσίες .

Τα δυνητικά οφέλη της ενημέρωσης των ερωτικών συντρόφων περιλαμβάνουν την πιθανή βοήθεια για πρόληψη της μετάδοσης του HIV και για μείωση της θνητότητας και της νοσηρότητας, που συνδέονται με την HIV-λοίμωξη. Αν όμως δεν διασφαλίζεται η εμπιστευτικότητα, η ενημέρωση των συντρόφων μπορεί να αποτελέσει ατομικό και κοινωνικό κίνδυνο και , ως εκ τούτου, να δυσφημίσει άλλες δραστηριότητες πρόληψης και ελέγχου του AIDS. Στα πλαίσια , επομένως, ενός γενικού προγράμματος πρόληψης και ελέγχου του AIDS , το αντικείμενο της ενημέρωσης των ερωτικών συντρόφων πρέπει να καθορίζεται σαφώς, οι βασικές αρχές να τηρούνται αυστηρά και να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή σε ουσιώδη μεθοδολογικά θέματα.

Οι οδηγίες αναφοράς των συντρόφων πρέπει να βασίζονται στις ακόλουθες θεωρήσεις:

- 1) Η ενημέρωση των ερωτικών συντρόφων του παρελθόντος και του παρόντος είναι πρωταρχική ευθύνη του μολυσμένου με HIV ατόμου έτσι, ώστε αυτοί οι σύντροφοι να μπορούν να ζητήσουν κατάλληλες ιατρικές και συμβουλευτικές υπηρεσίες.
- 2) Όλα τα μολυσμένα με HIV άτομα πρέπει να πληροφορούνται για τις διαθέσιμες υπηρεσίες, που τους βοηθούν να ενημερώσουν και να παραπέμψουν σ'αυτές τους συντρόφους τους, για τις υπηρεσίες, δηλαδή, που παρέχουν υποστήριξη στην περίπτωση που αυτοί επιλέγουν να κάνουν την ενημέρωση μόνοι τους και την προσφορά ενημέρωσης με εξασφαλισμένη εμπιστευτικότητα, αντί γι'αυτούς.
- 3) Βοήθεια πρέπει να διατίθεται στα οροθετικά άτομα που αποφασίζουν να ενημερώσουν τον ερωτικό τους σύντροφο μόνοι τους. Βοήθεια, επίσης, πρέπει να παρέχεται σε άλλα μολυσμένα με HIV άτομα που διαλέγουν ή χρειάζονται να εμπλέξουν τρίτο άτομο για να ενημερώσουν το σύντροφο τους, από ευαισθησία ή φόβο ότι θα αντιμετωπίσουν δυσμενή

αντίδραση.

4) Η εμπιστευτικότητα και ο σωστός χειρισμός των στοιχείων είναι πρωταρχικής σημασίας.

5) Η ενημέρωση και η παραπομπή των συντρόφων βοηθάει αναμφίβολα στον περιορισμό της διασποράς και των επιπλοκών μερικών σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, όπως της σύφιλης, και η πρόληψη τέτοιων νοσημάτων μπορεί, επίσης, να είναι σημαντική στον περιορισμό της σεξουαλικής μετάδοσης του HIV.

6) Η γνώση ότι κάποιος είναι μολυσμένος μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα, που θα οδηγήσει σε μεταβολή της επικίνδυνης συμπεριφοράς αλλά μπορεί να δημιουργήσει και σημαντικές ανεπιθύμητες ψυχολογικές και κοινωνικές αντιδράσεις. Κατά την ενημέρωση, επομένως, των μολυσμένων ατόμων, είναι απαραίτητη μια διακριτική προσέγγιση, καθώς και η πρόβλεψη για την παροχή κάθε ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης, που ενδεχομένως θα χρειαστεί.³⁸

4.6 Προφυλακτικά και σπερματοκτόνα

Στο πλαίσιο της πρόληψης της λοίμωξης HIV και της μετάδοσης της ο νοσηλευτής μέσω της συμβουλευτικής θα πρέπει να είναι σε θέση να ευαισθητοποιήσει τα ενδιαφερόμενα άτομα στη χρήση προφυλακτικών και σπερματοκτόνων. Οι βασικές αρχές και το θεωρητικό υπόβαθρο της νοσηλευτικής και της συμβουλευτικής θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά το σχεδιασμό προγραμμάτων που αφορούν στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού³⁸.

Η συστηματική χρήση προφυλακτικού, σε συνδυασμό με τη χρήση κάποιου σπερματοκτόνου, αποτελεί τον καλύτερο ίσως και πιο αποτελεσματικό τρόπο πρόληψης. Ακόμη όμως και τα ελαστικά προφυλακτικά δεν προσφέρουν πλήρη προστασία στην πρόληψη της μετάδοσης του HIV (όπως δεν εξασφαλίζουν απόλυτα την αντισύλληψη). Ακόμα και υπό τις καλύτερες συνθήκες, έχει σημειωθεί αποτυχία αντισύλληψης της τάξης του 5-15% σε ζευγάρια που χρησιμοποιούν προφυλακτικό. Η αναποτελεσματικότητα του προφυλακτικού συχνότερα οφείλεται σε κακή τοποθέτηση, μη παραμονή κατά τη διάρκεια της συνουσίας και ρήξης. Η ορθή χρήση των προφυλακτικών συμβάλλει στην αποτελεσματικότητά τους^{8,38}.

Τα προφυλακτικά, για μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην πρόληψη της μετάδοσης του HIV, πρέπει να τοποθετούνται πριν και να χρησιμοποιούνται καθόλη τη διάρκεια της

διδυμικής σεξουαλικής επαφής μεταξύ των βλεννογόνων του ορθού, του κόλπου, της ουρήθρας ή του στόματος και του σπέρματος, των κολπικών και τραχηλικών εκκρίσεων ή του αίματος. Τα προφυλακτικά δεν πρέπει να ξαναχρησιμοποιούνται. Μετά από κάθε χρήση πρέπει να πετιούνται, αφού δεθούν στην άκρη για να προληφθεί η διαρροή και να τοποθετούνται στα δοχεία που συνήθως χρησιμοποιούνται για απόρριψη³⁸.

Η προώθηση και η προσφορά προφυλακτικών θεωρείται ειδικό μέτρο ελέγχου της νόσου. Τα προφυλακτικά δεν πρέπει να θεωρούνται απλά, μόνο ως αντισυλληπτικά ή ως ιδιαίτερος τρόπος κοινωνικής ή σεξουαλικής συμπεριφοράς. Ένα προφυλακτικό για γυναίκες είναι υπό κατασκευή, αλλά ακόμη η αποτελεσματικότητά του δεν έχει αποδειχθεί³⁸.

Σπερματοκτόνα που περιέχουν nonoxonyl-9, menfegol ή benzalkonium chloride, φαίνεται ότι in vitro αδρανοποιούν τον ιό. Μερικά προφυλακτικά περιέχουν nonoxonyl-9 στην κορυφή ή ως λιπαντικό. Τα σπερματοκτόνα, μόνα τους, δεν αρκούν για να προλάβουν τη σεξουαλική μετάδοση του HIV. Η αποτελεσματικότητά τους στην πρόληψη της μετάδοσης μελετάται σε συνδυασμό με τα μηχανικά αντισυλληπτικά, όπως τα προφυλακτικά, το διάφραγμα και ο αντισυλληπτικός σπόγγος³⁸.

5ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

5.1 Αγωγή υγείας στα σχολεία για την πρόληψη της HIV λοίμωξης

Η εφηβεία είναι περίοδος σημαντικών σωματικών και ψυχολογικών μεταβολών, κατά τη διάρκεια της οποίας οι νέοι άνθρωποι αρχίζουν να χειραφετούνται και να παίρνουν ώριμες αποφάσεις, λαμβάνοντας υπόψη τους τις συνέπειες, τόσο για τους ίδιους όσο και για τους άλλους. Ωστόσο, οι ταχείες κοινωνικές μεταβολές –αστικοποίηση, εκβιομηχάνιση, περισσότερα ταξίδια, αποδοχή μη παραδοσιακών αξιών ως απόρροια της επιρροής που ασκούν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, μείωση της επιρροής της εκτεταμένης οικογένειας και της υποστήριξης που παρείχε-επιτρέπουν σε πολλούς εφήβους τη διαμόρφωση συμπεριφοράς μέσα από πληθώρα επιλογών, μερικές από τις οποίες ενδέχεται να είναι επικίνδυνες. Δεν είναι μόνο η σεξουαλική συμπεριφορά, αλλά και εμπειρίες με ενέσιμα ναρκωτικά ή εργαλεία που τρυπούν το δέρμα, που πιθανόν να καταλήξουν σε μόλυνση. Οι

νέοι θα πρέπει να ενημερωθούν για τις δυνητικές συνέπειες της συμπεριφοράς αυτής της μορφής και να βοηθηθούν να αποκτήσουν γνώσεις και δεξιότητες για να τις αποφύγουν⁷⁷.

