

ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗΣ ΣΕΥΠ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

AIDS



Εισηγήτρια:
Δρ. Μπατσολάκη Μαρία

Επιμέλεια
Γιαννακουδάκης Κωνσταντίνος
Ντίνου Χριστίνα

Πάτρα 2012

*Αφιερώνουμε την παρούσα
εργασία σε όλους τους φορείς
του AIDS*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Γενικές πληροφορίες για το AIDS.....	7
1.1 Ορισμός του AIDS.....	8
1.1.1 Η Προϊστορία του AIDS.....	8
1.1.2 AIDS και ενημέρωση.....	9
1.2 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	9
1.2.1 Ανακάλυψη του ιού.....	11
1.3 AIDS και εγκυμοσύνη.....	11
1.3.1 AIDS και ναρκωτικά.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Πρόληψη και αντιμετώπιση.....	15
2.1.1 Πρόληψη του ιού του AIDS.....	16
2.1.2 Οι στάσεις των νοσηλευτών στη φροντίδα ατόμων με AIDS.....	18
2.2.1 Αντιμετώπιση ευκαιριακών λοιμώξεων.....	20
2.2.2 Η αντιμετώπιση του νοσοκομείου	21
2.2.3 Άλλες προφυλάξεις.....	22
2.3.1 Μείωση υψηλού κινδύνου συμπεριφοράς.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Νοσηλευτική και μέτρα προφύλαξης.....	26
3.1.1 Νοσηλευτικές γνώσεις γύρω από το AIDS.....	27
3.1.2 Στάσεις & συμπεριφορές των νοσηλευτών απέναντι σε οροθετικούς.....	28
3.1.3 Συναισθηματικές αντιδράσεις νοσηλευτών.....	29
3.2.1 Το προφυλακτικό.....	30
3.2.2 Η αναγκαιότητα του γυναικείου προφυλακτικού.....	31
3.2.3 Το εμβόλιο.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Μετάδοση και θεραπεία του AIDS.....	35
4.1.1 Τρόποι μετάδοσης	36

4.1.2	Επαγγελματική έκθεση.....	37
4.1.3	Κλινική εικόνα.....	38
4.1.4	Ζώντας με τον ιό.....	39
4.2.1	Θεραπεία.....	40
4.2.2	Αντιρετροϊκά φάρμακα.....	40
4.3.1	τελικό μήνυμα από τον Μάτζικ.....	41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 AIDS και Πολιτική

5.1.1	Πολιτική Πρόληψης.....	45
5.1.2	Είδος μέτρων πρόληψης.....	45
5.1.3	Βαθμός και τρόπος εφαρμογών μέτρων πρόληψης.....	46
5.1.4	Η πολιτική για το AIDS στην Ελλάδα.....	47
5.1.5	Αξιολόγηση Πολιτικής Πρόληψης.....	49
5.2.1	Το AIDS ως κοινωνικός νομός στα πλαίσια της ελληνικής πραγματικότητας.....	50

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Διατροφική παρέμβαση στην ασθένεια του AIDS

6.1.1	Διατήρηση διατροφικής κατάστασης.....	56
6.1.2	Στόχοι διατροφικής υποστήριξης.....	58
6.1.3	Συμβουλευτική διατροφή.....	59
6.2.1	Απώλεια βάρους.....	61
6.2.2	Ενεργειακός μεταβολισμός.....	62
6.2.3	Μεταβολική προσαρμογή στην ελλιπή διαιτητική πρόσληψη	63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Νοσηλευτική Διεργασία

	Συμπεράσματα – προτάσεις.....	77
	Περίληψη.....	78
	Summary.....	
	Βιβλιογραφία.....	

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

Δεν πίστευα ότι θα έρθει σε μένα αφού προσευχόμουν για σένα. Μια λέξη τόσο μικρή και όμως τελειώνει μια ζωή, μια λέξη που μπορεί να μας χωρίσει και από την άλλη δε θα μας νικήσει !!! Ελπίδες τρέφω πολλές, πως μια μέρα θα σε νικήσω και θα μπορέσω πια να ζήσω !! Με πονάς και το ξέρεις. Μια λέξη τόσο μικρή ας το πούμε όλοι μαζί έστω για μια φορά ας προσευχηθούμε δυνατά !!!!

*ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΤΕΚΑΧΡΟΝΗ
SARRA*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έρευνα αυτή αφορά τις γνώσεις και τις στάσεις των νέων απέναντι στην ασθένεια του AIDS.

Οι νέοι ανεξάρτητα από τις οποιεσδήποτε γνώσεις που έχουν για το θέμα, εξακολουθούν να έχουν επικίνδυνη συμπεριφορά. Αξίζει να σημειωθεί πως η στάση που τηρεί ολόκληρη η κοινωνία απέναντι σε άτομα φορείς ή ασθενείς του AIDS είναι απομονωτική και απορριπτική.

Η λοίμωξη με το ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου, Human Immunodeficiency Virus (HIV) και το σύνδρομο της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (AIDS) είναι επείγοντα διεθνή προβλήματα , με ευρύτατες κοινωνικές , πολιτισμικές, οικονομικές, ηθικές και νομικές συνέπειες και αποτελεί απειλή κατά της ανθρωπότητας , αφού είναι, χωρίς αμφιβολία, μια θανατηφόρα ασθένεια.

Ο ρυθμός προσβολής από τον HIV/AIDS έχει πάρει σήμερα τρομακτικές διαστάσεις. Ενώ ο ιός κατά τα τέλη της δεκαετίας του 1970 δρούσε σιωπηλά και απαρατήρητα παγκοσμίως , το 1980 είχε για πρώτη φορά εντοπιστεί , ενώ οι συνέπειες και η σοβαρότητα του ιού έχουν συνειδητοποιηθεί περί τα τέλη αυτής της δεκαετίας.

Σήμερα ο αριθμός των προσβληθέντων ατόμων στην Κύπρο με τον ιό του AIDS υπολογίζεται ότι ανέρχεται από το 1936 μέχρι το μήνα Αύγουστο 1996 σε 245 διαγνωσμένα περιστατικά και έχουν επηρεαστεί κυρίως νέοι αφού το 80% των περιστατικών σε Κυπρίους είναι ηλικίας 21-40 ετών.

Ως νοσηλευτές πρέπει να εισχωρήσουμε στα πραγματικά προβλήματα αυτών των ανθρώπων, να βοηθήσουμε στη σωματική και ψυχοκοινωνική επανένταξη τους στη ζωή, καθώς να τους εμπνεύσουμε και να τους δώσουμε κατάλληλα εφόδια που χρειάζονται για να συνεχίσουν τη ζωή τους, όσο πιο εύκολα γίνεται.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο



Γενικές πληροφορίες για το AIDS

- 1.1 Ορισμός του AIDS
 - 1.1.1 Η προΐστορία του AIDS
 - 1.1.2 Απόψεις γύρω απο το AIDS
- 1.2 Επιδημιολογικά στοιχεία
 - 1.2.1 Ανακάλυψη του ιού
- 1.3 AIDS και εγκυμοσύνη
 - 1.3.1 AIDS και ναρκωτικά

1. Γενικές πληροφορίες για το AIDS

1.1 Ορισμός του AIDS

Το AIDS είναι μια ανίατη λοιμώδης νόσος που οφείλεται στον ιό HIV (Human Immunodeficiency Virus) ο οποίος προσβάλλει το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου, το σύστημα δηλαδή που είναι υπεύθυνο για την άμυνα του οργανισμού ενάντια σε λοιμώξεις, νεοπλασίες και άλλες ασθένειες. Μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί φάρμακο ούτε εμβόλιο για το AIDS .

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται επιτυγχάνουν καθυστέρηση στην εξέλιξη της ασθένειας , αλλά όχι πλήρη θεραπεία ,δηλαδή εξάλειψη του ιού. Οι συνηθέστεροι τρόποι μετάδοσης του ιού είναι δύο :

- α) μέσω της σεξουαλικής επαφής χωρίς χρήση προφυλακτικού
- β) είτε μέσω χρήσης κοινών συριγών

Λόγω της παγκόσμιας εξάπλωσης της νόσου, αυτή χαρακτηρίζεται ως πανδημία. Ο αριθμός των θυμάτων από AIDS εκτιμάται από 1,9 – 2,4 εκ. για το 2007 παγκοσμίως. Στην Ελλάδα το AIDS άρχισε να γίνεται γνωστό κατά τα τέλη του 1984 με μια εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας προς το ιατρικό προσωπικό των Νοσοκομείων. Σταδιακά άρχισαν να μεταδίδονται περισσότερες πληροφορίες και το πρώτο ιατρικό βιβλίο για το AIDS κυκλοφόρησε από τις εκδόσεις «Ωκεανίδα» στα μέσα του 1985. (Βικιπαίδεια ,Αθήνα 2008)

1.1.1 Το AIDS στα χρόνια και η αφετηρία του

Κανείς δεν ξέρει ακριβώς από πού ξεκίνησε το AIDS ή ο ιός HIV. Μερικοί επιστήμονες πιστεύουν ότι το AIDS ξεκίνησε από την Αφρική λίγο πριν φτάσει στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α.

Όμως φαίνεται ότι το AIDS είναι το ίδιο καινούριο για την Αφρική , όσο και οπουδήποτε αλλού. Όποια και αν είναι η εξήγηση, οι επιπτώσεις του AIDS στην Αφρική είναι τρομακτικές. Οι πιο προσβεβλημένες περιοχές βρίσκονται στη ζώνη που απλώνεται κατά μήκος του κέντρου της ηπείρου, από το Ζαΐρ ως την Τανζανία και συμπεριλαμβάνει Κένυα, Ουγκάντα, Ρουάντα, Μπουρούντι και Ζάμπια. Μια έρευνα στην Ουγκάντα έδειξε ότι το 1/5 αυτών που εξετάστηκαν ήταν φορείς του ιού. Αλλά ακόμα πιο τραγικός είναι ο πολύ μεγάλος αριθμός των παιδιών που πάσχουν

από AIDS στην Αφρική. Η κυριότερη ομάδα που πάσχει από AIDS είναι νεαροί άντρες και γυναίκες , πράγμα που επιβεβαιώνει πως στην Αφρική , όπως και στην Ευρώπη το AIDS μεταδίδεται σεξουαλικά. Όμως στην Αφρική έχει εξαπλωθεί σχεδόν μέσα από ετερόφυλες επαφές.

Με λιγότερους πόρους και ανεπαρκή ιατρική φροντίδα , πολλοί Αφρικανοί έχουν επίσης μολυνθεί με AIDS από μολυσμένο αίμα. Χώρες πολύ φτωχές για να ελέγξουν το αίμα χρησιμοποιούν ακόμη μολυσμένο αίμα σε μεταγγίσεις . (Hayward R. 1988).

1.1.2 AIDS και ενημέρωση

Το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας και ο ιός που το προκαλεί έχουν ίσως δημιουργήσει περισσότερες προκλήσεις για την ιατρική, την επιστήμη και την κοινωνία από οποιαδήποτε άλλη αρρώστια. Πολλές από αυτές είναι πραγματικές , όμως άλλες είναι επίπλαστα προβλήματα που προκλήθηκαν από τη λανθασμένη πληροφόρηση , την παρανόηση και την προκατάληψη. Η ανάγκη για ακριβή και υπεύθυνη ενημέρωση πάνω στα ιατρικά ζητήματα δεν υπήρξε ποτέ μεγαλύτερη. Αυτό φυσικά είναι δουλειά κυρίως των δημοσιογράφων , των βοηθών αρχισυντάκτη και των αρχισυντακτών, αλλά οι γιατροί και οι επιστήμονες πρέπει να τους δίνουν σχετικές πληροφορίες με κατανοητή και ισορροπημένη μορφή και όχι να συγχέουν γεγονότα και υποθέσεις.

Αλλά το AIDS έχει πέσει θύμα της ίδιας διεργασίας που υπήρξε η μάστιγα της δημόσιας συζήτησης πολλών άλλων ιατρικών θεμάτων, σύμφωνα με την οποία τα γεγονότα διαστρεβλώνονται ,δραματοποιούνται υπερβολικά ή υπεραπλουστεύονται για να δίνουν μια καλή ψυχολογία στο κοινό. Οι ρεπόρτερ έχουν συνειδητοποιήσει ότι η αληθινή ιστορία του AIDS έχει όλα τα απαραίτητα στοιχεία για να αιχμαλωτίσει και να κρατήσει το ενδιαφέρον του συνηθισμένου ανθρώπου. Παρακολουθώντας την ιστορία με ακρίβεια μπορούν επίσης να εξασφαλίσουν την εκπαίδευση του κοινού σ' αυτό το ζωτικό τομέα της δημόσιας υγείας. (Φυκίρης Α. 2000)

1.2 Επιδημιολογικά στοιχεία

Υπολογίζεται πως 40 εκατομμύρια κάτοικοι του πλανήτη μας θα προσβληθούν από το AIDS μέχρι το τέλος του αιώνα. Τα 10 εκατομμύρια απ' αυτούς θα είναι παιδιά.

Το 90% των περιπτώσεων θα εμφανιστούν σε :

- α) Νότια Αφρική
- β) Νοτιοανατολική Αφρική
- γ) Λατινική Αμερική
- δ) Καραϊβική

Κατά την Έκτη Διεθνή Διάσκεψη για το AIDS που έγινε στο Ντακάρ, σύνεδροι εξέφρασαν τη δυσαρέσκεία τους , διότι όλες οι προσπάθειες επικεντρώθηκαν στο HIV-1 και οι αρμόδιοι αδιαφορούν για τον HIV-2 που είναι διαδεδομένος στην Αφρική και κάνει θραύση.

Στοιχεία για την Ελλάδα

Το αποτέλεσμα της αδιαφορίας μας είναι ότι ενώ στην Ευρώπη τα κρούσματα AIDS παρουσίασαν την ετήσια αύξηση των περιπτώσεων μειωμένη, στην Ελλάδα είχαμε μεγαλύτερη αύξηση και σε σύγκριση με το κάθε προηγούμενο έτος :

- Το 1986 κατά 214%, με προσθήκη 22 νέων περιπτώσεων
- Το 1987 κατά 241%, με προσθήκη 53 νέων περιπτώσεων
- Το 1988 κατά 155%, με προσθήκη 82 νέων περιπτώσεων
- Το 1989 κατά 151%, με προσθήκη 124 νέων περιπτώσεων
- Το 1990 κατά 94%, με προσθήκη 117 νέων περιπτώσεων
- Το 1991 κατά 125%, με προσθήκη 147 νέων περιπτώσεων
- Το 1992 κατά 171 %, με προσθήκη 142 νέων περιπτώσεων
- Το 1993 κατά 162%, με προσθήκη 123 νέων περιπτώσεων
- Το 1994 κατά 188%, με προσθήκη 119 νέων περιπτώσεων

Επομένως με κάποια χρονική απλώς καθυστέρηση στις φάσεις, η χώρα μας ακολουθεί κατά πόδας τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες και μάλιστα τα τελευταία χρόνια και με μεγαλύτερα άλματα.

Ενώ δεν υπήρξε σημαντική μείωση των αναφερόμενων περιπτώσεων κατά το 1990, δε συνέβη το ίδιο και το 1991, που οι αριθμοί ήταν σημαντικά υψηλότεροι.

(Αβραμίδης Α. 1992)

1.2.1 Ανακάλυψη του ιού

Πρώτος ο Λιούκ Μοντανιέ στη Γαλλία ανακάλυψε το ιό L.A.V. στο ινστιτούτο Pasteur των Παρισίων, την άνοιξη του 1983. Ο LAV -11, συγγενικός μ' αυτόν, ανακαλύφθηκε στη Δυτική Αφρική.

Ο Ρόμπερτ Γκάλλο στο National Institute of Health των Η.Π.Α. λίγους μήνες αργότερα, ανακάλυψε τον HTLV-111, συγγενή του HTLV-1 (Human T-Leucemia Virus-1) που σχετίζεται με τη λευχαιμία και για την ανακάλυψη του αυτή είχε πάρει το βραβείο Nobel.

Οι LAV και HTLV-111 χαρακτηρίστηκαν ως ταυτόσημοι και έλαβαν το κοινό όνομα HIV ,προς κατάπαυση της διαμάχης περί προτεραιότητας μεταξύ Γαλλίας και Η.Π.Α.στην ανακάλυψη του ιού, αλλά και επειδή προέκυψε και νέος ιός AIDS, ο HIV-2.Η διαμάχη μεταξύ Montagnier και Gallo για τα πρωτεία της ανακάλυψης του ιού του AIDS , έληξε τον Απρίλιο του 1987 , ύστερα από παρέμβαση του τότε Προέδρου των Η.Π.Α., Ρένικαν και του Γάλλου πρωθυπουργού Ζακ Σιράκ. Όμως στις 31/05/1991, ο Robert Gallo παραδέχτηκε ότι ένας από τους ιούς που «ανακάλυψε» ήταν από παρασκεύασμα από το ινστιτούτο Παστέρ των Παρισίων δηλαδή του Luk Montagnier. (Αβραμίδης Α. 1987)

1.3 AIDS και εγκυμοσύνη

Νέα στοιχεία για τις έγκυες αναγκάζουν σε υποδείξεις για αναθεώρηση των παλαιότερων απόψεων και στην ανάγκη ενός ευρύτερου ελέγχου των εγκύων γυναικών. Και αυτό διότι αποδείχτηκε πως ο εκλεκτικός έλεγχος των εγκύων εκείνων, που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου, δεν είναι επαρκής. Και διότι η τέτοια τακτική έχει αποτύχει , και μόνο το 14% των μητέρων φορέων αποκαλύφθηκαν με τον τέτοιο επιλεκτικό έλεγχο στις Η.Π.Α., ενώ στη Μ. Βρετανία , από τις γυναίκες που βρέθηκαν φορείς, πάνω από 30% είχαν ήδη γεννήσει το πρώτο τους παιδί χωρίς να γνωρίζουν πως είναι φορείς. Ήδη δε ο αριθμός των μωρών που μολύνθηκαν από τις μητέρες τους στη Μ. Βρετανία τριπλασιάστηκε σε ένα έτος, από το 1990 έως το 1991(25/10/91) .