∅ Σεξουαλική αγωγή και νέοι

Σε όλο τον κόσμο, πολλοί νέοι παρακολουθούν μαθήματα στο σχολείο ή γνωρίζουν άλλους που είναι μαθητές. Επομένως, γνώσεις, αξίες και δεξιότητες που διδάσκονται ή αναπτύσσονται στο σχολείο έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη ζωή τους. Τα εκπαιδευτικά συστήματα πρέπει να πληροφορούν επαρκώς τους νέους για τη λοίμωξη με HIV, τη μετάδοση και τα μέσα προλήψεως και να τους βοηθούν να αναπτύξουν δεξιότητες βασισμένες στις γνώσεις τους και κατόπιν να τις διαδώσουν ευρύτερα⁷⁷.

Η σεξουαλική αγωγή διαμορφώνεται μέσα σε συγκεκριμένα πολιτισμικά πλαίσια καθώς η σεξουαλικότητα σε κάθε κοινωνία επηρεάζεται από παράγοντες που έχουν σχέση με τις κοινωνικές αξίες και τα θρησκευτικά ήθη. Η σεξουαλική αγωγή δεν περιορίζεται μόνο στην παροχή γνώσεων για τα Σ.Μ.Ν. ή την αντισύλληψη αλλά αποσκοπεί στην δια βίου μάθηση για τη σεξουαλικότητα, τα συναισθήματα, τις σχέσεις, τη σεξουαλική υγεία, την ανάπτυξη δεξιοτήτων, στάσεων και συμπεριφορών. Επίσης εφοδιάζει τα παιδιά με θετικά μηνύματα και τα υποστηρίζει για την ομαλή μετάβαση τους από την παιδική στην εφηβική ηλικία και τα προετοιμάζει για την ενήλικη ζωή τους⁷².

Κατά την περίοδο της εφηβείας οι νέοι επιζητούν μεγαλύτερη ανεξαρτησία από την οικογένεια, πειραματίζονται, «δένονται» με την παρέα και είναι επιρρεπείς στο να υιοθετήσουν συμπεριφορές υψηλού κινδύνου που επηρεάζουν τη σεξουαλική τους υγεία. Οι συμπεριφορές αυτές αποτελούν ένα σύνθετο φαινόμενο και επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ζουν οι νέοι. Επίσης έχει διαπιστωθεί ότι οι συμπεριφορές αυτές είναι αλληλένδετες με άλλες εξ ίσου επικίνδυνες συμπεριφορές.

Μερικοί από τους λόγους που καθιστούν τους νέους πιο ευάλωτους σε σεξουαλικά προβλήματα είναι:

- 1) Το σχετικά ανώριμο αναπαραγωγικό τους σύστημα που τους καθιστά επιρρεπείς στα Σ.Μ.Ν.
- 2) Η πρόωρη εγκυμοσύνη και ο τοκετός σε άτομα με ατελή ανάπτυξη του αναπαραγωγικού συστήματος τα εκθέτει σε περισσότερες επιπλοκές και προβλήματα.
- 3) Η διαφορά ηλικίας μεταξύ σεξουαλικών συντρόφων(νεαρά κορίτσια –μεγάλοι άντρες)
- 4) Οι κοινωνικοί κανόνες και τα στερεότυπα του φύλου μπορεί να έχουν σαν αποτέλεσμα

την αύξηση της πιθανότητας σεξουαλικού καταναγκασμού.

5) Σε πολλές κοινωνίες κάποιοι νέοι ωθούνται να εμπλακούν στην πορνεία για βιοποριστικούς λόγους⁷².

Η γνώση του τρόπου που σκέπτονται και αποφασίζουν οι νέοι για τη σεξουαλική τους υγεία αποτελεί τον οδηγό για το σχεδιασμό των παρεμβάσεων.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Kirana et al(2007) στη Βόρειο Ελλάδα με σκοπό τη μελέτη των απόψεων των γονέων για την παροχή σεξουαλικής εκπαίδευσης σε εφήβους, βρέθηκε ότι οι γονείς σε ποσοστό 66% θεωρούν απόλυτα χρήσιμη τη σεξουαλική αγωγή και σαν κατάλληλη ηλικία για την έναρξη της σεξουαλικής εκπαίδευσης θεωρούν την ηλικία των 7-9 ετών. Ως πηγή πληροφόρησης προτείνουν τους σχολικούς ψυχολόγους και κατά δεύτερο λόγο τους καθηγητές και τους γιατρούς⁷⁸.

5.2 Σκοποί σχολικού προγράμματος αγωγής υγείας για το AIDS

Με την αγωγή υγείας στο σχολείο, για το AIDS, επιδιώκεται οι μαθητές να αποκτήσουν γνώσεις και να αναπτύξουν δεξιότητες που είναι απαραίτητες για υγιείς ανθρώπινες σχέσεις, αποτελεσματική επικοινωνία και συμπεριφορά βασισμένη σε υπεύθυνες αποφάσεις που θα προστατεύουν και τους ίδιους και τους άλλους από λοιμώξεις με HIV και θα διατηρούν την υγεία τους σε άριστη κατάσταση⁷⁷.

Οι σκοποί ενός τέτοιου προγράμματος περιλαμβάνουν ενίσχυση της συμπεριφοράς που δεν ευνοεί τη μετάδοση του HIV, υποστήριξη των στάσεων και της συμπεριφοράς που αποτρέπουν τις διακρίσεις σε βάρος εκείνων που έχουν προσβληθεί από HIV και συμβάλλουν στη δημιουργία καλών σχέσεων μαζί τους⁷⁷.

Τα προβλήματα που δημιουργούνται κατά την προσπάθεια για πρόληψη του HIV και για καταπολέμηση των διακρίσεων αντιμετωπίζονται από την κοινότητα ως ενιαίο σύνολο και οι σχολικές δραστηριότητες που στοχεύουν στην πρόληψη της διασποράς τους πρέπει επίσης να συμβάλλουν στην προβολή ιδεών και των αξιών που θα παρακινήσουν το ενδιαφέρον της κοινότητας, θα δημιουργήσουν διάθεση για συνεργασία και σεβασμό των δικαιωμάτων του ανθρώπου⁷⁷.

5.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη σεξουαλική αγωγή των νέων

Ο νοσηλευτής όπως κάθε επαγγελματίας που παρέχει υπηρεσίες σχολικής υγιεινής συμμετέχει σε προγράμματα που στοχεύουν στον έλεγχο, στην πρόληψη και στην σεξουαλική Αγωγή και Προαγωγή της υγείας .

Τα προγράμματα σεξουαλικής αγωγής αποτελούν μια προγραμματισμένη δραστηριότητα που στηρίζεται στην εκτίμηση των αναγκών, των εμπειριών και των κινδύνων του νεανικού πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται. Πρέπει να βασίζονται σε κατάλληλες εκπαιδευτικές θεωρίες και να στοχεύουν κυρίως στη διαμόρφωση και την αλλαγή συμπεριφοράς.

Κεντρικό ρόλο στη σεξουαλική αγωγή κατέχει η διδασκαλία για την αποφυγή της πίεσης από το κοινωνικό περιβάλλον. Οι εκπαιδευτικές μέθοδοι που μπορούν να εφαρμοστούν περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, ομάδες συζήτησης, σχεδιασμό ασκήσεων , παίξιμο ρόλων και άλλα.

Τα πλεονεκτήματα για τους καθηγητές και τους μαθητές από την εμπλοκή του σχολικού νοσηλευτή στη σεξουαλική εκπαίδευση είναι πολλά:

- 1) Οι μαθητές και οι γονείς είναι πιο εύκολο να συζητήσουν με το νοσηλευτή παρά με το δάσκαλο.
- 2) Ο σχολικός νοσηλευτής είναι ο μόνος επαγγελματίας υγείας που μπορεί εύκολα να τον αποδεχτεί η οικογένεια και ο μαθητής, ειδικά σε απομακρυσμένες περιοχές .
- 3) Οι νοσηλευτές έχουν ειδικές ιατρικές γνώσεις.
- 4) Δεν θεωρούνται από τους μαθητές «αυθεντία».
- 5) Μπορούν να καλλιεργήσουν την ανάπτυξη σχέσεων με τις τοπικές υπηρεσίες και οργανισμούς .
- 6) Μπορούν να παρέχουν εξειδικευμένες γνώσεις για τη σεξουαλική υγεία και την ευεξία.
- 7) Γνωρίζουν τις εθνικές πρωτοβουλίες και τις τοπικές προτεραιότητες.
- 8) Μπορούν να οργανώσουν σεμινάρια για γονείς για να τους υποστηρίξουν στον γονεϊκό τους ρόλο σχετικά με την εκπαίδευση των παιδιών τους⁷⁹.