Στην πατρίδα μας τα σχετικά δεδομένα, τα οποία τελευταία ήρθαν στη δημοσιότητα, είναι ότι στο Μαιευτήριο «ΕΛΕΝΑ» όπου εφαρμόστηκε ανώνυμος ορολογικός έλεγχος σε 9.791 εγκύους και επίτοκες, βρέθηκαν οκτώ θετικές για αντι – HIV αντισώματα με τη μέθοδο Elisa ενώ μόνο τρεις επιβεβαιώθηκαν με τη μέθοδο

Western Blot . Από τα τρεις αυτές η μία είχε χρησιμοποιήσει στο παρελθόν ναρκωτικά ενδοφλεβίως , η δεύτερη είχε ερωτικό σύντροφο τοξικομανή και η τρίτη σύζυγο ναυτικό. Και οι τρεις σύζυγοι ήταν φορείς του ιού. Στο Μαιευτήριο «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ» σε σύνολο 2.000 γυναικών που περίμεναν παιδί, εντοπίστηκαν 2 φορείς του ιού του AIDS. Και μέχρι τότε υπήρχαν 3 μόνο μωρά που πήραν τον ιό από τη μητέρα τους κατά τη διάρκεια του τοκετού ή της εγκυμοσύνης. Μια σχετικώς πιο πρόσφατη πληρεφορία αναφέρει άλλες 5 μητέρες που είναι φορείς του ιού, οι οποίες όμως μολύνθηκαν αφού γέννησαν.

Το πρόβλημα πάντως είναι να μάθει εγκαίρως η έγκυος εάν είναι φορέας και να μην επαναληφθεί το φαινόμενο της Μ. Βρετανίας της ανακάλυψης πως είναι φορέας αφού θα έχει γεννήσει το πρώτο της παιδί. Και αυτό διότι εδώ και χρόνια έχει βρεθεί πως σε πολύ μεγάλο ποσοστό (το 91% παλαιότερα που μειώθηκε στο 75% και ακόμα πιο πολύ με τις νεότερες μεθόδους μελέτης) τα παιδιά των φορέων του ιού μητέρων, είναι και αυτά φορείς του ιού. Και πως το 41% από τα παιδιά αυτά ανέπτυξαν ήδη την ασθένεια και μάλιστα σε χρόνο συντομότερο από τους μεγάλους χωρίς να αποκλείεται προφανώς το ποσοστό αυτό να αυξηθεί όσο θα επεκτείνονται οι επιδημιολογικές μελέτες όπως συνέβη και με τους ενήλικες.

Βεβαίως είναι δύσκολο να συστήσει κανείς σε μία έγκυο γυναίκα που ήδη περιμένει παιδί να κάνει το έλεγχο για τον ιό του AIDS. Αλλά και για τις έγκυες γυναίκες το πρόβλημα είναι μεγάλο με το ερώτημα που απασχολεί σοβαρά τους ειδήμονες: έχουν άραγε, και σε ποιο βαθμό το δικαίωμα, εάν είναι φορείς, να φέρουν στον κόσμο ένα παιδί με πιθανότητα να είναι και αυτό φορέας σε πολύ μεγάλο ποσοστό, με την περαιτέρω πιθανότητα, εάν είναι φορέας , να πεθάνει εν μέσω βασάνων σε βραχύ χρονικό διάστημα , ολίγων ετών από την επάρατη αυτή αρρώστια;. (Παπαευαγγέλου Γ,1986).

1.3.1 AIDS και ναρκωτικά

Η ομοιότητα των ανοσολογικών διαταραχών και των ευκαιριακών λοιμώξεων στους ομοφυλόφιλους και στους συστηματικούς χρήστες ναρκωτικών ενδοφλεβίως, οδήγησε στην αναζήτηση και την ανεύρεση, ως κοινού παρονομαστή του ιού LAV/HTLV-111 ή του ιού του AIDS , του HIV.

Τα δεδομένα πείθουν ότι τον ιό του AIDS μπορεί να τον πάρουν και περιστασιακοί ακόμα χρήστες ναρκωτικών ή ευφορικών ουσιών ενδοφλεβίως όταν

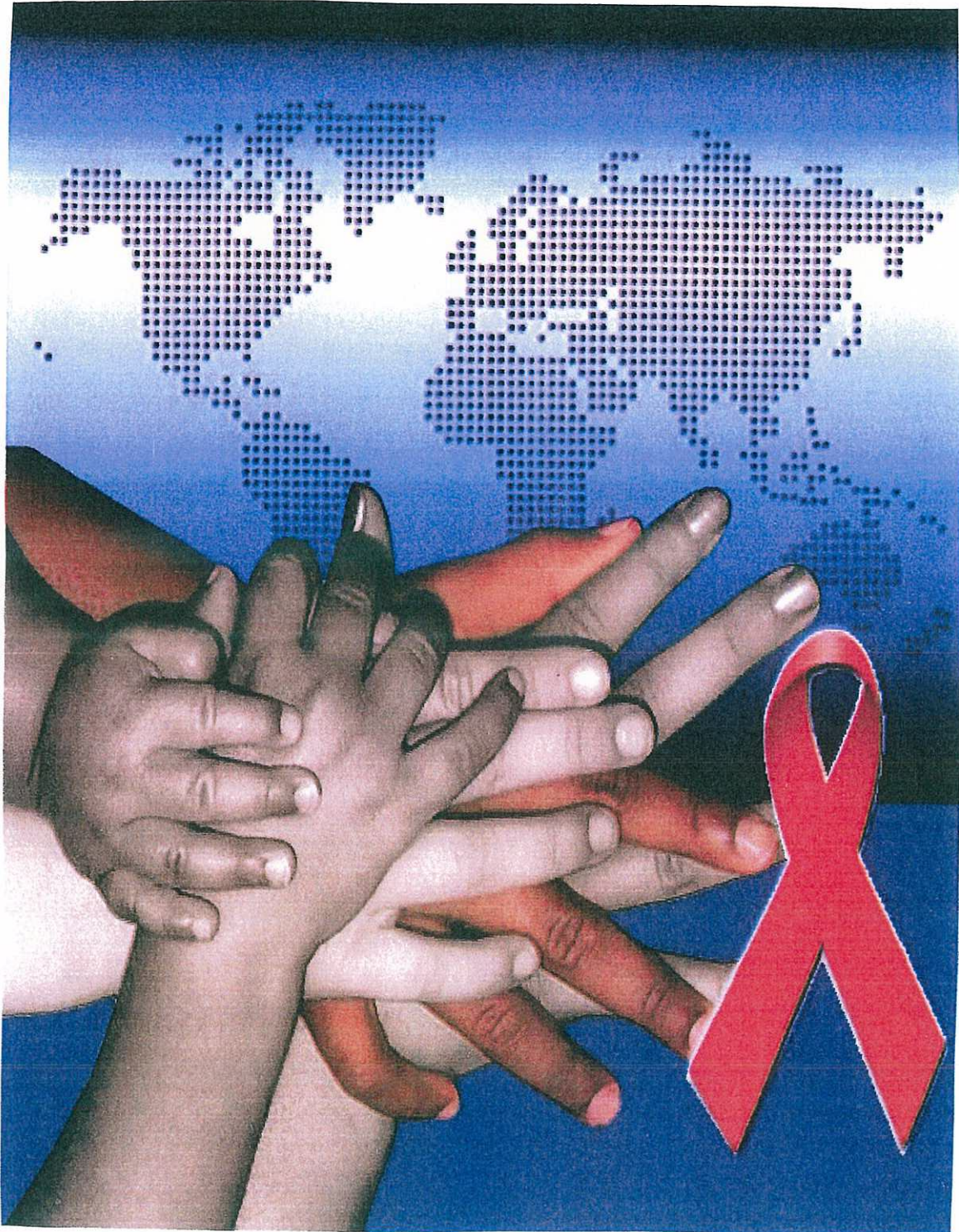
κάνουν ένεση με την ίδια βελόνα την οποία χρησιμοποίησαν προηγουμένως μολυσμένα άτομα π.χ. σε ένα πάρτι. Τα τέτοια δε άτομα είναι πολλά.

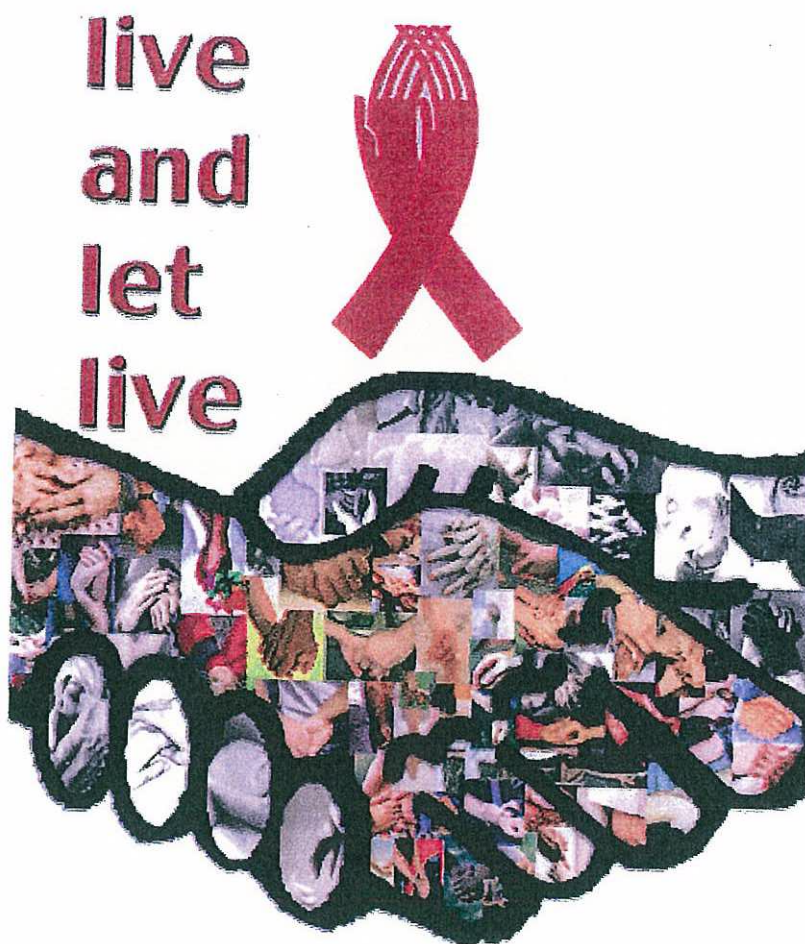
Υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία και επαρκή δεδομένα από τα οποία προκύπτει ότι η χρήση ηρωΐνης ενδοφλεβίως προκαλεί και από μόνη της, χωρίς το στοιχείο της λοίμωξης, επίκτητη ανοσολογική ανεπάρκεια. Η ύπαρξη μιας τέτοιας άμεσης σχέσης ενισχύεται και από το γεγονός ότι η ανοσολογική ανωμαλία αποκαθίσταται ύστερα από έναν έως εννιά μήνες μετά τη διακοπή της ή την αντικατάστασή της με τη μεθαδόνη, η οποία χρησιμοποιείται ως υποκατάστατό της για την αποτοξίνωση. Εκτός από την ηρωΐνη έχουν ενοχοποιηθεί για την αυτοτελή επίκτητη ανοσολογική ανεπάρκεια και η κοκαΐνη, ενδοφλεβίως ή με εισροφύσεις, το χασίς, η μαριχουάνα, η μεσκαλίνη, οι αμφεταμίνες πτητικές ευφορικές ουσίες, το νιτρώδες αμύλιο κ.α.

Το AIDS βρέθηκε αρχικά σε αναλογία 70,4% μεταξύ των ομοφυλόφιλων και ετεροφυλόφιλων ανδρών. Σε αναλογία 16,9% μεταξύ των ετεροφυλόφιλων με χρήση ναρκωτικών ενδοφλεβίως. Όμως, σε πολύ υψηλότερο ποσοστό στις υποομάδες των ομοφυλόφιλων και ετεροφυλόφιλων οι οποίοι συγχρόνως έκαναν και χρήση ναρκωτικών ενδοφλεβίως. Εκφράστηκε μάλιστα η σκέψη πως ενδέχεται με μια περισσότερο με μια ορθολογική ανάλυση των δεδομένων, να προκύψει στο μέλλον πως οι καταχραστές ναρκωτικών ή ευφραντικών ουσιών ενδοφλεβίως, βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για το AIDS από τους ομοφυλόφιλους, γεγονός το οποίο αποτελεί ήδη πραγματικότητα για αρκετές χώρες. Οποσδήποτε, πάντως, προκύπτει ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός νέων περιπτώσεων AIDS μεταξύ των τοξικομανών. Στην πατρίδα μας «περιέργως» τα τέτοια ποσοστά είναι εντυπωσιακά χαμηλά.

Στην Ιταλία και την Ισπανία, η αναλογία τοξικομανών ήταν ήδη από το τέλος του 1988, 64% και 59% αντιστοίχως ενώ, γενικά, στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης υπερτερούν ακόμη οι ομο-αμοφοτεροφυλόφιλοι.

Η μετάδοση του AIDS μεταξύ των ναρκοεξαρτημένων, εκτός από τη μολυσμένη σύριγγα και βελόνα γίνεται με τις ετεροφυλικές σεξουαλικές σχέσεις με πλήρη αδιαφορία και περιφρόνηση προς κάθε είδους προφύλαξη. Το ποσοστό των ασθενών του AIDS με τις ετεροφυλικές σχέσεις διογκώνεται όλο και περισσότερο σε σύγκριση με εκείνο μεταξύ των ομοφυλόφιλων, και έτσι το τελευταίο αυτό εμφανίζεται αναλογικώς μειωμένο. (Παπαευαγγέλου Γ., Καλλίνικος Γ. 1986)





ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο



Πρόληψη και αντιμετώπιση

- 2.1.1 Πρόληψη του ιού του AIDS
- 2.1.2 Η στάση των νοσηλευτών στην φροντίδα ατόμων με AIDS
- 2.2.1 Αντιμετώπιση των ευκαιριακών λοιμώξεων
- 2.2.2 Η αντιμετώπιση του νοσοκομείου
- 2.2.3 Άλλες προφυλάξεις
- 2.3.1 Μείωση υψηλού κινδύνου συμπεριφοράς

2. Πρόληψη και αντιμετώπιση

2.1.1 Πρόληψη του ιού του AIDS

Παρά το γεγονός ότι δεν ξέρουμε την αιτία του AIDS, υπάρχουν ορισμένα μέτρα που μπορούμε να πάρουμε για να μειώσουμε τον κίνδυνο προσβολής. Ένας σημαντικός τρόπος είναι ο περιορισμός της επέκτασής του. Ένας δεύτερος είναι να βρούμε τρόπους για να διατηρούμε άριστη την κατάσταση του ανοσοποιητικού μας συστήματος. Και τα δύο μέτρα μπορεί να παρθούν με δικέ μας προσπάθειες και με βάση τη γνώση που έχουμε ήδη αποκτήσει σχετικά με την αρρώστια.

Φαίνεται ότι το AIDS μπορεί να εξαπλωθεί με τη σεξουαλική επαφή, με σύριγγες και ίσως, και από ορισμένα προϊόντα του αίματος. Αυτά τα γεγονότα κάνουν τη μετάδοση του AIDS να μοιάζει με τον τρόπο μετάδοσης της Ηπατίτιδας Β, μιας ιογενούς λοίμωξης του ήπατος. Μπορούμε να εφαρμόσουμε τις γνώσεις μας γι' αυτή την αρρώστια στο AIDS και να αναπτύξουμε την κατάλληλη στρατηγική, για να περιορίσουμε την εξάπλωσή του.

Σύσταση Νο1: Μειώστε τον αριθμό των διαφορετικών σεξουαλικών συντρόφων

Όσο περισσότερες σεξουαλικές επαφές έχετε, τόσο μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχετε να προσβληθείτε από το AIDS.

Αυτό δε σημαίνει πως πρέπει να σταματήσετε το σεξ, ούτε πως πρέπει να περιορίσετε τη συχνότητα των σεξουαλικών σας σχέσεων. Σημαίνει μόνο πως πρέπει να περιορίσετε τον αριθμό των διαφορετικών συντρόφων με τους οποίους ερχόσαστε σε σεξουαλική επαφή.

Σύσταση Νο 2: Περιορίστε τον αριθμό των ανώνυμων ή τυχαίων σεξουαλικών επαφών

Δεν υπάρχει σχεδόν κανένας τρόπος για να ξέρετε αν ο τυχαίος ή ανώνυμος σεξουαλικός σας σύντροφος είναι άρρωστος ή αν είχε κάνει πρόσφατα έρωτα με κάποιον, που είναι φορέας μιας αρρώστιας.

Οι ανώνυμοι σύντροφοι είναι πιθανό να έχουν κάποια λοίμωξη. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι είναι πιθανό να έχουν εκτεθεί πρόσφατα σε πολλά διαφορετικά άτομα.

Είναι επίσης φρόνιμο να μπορείτε να επικοινωνείτε με άτομα , με τα οποία είχατε επαφή. Θα θέλετε ασφαλώς να ξέρετε αν παρουσιάσουν κάποιο ύποπτο σύμπτωμα και πρέπει επίσης να μπορείτε να τα ενημερώσετε, αν αρρωστήσετε.

Σύσταση Νο 3: Αποφεύγετε τη σεξουαλική επαφή με οποιοδήποτε άτομο που φαίνεται άρρωστο

Αποφεύγετε το σεξ με άτομα με πρησμένους αδένες, εξάνθημα, πυρετό ή βήχα. Αυτά τα συμπτώματα συχνά αντιπροσωπεύουν καλοήθεις ή ασήμαντες αρρώστιες, αλλά μπορεί να είναι σημάδια AIDS ή άλλης μεταδοτικής αρρώστιας.

Αναλάβετε την ευθύνη για τους άλλους αποφεύγοντας το σεξ αν έχετε οποιοδήποτε από αυτά τα σημεία. Είναι εξαιρετικά ανησυχητικό ότι μερικοί άνθρωποι εξακολουθούν τις σεξουαλικές επαφές, αφού εμφάνισαν αυτά τα προειδοποιητικά συμπτώματα. Σε μερικές περιπτώσεις μερικά άτομα εξακολούθησαν να έχουν σεξουαλικές επαφές μετά από τη διάγνωση του AIDS. Αν είστε άρρωστος, κρατήστε την αρρώστια για τον εαυτό σας και αποφύγετε τις σεξουαλικές σχέσεις.

Μόλις εσείς ή ο σύντροφός σας ξαναγίνετε καλά, είναι ίσως ακίνδυνο να ξαναρχίσετε τις σεξουαλικές σας σχέσεις. Αν έχετε αμφιβολίες σχετικά με την υγεία σας ή με την υγεία του συντρόφου σας, κάντε ένα ιατρικό τσεκ απ πριν ξαναρχίσετε το σεξ.

Σύσταση Νο 4: Αποφεύγετε να δίνετε αίμα αν κάνετε ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ή έχετε πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους

Μερικά άτομα, που ανάμεσά τους ήταν και ένα μωρό, έπαθαν AIDS μετά από μια μετάγγιση αίματος. Σ' όλες τις περιπτώσεις οι αιμοδότες ήταν υγιείς όταν έδωσαν αίμα και μόνο ένας έπαθε στη συνέχεια AIDS μετά από μήνες.

Όποιος έχει κάποιο από τα προειδοποιητικά σημεία του AIDS ή νιώθει γενικά άρρωστος , δεν πρέπει να δίνει αίμα. Αν έχετε κάποια αμφιβολία για την υγεία σας, κάντε μια πλήρη ιατρική εξέταση πριν να δώσετε αίμα.

Αν σχεδιάζετε να υποβληθείτε σε εκλεκτική εγχείρηση στο προσεχές μέλλον, μπορεί να θέλετε να δώσετε αίμα πριν από την εγχείρηση. Αυτό το αίμα μπορεί να αποθηκευθεί και να σας δοθεί αργότερα αν το χρειαστείτε. Έχετε υπόψη σας πως οι μεταγγίσεις έχουν κινδύνους και δεν είναι απαραίτητες για όλες τις εγχειρήσεις. Αν ανησυχείτε συζητήστε το καλύτερα με το γιατρό σας.

Σύσταση Νο 5: Διατηρείστε άριστες συνήθειες σε θέματα υγείας και υγιεινής

Υπάρχουν ορισμένα γενικά μέτρα που μπορούμε να πάρουμε όλοι μας για να αριστοποιήσουμε την υγιή λειτουργία του ανοσολογικού συστήματος. Αυτό το τμήμα του οργανισμού μας, όπως και τα άλλα μεγάλα συστήματα οργάνων, χρειάζεται καλή τροφή, αρκετή ανάπαυση, τακτική άσκηση και γενική ελάττωση του στρες.

Περιορίστε όσο περισσότερο μπορείτε την έκθεσή σας σε χημικές ουσίες όπως το οινόπνευμα. Αυτές οι ουσίες μπορούν να καταστείλουν την ανοσολογική λειτουργία. Αποφεύγετε την περιττή επαφή με άτομα που μπορεί να έχουν γρίπη ή άλλες ασήμαντες αρρώστιες. Υπάρχουν διάφοροι ιοί που καταστέλλουν τη δραστηριότητα του ανοσολογικού συστήματος.

(Mayer K. Rizer H. 1987)

2.1.2 Οι στάσεις των νοσηλευτών στη φροντίδα ατόμων με AIDS

Μέσα από την ανασκόπηση δέκα ερευνών έχει διαφανεί ότι οι στάσεις των νοσηλευτών στη φροντίδα ατόμων με AIDS μπορεί να είναι είτε θετικές είτε αρνητικές. Έχει αναγνωριστεί η ύπαρξη πολλών παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν τη στάση των νοσηλευτών σ' ότι αφορά τη φροντίδα ασθενών με αυτό το σύνδρομο.

Έρευνα που διεξήχθη το 1997, στην Αυστραλία από το Mc Cann , με θέμα την προθυμία για την παροχή φροντίδας και θεραπείας στους ασθενείς με AIDS και δείγμα 265 νοσηλευτές και γιατρούς που εργάζονταν σε τρία μεγάλα νοσοκομεία έδειξε θετική στάση απέναντι σε τέτοιους ασθενείς και ενδιαφέρον για παροχή φροντίδας. Ως εργαλείο χρησιμοποιήθηκε ερευνητικό ερωτηματολόγιο για αντιπροσωπευτικά δείγματα και ποιοτικές μισο-δομημένες συνεντεύξεις. Η παροχή φροντίδας και η μεταχείριση αυτών των ασθενών αναφέρεται (από το δείγμα) σαν μια ευκαιρία για εκμάθηση νέων πληροφοριών που προκαλούν ενδιαφέρον από βιοϊατρικής και ψυχοκοινωνικής πλευράς.

Χαρακτηριστικά αναφέρουν ότι τους δίνετε η ευκαιρία να έχουν συνέχεια στην παροχή φροντίδας και αναπτύσσονται μακροπρόθεσμες επαγγελματικές σχέσεις με τους ασθενείς με AIDS.

Μια άλλη έρευνα που διεξήχθη από τους Walusimbi και Okonsky (2004) στην Ουγκάντα συμφωνεί με τη στάση των νοσηλευτών της πιο πάνω έρευνας. Εδώ οι

ερευνητές έχοντας σα δείγματα 477 νοσηλευτές και μαίες που εργάζονταν σε ένα εθνικό νοσοκομείο στην Ουγκάντα, με τη χρήση ενός αυτοσχεδιαζόμενου οργάνου για τη μέτρηση των γνώσεων και των στάσεων, στόχευαν στην αξιολόγηση των γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών στην παροχή φροντίδας των ασθενών με AIDS. Οι θετικές στάσεις ως προς αυτά τα άτομα που αναδείχτηκαν μέσα από αυτή την έρευνα, συσχετίστηκαν με τα υψηλά επίπεδα γνώσεων. Ο στιγματισμός, ο μεγάλος φόβος για τη μετάδοση της ασθένειας και η μοιραία έκβαση του ιού δε φάνηκαν να επιδρούν αρνητικά στις συμπεριφορές των συμμετεχόντων.

Με τις θετικές στάσεις των πιο πάνω ερευνών διαφωνούν οι Wissen και Woodman (1994) οι οποίοι μελέτησαν τη στάση και τις ανησυχίες των νοσηλευτών σχετικά με το AIDS σε μια ποιοτική έρευνα που διεξήχθη σε ένα νοσοκομείο της Νέας Ζηλανδίας, με δείγμα 29 νοσηλευτές. Με σκοπό να εξακριβωθούν οι ανησυχίες που έχουν οι νοσηλευτές σχετικά με το AIDS χρησιμοποίησαν τυποποιημένα ερωτηματολόγια, η ανάλυση των οποίων βασίστηκε στο σύστημα σύνταξης της ανάλυσης. Η πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε ανοιχτά πως κρατούσε μια αρνητική στάση απέναντι στα άτομα με AIDS. Χαρακτηριστικά ανέφεραν ότι όταν σκέφτονταν το ενδεχόμενο να περιθάλψουν ένα τέτοιο ασθενή ένιωθαν κάποιο δισταγμό. Αυτό το δικαιολογούσαν κατά ένα μέρος στο γεγονός πως δε γνώριζαν πόσοι είναι οι φορείς του HIV μέσα στο νοσοκομείο ή και στην κοινότητα. Το γεγονός αυτό, μαζί με την έλλειψη εμπειρίας μείωνε την αυτοπεποίθησή τους όσον αφορά την περίθαλψη αυτής της συγκεκριμένης ομάδας. Επίσης, οι νοσηλευτές συχνά δίσταζαν να νοσηλεύσουν ασθενείς με AIDS και επιδείκνυαν μια αρνητική στάση, διότι δε μπορούσαν να εκφράσουν τους φόβους τους ανοιχτά και δημόσια.

Τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας ενισχύουν μια άλλη έρευνα που διεξήχθη από τη Wang στις Η.Π.Α. Αυτή η μελέτη διερεύνησε τις στάσεις, ανησυχίες και φόβο των νοσοκόμων για τα άτομα με AIDS. Σε αυτήν την έρευνα συμμετείχαν νοσοκόμες από τέσσερα νοσοκομεία και δύο νοσηλευτικές σχολές. Το δείγμα αποτελείται από 35 βοηθούς νοσοκόμους, 211 καταχωρημένους νοσοκόμους, 58 επόπτες νοσοκόμων και 28 μέλη που εργάζονταν στις δύο σχολές νοσηλευτικής, καθώς επίσης και 44 άλλοι νοσοκόμοι που εργάζονταν σε διάφορα ινστιτούτα. Οι στάσεις, ανησυχίες και φόβοι για το AIDS των νοσηλευτών μετρήθηκε από ένα ερωτηματολόγιο για το AIDS το οποίο συμπεριλάμβανε 84 ερωτήσεις για την ανάλυση του οποίου χρησιμοποιήθηκαν συσχετισμοί, test και ανάλυση στοιχείων. Από τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους εγγεγόμενους σε ένα σημείο που ρωτούσε

αν θεωρούσαν το AIDS σαν ένα παράγοντα αποθάρρυνσης στους νέους ανθρώπους να εργαστούν με τέτοιους ασθενείς, φάνηκε ότι το AIDS ήταν αποθαρρυντικός παράγοντας. Εκείνοι που θεωρούσαν το AIDS σημαντικά αποθαρρυντικό είχαν και το μεγαλύτερο φόβο για το AIDS.

Με τα πιο πάνω ευρήματα συμφωνούν οι Steele και Melby (1995) σε μια ποιοτική έρευνα που διεξήγαγαν στην Ιρλανδία με δείγμα 45 νοσηλευτές που εργάζονταν σε ένα νοσοκομείο. Με εργαλείο ένα τυποποιημένο ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε 24 σημεία , στόχευαν στο να εξετάσουν τις γνώσεις, τις πεποιθήσεις και αντιλήψεις των νοσηλευτών για τη μετάδοση του ιού του AIDS.

Με το πέρας της έρευνας και ανάλυσης των στοιχείων φάνηκε ότι σχεδόν οι μισοί από τους εναγόμενους ένιωθαν ότι κατείχαν το δικαίωμα να αρνηθούν να φροντίσουν ασθενείς με AIDS. Ο ίδιος ο ερευνητής αναφέρει, πως είναι λογικό να θεωρηθεί ότι τέτοια στάση υποστηρίζει ένα αντιληπτό κίνδυνο ευαισθησίας ως προς την ασθένεια του AIDS. Σε αυτή την έρευνα πολλοί νοσοκόμοι δήλωσαν πως θα αρνιούνταν το πόστο σε εξειδικευμένη μονάδα AIDS. (Παπαντωνίου Λ. Παπασταύρου Ε. 2004).

2.2.1 Αντιμετώπιση ευκαιριακών λοιμώξεων

Το AIDS αποκαλύφθηκε σε όλο τον κόσμο με την πλασμοκυτταρική πνευμονία, η οποία προσβάλλει ανοσοκατεσταλμένα άτομα. Τότε, η νόσος αυτή ήταν σπάνια , σήμερα είναι η συνηθέστερη ευκαιριακή λοίμωξη , την οποία προλαμβάνουμε καλύτερα από όλες τις άλλες.

Οι λοιμώξεις αυτού του τύπου αποκαλούνται ευκαιριακές επειδή επωφελούνται από τη μείωση του ελέγχου τον οποίου ασκεί το ανοσοποιητικό σύστημα. Οφείλονται σε μικρόβια που υπάρχουν στο περιβάλλον ή φιλοξενούνται σε λανθάνουσα κατάσταση στον οργανισμό χωρίς να προκαλούν νοσήματα. Όταν το ανοσοποιητικό σύστημα εξασθενεί, τότε αυτά πολλαπλασιάζονται και αρχίζουν να γίνονται επικίνδυνα. Με τον ίδιο μηχανισμό, πιστεύεται πως αναπτύσσονται ορισμένοι όγκοι, όπως είναι τα λεμφώματα και το σάρκωμα Kaposi, οι οποίοι συχνά προκαλούνται από ιούς.

Ο κατάλογος των ευκαιριακών λοιμώξεων συμπληρώθηκε κατά την τελευταία δεκαετία. Εκτιμήθηκε η εμφάνισή τους σε περιστατικά με AIDS, αναπτύχθηκαν ειδικές διαγνωστικές μέθοδοι και κωδικοποιήθηκαν διάφορες αποτελεσματικές

αγωγές. Αναπτύχθηκαν στρατηγικές για την πρόληψη πολλών ευκαιριακών λοιμώξεων. Η πρόληψη λέγεται πρωτογενής όταν επεμβαίνουμε πριν εκδηλωθεί το πρώτο μολυσματικό επεισόδιο, και δευτερογενής όταν προσπαθούμε να προλάβουμε πιθανές υποτροπές.

Οι θεραπείες που εφαρμόζονται επιτρέπουν να καθυστερήσουμε την εκδήλωση των λοιμώξεων αυτών και να ανακουφίσουμε περισσότερο τους ασθενείς, παρέχοντάς τους τη δυνατότητα να ασκήσουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα κάποια επαγγελματική και κοινωνική δραστηριότητα. Ο μέσος όρος επιβίωσης των ασθενών με εκδηλωμένο AIDS αυξήθηκε από τρεις μήνες το 1981 σε τρία έτη τουλάχιστον το 1994.

Ωστόσο, επειδή η διάρκεια των ασθενών παρατείνεται, μερικές παθήσεις παρατηρούνται συχνότερα κατά την όψιμη φάση της λοίμωξης (μόλυνση από *Mycobacterium avium* ή από κυτταρομεγαλοϊό, και καντινίαση του οισοφάγου).

Η αποτελεσματική πρόληψη ορισμένων από αυτές τις λοιμώξεις μετέβαλε τη σχετική συχνότητα εμφάνισής τους. (Montagnier L. 1994)

2.2.2 Η αντιμετώπιση του νοσοκομείου

Η ρουτίνα του νοσοκομείου δημιουργεί στρες. Δυστυχώς για εκείνους που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο προσβολής από το AIDS – ομοφυλόφιλους άνδρες, ναρκομανείς, - το νοσοκομείο μπορεί να προκαλέσει ακόμα περισσότερο στρες. Δεν είναι σπάνιο για τους επαγγελματίες της υγείας να μην αισθάνονται συμπάθεια για τους άλλους που δε μοιράζονται τον τρόπο ζωής και τις αξίες τους.

Γενικά το νοσοκομείο είναι τρομακτικό περιβάλλον για όλους. Είναι συνηθισμένο να έχουμε στο περιβάλλον του νοσοκομείου το φόβο του θανάτου, του πόνου, της μοναξιάς – όλες τις αβεβαιότητες μιας πιθανόν σοβαρής αρρώστιας. Τα άτομα με AIDS πρέπει να περιβάλλονται από ιατρικό προσωπικό που καταλαβαίνει αυτά τα στρες και δέχεται τον τρόπο ζωής και τις αξίες του αρρώστου. Η μοναξιά είναι ένα τεράστιο στρες στο νοσοκομείο. Μπορεί να επιδεινωθεί από το αίσθημα ότι οι γιατροί έχουν διαφορετικές απόψεις για τον κόσμο ή ότι το προσωπικό του νοσοκομείου κριτικάρει τις αξίες και τον τρόπο ζωής του αρρώστου.

Τέλος, πρέπει να υπάρχει κάποιο στοιχείο αποδοχής για το νοσοκομείο και τη ρουτίνα του. Αυτό δε σημαίνει να δεχόμαστε την προκατάληψη και την αμέλεια, αλλά μπορεί να σημαίνει πως πρέπει να καταλάβετε, ότι το νοσοκομείο είναι ένα

πολύασχολο μέρος, όπου φροντίζουν πολλούς ανθρώπους ,οι οποίοι έχουν εντελώς διαφορετικές ανάγκες μεταξύ τους. (Ken Mayer, M.D. – HANK PIZER, 1987)

2.2.3 Άλλες προφυλάξεις

Το AIDS δεν περιορίζεται σε κάποιο συγκεκριμένο σύστημα του οργανισμού. Μπορεί να εκδηλωθεί με πολλές μορφές και οι άρρωστοι αντιμετωπίζονται ανάλογα με την κλινική εικόνα που παρουσιάζουν.

Ο ιός, μολύνοντας τον άνθρωπο, τον καθιστά φορέα για όλη του τη ζωή. Ο φορέας δεν παρουσιάζει συμπτώματα και είναι άτομο ικανό για κοινωνική δραστηριότητα, έχοντας κάθε δικαίωμα να συνεχίσει την επαγγελματική και κοινωνική του ζωή, ανάμεσά μας. Οι φορείς, όπως και οι ασθενείς, μπορούν να μεταδώσουν τον ιό στους άλλους, με τρεις συγκεκριμένους τρόπους :

- i. Με τη σεξουαλική επαφή (κολπική, πρωκτική ή στοματική) τόσο μεταξύ ατόμων του αντίθετου φύλου, όσο και μεταξύ ατόμων του ίδιου φύλου.
- ii. Με το αίμα, όταν αίμα μολυσμένου ατόμου εισέλθει στην κυκλοφορία του άλλου.
- iii. Από τη μολυσματική μητέρα στο νεογνό κατά την κύηση, τον τοκετό και το θηλασμό.

Δηλαδή ο ιός του AIDS μεταδίδεται με το αίμα, το σπέρμα, τα κολπικά υγρά και το μητρικό γάλα.

Ο καθένας μπορεί να διαπιστώσει αν έχει μολυνθεί με τον ιό του AIDS κάνοντας το test αντισωμάτων του ιού, στο αίμα. Απαιτούνται συνήθως 2 ή 3 μήνες από τη στιγμή που κάποιος μολύνθηκε έως τη στιγμή που αντισώματα μπορούν να ανιχνευθούν στο αίμα, αν και το μολυσμένο άτομο μπορεί να μεταδώσει τον ιό σ' αυτό το χρονικό διάστημα. Αν κάποιος πιστεύει πως έχει μολυνθεί θα πρέπει να περιμένει 2 έως 3 μήνες πριν κάνει το test. Θετικό αποτέλεσμα δε σημαίνει ότι κάποιος έχει AIDS, μόνο ότι μολύνθηκε από τον ιό του AIDS. Το test δεν μπορεί να προσδιορίσει εάν και πότε κάποιος θα εκδηλώσει τη ασθένεια. Το αρνητικό αποτέλεσμα δεν προφυλάσσει κάποιον από μελλοντική λοίμωξη. Η εξέταση γίνεται δωρεάν και εμπιστευτικά στα κέντρα αναφοράς και ελέγχου του AIDS, σε όλα τα μεγάλα νοσοκομεία και τις κλινικές της χώρας.

ΓΙΑ ΤΟ AIDS ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΞΕΧΝΑΣ :

- Το να έχεις σεξουαλικές σχέσεις με κάποιον, ουσιαστικά σημαίνει πως έχεις σεξουαλικές σχέσεις με όλους τους προηγούμενους ερωτικούς συντρόφους του.
- Οι περισσότεροι φορείς του ιού του AIDS παραμένουν απολύτως υγιείς για αρκετά χρόνια.
- Ο καθένας μπορεί να έχει μολυνθεί από τον ιό του AIDS και να μην το γνωρίζει.
- Μη διακινδυνεύεις αποδεχόμενος σεξουαλικές επαφές χωρίς προφυλάξεις.