Ο νοσηλευτής αποτελεί συνδετικό κρίκο μεταξύ οικογένειας, μαθητών, δασκάλων και κοινότητας και παίζει σημαντικό ρόλο ως σύμβουλος του μαθητή και υποστηρικτής της οικογένειας. Αμφισβητεί τις αρνητικές πτυχές της σεξουαλικής πρακτικής και τις συμπεριφορές που την υποστηρίζουν και λειτουργεί ως πηγή πληροφόρησης και εκπαίδευσης για υιοθέτηση ασφαλούς σεξουαλικής συμπεριφοράς. Ειδικότερα οι παρεμβάσεις του είναι:

- 1) Συζήτηση για τη λήψη ασφαλών αποφάσεων ιδιαίτερα στους νέους που είναι υψηλού κινδύνου.
- 2) Αναφορά στη σημασία που έχει η συστηματική παρακολούθηση του σχολείου και οι

καλές επιδόσεις.

- 3) Καλλιέργεια υψηλών εκπαιδευτικών και επαγγελματικών στόχων.
- 4) Ενθάρρυνση για δημιουργική απασχόληση (αθλητισμός, εθελοντισμός, μουσική κ.α)
- 5) Ενθάρρυνση των νέων για ανοικτή επικοινωνία με τους γονείς και δημιουργικό χειρισμό των διαφωνιών με αυτούς.
- 6) Ενθάρρυνση των γονέων για συμμετοχή στη διαδικασία της σεξουαλικής αγωγής. Τα τελευταία χρόνια η συμμετοχή των γονέων στη σεξουαλική αγωγή κερδίζει συνεχώς έδαφος
- 7) Συζήτηση με τους εφήβους σχετικά με τις πιέσεις που δέχονται από το κοινωνικό τους περιβάλλον για να υιοθετήσουν συγκεκριμένη σεξουαλική συμπεριφορά.
- 8) Αποθάρρυνση πρόωρης σύναψης σεξουαλικών σχέσεων και παράλληλη εκπαίδευση για την αντισύλληψη και πρόληψη των Σ.Μ.Ν
- 9) Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης, εχεμύθεια και ενθάρρυνση για ανοικτή επικοινωνία⁷².

6ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

6.1 Πρόληψη της περιγεννητικής μετάδοσης και ο ρόλος του νοσηλευτή

Ø Εγκυμοσύνη

Σε γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας που είναι γνωστό ότι έχουν μολυνθεί πρέπει να παρέχονται συμβουλές, όσο γίνεται νωρίτερα, ώστε να αποφασίσουν, αφού προηγουμένως ενημερωθούν, αν θα προχωρήσουν σε εγκυμοσύνη, αν θα την αναβάλουν ή αν θα την αποφύγουν.

Λόγω οικονομικών και κοινωνικών αλλαγών, στις αναπτυγμένες χώρες του δυτικού κόσμου, αλλά και στην Ελλάδα, ο αριθμός των νεαρών γυναικών που εκτίθενται σε ενδεχόμενη λοίμωξη συνεχώς αυξάνει. Το έτος 2006 σε 220 νεαρές γυναίκες (κάτω των 35 ετών) που προσήλθαν για διάφορους λόγους στα εξωτερικά ιατρεία της Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Νάουσας εδόθησαν

ανώνυμα ερωτηματολόγια, τα οποία αφορούσαν τις γνώσεις τους γύρω από το AIDS και τις βλαβερές συνέπειες του. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σε μεγάλο ποσοστό (88%) είχαν σχετικές γνώσεις και μόλις ένα 12% γνώριζε ελάχιστα πράγματα γύρω από το AIDS. Η ανάγκη για ενημέρωση ιδιαίτερα σε μια περιοχή με χαμηλό βιοτικό και οικονομικό επίπεδο είναι αναγκαία. Είναι σημαντικό να τους εξηγήσει ο νοσηλευτής τους τρόπους μετάδοσης και ότι ο HIV μπορεί να μεταδοθεί από τη μολυσμένη γυναίκα στο έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή κατά τον τοκετό ή με το θηλασμό^{38,80}.

Μερικές φορές, η πίεση στις γυναίκες να γεννήσουν παιδιά ή και η επιθυμία τους γι' αυτό κάνουν δύσκολη την απόφαση για την αποφυγή της εγκυμοσύνης. Μια τέτοια απόφαση δεν πρέπει να επιβάλλεται, αλλά στις γυναίκες πρέπει να εξηγούνται καθαρά οι κίνδυνοι και να υποστηρίζονται στις επιλογές τους. Αν η αντισύλληψη είναι επιθυμητή, ο σύμβουλος πρέπει να βεβαιώνεται ότι εφοδιάζονται με ασφαλή, αποτελεσματικά και αποδεκτά αντισυλληπτικά. Ο νοσηλευτής πρέπει να τους βοηθάει με ειδικές οδηγίες και παρακολούθηση, ανάλογα με την επιλογή τους και τη χρήση αντισυλληπτικών³⁸.

Αν μια γυναίκα μολυνθεί με HIV κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή αν μια μολυσμένη γυναίκα μείνει έγκυος, θα χρειασθεί ειδική συμβουλευτική καθοδήγηση και ιατρική περιποίηση. Η συμβουλευτική για τις δυνητικές επιλογές ενεργειών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης γενικά περιορίζεται σε ευαισθητοποιημένη υποστήριξη και προσεκτική συζήτηση των πιθανών εκβάσεων. Στις περιπτώσεις οροθετικών εγκύων πρέπει να εφαρμόζεται αντιρετροϊκή θεραπεία ώστε να περιοριστούν οι πιθανότητες μετάδοσης του ιού στο έμβρυο^{30,53,38}.

Αν γίνει συζήτηση για διακοπή της εγκυμοσύνης, αυτή θα εξαρτηθεί από τοπικούς και προσωπικούς θρησκευτικούς και πολιτιστικούς παράγοντες, την εθνική νομοθεσία για τις εκτρώσεις, το στάδιο της κύησης και την ύπαρξη τοπικών υπηρεσιών υγείας για την ακίνδυνη διακοπή της εγκυμοσύνης. Η έγκυος γυναίκα πρέπει να προετοιμασθεί για την πιθανότητα το παιδί γεννηθεί με HIV-λοίμωξη, αλλά πρέπει επίσης να διαβεβαιωθεί ότι υπάρχουν τουλάχιστον 60% πιθανότητες να γεννήσει υγιές βρέφος³⁸.

Οι σύζυγοι ή οι ερωτικοί σύντροφοι γυναικών με HIV-λοίμωξη, που σχεδιάζουν να μείνουν ή είναι ήδη έγκυες, πρέπει να παρακολουθούν τις συμβουλευτικές συνεδρίες. Όταν είναι εφικτό, στις αποφάσεις για την αποφυγή ή τη διακοπή της εγκυμοσύνης ή στην προετοιμασία για ένα παιδί που μπορεί να είναι μολυσμένο πρέπει να συμμετέχουν και οι δύο δυνητικοί γονείς. Φαίνεται ότι η κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη που θα χρειαστεί η γυναίκα εξασφαλίζεται ευκολότερα με τη συνεργασία του συντρόφου της³⁸.

∅ Τοκετός

Οι πιθανότητες για τη γέννηση μολυσμένου παιδιού από γυναίκα με HIV-λοίμωξη είναι μεταξύ 15% και 30%. Η εκλεκτική διενέργεια της καισαρικής τομής στις αναπτυγμένες χώρες έχει μειώσει το ποσοστό κάθετης μετάδοσης. Τα παιδιά που γεννιούνται από μολυσμένες μητέρες, είτε τα ίδια είναι μολυσμένα είτε όχι, φέρουν παθητικά μητρικά αντισώματα, θα βρεθούν λοιπόν θετικά στον ορολογικό έλεγχο για HIV. Στις περισσότερες περιπτώσεις, αυτά τα παθητικά αντισώματα εξαφανίζονται στην ηλικία των 9 μηνών περίπου, αλλά μπορεί να παραμείνουν και μέχρι τους 18 μήνες. Σε αυτή την περίοδο, είναι αδύνατο να διαπιστωθεί μόνο με ορολογικό έλεγχο, αν το παιδί είναι μολυσμένο. Ωστόσο, ορισμένα βρέφη μπορεί να αρχίσουν να δείχνουν σημεία σχετιζόμενης με τον HIV νόσου αρκετά πριν από την εξαγωγή αναμφισβήτητου αποτελέσματος^{52,38}.