Τέλος, καλό θα ήταν να επισημάνουμε κάποιους τρόπους από τους οποίους δε μεταδίδεται το AIDS :

- από τον αέρα
- από τη θάλασσα και τις πισίνες
- από την τουαλέτα
- από τα πόμολα
- από τα τρόφιμα και τα ποτά
- από την κοινή χρήση ποτηριών ,πιρουνιών, πιάτων, φλιτζανιών του καφέ κτλ.
- από τα έντομα και τα ζώα
- από αντικείμενα και επιφάνειες γενικώς
- από το σάλιο
- από τη σωματική επαφή (χάρδια,μασάζ)
- από φιλιά
- από ελιές στο δέρμα

(Ελληνική Εταιρεία Προαγωγής και Αγωγής της Υγείας,2005)

2.3.1 Μείωση υψηλού κινδύνου συμπεριφοράς

Είναι πρόκληση να εργαζόμαστε με χρήστες ουσιών οι οποίοι είναι θετικοί στον HIV. Όλη η θεραπευτική ομάδα βοηθάει το άτομο να αντιληφθεί το πρόβλημά του και να συμμετέχει στο θεραπευτικό πρόγραμμα με στόχο τη μείωση της εξάπλωσης του HIV.

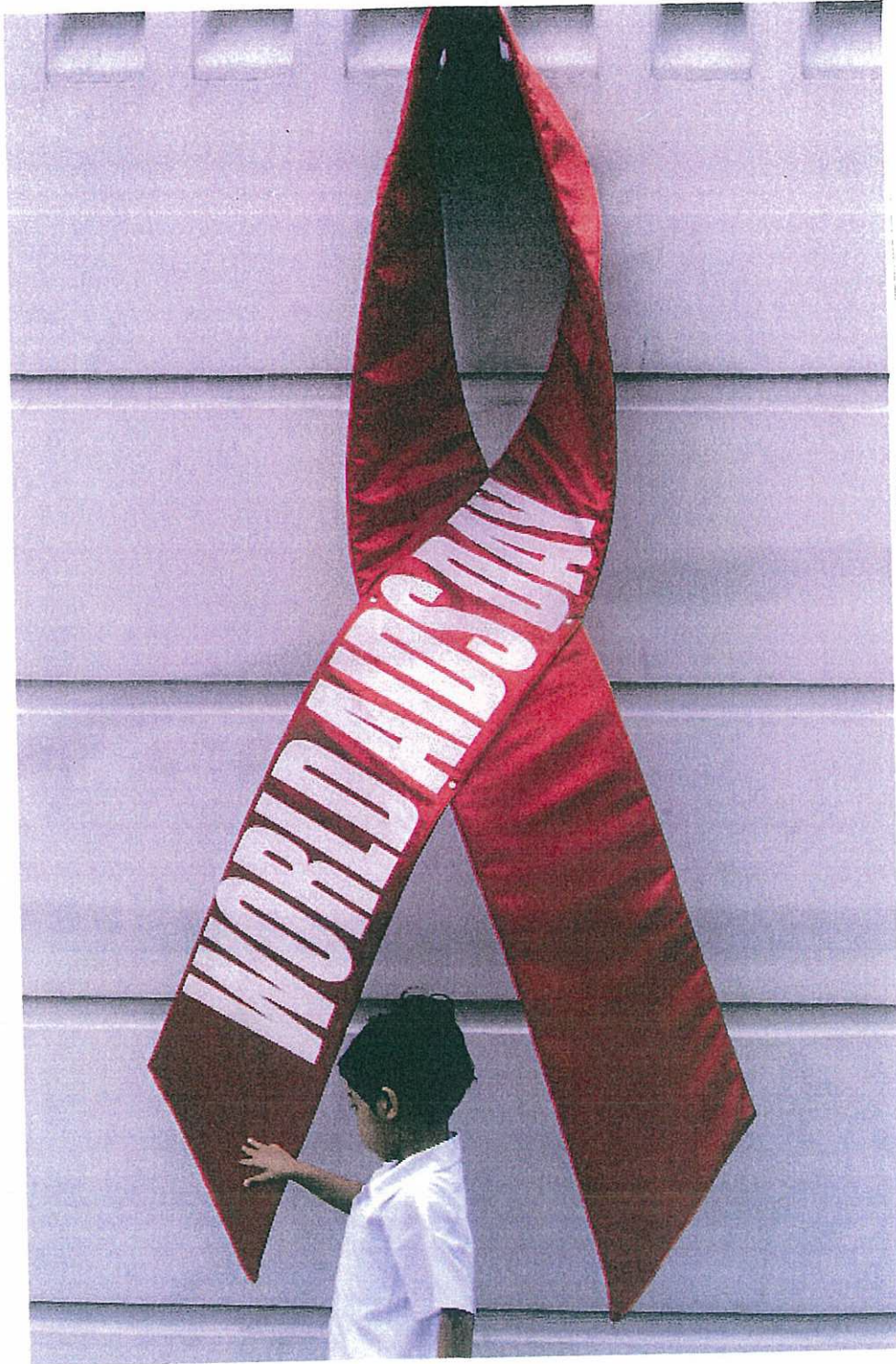
Στην έρευνα του ο Dausey (2003) διαπίστωσε πως οι ασθενείς, οι οποίοι ανέφεραν πως είχαν σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσο, είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση του HIV και για τις δύο ομάδες λόγω της χρήσης προφυλακτικού.

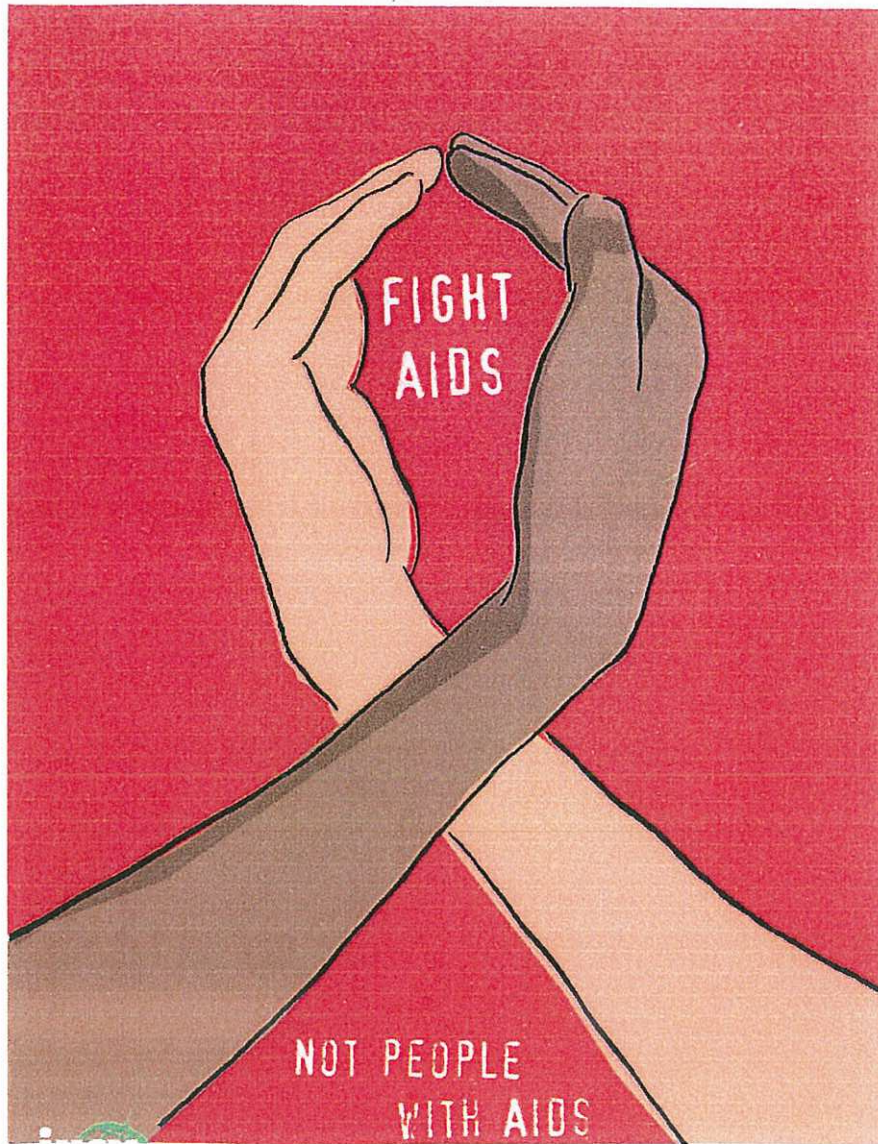
Ο Crosloy και οι συνεργάτες (2000) διαπίστωσαν πως το θεραπευτικό πρόγραμμα πρόσφερε παρεμβάσεις πρόληψης για τις υψηλού κινδύνου συμπεριφοράς για HIV.

Με την πιο πάνω θέση συμφωνούν ο Woods και οι συνεργάτες (1999). Η υψηλού κινδύνου σεξουαλική συμπεριφορά επηρεάζεται από τη συμμετοχή στο θεραπευτικό πρόγραμμα και μειώνεται ο κίνδυνος της μόλυνσης από τον ιό. Σύμφωνα με τον ίδιο, το 1999, ο λιγότερος αριθμός των ερωτικών συντρόφων και η αύξηση ενός σταθερού συντρόφου έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση της έκθεσης στον HIV.

Με τα πιο πάνω ευρήματα συμφωνεί η Μαλλιώρα (1992) στην έρευνα η οποία διεξήχθη στην Ελλάδα. Μελετήθηκε δείγμα 330 χρηστών και χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο. Το αποτέλεσμα ήταν, πως η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (87,6%) ανέφερε συμπεριφορικές αλλαγές μετά την εμφάνιση του AIDS.

Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα ότι το θεραπευτικό πρόγραμμα συμβάλλει στη μείωση των υψηλού κινδύνου σεξουαλικών συμπεριφορών.(Hopkins J. 2002).





ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο



Νοσηλευτική και μέτρα προφύλαξης

- 3.1.1 Νοσηλευτικές γνώσεις γύρω απο το AIDS
- 3.1.2 Στάσεις και συμπεριφορές των νοσηλευτών απέναντι στους οροθετικούς
- 3.1.3 Συναισθηματικές αντιδράσεις των νοσηλευτών
- 3.2.1 Το προφυλακτικό
- 3.2.2 Η αναγκαιότητα του γυναικείου προφυλακτικού
- 3.2.3 Το εμβόλιο

3.1.1 Νοσηλευτικές γνώσεις γύρω από το AIDS

Μερικές μελέτες έχουν δείξει ότι το να αποκτήσεις γνώση δεν αλλάζει τις αρνητικές στάσεις σε θετικές όταν έχουν να κάνουν με το AIDS. Άλλες μελέτες συμπεριλαμβανομένου και αυτής των Mc Cann και Sharkley (1997) έδειξε ότι η αυξημένη γνώση όντως βελτιώνει τις θετικές στάσεις απέναντι στο AIDS.

Ο Mc Cann και ο Sharkley διεξήγαγαν ποιοτική έρευνα με θέμα την εκπαιδευτική μεσολάβηση με διεθνείς νοσοκομους και αλλαγές των γνώσεων, των συμπεριφορών και της προθυμίας για παροχή φροντίδας στους ασθενείς με AIDS. Έχει διαφανεί μια αλλαγή στη στάση τους απέναντι στα άτομα αυτά. Υπήρξε μια σημαντική διαφορά για την προθυμία των νοσηλευτών να εργαστούν με ασθενείς με AIDS μεταξύ της προερευνητικής και μετερευνητικής εξέτασης. Σε σχέση με την προθυμία τους, υποστηρίζουν ότι, θα έπρεπε να τυγχάνουν της ίδιας φροντίδας όπως τους άλλους ασθενείς που δεν ήταν φορείς του AIDS.

Υπήρξε επίσης σημαντική αλλαγή στις συμπεριφορές, όπως την εξέταση των συμμετεχόντων για την προθυμία τους να δουλέψουν με συναδέλφους τους με AIDS. Στην προερευνητική εξέταση, η μέση απάντηση δείχνει ότι ήταν πρόθυμοι να εργοδοτήσουν ανθρώπους με το AIDS, αλλά μόνο αν ήταν η τελευταία τους επιλογή, ενώ στη μετερευνητική εξέταση, τα δείγματα ανέφεραν πως αν ήξεραν πως ένας που κάνει αίτηση ήταν ασθενής με AIDS δε θα ήταν επιβλαβές στο να του προσφερθεί η εργασία.

Διαφάνηκε ότι οι ανεπαρκείς γνώσεις για το AIDS, μπορεί να συμβάλλουν στις ανησυχίες για τη μετάδοση του ιού. Υπήρχε μια σημαντική διαφορά, μετά την εκπαιδευτική μεσολάβηση, σχετικά με την τοποθέτηση ουρηθρικού καθετήρα ή την παροχή φροντίδας σε άτομα με καθετήρα, με μια δυνατότερη τάση συμφωνίας ότι θα έπρεπε να ανησυχούν με την εκτέλεση τέτοιων κλινικών διαδικασιών.

Επίσης, φάνηκε μια βελτίωση στη χρησιμοποίηση των πρωτοκόλλων στον έλεγχο για τη μετάδοση του ιού. Υπήρχε σημαντική διαφορά στα συνολικά αποτελέσματα για τη γνώση μεταξύ της προερευνητικής και μετερευνητικής εξέτασης. Στην προερευνητική εξέταση υπήρχε ένας μέσος όρος του 8 , ενώ στη μετερευνητική επιτεύχθηκε ένα μέσος όρος του 10. Υπήρξε επίσης διαφορά στις γνώσεις των νοσηλευτών για τα πρωτόκολλα του ελέγχου της μετάδοσης, με ένα μέσο αποτέλεσμα να αυξάνεται από το 2 στο 3 . (Mc Cann T. , Sharkley R. ,1998)

3.1.2 Στάσεις & συμπεριφορές των νοσηλευτών απέναντι σε οροθετικούς

Στάση : Είναι η συνθετική ψυχική θέση για ένα πρόσωπο, πράγμα ή γεγονός, περιλαμβάνει τη νοητική και συναισθηματική πλευρά και ακόμη τη γενική εσωτερική ετοιμότητα (αντι-)δρασης ενός ατόμου. Οι στάσεις βοηθούν στον προσανατολισμό του περιβάλλοντος αλλά και στον περιορισμό (καθήλωση) στις μέχρι τώρα γνώμες και ατομικές εμπειρίες (Παπαδόπουλος Ν. ,1993)

- Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι τα άτομα φορείς/ασθενείς AIDS είναι και αυτά κοινωνικά όντα που έχουν την ανάγκη να αναμειχθούν με το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο και να ζήσουν μια παραγωγική καθώς επίσης και πρόσφορη ζωή.

Οι Smith και Katner (1995) υποστηρίζουν σε έρευνα που διεξήγαγαν, ότι το 74% των μαθητών θα συνέχιζαν να διατηρούν φιλία με ένα άτομο με AIDS και το 67% διαφωνεί με τους κανονισμούς που απαγορεύουν στα άτομα με αυτή την ασθένεια να φοιτούν σε σχολείο. (Smith M. , Katner H. 1995)

- Παρέμβαση που γίνεται στους μαθητές έχει θετικά αποτελέσματα, αφού υπήρχαν σημαντικές διαφορές διάκρισης απέναντι στα άτομα με HIV/AIDS στην ομάδα παρέμβασης συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (Caceres και συνεργάτες , 1994). Η παρέμβαση έδωσε επίσης θετικά μηνύματα για ορθή συμπεριφορά που πρέπει να έχουν προς τους φορείς και τους ασθενείς του AIDS, αφού το 93,44% απάντησε ότι θα αντιμετωπίζουν σωστά φορείς και ασθενείς με AIDS και θα προσφέρουν βοήθεια σε φορείς.

Η τελευταία έρευνα που έγινε στην Κύπρο, ήταν στη Λευκωσία και στο χωριό Ευρύχου συγκεκριμένα. Έγινε αξιολόγηση του Δοκιμαστικού προγράμματος για την πρόληψη και την καταπολέμηση του AIDS και των άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, όπου η αξιολόγηση αφορούσε 416 μαθητές 2 λυκείων, ένα στην πόλη και ένα στην επαρχία. Έγινε ξεχωριστή αξιολόγηση από τους 19 αρχηγούς μαθητές των σχολείων, καθώς και από τις πέντε επισκέπτριες υγείας που δίδαξαν το πρόγραμμα στους αρχηγούς. (Παπαντωνίου Λ. 1996)

3.1.3 Συναισθηματικές αντιδράσεις νοσηλευτών

Η παροχή νοσηλευτικών φροντίδων στους ασθενείς με διάγνωση AIDS προκαλεί ή ελκύει από την πλευρά των νοσηλευτών συναισθηματικές αντιδράσεις. Έχουν περιγραφεί συναισθήματα οργής, άγχους και stress. Συναισθήματα αμηχανίας σχετικά με τη μοιραία κατάληξη της νόσου, σύγχυσης από την άγνοια γι' αυτήν και φόβου προσβολής από τη νόσο, έχουν επίσης επισημανθεί. (Healy C. 1985)

Ο ίδιος συγγραφέας αναφέρει άγχος που επιτείνεται με τη διάγνωση της νόσου και τις φροντίδες για τους θνήσκοντες, ομοφυλοφιλοφοβία και απροθυμία ή και άρνηση παροχής φροντίδων σε ασθενείς με AIDS. Οι Mossie και Barbuto αναφέρουν ότι γιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκονται υπό το κράτος προκαταλήψεων και νοσοφοβικού πανικού.