Το βρέφος πρέπει να βρίσκεται υπό ιατρική παρακολούθηση, κατά τα άλλα, όμως, πρέπει να ανατρέφεται κανονικά, με όσο γίνεται περισσότερη φροντίδα και στοργή. Πρέπει να εξασφαλίζεται ψυχοκοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη και επαρκής διατροφή. Οι γονείς και τα αδέρφια μπορεί να χρειάζονται συμβουλευτική καθοδήγηση και, εφόσον είναι δυνατόν, ο σύμβουλος πρέπει να φέρει τους γονείς σε επαφή με κάποια τοπική ομάδα αυτοβοήθειας γονέων³⁸.

Αν και ο ιός μπορεί να υπάρχει στα σωματικά υγρά του βρέφους, ουσιαστικά δεν υπάρχει κίνδυνος να μεταδοθεί σε άλλα μέλη της οικογένειας. Εντούτοις, άτομα μα κοψίματα ή αμυχες πρέπει να αποφεύγουν την επαφή με αυτά τα υγρά. Μέρος του ρόλου του νοσηλευτή μπορεί να αποτελέσει η διδασκαλία ή η ενθάρρυνση τους να εφαρμόζουν συμβατικές πρακτικές υγιεινής και η διαπίστωση ότι τα μέλη της οικογένειας έχουν υλικά, όπως το απολυμαντικό και το σαπούνι³⁸.

∅ Θηλασμός

Η μετάδοση του HIV από τη μητέρα στο παιδί γίνεται κυρίως κατά την εγκυμοσύνη και ίσως κατά τον τοκετό. Ο πρόσθετος κίνδυνος να προσβληθεί το παιδί από τον HIV με το θηλασμό είναι μικρός. Ωστόσο, αν η μητέρα μολυνθεί πρώτη κατά την περίοδο της

γαλουχίας, π.χ. από μετάγγιση αίματος μετά τον τοκετό, υπάρχει σημαντικός κίνδυνος να μεταδοθεί η λοίμωξη στο βρέφος με το μητρικό γάλα. Παρόμοια, γυναίκες με συμπτώματα AIDS είναι περισσότερο πιθανόν να μολύνουν τα μωρά τους με το γάλα τους .Γι' αυτό μετά τον τοκετό συνιστάται η αποφυγή του θηλασμού^{30,53,38}.

Τα ανοσολογικά και ψυχοκοινωνικά οφέλη από το μητρικό θηλασμό/μητρικό γάλα καθώς και η θετική του επίδραση στη διατροφή και την ανάπτυξη των παιδιών είναι καλά τεκμηριωμένα. Τα οφέλη αυτά έχουν διαρκώς αυξανόμενο αντίκτυπο στις εθνικές και διεθνείς πολιτικές για την παιδική και μητρική υγεία⁸¹.

Σε παιδιά που έχουν ήδη μολυνθεί από τον HIV το μητρικό γάλα είναι σημαντικός παράγοντας για την πρόληψη των λοιμώξεων με τον HIV νοσημάτων. Η σπουδαιότητα του μητρικού γάλακτος και του μητρικού θηλασμού για την επιβίωση και την ανάπτυξη των βρεφών και των παιδιών και επομένως για την υγεία της μητέρας,θα συνεχίσει να τονίζεται από όλες τις πολιτικές υγείας και διατροφής⁸¹.

Χρειάζονται περισσότερες επιδημιολογικές μελέτες και εργαστηριακές έρευνες για τους κινδύνους της μετάδοσης του HIV διά του μητρικού γάλακτος και για τα δυνητικά οφέλη του σε περιπτώσεις που τα παιδιά έχουν εκτεθεί ή έχουν ήδη μολυνθεί από αυτόν⁸¹.

6.2 Πρόληψη με προσυμπτωματικό έλεγχο

Η προληπτική αυτή μέθοδος έχει ως στόχο τον εντοπισμό φορέων σε διάφορες κοινωνικές ομάδες (screening) ή σε μεμονωμένα άτομα (testing). Για να εφαρμοστεί μια τέτοια μέθοδος θα πρέπει προηγουμένως να εκπαιδευτεί ο πληθυσμός και να διαφωτιστεί προκειμένου να κατανοήσει την αναγκαιότητα αυτής της μεθόδου πρόληψης. Οι ομάδες πληθυσμού στις οποίες συνιστάται προσυμπτωματικό έλεγχος είναι αυτές που χαρακτηρίζονται υψηλού κινδύνου (ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι άνδρες και οι σεξουαλικοί τους σύντροφοι, χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών και οι σεξουαλικοί τους σύντροφοι, σεξουαλικοί σύντροφοι φορέων HIV, ιερόδουλες, άτομα που υποβλήθηκαν σε μεταγγίσεις κατά την περίοδο 1979-1985, άτομα που προέρχονται από χώρες με έντονο πρόβλημα εξάπλωσης του ιού, άτομα με συμπτώματα που μοιάζουν με αυτά του AIDS).Και σε αυτή την περίπτωση ο ρόλος του νοσηλευτή μέσω της συμβουλευτικής θα πρέπει να

είναι δυναμικός³⁰.

7ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

7.1 Πρόληψη μετάδοσης στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών

Ο κύριος τρόπος μετάδοσης του HIV στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών είναι η κοινή χρήση μολυσμένων βελονών και συρίγγων. Ανάμεσα στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, η κοινή χρήση των εργαλείων της ένεσης είναι κοινός τόπος και μάλιστα ενισχύεται από τις πολιτιστικές, οικονομικές και νομικές δομές της κοινότητας τους. Ο κίνδυνος μετάδοσης του HIV είναι υψηλότερος στους χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών που μοιράζονται βελόνες και χρησιμοποιούν ναρκωτικά που ενίονται συχνότερα, όπως η κοκαΐνη. Ο HIV συχνότερα μεταδίδεται από τους χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών στους σεξουαλικούς συντρόφους τους, με ετεροφυλόφιλη ή ομοφυλόφιλη επαφή και τελικά ενδέχεται ο ιός να μεταδοθεί περιγεννητικά στα παιδιά τους. Πολλές περιπτώσεις ετεροφυλόφιλης μετάδοσης, συμπεριλαμβανομένης και της μετάδοσης από πόρνες, συσχετίζονται με τη χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών⁸.

Η νοσηλευτική παρέμβαση θα πρέπει να είναι διαθέσιμη τόσο σε θεωρητικό επίπεδο (προκειμένου για το σχεδιασμό οποιουδήποτε προγράμματος παρέμβασης), όσο και σε επίπεδο πρακτικής παρέμβασης (προκειμένου για τη υλοποίηση οποιουδήποτε προγράμματος παρέμβασης). Τα προγράμματα πρόληψης της μετάδοσης του HIV στους χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών, διακρίνονται ως προς:

- α.** Τον προσανατολισμό τους στη διακοπή της χρήσης ή στη μείωση των κινδύνων για όσους εξακολουθούν τη χρήση.
- β.** Τη χρήση κάποιου από τα παρακάτω: αποτροπής, ανάπτυξης δεξιοτήτων, χαρακτηριστικών της ομάδας, κοινωνικής υποστήριξης, παροχής κινήτρων μείωσης κινδύνων.
- γ.** Την προσπάθεια αλλαγής: του περιβάλλοντος, της χρήσης, της υποκουλτούρας της χρήσης ή της υποκουλτούρας του ατόμου.

δ. Το διοικητικό και νομικό έλεγχο των προγραμμάτων που μπορεί να βρίσκεται είτε στα χέρια των ειδικών, είτε στα χέρια των ίδιων των χρηστών.

7.2 Μέτρα πρόληψης στη χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών

Μερικά από τα μέτρα πρόληψης που αφορούν στη χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών είναι:

ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΠΟΤΟΞΙΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΞΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ

Ο πρωταρχικός τρόπος πρόληψης της μετάδοσης του HIV σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών είναι η πρόληψη της χρήσης των ουσιών αυτών. Εκπαιδευτικά προγράμματα με σεβασμό στην παράδοση και με στόχο το νεανικό ακροατήριο ίσως έχουν τις καλύτερες πιθανότητες για την πρόληψη αυτού του φαινομένου. Για εκείνους που ήδη χρησιμοποιούν ναρκωτικά ενδοφλεβίως, η καλύτερη προσέγγιση είναι η ελεύθερη πρόσβαση σε κέντρα θεραπείας. Σε όλες τις χώρες -μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης- χορηγείται η μεθαδόνη υπό συγκεκριμένες και αυστηρά καθορισμένες προϋποθέσεις. Η χρήση της μεθαδόνης αφορά στην προσωρινή αντιμετώπιση των στερητικών συμπτωμάτων της ηρωίνης. Το θέμα της επέκτασης των προγραμμάτων μεθαδόνης έγινε επίκαιρο με την εμφάνιση του AIDS, αφού η χορήγησή της γίνεται από το στόμα. Πάντως, σε αρκετές χώρες η χρήση της είναι αρκετά διαδεδομένη αφού η χορήγησή της απαιτεί μόνο ειδική ιατρική συνταγή.^{8,82}

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΟΠΟΥ ΘΑ ΠΑΡΕΧΟΝΤΑΙ ΔΩΡΕΑΝ ΣΥΡΙΓΓΕΣ

Για τους χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών, που είτε δεν θέλουν είτε δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση σε θεραπεία, ο πιο αποτελεσματικός τρόπος πρόληψης είναι η αποφυγή κοινών βελονών και εργαλείων. Η προμήθεια συριγγών και βελόνων θεωρείται το σπουδαιότερο μέτρο για τη μείωση της διασποράς του HIV μεταξύ των τοξικομανών. Σήμερα, σε πολλές χώρες, μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης πωλούνται ελεύθερα οι σύριγγες και οι βελόνες στα φαρμακεία. Υπάρχουν όμως και ειδικές κλινικές από τις οποίες μπορούν να τις προμηθευτούν οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Επιπλέον, εφαρμόζονται ειδικά προγράμματα όπου η δωρεάν διανομή συριγγών γίνεται από ειδικά κέντρα, αφού όμως επιστραφούν σύριγγες που έχουν ήδη επιστραφεί. Με αυτό τον τρόπο, οι χρήστες έρχονται σε επαφή με τα σχετικά κέντρα και πληροφορούνται για τις υπηρεσίες τους καθώς και για τα μέσα που θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν προκειμένου να αποτοξινωθούν. Παράλληλα, ενημερώνονται για τους τρόπους πρόληψης του AIDS .^{8,82}

ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΩΝ

Οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών αποτελούν τη βασική αιτία διασποράς του HIV στον ετερόφυλο πληθυσμό, αφού μεταδίδουν τον ιό όχι μόνο αιματογενώς αλλά και με τη σεξουαλική οδό. Γι' αυτό πρέπει να καταβληθούν προσπάθειες για την εφαρμογή μεθόδων ασφαλούς σεξ. Ένας τρόπος για να διευκολυνθεί αυτό είναι με την προμήθεια προφυλακτικών η οποία πρέπει να είναι ελεύθερη και εύκολη. Η προμήθεια των προφυλακτικών πρέπει να γίνεται από τα φαρμακεία και από άλλες πηγές καθώς και από αυτόματους πωλητές. Η διασπορά του AIDS μπορεί να περιοριστεί και με την προμήθεια προφυλακτικών και συριγγών μέσα στις φυλακές όμως μόνο σε μερικές χώρες εφαρμόζονται τέτοια προγράμματα .⁸²

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΔΙΚΤΥΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ

Η δημιουργία δικτύου θεραπευτικών κοινοτήτων θεωρείται αναγκαιότητα. Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν ιδρυθεί πολλές θεραπευτικές κοινότητες με πρωτοβουλία που ανήκει σε εθελοντικές κυρίως οργανώσεις. Στην Ελλάδα, έχουν ιδρυθεί θεραπευτικές κοινότητες για πολλές ομάδες χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών και σε διάφορες περιοχές της χώρας.⁸²

ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ

Μ' αυτό τον τρόπο, μειώνονται οι πιθανότητες διασποράς του ιού αφού το άτομο επανεντάσσεται κοινωνικά και διακόπτει ή τουλάχιστον προσπαθεί να διακόψει τη χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών.

7.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη προώθηση ασφαλούς χρήσης ναρκωτικών

Ένα πλήρες ιστορικό χρήσης ουσιών που δεν έχουν ιατρικό σκοπό, όπως για παράδειγμα στεροειδών αναβολικών, μπορεί να δώσει στο νοσηλευτή τη δυνατότητα να εκτιμήσει τις πιθανότητες έκθεσης στον HIV μέσω αυτών των ουσιών. Οι ουσίες αυτές συνδέονται με τον κίνδυνο προσβολής από τον HIV όταν γίνεται χρήση από κοινού εργαλείων ενδοφλέβιας χρήσης. Παράλληλα, κίνδυνος προκύπτει και εξαιτίας του γεγονότος ότι τα άτομα που χρησιμοποιούν τέτοιου είδους ουσίες δεν έχουν πάντοτε το επίπεδο ελέγχου που απαιτείται ώστε να προνοήσουν για την προστασία τους κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.

Ο νοσηλευτής πρέπει να συζητήσει τα εξής θέματα:

- α. χρήση ναρκωτικών,
- β. συχνότητα χρήσης,
- γ. μεθόδους χορήγησης,
- δ. επιπτώσεις της χρήσης στη σεξουαλική δραστηριότητα,
- ε. ασθένειες που πιθανώς προκλήθηκαν από τη χρήση ναρκωτικών.

Ο νοσηλευτής οφείλει να υποδείξει στους ενδιαφερόμενους να κάνουν επιλογές που μειώνουν την πιθανότητα προσβολής από HIV και άλλες παθήσεις που μεταδίδονται με το αίμα. Τέτοιες επιλογές είναι: η χρήση ατομικών συνέργων ενδοφλέβιας χρήσης και η χρήση προφυλακτικού.⁸³

8ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

8.1 Πρόληψη της μετάδοσης με μολυσμένο αίμα και παράγωγα του πλάσματος

Η επιβολή υποχρεωτικού ελέγχου των αιμοδοτών έχει περιορίσει τη μετάδοση του ιού με μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του. Παρόμοιοι έλεγχοι έχουν επιβληθεί και για μεταμοσχεύσεις οργάνων ή ιστών καθώς και για τις τράπεζες σπέρματος. Η διαδικασία της πρόληψης στο συγκεκριμένο τομέα περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- α. Προσεκτική επιλογή αιμοδοτών.
- β. Αποκλεισμό από την αιμοδοσία ατόμων που θεωρείται ότι ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου.
- γ. Αποκλεισμό από την αιμοδοσία τουριστών και ναυτικών ή ατόμων προερχομένων από χώρες που παρουσιάζουν επιπολασμό της λοίμωξης HIV.
- δ. Αυστηρή τήρηση των κανόνων αιμοδοσίας.
- ε. Αυστηρό εργαστηριακό έλεγχο του μεταγγιζόμενου αίματος.

Στη χώρα μας, η αιμοδοσία αποτελεί τη μοναδική περίπτωση όπου πραγματοποιείται ατομική συμβουλευτική συνέντευξη υποχρεωτικά.^{30,70}

9ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

9.1 Πρόληψη μετάδοσης σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό

Η εφαρμογή των αρχών ελέγχου των λοιμώξεων είναι ένα ζωτικό θέμα της αποτελεσματικής καθημερινής νοσηλευτικής άσκησης. Η προσήλωση στις κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόληψη της μετάδοσης των διά αίματος μεταδιδόμενων παραγόντων, όπως ο ιός της ηπατίτιδας Β, είναι περισσότερο από αρκετή για την πρόληψη της μετάδοσης του HIV. Στα ιδρύματα υγειονομικής φροντίδας περιλαμβάνονται τα νοσοκομεία, τα εξωτερικά ιατρεία ή οποιαδήποτε άλλο μέρος, στο σπίτι ή στην κοινότητα, όπου προσφέρεται άμεση ιατρική φροντίδα (π.χ. φροντίδα υγείας στο σπίτι, κέντρα εμβολιασμού, κινητά ιατρεία).

Σπάνια έχει αναφερθεί μετάδοση της νόσου από ασθενή σε νοσηλευτή δια μέσου τραυματισμού από βελόνα ή με έκθεση των βλεννογόνων σε αίμα. Η μόλυνση μπορεί να μεταδοθεί από ασθενή σε ασθενή με την επαναχρησιμοποίηση ανεπαρκώς αποστειρωμένων βελονών.

ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Εφόσον το αίμα και τα άλλα υγρά του σώματος ενοχοποιούνται για τη μετάδοση του HIV και άλλων λοιμογόνων παραγόντων, οι νοσηλευτές πρέπει να μεταχειρίζονται πάντα το αίμα και τα υγρά του σώματος ως μολυσμένα .Βασική προϋπόθεση βέβαια είναι η τήρηση των απαραίτητων υγειονομικών μέτρων.

Κάποιες από τις προφυλάξεις που οφείλει να παίρνει το νοσηλευτικό προσωπικό είναι οι εξής:

α. Αποστείρωση εργαλείων.

β. Απολύμανση κάθε υλικού που ήρθε σε επαφή με αίμα ή βιολογικά υλικά.

γ. Χρησιμοποίηση ειδικών δοχείων στα οποία θα τοποθετούνται οι βελόνες, σύριγγες και τα υπόλοιπα υλικά που έχουν χρησιμοποιηθεί.