Στην περίθαλψη ασθενών με AIDS οι νοσηλευτές καθορίζουν τα συναισθήματά τους με ταχύτητα, λόγω των άμεσων και πιεστικών γεγονότων που προκύπτουν. Μερικοί μπορεί να γίνουν σκληροί ή ακόμα και αδιάφοροι και να παρασιωπούν τον πόνο και την αποστροφή τους. (Clever L. 1988)

Οι υπηρεσίες που παρέχουν έργο φροντίδος υγείας, έχουν το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της αξίωσης, να χρησιμοποιούν οι εργαζόμενοι τους εαυτούς τους ως εργαλεία και μέσα για την ικανοποίηση αναγκών των ασθενών. Υπάρχουν απαιτήσεις όχι μόνο από τους ασθενείς, αλλά και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, τα μέλη των οικογενειών των ασθενών και τα μέλη των οικογενειών των νοσηλευτών. (Steinbrook P.1985) , (Mc Kusick L. 1986) , (Wachter R.M. 1986)

Πολλές φορές μερικές συγκινησιακές αντιδράσεις του νοσηλευτικού προσωπικού βασίζονται σε προϋπάρχουσες πεποιθήσεις. Οι λειτουργοί υγείας δεν είναι απαλλαγμένοι από προκαταλήψεις, θρησκοληψίες και μισαλλοδοξία. Το συγκινησιακό άγχος από νέους ασθενείς με AIDS απαιτεί αυξημένη επαγρύπνηση από μέρους του προσωπικού των ομάδων υγείας. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στη συναισθηματική φόρτιση των νοσηλευτών κατά τον (Marschall J. 1980) είναι :

- ❖ Η εμπλοκή στη ζωή των οροθετικών ασθενών
- ❖ Ο έμμεσος τρόπος της παρέμβασής τους στις δραστηριότητες των οροθετικών ασθενών
- ❖ Η έκθεση στον ανθρώπινο πόνο
- ❖ Η ματαίωση των επαγγελματικών προσδοκιών

- ❖ Η σωματική εξασθένιση και η ψυχική καταπόνηση
- ❖ Η έκδηλη διάθεση ουδετερότητας και ηρεμίας, ενώ έχουν εσωτερικεύσει φόβο επαγγελματικού κινδύνου

Η συναισθηματική αντίδραση των παρεχόντων φροντίδας στους ασθενείς με AIDS είναι αποτέλεσμα της κατηγοριοποίησης ή του στερεότυπου που αποδίδεται σ' αυτούς. (Farber B. 1983)

3.2.1 Το προφυλακτικό

Μερικοί άνθρωποι πιστεύουν πως η χρήση του προφυλακτικού εμποδίζει την ερωτική απόλαυση, όμως τα προφυλακτικά μπορούν στην πραγματικότητα να είναι ευχάριστα και άνετα, και ταυτόχρονα να παρέχουν προστασία από ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, HIV και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Πρωκτική και κολπική επαφή : Τα καλύτερα προφυλακτικά γι' αυτήν την περίπτωση είναι τα προφυλακτικά από Latex με λιπαντικό.

Τα προφυλακτικά που δεν είναι από Latex δε εμποδίζουν τον HIV ή άλλα ΣΜΝ, τα προφυλακτικά από πολυουρεθάνη εμποδίζουν τον HIV αλλά σπάνε πιο εύκολα από τα προφυλακτικά από Latex.

Στοματικός έρωτας : Δοκιμάστε μη λιπαντικά προφυλακτικά.

Πρόσθετα λιπαντικά : Αυτό μπορεί να σας παρέχει περισσότερη προστασία αποφεύγοντας τη δημιουργία αμυχών και μπορεί να κάνει την επαφή πιο ευχάριστη. Πάντα να χρησιμοποιείτε λιπαντικά με βάση το νερό, όπως το K-Y ή το Wet. Το λάδι σπάει τα προφυλακτικά, μη χρησιμοποιείτε βαζελίνη, κρέμες χεριών, μαγειρικό λάδι ή λοσιόν.

Χρήσιμες οδηγίες :

1. Σιγουρευτείτε ότι τα προφυλακτικά είναι καινούρια και τσεκάρτε την ημερομηνία λήξης τους.
2. Ανοίξτε τη συσκευασία προσεκτικά χωρίς να σκίσετε το προφυλακτικό.

3. Πετάξτε το χρησιμοποιημένο προφυλακτικό αμέσως. ΤΑ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΑ ΕΙΝΑΙ ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΜΙΑ ΧΡΗΣΗ. (www.hivaid.gr, copyright 2011)

3.2.2 Αναγκαιότητα γυναικείου προφυλακτικού

- Προσωπική ΥΓΙΕΙΝΗ
- Το τοποθετούν οι ίδιες στον κόλπο τους χωρίς να υπόκεινται στη διακριτική ευχέρεια του/της συντρόφου τους η χρήση προφυλακτικού
- Απενεχοποίηση του σεξ
- Ελαχιστοποιεί πιθανότητα εγκυμοσύνης σε 1%
- Δεν έχει καμία συνέπεια ενάντια στην υγεία
- Δεν έχει καμία παρενέργεια όπως τα αντισυλληπτικά
- Ευκολία της χρήσης όποτε το χρειάζεσαι
- Καλύτερη εφαρμογή στα τοιχώματα και το βάθος του κόλπου
- Καλύτερη απορρόφηση σπερματικών υγρών
- Προστασία του κόλπου από φλεγμονές και τραυματισμούς εξαιτίας της ανυπαρξίας της τριβής
- Η χημική σύνθεση του λιπαντικού δε δημιουργεί κανένα ερεθισμό
- Το υλικό της κατασκευής του είναι μαλακό και απαλό όπως το φυσικό σφουγγάρι και δεν προκαλεί αλλεργίες
- Δε σχίζεται με τα νύχια
- Είναι εύχρηστο, εισχωρεί στον κόλπο σε λιγότερο χρόνο από το ταμπόν
- Έχει μικρό όγκο και απαιτεί ελάχιστο χώρο φύλαξης
- Δεν υπάρχει αίσθηση στενότητας για τον άνδρα

Όλοι οι παραπάνω λόγοι ισχύουν για τις ετεροφυλόφιλες.

Τα ως τώρα μέσα προφύλαξης (διαφανή μεμβράνη, χειρουργικά γάντια, dental dam) δεν εγγυώνται την αντίστοιχη ποσοστιαία προστασία του γυναικείου προφυλακτικού.

Ενημερωτική Καμπάνια

- Να γνωστοποιηθεί η ύπαρξή του στην επικράτεια
- Διαφημιστική καμπάνια με χιούμορ και προσαρμοσμένη στην ελληνική πραγματικότητα
- Διαφήμιση με ποικίλα μέσα, σε πολλούς και διαφορετικούς χώρους
- Χαμηλό κόστος αγοράς
- Διαφορετικά μεγέθη (μικρό, μεσαίο, μεγάλο)
- Ευρεία διανομή του γυναικείου προφυλακτικού – Femidom : όχι αποκλειστικότητα και περιορισμός σε 1 ή 2 επιλεγμένα φαρμακεία.

(Ομοφυλοφιλική λεσβιακή κοινότητα Ελλάδος , Αθήνα 2004)

3.2.3 Το εμβόλιο

Είναι δυνατόν η οποιαδήποτε διαταραχή να θεωρείται μια «ατυχής» συγκυρία στη ζωή ενός ανθρώπου για την οποία ο άνθρωπος είναι αμέτοχος;

Είναι δυνατόν, εντελώς αιφνίδια να αποδιοργανωθεί πλήρως ένας οργανισμός την ώρα που πρότινος εθεωρείτο υγιείς;

Αυτά, εμφανίζονται μόλις οι εσωτερικές συνθήκες αλλάζουν και αποτελούν το κατάλληλο υπέδαφος, για να αναπτυχθούν .(Βυθούλκας Γ. 1987). Ο εμβολιασμός εισήχθη στην Ιατρική από τον Eduard Jenner, στα τέλη του 18^{ου} αιώνα. «Ίσως η μοναδική ευφυΐα αυτού του ανθρώπου» έγραφε στις 3 Φεβρουαρίου 1923 ο Βρετανός συγγραφέας George Benrand Shaw , «ήταν ότι συνέλαβε, από έναν αγρότη , την ιδέα ότι η έκθεση, στην ευλογία των αγελάδων, μπορεί να προστατεύσει τους ανθρώπους από την ευλογία» και αυτό παρά το γεγονός, ότι οι κτηνοτρόφοι δεν προσβάλλονταν λιγότερο από την ευλογία, απ' ότι άλλα άτομα. (Greenwood N. 1923)

Πού βρίσκονται σήμερα οι προσπάθειες για πρόληψη και θεραπεία της νόσου του AIDS ;

Παραθέτουμε δύο ενδεικτικές απόψεις «Σε ερωτήματα πότε θα υπάρξει εμβόλιο ή φάρμακο δε μπορώ δυστυχώς να πω. Οι κλασικές μέθοδοι για την παραγωγή εμβολίων δε λειτουργούν εδώ, κυρίως λόγω της έντονης μεταβλητότητας του ιού του AIDS. Εάν λοιπόν θέλουμε θεαματικά αποτελέσματα στον τομέα της βασικής έρευνας για το AIDS, δεν υπάρχει δυστυχώς ούτε στον τομέα της πρόληψης , ούτε στον τομέα της θεραπείας.

Αντικειμενικά κανείς στον κόσμο δε μπορεί να ισχυρισθεί, ότι έχει στα χέρια του ένα υποψήφιο εμβόλιο που να προστατεύει από τον ιό ή ένα φάρμακο που να μπορεί να τον περιορίσει». Μαξίμ Σβαρτζ (Γενικός διευθυντής Γαλλικού Ινστιτούτου Pasteur-Paris) : «Είμαι απαισιόδοξος για το άμεσο μέλλον, καθώς και τα επόμενα δέκα χρόνια ο ιός HIV και το AIDS θα συνεχίσουν να εκδηλώνονται». (Ρόμπιν Γ. 1996). Αφού λοιπόν μέχρι στιγμής οι προσπάθειες αποβαίνουν άκαρπες σε μια κίνηση, που από τις αρχές του 19^{ου} αιώνα θεωρήθηκε η μεγάλη πρόοδος – το πρώτο ιατρικό θαύμα (το δεύτερο είναι τα αντιβιοτικά), δηλαδή η παραγωγή εμβολίου που να ανοσοποιεί τον οργανισμό, οι προσπάθειες στρέφονται στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων της νόσου : λοιμώξεις, κακοήθειες, νευροπάθειες κ.λπ.

Δεν είναι άξιο απορίας το γεγονός, ότι και εδώ γίνονται πολλές κινήσεις, αν σκεφτεί κανείς, ότι μόνο τον Ιανουάριο 1995, ανατράπηκαν όλες οι μέχρι τώρα απόψεις τόσο περί της συμπεριφοράς του ιού όσο και περί της αντίδρασης του οργανισμού : ο ιός όχι μόνο δεν παραμένει σε ύπωση, στους φορείς της νόσου, αλλά αντιθέτως πολλαπλασιάζεται ταχύτατα από την πρώτη στιγμή εισόδου στον οργανισμό. Ένα δισεκατομμύριο ιοί παράγονται το 24ωρο, Ταυτόχρονα, το ανοσοποιητικό σύστημα παράγει δύο δισεκατομμύρια Ού4-κύτταρα , με σκοπό να αναπληρωθούν εκείνα που έχουν ήδη εξοντωθεί από τον ιό.

Η νόσος του AIDS αναπτύσσεται όταν τελικά ο οργανισμός, δεν έχει τη δυνατότητα να αναπληρώσει τα κύτταρα αυτά που καταστρέφονται από τον ιό.

Sonja Weinreich
Christoph Benn

AIDS

Eine Krankheit verändert die Welt

Daten - Fakten - Hintergründe

Lembeck

Dont Be AfrAIDS!



We Dare to Be There and Care
Indonesia Bisa!

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο



Μετάδοση και θεραπεία του AIDS

- 4.1.1 Τρόποι μετάδοσης
- 4.1.2 Επαγγελματική έκθεση
- 4.1.3 Κλινική εικόνα
- 4.1.4 Ζώντας με τον ιό
- 4.2.1 Θεραπεία
- 4.2.2 Αντιρετροϊκά φάρμακα
- 4.3.1 Τελικό μήνυμα απο τον Μάτζικ

4. Μετάδοση και θεραπεία του AIDS

4.1.1 Τρόποι μετάδοσης

Η ανασκόπηση των ερευνών αναδεικνύει δύο διαφορετικές απόψεις όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο μολύνθηκαν οι ασθενείς και κατά πόσο επηρεάζει αυτό τη στάση των νοσηλευτών.

Έρευνα με θέμα τις εμπειρίες των νοσηλευτών που είναι αφοσιωμένοι στους ασθενείς με AIDS (Sherman 2000) δείχνει τη δυσκολία των νοσηλευτών στο να αποδεχτούν τη διαφορετικότητα του ιστορικού των ασθενών, τις αξίες και τις σεξουαλικές τους προτιμήσεις. Για πολλούς νοσηλευτές ήταν σημαντικό το να πάνε πίσω στο «φταίξιμο και την τιμωρία» στην αποδοχή του ασθενή.

Σε μία ποιοτική έρευνα που διεξήχθη στη Νέα Ζηλανδία, γίνεται γενικά παραδεκτό με το αποτέλεσμα του παραπάνω ερευνητή, όσον αφορά τη δυσκολία των νοσηλευτών να αποδεχτούν τη διαφορετικότητα του ιστορικού των ασθενών. Αρκετοί νοσηλευτές παραδέχτηκαν ότι ο τρόπος μετάδοσης του ιού ήταν ενοχλητικός γι' αυτούς και έβγαζαν κάποια συμπεράσματα για τον κάθε ασθενή.

Οι περισσότεροι προτιμούσαν να φροντίζουν ομοφυλόφιλους, αντί των ατόμων που έκαναν χρήση ναρκωτικών με ενέσεις. Αυτοί οι νοσηλευτές δήλωσαν ότι τα αισθήματά τους θα επηρέαζαν την επαγγελματική τους κρίση/γνώμη, αν τους ζητούσαν να περιθάλψουν τέτοιους ασθενείς, δηλαδή ομοφυλόφιλους, ναρκομανείς που χρησιμοποιούσαν βελόνες. (Wissen, Woodman 1994)

Παρόμοια αποτελέσματα αναδεικνύει και η έρευνα των Gillispie και Davis με θέμα τις συμπεριφορές των νοσηλευτών που παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς με AIDS. Σε μία ερώτηση που είχε να κάνει με το πώς μολύνονται οι άνθρωποι, είτε μέσω της μετάγγισης αίματος ή κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών τα αποτελέσματα έδειξαν πιο αρνητική στάση απέναντι σε αυτούς που μολύνθηκαν από τον ιό λόγω κατάχρησης ναρκωτικών παρά από αυτούς που μολύνθηκαν από μετάγγιση αίματος. (Gillispie, Davis 1996)

Μία αντίθετη άποψη παρουσιάζεται μέσα από την έρευνα του Wang που μελέτησε τις στάσεις, ανησυχίες και το φόβο για το AIDS ανάμεσα σε καταχωρημένους νοσηλευτές στις Η.Π.Α. Σε ερώτηση που αφορούσε τα αισθήματά τους έναντι των ασθενών ομοφυλόφιλων αντρών ήταν ξεκάθαρα, ότι οι στάσεις τους παρέμεναν οι ίδιες, όπως και στους υπόλοιπους ασθενείς. (Wang 1997).

4.1.2 Επαγγελματική έκθεση

Ο όρος επαγγελματική έκθεση αναφέρεται σε απασχολούμενους στο χώρο της υγείας ή άλλα άτομα με δραστηριότητες που τους φέρνουν σε επαφή με ασθενείς HIV+ ή με αίμα, ιστούς ή βιολογικά υγρά των ασθενών αυτών.

Ο όρος αυτός δηλώνει :

- i. διαδερματικό τραυματισμό (π.χ. τρύπημα με μολυσμένη βελόνα ή κόψιμο με μολυσμένο αντικείμενο).
- ii. επαφή του βλεννογόνου ή μη ακέραιου δέρματος (ρωγμές ή εκδορές από ξύσιμο ή δερματίτιδα),
- iii. παρατεταμένη (περισσότερο από μερικά λεπτά) ή εκτεταμένη επαφή ακέραιου δέρματος με αίμα, ιστούς ή άλλα υγρά από το σώμα HIV+ ατόμου. Τέτοια υλικά έκθεσης είναι κυρίως : αίμα, ιστοί, σπέρμα, κολπικές εκκρίσεις και άλλα υγρά με ορατή πρόσμιξη αίματος (όπως σε σάλιο), καθώς και συμπτωκνωμένος HIV σε ερευνητικά εργαστήρια.

Ο μέσος κίνδυνος μετάδοσης της HIV λοίμωξης μετά από επαγγελματική έκθεση παραμένει μικρός, σε ποσοστό 0,3% περίπου για το διαδερματικό τραυματισμό, για επαφή με βλεννογόνο σε 0,09%, ενώ δεν έχει τεκμηριωθεί μετάδοση μετά από επαφή με άθικτο δέρμα.

Η εκτίμηση μετάδοσης των HIV, HBC και HCV επηρεάζεται ανάλογα με το είδος, τον όγκο του υλικού στο οποίο έγινε η έκθεση του ατόμου και το μέγεθος του μολυσματικού φορτίου στο υλικό αυτό. Η πιθανότητα μετάδοσης αυξάνεται εάν υπάρχει ορατό αίμα στην αιχμηρή συσκευή, η βελόνα εισήλθε σε αιμοφόρο αγγείο, το τραύμα είναι βαθύ, η πληγή έκθεσης αφορά ασθενή σε τελικά στάδια της νόσου ή με υψηλό ιικό φορτίο και εάν το δέρμα είχε εμφανή πύλη εισόδου ή η επαφή ήταν παρατεταμένη.

Μετά από μια επαγγελματική έκθεση απαιτείται να γίνουν άμεσα οι ακόλουθες ενέργειες :

1. Καθαρισμός δέρματος, ματιού, στόματος και μύτης
2. Ενημέρωση του τραυματισθέντος για τον πιθανό κίνδυνο λοίμωξης
3. Αναζήτηση του ιστορικού θεραπείας του ασθενή
4. Αιμοληψία του εκτεθέντα για HbsAg και αντισώματα για HIV

5. Καταγραφή των συνθηκών της επαγγελματικής έκθεσης
6. Αξιολόγηση της έκθεσης για χορήγηση χημειοπροφύλαξης
(Πανταζόπουλος Γ. 2002)

4.1.3 Κλινική εικόνα

1^ο στάδιο : Το άτομο συνήθως ασυμπτωματικό ή σπανιότερα εμφανίζει πυρετό, κόπωση, μυϊκά άλγη ή κεφαλαλγία, συμπτώματα που υποχωρούν από μόνα τους μετά από λίγες εβδομάδες. Σε αυτό το στάδιο δεν είναι ακόμα ανιχνεύσιμα τα αντισώματα κατά του ιού, κατά συνέπεια οι συνθήκες εξέτασης είναι αρνητικές, όμως το άτομο μπορεί να μεταδώσει τον ιό.

2^ο στάδιο : Εμφανίζονται τα αντισώματα στο αίμα. Το άτομο δε νοσεί, μπορεί όμως να μεταδώσει τον ιό, είναι δηλαδή υγιείς φορέας.