δ. Απολύμανση χεριών. Τα χέρια και τα άλλα μέρη του σώματος που έχουν μολυνθεί με αίμα ή με υγρά του σώματος, πρέπει να πλένονται καλά με νερό και αντισηπτικό σαπούνι. Τα χέρια να πλένονται αμέσως μόλις βγουν τα προστατευτικά γάντια.

ε. Χρήση γαντιών, γυαλιών ή προσωπίδων όπου απαιτείται. Οι νοσηλευτές πρέπει να φορούν γάντια καλής ποιότητας , όταν έρχονται σε επαφή με αίμα και υγρά του σώματος. Όταν δεν υπάρχουν διαθέσιμα γάντια, πρέπει να χρησιμοποιούνται άλλες μέθοδοι, ώστε να προλαμβάνεται η άμεση επαφή με το αίμα. Κατά τη διάρκεια διαδικασιών, κατά τις οποίες υπάρχει πιθανότητα εκτόξευσης αίματος τα μάτια, η μύτη και το στόμα πρέπει να προφυλάσσονται με μάσκα και γυαλιά και πρέπει να χρησιμοποιούνται ποδιές.

στ. Νοσηλεία ασθενών με νόσο HIV σε ειδικούς θαλάμους.

ζ. Προσπάθεια αποφυγής τραυματισμών. Πρέπει να επινοούνται μέθοδοι, ώστε να μειώνεται ο κίνδυνος τραυματισμού από βελόνες ή άλλα αιχμηρά εργαλεία, που πρέπει πάντα να χρησιμοποιούνται με προσοχή.

η. Αναγραφή ειδικών οδηγιών στα φιαλίδια με δείγματα αίματος ή άλλων βιολογικών υγρών υλικών ^{30,81,84}

Ο ρόλος της εκπαίδευσης για την ασφάλεια στο χώρο εργασίας είναι ζωτικός. Η συνέχιση, κατά την εργασία, της εκπαίδευσης σε μέτρα ασφάλειας είναι ουσιαστική για όλο το επιστημονικό και βοηθητικό προσωπικό του εργαστηρίου. Κακή εργαστηριακή πρακτική και ανθρώπινο λάθος μπορούν να αχρηστεύσουν όλα τα πρότυπα ασφαλείας και να μεταβάλουν καλό εξοπλισμό σε επικίνδυνο.⁸⁴

Η συμβουλευτική υποστήριξη θα πρέπει να παρέχεται στους επαγγελματίες υγείας σε κάθε περίπτωση που κρίνεται αναγκαία. Πολλές φορές οι επαγγελματίες υγείας ανησυχούν

σχετικά με την πιθανότητα μετάδοσης της λοίμωξης. Η συμβουλευτική παρέμβαση θα πρέπει να στοχεύει τόσο στην υποστήριξη και ενημέρωση μεμονωμένων ατόμων όσο και ομάδων ατόμων. ⁸⁴

10ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

10.1 Νοσηλευτική διεργασία σε ασθενείς με HIV-AIDS

Α΄ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Ο Κ.Χ. ασθενής με HIV ηλικίας 32 ετών, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με αυξημένη θερμοκρασία σώματος, αυξημένες πνευμονικές εκκρίσεις και διαταραγμένη ανταλλαγή αερίων, με ασυνέχειες στο δέρμα του και σημαντική απώλεια βάρους.

Νοσηλευτικά προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
Κίνδυνος λοίμωξης και πυρετός για μεγάλο χρονικό διάστημα.	Αποφυγή λοιμώξεων και διατήρηση θερμοκρασίας σώματος σε	Θα πρέπει να γίνεται παρακολούθηση για σημεία λοίμωξης και για	Έγινε η καθημερινή παρακολούθηση της θερμοκρασίας	Δεν υπάρχουν ευκαιριακές λοιμώξεις και έχουμε φυσιολογική

	φυσιολογικά επίπεδα.	συμπτώματα ευκαιριακών λοιμώξεων.Καθημερινή παρακολούθηση θερμοκρασίας.Αξιολόγηση των σημείων αφυδάτωσης και μεταβολής της διανοητικής κατάστασης.	και χορήγηση αντιπυρετικών.Χορήγηση υγρών για την αποφυγή αφυδάτωσης και έλεγχος του επιπέδου συνείδησης του ασθενή.	θερμοκρασία σώματος. Φυσιολογικό ισοζύγιο υγρών.Το επίπεδο συνείδησης του ασθενή είναι ικανοποιητικό.
Αυξημένες πνευμονικές εκκρίσεις και διαταραγμένη ανταλλαγή αερίων.	Μείωση των εκκρίσεων και καλύτερη οξυγόνωση του ασθενή.	Θα πρέπει να γίνεται παρακολούθηση της αναπνοής και η οξυγόνωση του ασθενή να επανέλθει σε φυσιολογικά επίπεδα εντός 3 εβδομάδων.	Έγινε παρακολούθηση του τύπου της αναπνοής και ακρόαση των πνευμόνων κάθε 4 ώρες.Χορήγηση οξυγόνου και παρακολούθηση των τιμών αερίων αίματος.	Η οξυγόνωση του ασθενή επανήλθε εντός φυσιολογικών ορίων.
Ασυνέχειες στο δέρμα.	Να μην συμβούν άλλες λύσεις της συνέχειας του δέρματος και οι εκδορές να επουλωθούν εντός 2 εβδομάδων.	Θα πρέπει να γίνεται αξιολόγηση της κατάστασης του δέρματος κάθε 4 ώρες.Θα πρέπει να γίνεται διατήρηση του δέρματος στεγνού και	Έγινε παρακολούθηση της κατάστασης του δέρματος.Χρησιμοποιήθηκαν κατάλληλα προστατευτικά για τους αγκώνες και τις	Δεν συνέβησαν άλλες ασυνέχειες δέρματος και οι εκδορές αντιμετωπίστηκαν με επιτυχία και επουλώθηκαν.

		καθαρού,καθώς και αλλαγή των λευχημάτων όταν αυτό απαιτείται.Αξιολόγηση για πιθανή αφυδάτωση.	πτέρνες,καθώς και συχνή αλλαγή θέσης για την πρόληψη κατακλίσεων.	
Απώλεια βάρους.	Να μην γίνει περαιτέρω μείωση βάρους και ο ασθενής να αποκτήσει τουλάχιστον 0,2 κιλά ανά εβδομάδα.	Θα πρέπει να γίνει παρακολούθηση του σωματικού βάρους.Καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων .Σχεδιασμός μικρών και συχνών γευμάτων και χορήγηση συμπληρωμάτων διατροφής.	Έγινε παρακολούθηση του σωματικού βάρους 2 φορές τη βδομάδα.Έγινε σχεδιασμός δίαιτας και χορήγηση συμπληρωμάτων διατροφής,καθώς και χορήγηση αντιεμετικών σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.	Το βάρος του ασθενή είναι φυσιολογικό.

B' ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Η Σ.Ν. ασθενής με HIV ηλικίας 25 χρόνων,νοσηλεύεται στο Νοσοκομείο Ευαγγελισμός και παρουσιάζει αδυναμία,απώλεια οπτικών πεδίων και άλγος.

Νοσηλευτικά προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
Αδυναμία και αυξανόμενη κόπωση.	Η ασθενής να διατηρήσει τον έλεγχο της θεραπείας και των επιλογών του τρόπου ζωής της.	Θα πρέπει να υπάρχει έλεγχος του καθημερινού προγράμματος και δραστηριοτήτων. Ενθάρρυνση της ασθενούς για ανεξαρτησία με τη συμμετοχή της στην αυτοφροντίδα όσο αυτό είναι δυνατό.	Έγινε παρακολούθηση των δραστηριοτήτων της ασθενούς και ενίσχυση συμπεριφορών που υποδεικνύουν ότι η ασθενής κάνει σχέδια για το μέλλον.	Η ασθενής νιώθει καλά και ασφαλής.
Απώλεια οπτικών πεδίων και διαταραγμένη αισθητηριακή αντίληψη(όραση).	Η ασθενής να αναπτύξει μεθόδους αντιμετώπισης των διαταραχών στην όραση εντός 1 μηνός.	Θα πρέπει να παρέχεται γενικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με σκοπό τη βελτίωση της εναπομένουσας οπτικής οξύτητας.	Έγινε αξιολόγηση της έκπτωσης της οπτικής οξύτητας.Προσαρμοστικός οπτικός αθροισμός της ασθενούς στον περιβάλλοντα χώρο.Συχνή συνομιλία με την ασθενή και ενημέρωσή της για τις παρεμβάσεις και για όσα συμβαίνουν	Η ασθενής παρουσίασε αισθητή βελτίωση.

			ώστε να ελαττωθεί ο φόβος και το άγχος της.	
Άλγος και πίεση νεύρων από σάρκωμα Karosi.	Να ελεγχθεί το άλγος εντός 4 ημερών.	Θα πρέπει να υπάρξει ανακούφιση από το άλγος.	Έγινε αξιολόγηση του επιπέδου του άλγους.Χορηγήθηκαν αναλγητικά σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.Έγινε εφαρμογή συμπληρωματικών θεραπειών για την ανακούφιση από το άλγος(μασάζ,ψυχρά ή θερμά επιθέματα,συχνές αλλαγές θέσεως,διαλογισμός κλπ.)και διδασκαλία τεχνικών χαλάρωσης.	Η ασθενής ανακουφίστηκε και έμαθε να αντιμετωπίζει καλύτερα το πρόβλημά της.

Συμπεράσματα και προτάσεις

Όλοι μας μπορούμε ανά πάσα στιγμή να νοσήσουμε από τη νόσο του HIV. Λόγω της απουσίας εμβολίου και θεραπείας για το AIDS η αγωγή υγείας παραμένει το μοναδικό και

ουσιαστικότερο στοιχείο των προγραμμάτων πρόληψης και ελέγχου του AIDS. Η χρησιμοποίηση της ενημέρωσης και της εκπαίδευσης, προκειμένου να επηρεασθεί η συμπεριφορά ομάδων και ατόμων είναι το στοιχείο-κλειδί στις προσπάθειες αναχαίτισης της εξάπλωσης του ιού HIV.

Η προαγωγή της υγείας αποσκοπεί στην ενίσχυση των γνώσεων αλλά και στην προσωπική και κοινωνική ανάπτυξή τους και υλοποιείται με παρεμβάσεις πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης και με την εφαρμογή κατάλληλα σχεδιασμένων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

Οι νοσηλευτές μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην προαγωγή της υγείας σε όλους τους τομείς εξάπλωσης της νόσου λειτουργώντας ως πηγή πληροφόρησης και ως έμπιστος σύμβουλος.

Είναι χρέος των νοσηλευτών να μεταδώσουν τις απαραίτητες γνώσεις στον πληθυσμό προκειμένου να κατανοήσουν, να αποδεχτούν και κυρίως να προλάβουν την εμφάνιση της νόσου αυτής.

Τέλος είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι λαμβάνοντας τα σωστά μετρά πρόληψης ελαχιστοποιούμε την πιθανότητα νέων κρουσμάτων, ενώ με το κατάλληλο θεραπευτικό και υποστηρικτικό περιβάλλον εξασφαλίζουμε καλύτερη πρόγνωση και εξέλιξη της ασθένειας .

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σε αυτή την πτυχιακή εργασία αναφέρονται στοιχεία και πληροφορίες γύρω από τον ιό HIV και την ασθένεια που αυτός προκαλεί,τη γνωστή σε όλους ως AIDS.Αρχικά γίνεται ιστορική αναδρομή σχετικά με την προέλευση και εξάπλωση του ιού,καθώς και ο κύκλος ζωής του HIV και η πορεία της λοίμωξης.Επίσης αναφέρονται οι τρόποι διάγνωσης του ιού και οι τρόποι για την αντιμετώπισή του.Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στους τρόπους μετάδοσης,τον επαγγελματικό κίνδυνο του νοσηλευτή και τις προφυλάξεις κατά την άσκηση του επαγγέλματος.

Το δεύτερο σκέλος της εργασίας επικεντρώνεται στην πρόληψη και ιδιαιτέρως στην προληπτική νοσηλευτική παρέμβαση και συμβουλευτική.Τέλος γίνεται εκτενής αναφορά στο ρόλο του νοσηλευτή κατά την πρόληψη μετάδοσης του HIV,καθώς και κατά την πορεία της λοίμωξης μέσω των νοσηλευτικών διεργασιών και της νοσηλευτικής παρέμβασης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1)Σαχίνη-Καρδάση Α. ,Πάνου Μ.Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική .Νοσηλευτικές διαδικασίες .3^{ος} τόμος .Β έκδοση .

Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ ,2004

2)Νέτα Σ.Τι είναι ο HIV και το AIDS .

Ελευθεροτυπία 27/11/2007 .Χ.Κ Τεγόπουλος Εκδόσεις Α.Ε .

3)Garret ,G. AIDS virus traced to 1675.

Newsday,July 11,2000

4)Taylor,S.T . Health Psychology .

New York :Mc Graw –Hill,Ink .1995

5)www.geocities.com

6)el.wikipedia.org/wiki/AIDS

7)Ινστιτούτο Παστερ .AIDS .Τα Δεδομένα ,οι προσδοκίες .

Paris :Editions 21. 1998

8)Lee Coidman,M.D-J.Claude Bennet,M.D

Cecil-Φυσιοπαθολογία-Διάγνωση-Θεραπεία

3^{ος} τόμος ,ιατρικές Εκδόσεις ,Π. Χ Πασχαλίδης ,2002

9)Νικολάτου-Γαλίτη Ουρ.

Οι βλάβες του στόματος .

Οδοντιατρικές Εκδόσεις ,Omni Press .Ιούνιος 2006

10)Zhu ,T .,Korber ,B. & Nahinias A. An African HIV-1

Sequence from 1959 and implications for the origin of the epidemic. Nature ,May 2 1998 ,Vol 391 ,No 6667

11)Williams ,G.Stretton ,T.B & Leonard ,J.C. AIDS in 1959 ?

Lancet 1983

12)Batler ,M.Virus from 1959 sample marks early years of HIV.

Science 1998 .Vol 279 .No 801

13)www.hiv-aids.gr

14)www.sansimera.gr

15)Sternberg ,S. Closer to AIDS vaccine? 20 Prototypes are in trials, researcers feel they'll beat the virus ,USA Today,May 9,2001 .

16)Υφαντόπουλος ,Γ. AIDS και κοινωνικός απόκλεισμός στο: Διαστάσεις του κοινωνικού στην Ελλάδα .Έκθεση για το ευρωπαϊκό κοινωνικό ταμείο. Τόμος Β ,Αθήνα :Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ) 1996

17)Θωμόπουλος Δ. Λοιμώδη νοσήματα από ιούς και μονοκυττάριους μικροοργανισμούς .Επιστημονικές Εκδόσεις «ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ» ,1993

18)Καλκάνη-Μπουσιάκου Ε.

Γενική μικροβιολογία .Δεύτερη έκδοση.

Εκδοσεις «ΕΛΛΗΝ» ,2001

19)Χανιώτης Φρ .- Χανιώτης Ι.

Παθολογία-Φυσιολογία .Τόμος Α

Ιατρικές Εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ ,2002

20)Coene D . – Καλλίνικος Γ.

Το δικό σου βιβλίο...Συμβουλευτικός οδηγός 1995

Ελληνική Έκδοση Advance Εκδοτική ,1995

21)Κιόρτσης Β. και Παπασπηλιόπουλος Π.Ι., Ιώσεις: Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς, Μπριτάνικα, 31,Αθήνα: Πάπυρος, 1997

22)Καλοταιράκης Α., AIDS: Θεραπευτική αντιμετώπιση-νοσηλευτικά προβλήματα. Στο: HIV-AIDS, Ιός της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS, Αθήνα: Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε., 1989, 115-127.

23)Miller R., & Bor R., AIDS. A guide to clinical counseling. Ed. Dilley J.W. London: Science Press Ltd, 1991.

24)NIAID (National Institute of Allergy and Infectious Diseases), HIV Infection and Aids,

Ενημερωτικό φυλλάδιο της Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας των Η.Π.Α. (U.S. Public Health Service), Bethesda, 1999.

25)Hutchinson M.,AIDS 20 years on, BBC News Online, June 4, 2001.

26)NIAID (National Institute of Allergy and Infectious Diseases), How HIV causes Aids, Ενημερωτικό φυλλάδιο της Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας των Η.Π.Α. (U.S. Public Health Service), Bethesda, 1998.

27)Mc Mahon KM, Coyne N, Symptom management in patients with AIDS, Semin Oncol Nurs, 1999, 289-301.

28)Στρατηγός Δ. AIDS :εκδηλώσεις στο δέρμα και στο στόμα. Διάγνωση-Θεραπεία, Ζήτα, Αθήνα, 1999, 58-63.

29)World Health Organization 2007, Διαθέσιμο στο: <http://www.who.int/en/>

30)Δαρδαβέσης Θ., Επιδημιολογία του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ), Ελληνικά Αρχεία AIDS, Απρίλιος-Ιούνιος, 1999

31)Χανιώτης Φ., Νοσολογία, Παθολογία, Λίτσας, Αθήνα, 2002, 158-160.

32)Κουτσελίνη Α., Χατζηιωάννου Α., Δερματολογία, Αφροδισιολογία, Έλλην, Αθήνα, 2000, 40-43.