3^ο στάδιο : Κατά μέσο όρο εμφανίζεται 30 μήνες μετά τη μόλυνση και χαρακτηρίζεται από έκδηλη διόγκωση των λεμφαδένων και αργότερα πυρετό, διάρροια, έντονη καταβολή, απώλεια βάρους, μυκητίαση του στόματος κ.λπ.

4^ο στάδιο : Όταν η ανεπάρκεια του ανοσοποιητικού συστήματος γίνει εντονότερη, εμφανίζεται πλέον επίσημα η νόσος του AIDS, που χαρακτηρίζεται από μια πλειάδα καταστάσεων (κυρίως λοιμώξεις ή νεοπλάσματα που αιτία έχουν το ανοσολογικό έλλειμμα. Τέτοιες λοιμώξεις είναι η πνευμονία από ένα ευκαιριακό παθογόνο πρωτόζωο, εγκεφαλικά νοσήματα από το πρωτόζωο τοξόπλασμα, μηνιγγίτιδα από το μύκητα κρυπτόκοκκο, οισοφαγίτιδα από το μύκητα candida, φυματίωση ή άλλες λοιμώξεις από μυκοβακτηρίδια, κολπίτιδα από μικροσπορίδιο κ.α. Από τα νεοπλάσματα συνηθέστερο είναι το σάρκωμα Kaposi, πιο συχνό στους ομοφυλόφιλους, με αρχικά δερματικές εντοπίσεις και αργότερα σπλαχνικές, τα πρωτοπαθή εγκεφαλικά λεμφώματα και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Άλλες, τέλος, εκδηλώσεις είναι εγκεφαλοπάθεια και περιφερική νευροπάθεια. Υπολογίζεται ότι το 90% των φορέων θα προχωρήσουν στο στάδιο του AIDS μέσα σε διάστημα 15 ετών.

Όπως για κάθε ασθένεια έτσι και για τη λοίμωξη από τον ιό HIV υπάρχουν δύο τρόποι αντιμετώπισης :

α) η πρόληψη και

β) η θεραπεία

Η έρευνα για την παρασκευή εμβολίου κατά του ιού συναντά αρκετά προβλήματα όπως οι συχνές μεταλλάξεις του ιού και η εκμετάλλευση από αυτού των ίδιων των κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος για τον πολλαπλασιασμό του. (Σαρόγλου Γ. 1999)

4.1.4 Ζώντας με τον ιό

Κυλάει ένα διάστημα και κατόπιν αρχίζει μια νέα ζωή. Λίγο-λίγο οι εξετάσεις και οι επισκέψεις στους γιατρούς δίνουν ρυθμό στις εβδομάδες και τους μήνες. Οι επισκέψεις στο φαρμακείο πυκνώνουν. Όλο και περισσότερα φάρμακα εισβάλλουν στο σπίτι. Αρχίζει να αναπτύσσεται ένα διαφορετικό καθημερινό «τελετουργικό». Εκείνο που κυρίως αλλάζει είναι η αντίληψη του εαυτού μας και των άλλων.

Χωρίς αμφιβολία, η γνωστοποίηση της οροθετικότητας υπήρξε ένα πλήγμα. Τώρα όμως συντελείται η ρήξη, προοδευτικά, ύπουλα. Η ρήξη που σημαίνει υπαρξιακές ανακατατάξεις, υλικές και συμβολικές. Πρέπει να αλλάξει η ίδια η σύλληψη και η οργάνωση της καθημερινής ζωής και της εργασίας, πρέπει να αναθεωρηθούν οι σχέσεις με τους άλλους. Με το φόβο στην καρδιά, φόβο της ασθένειας και φόβο μήπως σε απορρίψουν. Και μ' αυτές τις ερωτήσεις όλο και πιο πιεστικές : Σε ποιον να το πω; Σε ποιον να μην το πω; Με ποιον να το συζητήσω; (Montagnier L. 1994)

Καταλήγουμε λοιπόν στο εξής συμπέρασμα : είναι σημαντικό οι άνθρωποι να αντιλαμβάνονται ότι το άτομο με AIDS δε θέλει να του συμπεριφέρονται σα να είναι απόβλητο της κοινωνίας, ούτε να το θεωρούν θύμα ή λεπρό. Είναι ζωτικής σημασίας να τους επιτραπεί να διατηρήσουν ελπίδα και θετική σκέψη για να συνεχίσουν να ζουν. Δεν πρέπει να τους γίνονται ερωτήσεις τύπου «πώς αισθάνεσαι» ή «υπάρχει καμία νέα εξέλιξη». Τους πληγώνουμε επίσης, εάν τους συναντήσουμε κάπου για πρώτη φορά και όταν μάθουμε ότι είναι φορείς γυρίζουμε την πλάτη μας και φεύγουμε για να μην κολλήσουμε , πράγμα που δεν είναι σωστό, εφόσον γνωρίζουμε ότι το AIDS, δε μεταδίδεται με την απλή επαφή και δεν υπάρχει τέτοιου είδους κίνδυνος. Η προσφορά μας σε βοήθεια, ευσπλαχνία και κατανόηση δε θα πρέπει ποτέ να υπερβαίνει την αντίστοιχη για κάποιον που πάσχει από άλλο χρόνιο νόσημα. (Δετοράκης Ι. , Κουτσουμπα Δ. 1992)

4.2.1 Θεραπεία

Σήμερα χρησιμοποιούνται δύο κατηγορίες φαρμάκων, οι αναστολείς της ανάστροφης μεταγραφάσης (το AZT αποτελεί το πρώτο από το 1987) και οι αναστολείς των πρωτεαστών (ενζύμων του ιού). Η τρέχουσα θεώρηση είναι ότι ο συνδυασμός 2 ή 3ων φαρμάκων είναι πολύ αποτελεσματικός μόνο όσον αφορά την αύξηση των T λεμφοκυττάρων και την αναστολή του πολλαπλασιασμού του ιού. Επίσης, χρησιμοποιείται μεγάλος αριθμός αντιβιοτικών για την προφύλαξη από τις ευκαιριακές λοιμώξεις. Μέχρι στιγμής όλες οι υπάρχουσες θεραπείες κατορθώνουν να επιμηκύνουν το χρόνο ζωής των ασθενών και να μειώσουν τις ευκαιριακές λοιμώξεις. Υπάρχει συγκρατημένη αισιοδοξία ότι σε λίγα χρόνια το AIDS θα είναι μια κοινή λοιμώδης ασθένεια. (Χριστόπουλος Γ. 1999)

4.2.2 Αντιρετροϊκά φάρμακα

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση του AIDS άρχισε πολύ νωρίς μετά την ανακάλυψη του HIV (το 1983), με τη χρησιμοποίηση το 1987 του πρώτου αντιρετροϊκού φαρμάκου, της ζιδοβουδίνης. Έκτοτε με ταχύ ρυθμό ανακαλύφθηκαν αρκετά φάρμακα κατά του AIDS και στην κλινική σήμερα χρησιμοποιούνται περισσότερα από 20 αντιρετροϊκά φάρμακα.

Με την κατανόηση της δυναμικής της αναπαραγωγής του HIV, με τη μελέτη της αντοχής του στα φάρμακα και με τον προσδιορισμό του ιικού φορτίου στο πλάσμα, συνήθως χορηγούνται συνδυασμοί αντιρετροϊκών φαρμάκων, αφού ληφθούν υπόψη και οι φαρμακολογικές τους ιδιότητες (αντιική δράση, φαρμακοκινητική, τοξικότητα, αλληλεπιδράσεις).

Τα αντιρετροϊκά φάρμακα δρουν αναστέλλοντας κάποιο από τα στάδια αναπαραγωγής του HIV όπως είναι :

- α) Η αναστολή της σύντηξης του λιπιδικού φακέλου (ελύτρου) του ιού με τη μεμβράνη του κυττάρου – ξενιστή ή η αναστολή του υποδοχέα χημειοκίνησης, ώστε να μην εισέρχεται το καψίδιο του ιού στο κύτταρο.
- β) Η αναστολή της ιικής ανάστροφης μεταγραφάσης, έτσι ώστε να μη μετατρέπεται το RNA του ιού σε DNA

- γ) Η αναστολή της ιικής πρωτεάσης, ώστε να μη διασπώνται οι πολυπρωτεΐνες και τα σωματίδια του ιού να παραμένουν άωρα και να μην αναπαραγόμενα, και
- δ) Σε ερευνητικό επίπεδο βρίσκονται αντιρετροϊκά φάρμακα, που αναστέλλουν το ένζυμο ιντεγκράση του ιού με αποτέλεσμα τη μη συναρμολόγησή του, καθώς και άλλα φάρμακα που δρουν με τους πιο πάνω μηχανισμούς.

Σκοπός της αντιρετροϊκής αγωγής είναι η όσο το δυνατόν μείωση του ιικού φορτίου στο αίμα (κατά προτίμηση < 50 αντίγραφα / ml, copies (c)/ml) για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρόνο, ώστε να ανακόπτεται η εξέλιξη της νόσου και να προλαμβάνονται ή να μειώνονται τα μεταλλακτικά στελέχη. Με αυτόν τον τρόπο αποκαθίστανται ποσοτικά και ποιοτικά τα CD4 T-λεμφοκύτταρα και οι ευκαιριακές λοιμώξεις γενικά είναι σπάνιες όταν τα ιικά φορτία είναι < 5000 αντίγραφα/ml.

Η μέγιστη αυτή καταστολή του ιού επιτυγχάνεται με τη χορήγηση συνδυασμού ισχυρών αντιρετροϊκών φαρμάκων, που ο ασθενής ή δεν έχει λάβει στο παρελθόν ή δεν παρουσιάζουν διασταυρούμενη αντοχή με φάρμακα που έχει λάβει. Η ιδιαίτερη δραστική αντιρετροϊκή αγωγή που αναμένεται να μειώσει το ιικό φορτίο < 50 αντίγραφα/ml, ονομάζεται HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy). (Λεγάκης Ν. , Χαλεβελάκης Γ. , Περόγαμβρος Α. 2008).

4.3.1 Τελικό μήνυμα από τον Μάτζικ

Στα τέλη του 1991 ένα αμερικάνικο ίνδαλμα του NBA, ο Έρβιν Μάτζικ Τζόνσον, συγκλόνισε την κοινή γνώμη ανακοινώνοντας ο ίδιος πως έχει πέσει θύμα του AIDS. Ταυτόχρονα, ξεκίνησε έναν αγώνα κατά της «μάστιγας του αιώνα», ιδρύοντας ένα ίδρυμα με το όνομά του....

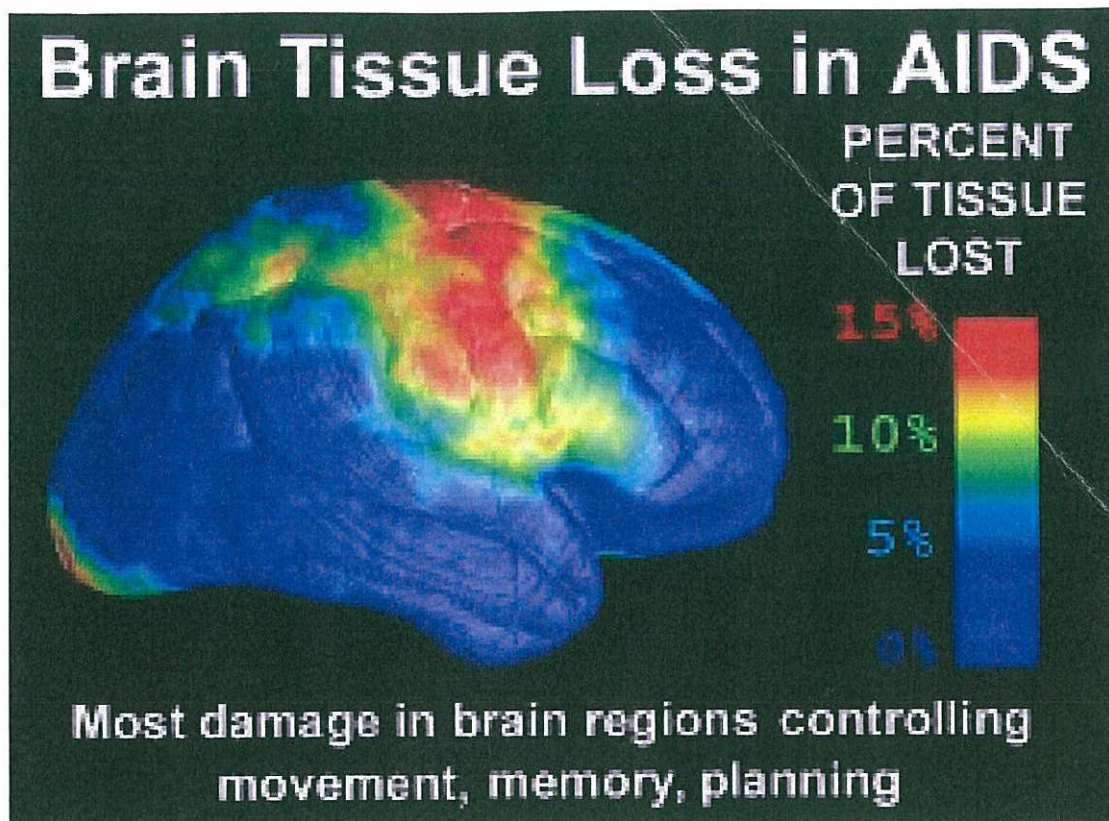
Τον Απρίλιο του 1992 ο Τζόνσον έβγαλε ένα βιβλίο-οδηγό για να αποφύγει κανείς το AIDS και ένα μήνυμα δύναμης και ελπίδας ταυτόχρονα, διευκρινίζοντας ότι όλα τα καθαρά κέρδη της έκδοσης του βιβλίου θα διατεθούν στο ομώνυμο ίδρυμα Μάτζικ Τζόνσον για την πρόληψη, αγωγή, έρευνα και περίθαλψη στον αγώνα κατά του AIDS.

Το μήνυμα του Μάτζικ είναι το εξής :

Φανείτε υπεύθυνοι. Πρόκειται για την ίδια τη ζωή σας. Το ασφαλέστερο σεξ είναι η αποχή, αλλά αν δεν την επιλέξετε, κάνετε πάντοτε ασφαλέστερο το σεξ, σε κάθε ερωτική επαφή. Κόλλησα τον ιό HIV και ξέρω ότι δεν αποκλείεται να τον κολλήσετε και εσείς. Θέλω να είστε και να νιώθετε ασφαλείς. Η ζωή σας έχει αξία. (Johnson M. 1992)







ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

AIDS ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

5.1.1 Πολιτική Πρόληψης

5.1.2 Είδος μέτρων πρόληψης

5.1.3 Βαθμός και τρόπος εφαρμογής μέτρων πρόληψης

5.1.4 Η Πολιτική για το AIDS στην Ελλάδα

5.1.5 Αξιολόγηση Πολιτικών Πρόληψης

5.2.1 Το AIDS ως κοινωνική νόσος στα πλαίσια της Ελληνικής πραγματικότητας

5. AIDS και Πολιτική

5.1.1 Πολιτική πρόληψης

Η αξιολόγηση της πολιτικής για το AIDS ξεκίνησε από τα μέτρα της πολιτικής πρόληψης, εξετάζοντας την ορθότητα, επάρκεια και αποτελεσματικότητα τους, ανιχνεύοντας όμως ταυτόχρονα και τις τάσεις που εμπεριέχονται σε κάποια από αυτά. Πρωταρχικός στόχος της καταγραφής των μέτρων πρόληψης ήταν η διερεύνηση τους στα τρία επίπεδα που μπορεί να είναι δυνατή η πρόληψη:

1. ΙΑΤΡΙΚΟ, με στόχο το ανθρώπινο σώμα και την άσκηση της ιατρικής επιστήμης
2. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ, με στόχο την αλλαγή της ατομικής συμπεριφοράς
3. ΛΟΜΙΚΟ, με στόχο την αλλαγή των κοινωνικών συνθηκών

Η αξιολόγηση της πολιτικής πρόληψης παρουσιάζει μία γενική εικόνα που δεν είναι ρόδινη για την ισχύουσα πολιτική πρόληψη. Τα μέτρα που έχουν ληφθεί από την Ελληνική κοινωνία για την πρόληψη της εξάπλωσης του AIDS, δεν είναι λίγα, δεν αντικρούσουν σε σημαντικό βαθμό δε - με κάποιες εξαιρέσεις - τις αρχές και οδηγίες των διεθνών οργανισμών και του Κ.Ε.Ε.Λ.Π.Ν.Ο. Εν τούτοις αυτά τα μέτρα είναι περισσότερο "πυροσβεστικά" από ό,τι είναι προληπτικά. Αυτό γίνεται εμφανές τόσο από το είδος των μέτρων που υπάρχουν όσο και από το βαθμό και τον τρόπο εφαρμογής της.

5.1.2 Είδος μέτρων πρόληψης

Η καταγραφή των μέτρων που εφαρμόζονται στην Ελλάδα σχετικά με την πρόληψη του AIDS έδειξε την ύπαρξη πολλών μέτρων σε επίπεδο ιατρικό, συμπεριφορών και δοκιμών.

Συγκεκριμένα παρατηρείται, καταρχήν, μια πληθώρα ιατρικών μέτρων που αφορούν κυρίως σε προληπτικούς ελέγχους εντός και εκτός νοσοκομείων για τον εντοπισμό των οροθετικών ατόμων. Σε τι όμως βοηθάει ο εντοπισμός ατόμων αυτών, εκτός από την συλλογή και καταγραφή κάποιων επιδημιολογικών στοιχείων σχετικά με την πορεία εξάπλωσης της νόσου στην χώρα μας; Βοηθά στην πρόληψη της μετάδοσης της νόσου σε άλλους από τα συγκεκριμένα άτομα και κυρίως μέσα στους χώρους περίθαλψης και νοσηλείας τους. Αυτό διότι έξω από τους χώρους αυτούς και πέραν της ενημέρωσης που τους γίνεται, δεν υπάρχει τρόπος να ελεγχθεί η ατομική συμπεριφορά τους, οπότε ούτε και να προστατευτούν τα άτομα του περιβάλλοντος τους που μπορεί να κινδυνεύουν να μολυνθούν, όπως είναι για παράδειγμα, οι ερωτικοί τους σύντροφοι. Οι τελευταίοι θα προστατευτούν μόνο στον βαθμό που τα συγκεκριμένα οροθετικά άτομα είναι συνεργάσιμα και επιθυμούν να αλλάξουν κάποιες από τις ατομικές τους συμπεριφορές, προκειμένου να τους προφυλάξουν (Ελληνικά αρχεία AIDS, 1998).