33)Kain, C.T. Counseling HIV-positive clients: The tenets of HIV Affirmative Counseling – Part-1, ACAeNews, Vol.1, No.9, 1998.

34)Σαρόγλου Γ. ,Λιόνη Α.,Ποταμούση Π.,Γεωργία Θ.

AIDS/HIV

Κλινική προσέγγιση κ θεραπεία

Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ,1999

35)Center for disease control.1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults .MMWR 1992.

36)Vergis EN ,Mellors JW. Natural history of HIV-1 infection .

Infect dis clin North AM 2004

37)WHO (World Health Organization), Source Book for HIV/AIDS Counseling Training.(Draft),May, 1994.

38)ΠΟΥ(Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)Εθνικό Κέντρο Αναφοράς, Βήτα, Αθήνα, 1991.

- 39)Περιστεράκη Σ., Θωμάτου Κ., Οι νοσηλευτές αγωνίζονται για την εξάλειψη της HIV λοίμωξης, 17^ο Πανελλήνιο Συνέδριο για το AIDS, Αθήνα, 2005.
- 40)Αθανάτου Ε., Παθολογική και Χειρουργική κλινική νοσηλευτική, ΣΤ, Αθήνα, 2000, 243-247.
- 41)Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ., Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, Βήτα, Αθήνα, 2000, 135-147.
- 42)Πετρίδης Α., Εγχειρίδιο χειρουργικής, Έλλην, Αθήνα, 2002, 250.
- 43)Κουκίου Κ., Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με AIDS , Ελληνικά Αρχεία AIDS, 1993, 165-174.
- 44)Ανευλαβή Ε., Κλινική Λοιμωξιολογία.Διάγνωση και θεραπεία μικροβιακών λοιμώξεων. Αντιμικροβιακά φάρμακα, Λίτσας, Αθήνα, 1990, 318-319.
- 45)Piot P., Chemokines share center stage with drug therapies. Science, USA, 1999, 302
- 46)Στεργίου Γ., Τι το νεότερο στην αντιρετροϊκή θεραπεία, Ελληνικά Αρχεία AIDS, Αθήνα, 1993, 28-32.
- 47)Unaid and WHO .AIDS epidemic update : December 2005.
Geneva : Unaid ,2005 .
- 48)Quinn TC ,Wawer MJ ,Sewakambo N ,et al .
Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1 .Rakai project study group .N Engl J Med 2000.
- 49)Υποεπιτροπή εκπαίδευσης της εθνικής επιτροπής AIDS.
AIDS ,ιός επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας .
Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε.
Αθήνα 1989 .
- 50)Erice A ,Rhame FS ,Heussner RC ,et al. Human immunodeficiency virus infection in patients with solidorgan transplants :Report of five cases and review .Rev Infect Dis 1991 .
- 51)European Collaborative Study. Risk Factors for mother-to-child transmission of HIV-1. Lancet 1992.
- 52)Ioannidis JP ,Abrams EJ ,Ammann A ,et al .Perinatal transmission of HIV type 1 by pregnant women with RNA viral loads <1000 copies/ml J Infect Dis 2001 .
- 53)Δαρδαβέσης Θ. Επ. καθηγητής Υγιεινής και Κοινωνικής Ιατρικής Αριστοτέλειου

Πανεπιστημίου Αθήνας .Επιτροπή Κοινωνικής Πολιτικής .Aids ενημερωτικό φυλλάδιο: Ενημερώσου για το AIDS και προφυλάξου. Θεσσαλονίκη 2007 .

54)UNAIDS (1997a):Blood safety and HIV .UNAIDS Technical Update (UNAIDS Best Practise Collection :Technical Update) .

Geneva: UNAIDS ,October 1997.

55)UNAIDS(2001):Guidelines for using HIV Testing .Technologies in Surveillance: Selection ,Evaluation and Implementation .

Geneva: UNAIDS ,2001 .

56)UNAIDS (1997β): HIV testing methods .UNAIDS Technical Update (UNAIDS Best Practice Collection :Technical Update) .

Geneva : UNAIDS ,November 1997 .

57)Preiser W, Brink NS, Hayman A, et al. False-negative HIV antibody test results .J Med Virol 2000 .

58)WHO/UNAIDS .The importance of simple/rapid assays in HIV –testing-WHO/UNAIDS recommendation .Wkly Epidemiol Rec 1998 .

59)King SD, Wynter SH , Bain BC , et al . Comparison of testing saliva and serum for detection of antibody to human immunodeficiency virus in Jamaica .West Indies .J Clin Virol 2000 .

60)Brust S ,Duttman H , Feldner J et al. Shortening of the diagnostic window with a new combined HIV p24 antigen and anti-HIV-1/2/O screening test .J Virol Meth 2000.

61)Newell ML, Loveday C, Dunn D, et al. Use of polymerase chain reaction and quantitative antibody tests in children born to HIV-1 infected mothers. J Med Virol 1995.

62)Berger A, Preiser W. Viral genome quantification as a tool for improving patient management: the example of HIV, HBV, HCV and CMV. J. Antimicrob Chemother 2002.

63)Centers for Disease Control and Prevention. Update U.S.

Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV and HIV and Recommendations for Posreexposure Prophylaxis. MMWR 2001

64)www.tibotec-hiv.gr

65)Λιονή Α. ,Λαζανάς Μ.Κ . Σύγχρονες τάσεις στην αντιρετροϊκή αγωγή. Ελληνικά αρχεία AIDS Vol 12, Number 3,September 2004

66)www.hiv.gr

67)Bartlett JA ,DeMasi R, Quinn J, Moxham C, Rouseau F. Overview of the effectiveness of triple combination therapy in antiretroviral-naive HIV-1 infected adults. AIDS 2001.

68)Mary A.Nies ,Melanie Mc Ewen. Κοινωνική Νοσηλευτική ,Προάγοντας την Υγεία των Πληθυσμών , τόμος 1, Τρίτη έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, 2001.

69)Κυριακίδου Ε. Κοινωνική Νοσηλευτική ,έκδοση Πέμπτη ,εκδόσεις Ταβιθά. Αθήνα 2004.

70)Παπαευαγγέλου, Γ. Πρόληψη-Αντιμετώπιση του AIDS. Στο: HIV-AIDS, Ιός της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS. Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε. Αθήνα 1989.

71)Δημητρόπουλος, Ε. Συμβουλευτική και Συμβουλευτική Ψυχολογία. Γρηγόρη. Αθήνα 1999.

72)Καυγά-Παλτόγλου Α., Σταθοπούλου Χαρ. Προαγωγή σεξουαλικής υγείας των νέων. Νοσηλευτική διάσταση.

73)Groush S. Sexual health 1:Sexuality and nurses' role in sexual health .British Journal of Nursing. 1999 .

74)WHO(World Health Organisation). Working definition of sexual health.2002

75)Irwin R. Sexual health promotion and nursing. Journal of Advanced Nursing.1997

76)Bearinger L, Sieving R, Ferguson J, Sharma V. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns , prevention and potential. Lancet.2007.

77)ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS. Αγωγή υγείας στο σχολείο για την πρόληψη του AIDS και των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων. Αθήνα εκδόσεις ΒΗΤΑ.1992

78)Kirana PS, Nakoroulou E, Akrita I, Papaharitou S. Attitudes of parents and health promoters in Greece concerning sex education of adolescents. Sex Education .2007Sex Education .2007

79)Thistle S., Ray C. Sex and relationships education: the role of the school nurse. Nursing standard.2002

80)Σύρμος Ν., Μαγγανάρης Ε., Χατζηνάσιου Φ. Γνώσεις νεαρών γυναικών της επαρχίας Νάουσας για το AIDS, ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΑΡΧΕΙΑ AIDS, τόμος 14^{ος} ,τεύχος 4^ο, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2006.

81)ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS. Νοσηλευτική

φροντίδα ατόμων με λοίμωξη από τον ιό της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας (HIV). Οδηγίες. Αθήνα εκδόσεις ΒΗΤΑ.1991

82) Παπαευαγγέλου, Γ., Richardson, C. S., Κορκοντζέλου, Ε., Παπουτσάκης, Γ. και Κρεμαστινού, Τζ.. Μέτρα πρόληψης του AIDS στους τοξικομανείς της Ευρωπαϊκής Ένωσης. *Ελληνικά Αρχεία AIDS*, τ. 3, 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1995.

83) CMA (Canadian Medical Association), Expert Working Group on HIV Testing. Counselling guidelines for HIV testing. Ottawa: Canadian Public Health Association. 2000

84) ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS. Αντιμετώπιση των βιολογικών κινδύνων στα διαγνωστικά και ερευνητικά εργαστήρια που ασχολούνται με τον HIV. Οδηγίες. Αθήνα εκδόσεις ΒΗΤΑ. 1991