5.1.3 Βαθμός και τρόπος εφαρμογής μέτρων πρόληψης

Ο βαθμός και ο τρόπος εφαρμογών των μέτρων πρόληψης παίζουν επίσης πολύ σημαντικό ρολό στην διαδικασία αξιολόγησης τους. Δεν αρκεί μονό η ύπαρξη κάποιων μέτρων, αν η διάδοση, η προώθηση και η εφαρμογή τους δεν είναι επαρκείς και αποτελεσματική. Για να διαπιστώσουμε σε ποιο βαθμό και με ποιον τρόπο εφαρμόζονται τα μετρά πρόληψης που υπάρχουν στην Ελλάδα, είναι απαραίτητη η παρουσίαση:

1. της γνώσης των μέτρων αυτών από τους ερωτώμενους
2. της γενικής εκτίμησης των ερωτώμενων για τα μετρά στο σύνολό τους

3. της επιμέρους κρίσεως που εξέφρασαν και σχόλιων που έκαναν για κάποια από αυτά είτε με δική τους πρωτοβουλία ή μετά από παρότρυνση του μελετητή.

5.1.4 Η Πολιτική για το AIDS στην Ελλάδα

Η Πολιτική για το AIDS ως η άμεση και επίσημη έκφραση της αντίδρασης της κοινωνίας στη νόσο διερευνήθηκε μέσα από την προσέγγιση της σε δυο επίπεδα:

1. Αυτό της Πολιτικής Πρόληψης της νόσου που αφορά μια σειρά μέτρων που στοχεύουν στην αποφυγή της περαιτέρω εξάπλωσης του AIDS.
2. Αυτό της Πολιτικής Θεραπείας των οροθετικών ατόμων που αφορά μια σειρά μέτρων με κύριο στόχο την ιατρική αντιμετώπιση των σωματικών προβλημάτων, που εμφανίζονται στα οροθετικά άτομα σαν απόρροια της μόλυνσης τους από τον ιό HIV. Ο σκοπός εδώ είναι η παράταση της ζωής των οροθετικών ατόμων με όσο το δυνατόν λιγότερα σωματικά προβλήματα και καλή ποιότητα ζωής, δεδομένου ότι ακόμα δεν υπάρχει φάρμακο που αποδεδειγμένα να οδηγεί στην ίαση από την νόσο. Στα πλαίσια Πολιτικής Θεραπείας εντάχθηκαν και κάποια μετρά που αφορούν τα οροθετικά άτομα και όχι τον γενικό πληθυσμό, αλλά αναφέρονται στην αντιμετώπιση των κοινωνικών περισσότερο παρά των σωματικών τους προβλημάτων. Τέτοια μετρά για παράδειγμα είναι η ίδρυση και η λειτουργία του Ξενώνα Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης στα Καμίνια του Πειραιά, του Συμβουλευτικού Σταθμού στο νοσοκομείο Α. Συγγρός και του προγράμματος της «κατ' οίκον νοσηλείας».

Η προσέγγιση της πολιτικής για το AIDS είχε σαν στόχο την αξιολόγηση της ως προς:

- Την επάρκεια, την ορθότητα και την αποτελεσματικότητα των επιμέρους μέτρων, τόσο στο επίπεδο της πρόληψης όσο και αυτό της θεραπείας.
- Τις τάσεις στιγματισμού των επιμέρους μέτρων και στα δυο επίπεδα της Πολιτικής για το AIDS.

Η αξιολόγηση αυτή επιχειρήθηκε:

α) Μέσα από τη συνοπτική καταγραφή των μέτρων που εφαρμόζονται στην Ελλάδα, τόσο σε επίπεδο πρόληψης της νόσου όσο και σε επίπεδο θεραπείας των οροθετικών ατόμων.

β) από την παρουσίαση στους ερωτώμενους των μέτρων αυτών και την αναζήτηση της γνώμης τους πάνω σ' αυτά.

γ) από τη ενδεικτική καταγραφή κάποιων αρχών-οδηγιών της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών όπως και κάποιων από τις Θεμελιώδεις Αρχές για την προστασία των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων και Ατομικών Ελευθεριών που έχουν εκδοθεί στην Ελλάδα από το ΚΕΕΛ και αφορούν και στα δυο επίπεδα πολιτικής.

δ) από την παρουσίαση στους ερωτώμενους αυτών των αρχών – οδηγιών και την αναζήτηση της γνώμης τους πάνω σ' αυτά σε αντιπαραβολή με κάποια από τα μετρά που εφαρμόζονται στην Ελλάδα.

Τόσο οι διεθνείς οδηγίες (Π.Ο.Υ. , Ο.Η.Ε.) όσο και οι θεμελιώδεις αρχές του ΚΕΕΛ έχουν σα στόχο τη παροχή ενός "οδηγού" συμφωνά με τον όποιο θα πρέπει θεσμοθετούνται και να εφαρμόζονται τα εκάστοτε μετρά πολιτικής για το AIDS. Η συμμόρφωση μ'αυτόν τον "οδηγό" :

- 1) Εξασφαλίζει την ύπαρξη αρκετών και αποτελεσματικών μέτρων για την περαιτέρω εξάπλωση της νόσου.
- 2) Περιορίζει την ύπαρξη τυχόν αυθαίρετων και στιγματοφόρων μέτρων και κατοχυρώνει την τήρηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και την

αποφυγή του κοινωνικού αποκλεισμού των οροθετικών ατόμων. Η απόκλιση απ' αυτόν τον "οδηγό" συνεπώς ενέχει τον κίνδυνο να οδηγήσει στα αντίθετα αποτελέσματα, δηλαδή σε ελλιπή ή ανεπαρκή μέτρα πρόληψης και σε αυθαίρετα στιγματοφόρα μέτρα θεραπείας. (Τεγόπουλος, 1999)

5.1.5 Αξιολόγηση Πολιτικής Πρόληψης

Ο σκοπός της παρούσας ενότητας είναι να περιγράψει συνοπτικά και συγκεκριμένα τα σημαντικότερα από όλα αυτά τα ευρήματα και συμπεράσματα - αναφορικά με τα μέτρα που λαμβάνονται στη χώρα μας στα πλαίσια της Πολιτικής Πρόληψης για το AIDS συσχετίζοντας και στοιχειωδώς με τους αρχικούς στόχους της διερεύνησης. Για την πραγματοποίηση αυτού του σκοπού συμπεριλαμβάνεται μία υπενθύμιση των στόχων αυτών. Δεδομένης της πληθώρας και ποικιλίας των επιμέρους συμπερασμάτων, η συγκέντρωση και επισήμανση των σημαντικότερων απ' αυτά θεωρήθηκε σκόπιμη στα πλαίσια της διαδικασίας αξιολόγησης της Πολιτικής Πρόληψης.

Συνοψίζοντας τους άμεσους, επιμέρους στόχους της διερεύνησης που παρουσιάστηκαν αναλυτικά μέχρι τώρα είδαμε ότι η αξιολόγηση της Πολιτικής Πρόληψης επιχειρήθηκε ως προς:

- Την επάρκεια, ορθότητα και αποτελεσματικότητα των επιμέρους μέτρων που εφαρμόζονται στα πλαίσια αυτής της πολιτικής
- Των τάσεων στιγματισμού που ενυπάρχουν σ' αυτά τα μέτρα

Ο ανώτερος σκοπός αυτού του εγχειρήματος ήταν να αποκαλυφθεί στο μέτρο του δυνατού η "κοινωνική φύση" του AIDS μέσα από:

1. Τη σκιαγράφηση της πρόσληψης της νόσου μέσα στα πλαίσια της Ελληνικής πραγματικότητας αλλά και της κοινωνικής, ηθικής και πολιτισμικής φόρτισης αυτής της πρόσληψης
2. Την επισήμανση άσκησης ή προσπάθειας άσκηση κάποιας μορφής επίδραση της Ελληνικής κοινωνίας στην πορεία και εξέλιξη του AIDS
3. Τον εντοπισμό της επίδρασης της νόσου στην Ελληνική κοινωνία.
(Αγραφιώτης Δ., 1999)

5.2.1 Το AIDS ως κοινωνική νόσος στα πλαίσια της Ελληνικής πραγματικότητας.

Το αντικείμενο αυτής της Πτυχιακής Εργασίας είναι η κοινωνική φύση του AIDS και ο στόχος της ήταν η διερεύνηση αυτής της φύσης , τόσο σε θεωρητικό επίπεδο όσο και μέσα στα πλαίσια της Ελληνικής πραγματικότητας. Για την επίτευξη αυτού του στόχου τέθηκε η πρώτη και κύρια υπόθεση εργασίας η οποία ήταν ότι το AIDS είναι μία κοινωνική νόσος, και ότι αυτή η αρχή ισχύει τόσο σε θεωρητικό επίπεδο ή αλλιώς σε επίπεδο παγκοσμίου φαινομένου όσο και σε εμπειρικό επίπεδο μέσα στα πλαίσια της Ελληνικής πραγματικότητας.

Μέσα στα πλαίσια αυτής της κύριας υπόθεσης αναπτύχθηκαν δύο άλλες που βοήθησαν σημαντικά στην επίτευξη του στόχου αυτού του επιχειρήματος. Η πρώτη είναι ότι η κοινωνική φύση μιας νόσου και του AIDS ειδικότερα μπορεί να αποκαλυφθεί και να γίνει κατανοητή μέσα από τη διερεύνηση τριών επιπέδων:

- A) Της θεωρητικής πρόσληψης της νόσου αυτής από την κοινωνία
- B) Της επίδρασης της κοινωνίας στην εμφάνιση, εξέλιξη και την πορεία της νόσου
- Γ) Της επίδρασης της νόσου πάνω στην κοινωνία και στις δομές της

Η δεύτερη είναι ότι ένας από τους βασικούς και κύριους παράγοντες αξιολόγησης και χαρακτηρισμού μιας νόσου ως κοινωνική είναι η ύπαρξη ενσωματωμένου στίγματος σ' αυτή τη νόσο και ότι και αυτή η αρχή – όπως και η προηγούμενη – ισχύει για το AIDS τόσο σε θεωρητικό και παγκόσμιο επίπεδο όσο και σε εμπειρικό και εθνικό, δηλαδή στα πλούσια της Ελληνικής πραγματικότητας.

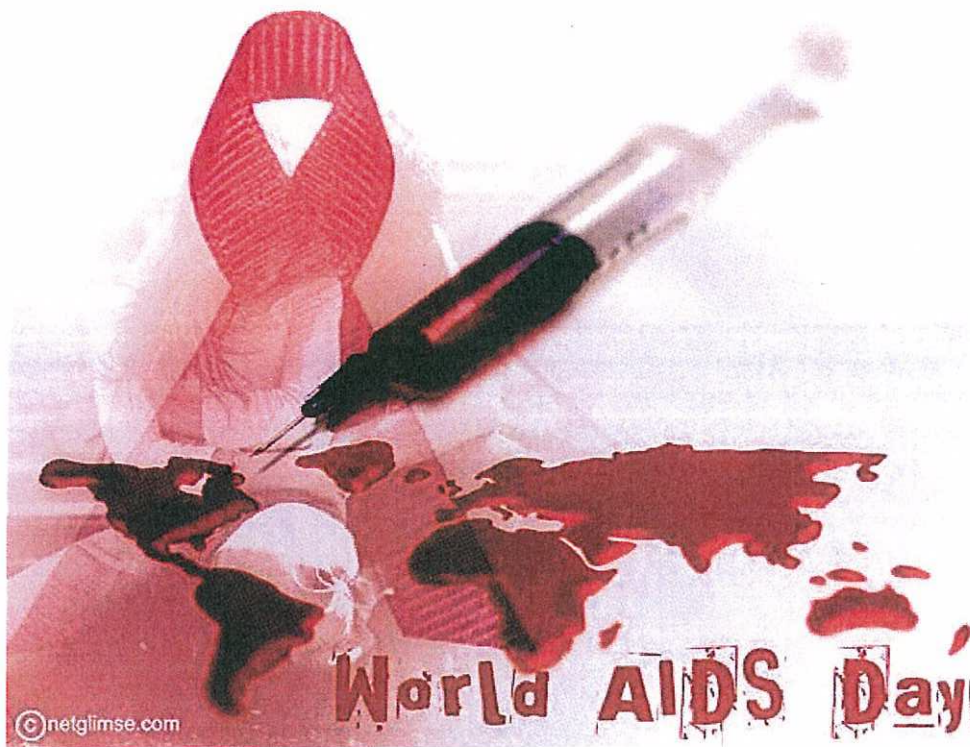
Ο στιγματισμός συνδέθηκε και με τα τρία επίπεδα διερεύνησης της κοινωνικής φύσης του AIDS αποτελώντας μ' αυτόν τον τρόπο έναν από τους κεντρικούς άξονες αυτής της διερεύνησης. Δεδομένου όμως ότι ο στιγματισμός αποτελεί την έκφραση μιας πολύ έντονης αρνητικής αντίδρασης ατόμων, ομάδων ή και ολόκληρων κοινωνιών, η εστίαση στο στιγματισμό δεν μπορούσε να παρά να οδηγήσει και στην εστίαση σ' αυτή την αντίδραση. Έτσι η διερεύνηση της όποιας αντίδρασης της κοινωνίας απέναντι στο AIDS έγινε ουσιαστικά ο βασικός στόχος της εμπειρικής έρευνας και η αντίδραση αυτή το βασικό αντικείμενό της.

Εν τούτοις η τοποθέτηση της αντίδρασης της κοινωνίας στη νόσο στη θέση του βασικού αντικειμένου της εμπειρικής έρευνας κρίθηκε απαραίτητη και έγινε όχι μόνο λόγω της σύνδεσής της με το στιγματισμό, μέσο του οποίου φανερώνεται έμμεσα η κοινωνική φύση της νόσου, αλλά και λόγω της άμεσης σύνδεσής της με τη φύση αυτή. Η διερεύνηση της αντίδρασης μια κοινωνίας σε μια νόσο είναι ο τρόπος της σύγχρονης, σε αντιδιαστολή με την ιστορική, διερεύνηση της κοινωνικής φύσης της νόσου αυτής, δεδομένο ότι δεν υπάρχουν όλες οι απαραίτητες πληροφορίες που αφορούν τόσο στη συνολική επίδραση της νόσου στην κοινωνία όσο και στον τρόπο που αυτή η νόσο, μέσα στο πέρασμα του χρόνου αντιμετωπίστηκε ολοκληρωμένα από την κοινωνία. Υπάρχουν μόνο οι σύγχρονες αντιδράσεις με τα άμεσα αποτελέσματα, πάνω στις οποίες μπορούν να γίνουν μόνο προβλέψεις για το μέλλον, με βάση την ανθρώπινη εμπειρία από νόσους του παρελθόντος. Γι' αυτό και αυτού

του είδους η διερεύνηση της κοινωνικής φύσης μπορεί να είναι μόνο ενδεικτική, επισημαίνοντας τα κυριότερα κοινωνικά χαρακτηριστικά της νόσου και τις σημαντικότερες κοινωνικές της επιδράσεις. (Morgan, MyFanwy, 1985)







ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Διατροφική παρέμβαση στην ασθένεια του AIDS

6.1.1 Διατήρηση διατροφικής κατάστασης

6.1.2 Στόχοι διατροφικής υποστήριξης

6.1.3 Συμβουλευτική διατροφή

6.2.1 Απώλεια βάρους

6.2.2 Ενεργειακός μεταβολισμός

6.2.3 Μεταβολική προσαρμογή στην ελλιπή διαιτητική πρόσληψη

6. Διατροφική Παρέμβαση στην ασθένεια του HIV – Σημασία της Πρόληψης.

6.1.1 Διατήρηση διατροφικής κατάστασης

Η διατήρησή της, όσο το δυνατό, καλύτερης διατροφικής κατάστασης είναι ένα κρίσιμο σημείο για την υγεία και την ποιότητα ζωής των ασθενών με HIV. Οι ασθενείς βρίσκονται σε κίνδυνο εμφάνισης υποθρεψίας από την στιγμή εγκατάστασης της μόλυνσης. Η υποθρεψία δεν αποτελεί ένα αναπόφευκτο γεγονός στην ασθένεια HIV, και μπορεί να αποφευχθεί ή να τεθεί υπό έλεγχο με πρόωπη και επιθετική παρέμβαση και συμβουλευτική διαδικασία. Η πρόωπη διατροφική παρέμβαση θα επιφέρει λιγότερες επιπλοκές, οδηγώντας έτσι σε μια συνολική μείωση του κόστους της θεραπείας. Οι ασθενείς πρέπει να καταφεύγουν σε διαιτολόγο ειδικευμένο πάνω στην ασθένεια HIV για συμβουλές και παρέμβαση μόλις διαγνωσθεί η ασθένειά τους. Για την εξασφάλιση της συνολικής αποκατάστασης της υγείας των ασθενών, η Αμερικάνικη Διαιτητική Εταιρεία, συνιστά διατροφική παρέμβαση και εκπαίδευση σε όλα τα στάδια της ασθένειας HIV.

Η θεραπεία της υποθρεψίας που σχετίζεται με την ασθένεια HIV απαιτεί όχι μόνο μία πολυπειθαρχική προσέγγιση, αλλά επίσης και μια δια βίου εκτίμηση της διατροφικής κατάστασης και συνεχούς ελέγχου της. Η πρόωπη παρέμβαση έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τις μακροπρόθεσμες επιδράσεις της ανεπαρκούς σίτισης και τη δυσκολία η οποία σχετίζεται με κλίση σε περαιτέρω διατροφικές απώλειες. Βασικά, η διατροφική υποστήριξη πρέπει να επικεντρώσει το ενδιαφέρον της στη διατροφική επιμόρφωση και στη χρήση της οδού δια στόματος για να καλυφθούν οι διατροφικές ανάγκες. Παρ' όλα αυτά, αν αυτή η προσέγγιση είναι ανεπιτυχής, τότε πρέπει να ακολουθηθεί μια πιο επιθετική στρατηγική.

Ο ακρογωνιαίος λίθος της διατροφικής υποστήριξης είναι η εκτίμηση της διατροφικής κατάστασης. Η εκτίμηση της διατροφικής κατάστασης είναι αποτέλεσμα της συλλογής δεδομένων από τέσσερις περιοχές – κλειδιά:

1. ανθρωπομετρικές
2. βιοχημικές
3. διατροφική φυσική εξέταση
4. διαιτητικό ιστορικό

Μια σειρά ανθρωπομετρικών αναλύσεων, οι οποίες λαμβάνονται κατά την διάρκεια ενός διαστήματος μερικών μηνών, θα επιτρέψει στους ειδικούς να πραγματοποιήσουν μια πιο ακριβή εκτίμηση της διατροφικής κατάστασης του ασθενούς. Πολλοί ασθενείς με HIV εμφανίζονται με σύνηθες σωματικό βάρος κάτω από τα προτεινόμενα επίπεδα, και γι' αυτό το λόγο πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στο σωματικό βάρος. Ο Katler και οι συνεργάτες του έχουν δημοσιεύσει μια σειρά αναφορών στις οποίες συνιστούν τις πλέον κατάλληλες παραμέτρους για αξιολόγηση της σύνθεσης σώματος στους ασθενείς με HIV. Σε μελέτη που πραγματοποίησε αναφέρει ότι οι πλέον αξιόπιστες μέθοδοι είναι η μέθοδος ολικού υγρού σώματος και η PDA (Dual – Photon Absorptiometry). Τα ανθρωπομετρικά δεδομένα παρουσιάζουν μεταβολές παρουσία αφυδάτωσης ή κατακράτησης υγρών · φαινόμενα συχνά στους ασθενείς με AIDS.

Η βιοχημική εκτίμηση της διατροφικής κατάστασης πρέπει να περιλαμβάνει, τουλάχιστον, τον συνηθισμένο έλεγχο της τρανσφερίνης, των ολικών πρωτεϊνών, της χοληστερόλης αίματος και της αιμογλοβουλίνης / αιματοκρίτης. Τα επίπεδα προ – αλβουμίνης είναι βοηθητικά στον καθορισμό της βραχυπρόθεσμης αποτελεσματικότητας της διατροφικής παρέμβασης. Η μείωση κάτω των ορίων οποιασδήποτε από τις άνωθεν παραμέτρους είναι ενδεικτική είτε ελλειψής πρωτεϊνών

είτε αναμίας. (Αρβανιτογιάννης Σ., Σάνδρου Δ., 2001)

6.1.2 Στόχοι διατροφικής υποστήριξης

Μόλις συλλεχθούν τα δεδομένα της διατροφικής αξιολόγησης, πρέπει να σχεδιαστεί ένα πλάνο διατροφικής αγωγής. Η αξιολόγηση θα βοηθήσει όχι μόνο στην εξασφάλιση της επάρκειας της διαίτας και της τρέχουσας διατροφικής κατάστασης, αλλά θα καθορίσει και τους περαιτέρω ελέγχους ή διαδικασίες οι οποίες απαιτούνται για την όσο τον δυνατόν, καλύτερη και αξιόπιστη εκτίμηση. Οι στόχοι της διατροφικής υποστήριξης στους ασθενείς με HTV συμπεριλαμβάνουν:

- 1) Ελαχιστοποίηση καταβολισμού / έλεγχος απώλειας βάρους
- 2) Ελαχιστοποίηση και η αναπλήρωση των απωλειών στα θρεπτικά συστατικά
- 3) Αναπλήρωση της σπλαχνικής και σωματικής πρωτεϊνικής μάζας
- 4) Μεγιστοποίηση της ανοσολογικής απαίτησης / βελτίωση της αντίστασης του γενιστή στις ευκαιριακές μολύνσεις
- 5) Βελτίωση ανταπόκρισης στη φαρμακευτική αγωγή
- 6) Βελτίωση της ποιότητας ζωής

Κάθε διατροφικό πλάνο πρέπει να είναι εξατομικευμένο έτσι ώστε να καλύπτει τις συγκεκριμένες ανάγκες κάθε ασθενούς. Ο τύπος της παρέμβασης εξαρτάται από την κλινική κατάσταση, την πεπτική και απορροφητική ικανότητα, τις διακυμάνσεις του σωματικού βάρους, την αποδοχή που δείχνει ο ασθενής, το κόστος και τα κατά πόσον εύκολη είναι στην εφαρμογή της. Οι πιθανές θεραπείες συμπεριλαμβάνουν την απλή συμβουλευτική διαδικασία σε θέματα διατροφής, τα συμπληρώματα δια στόματος, την εντερική και παρεντερική σίτιση. Ο συνδυασμός συμβουλευτική διατροφής

με άσκηση, διεγερτές όρεξης και άλλες φαρμακολογικές μεθόδους προώθησης της κυτταρικής μάζας σώματος, πιθανόν να είναι εφαρμόσιμος στο μέλλον αλλά απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση. (Σκουρολιακού Μ., Αθήνα 2001).

6.1.3 Συμβουλευτική διατροφή

Αυτό που πρέπει να επιδιωχθεί στην περίπτωση ενός ασθενούς με HIV / Η είναι μία κανονική, ισορροπημένη δίαιτα που να εξασφαλίζει την επαρκή πρόσληψη όλων των θρεπτικών συστατικών ανάλογα με τις ανάγκες κάθε ατόμου. Δεν υπάρχει ένδειξη που να υποδηλώνει ότι η ασυμπτωματικοί ασθενείς με HIV / V έχουν διαφορετικές απαιτήσεις από αυτές του υγιούς πληθυσμού. Αν η διαιτητική πρόσληψη είναι μικρότερη της ενδεικνυόμενης, τότε η αιτιολογία της ανεπαρκούς διατροφικής πρόσληψης πρέπει να διερευνηθεί. Πρέπει να δίνονται πληροφορίες για την πρόληψη ή διόρθωση της απώλειας βάρους και για την υπερπήδηση τυπικών προβλημάτων όπως είναι η μειωμένη όρεξη, οι πόνοι στο στόμα και στον οισοφάγο, τα προβλήματα μάζησης και κατάποσης, οι μεταβολές στη γεύση η διάρροια, η ναυτία και ο εμετός. Είναι σημαντικό η προσέγγιση να είναι εξατομικευμένη και να λαμβάνονται υπόψη οι προτιμήσεις του ασθενούς. Οι διατροφικές συμβουλές πρέπει να δίνονται στο πλαίσιο του τρόπου ζωής και τον κοινωνικό - οικονομικών συνθηκών του περιβάλλοντος του κάθε ασθενούς. Οι επιλογές στα τρόφιμα επηρεάζονται από έναν αριθμό παραγόντων όπως είναι η έλλειψη χρημάτων, οι διευκολύνσεις μαγειρέματος και αποθήκευσης των τροφών, οι επιδεξιότητες, οι ενεργητικότητα και η κινητοποίηση του ασθενούς. Επίσης είναι σημαντικό να δίνονται πληροφορίες όσον αφορά

στην ασφάλεια τροφίμων και στην μείωση κινδύνου τροφικών δηλητηριάσεων.

Δια βίου Διατροφική Παρακολούθηση.

Κατά τη διάρκεια του κλινικά λανθάνοντα σταδίου της ασθένειας HIV οι ασυμπτωματικοί ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται από τον ειδικό διαιτολόγο κάθε 6 με 12 μήνες για έλεγχο της κατάστασης του βάρους, της κυτταρικής μάζας σώματος και άλλων ανθρωπομετρικών και βιοχημικών τιμών. Η επιμόρφωση όσων αφορά στην διατροφή και στην ασφάλεια τροφίμων πρέπει να συνεχίζεται σε όλες τις επισκέψεις. Καθώς ο ασθενής εμφανίζει εξέλιξη της ασθένειάς του ενδείκνυται μια πιο συχνή παρακολούθηση (κάθε 2 έως 5 μήνες). Οι ασθενείς με οξέα συμπτώματα ή αυτοί που λαμβάνουν εντερική ή παρεντερική σίτιση πιθανόν να απαιτούν παρακολούθηση κάθε 2 με 4 εβδομάδες. Η παρακολούθηση ρουτίνας επιτρέπει τη συνεχή εκτίμηση της διαιτητικής πρόληψης και την αναθεώρηση της χρήσης συμπληρωμάτων βιταμινών και ιχνοστοιχείων. Επίσης συμβάλει στην πρόωπη αναγνώριση διατροφικών προβλημάτων έτσι ώστε να ξεκινήσει όσο το δυνατόν πιο νωρίς η κατάλληλη παρέμβαση. Οι ασθενείς που ξεκινούν να χάνουν βάρος ή έχουν στοματικά ή γαστρεντερικά προβλήματα πρέπει να αντιμετωπίζονται άμεσα έτσι ώστε να ελαχιστοποιηθεί η αρνητική έκβαση της διατροφικής κατάστασης. Για την θεραπεία στοματικών και γαστρεντερικών συμπτωμάτων και για την πρόληψη της απώλειας βάρους κατά την διάρκεια περιόδων ασθένειας, ο ειδικός διαιτολόγος πρέπει να διδάξει στον ασθενή πώς να τροποποιεί κατάλληλα την συχνότητα των γευμάτων του, πώς να βελτιώνει την γεύση των τροφών και πώς να αυξάνει την πυκνότητα – σε θρεπτικά συστατικά – των αγαπημένων του τροφών στα οποία εμφανίζει ανοχή χρησιμοποιώντας συνδυασμούς τροφών και υγρών διατροφικών συμπληρωμάτων. (www.foodsafety.gr, πληροφορίες από το διαδίκτυο, copywrite 2011)

6.2.1 Απώλεια Βάρους

Η απώλεια βάρους είναι ένας ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης όσον αφορά στο προσδόκιμο βιωσιμότητας στην ασθένεια HIV. Πάνω από 50% των ασθενών εμφανίζουν απώλεια σωματικού βάρους μεγαλύτερο του 10% του σύνηθες βάρους τους. Η παραγωγή κυτοκινών η οποία συνδέεται με την ασθένεια HIV, προκαλεί έναν καταρράκτη δευτερογενών επιπτώσεων οι οποίες διακρινόμενες την απώλεια βάρους προερχόμενη από την ανορεξία και τον υπερμεταβολισμό. Μελέτες έχουν επιβεβαιώσει ότι η απώλεια βάρους εμφανίζεται σε ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών με HIV, και ότι το φαινόμενο γίνεται πιο διακριτό σε προχωρημένη νόσηση. Παρ' όλα αυτά πρέπει να σημειωθεί ότι μερικές ομάδες πληθυσμού οι οποίες αντιμετωπίζουν μεγάλο κίνδυνο προσβολής από τον ιό του HIV, όπως είναι οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών, φαίνεται να αντιμετωπίζουν κίνδυνο απώλειας βάρους και εμφάνιση καχεξίας, ανεξάρτητα από το επίπεδο HIV.

Προοπτικές μελέτες έχουν δείξει ότι η απώλεια βάρους στην μόλυνση HIV δεν είναι αναπόφευκτη και μπορεί να αναστραφεί τουλάχιστον μέχρι ενός σημείου. Έχουν ταυτοποιηθεί δύο διακριτά μοντέλα απώλειας βάρους στην ασθένεια HIV. Η αργή προοδευτική απώλεια βάρους φαίνεται να είναι αρχικά συνδεδεμένη με γαστρεντερικές διαταραχές και μη επαρκή θερμιδική πρόσληψη. Η γρήγορη επεισοδιακή απώλεια βάρους, η οποία ακολουθείται από περιόδους αύξησης του βάρους, σχετίζεται με την ανάπτυξη και την αντιμετώπιση των συστηματικών λοιμώξεων.

Πολύ λίγα είναι γνωστά σε σχέση με τις αναλογίες του σωματικού λίπους και της κυτταρικής μάζας σώματος η οποία χάνεται η κερδίζεται κατά την διάρκεια της εξέλιξης της μόλυνσης HIV, αν και υπάρχουν στοιχεία ότι η κυτταρική μάζα σώματος παρουσιάζει μεγαλύτερη μείωση

και μπορεί να εμφανιστή νωρίς και ανεξάρτητα με τις αλλαγές στο σωματικό λίπος. Αλλαγές στα υγρά εμφανίζονται με μια σχετική μείωση στον όγκο του ενδοκυττάριου υγρού και αύξηση στον όγκο του εξωκυττάριου υγρού.

Γενικά αυτές οι αλλαγές μοιάζουν στην κένωση η οποία εμφανίζεται σε περίπτωση στρες ή τραυματισμού παρά σε κατάσταση υποσιτισμού χωρίς επιπλοκές. Οι μειώσεις στην αλβουμίνη πλάσματος, στην δεσμευτική ικανότητα σιδήρου και στην δεσμευτική πρωτεΐνη ρετινόλης, οι οποίες παρατηρούνται σε διάφορα στάδια της ασθένειας HTV είναι επίσης χαρακτηριστικά της καχεξίας και της φάσης οξείας απάντησης. (Chaidra RK., 1984)

6.2.2 Ενεργειακός μεταβολισμός

Η υποθρεξία είναι μια από τις κυριότερες επιπλοκές του AIDS. Η απώλεια βάρους είναι συχνά μια από της πρωιμότερες κλινικές εκδηλώσεις της ασθένειας και πιθανόν να καταλήξει σε καχεξία. Είναι η κύρια αιτία της νοσηρότητας, εξαρτώμενη από την έλλειψη επαρκούς ανοσολογικής λειτουργίας και συμβάλλει στην μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης και στην υποβάθμιση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Η πρωτεΐνη - θερμιδική υποθρεξία (PEM) (Protein Energy Malnutrition) είναι η πρώτη αιτία ανοσοανεπάρκειας στις υποαναπτυσσόμενες χώρες. Η ανάπτυξη της υποθρεξίας μπορεί επίσης να οδηγήσει σε κλινική δυσλειτουργία της ανοσολογικής αντίδρασης και μπορεί να γίνει ένας ακόμη επιβαρυντικός παράγοντας στην εξέλιξη της ασθένειας. Η διατήρηση του βάρους, η ολική ενεργειακή κατανάλωση πρέπει να ισούται με την θερμιδική πρόσληψη. Αν η θερμιδική πρόσληψη υπερβαίνει την ολική ενεργειακή κατανάλωση, το περίσσειμα των θερμίδων αποθηκεύεται, είτε ως κυτταρική μάζα είτε ως λίπος. Από την

άλλη μεριά, αν η ολική ενεργειακή κατανάλωση υπερβαίνει τις λαμβανόμενες θερμίδες, τότε προκύπτει ενεργειακό έλλειμμα το οποίο οδηγεί σε καταβολισμό των πρωτεϊνών ή του λίπους προς παραγωγή ενέργειας. (Τομέας Παθολογίας, Αθήνα 2002)

6.2.3 Μεταβολική Προσαρμογή στην Ελλιπή Διαιτητική

Πρόσληψη

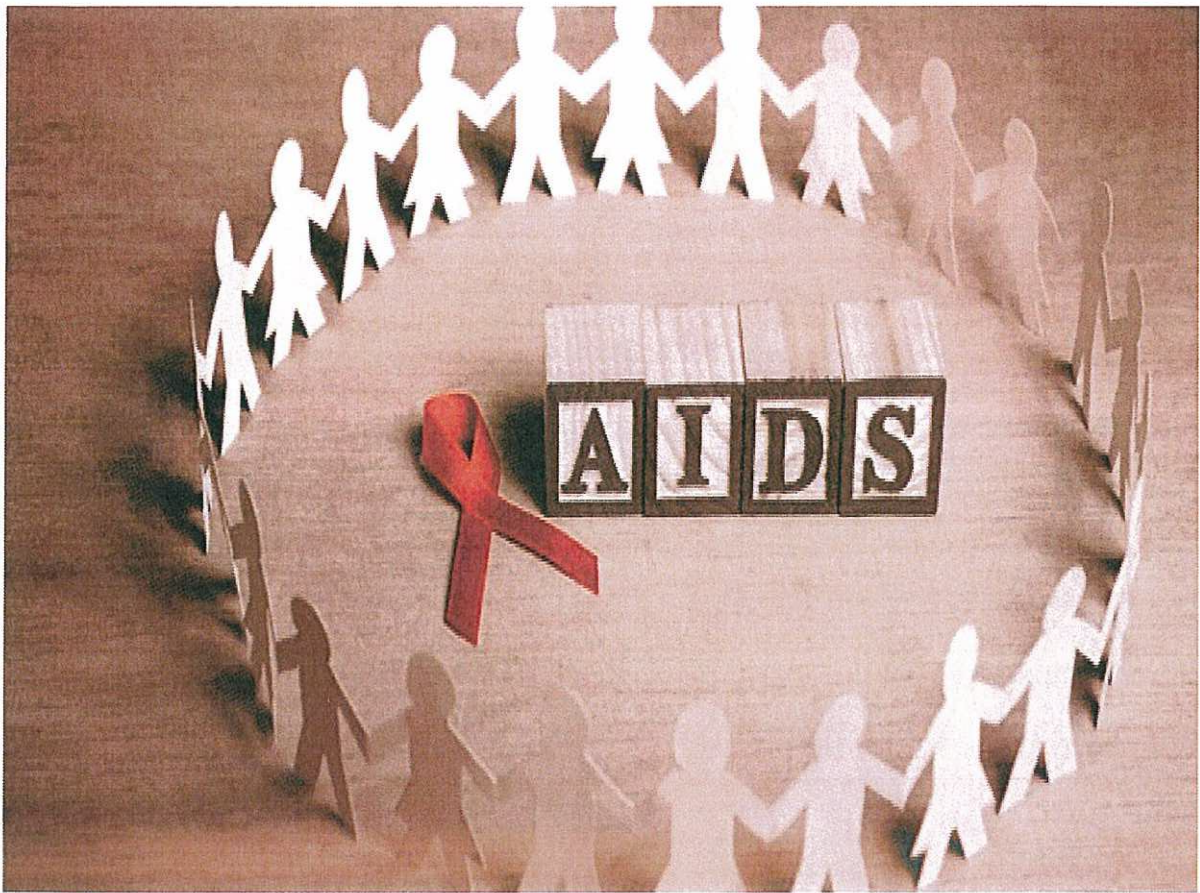
Στον άνθρωπο, η έλλειψη ενέργειας η οποία οφείλεται σε ημι-υποσιτισμό, αντιμετωπίζεται με ολοκληρωτική απάντηση προσαρμογής. Η ορμονική απάντηση οδηγεί σε εξοικονόμηση της κυτταρικής μάζας σώματος (BCM) (Body Cell Mass) και στην χρήση της λιπώδους μάζας για παραγωγή ενέργειας. Η προσαρμογή αυτής κατά την διάρκεια μακροπρόθεσμης νηστείας σε πειραματόζωα, προσφέρει κάποια στοιχεία για την προσαρμοστική ικανότητα ενός οργανισμού στην νηστεία ή των ημι-υποσιτισμό. Μετά από μια μικρή περίοδο προσαρμογής, η οποία είναι παρόμοια με αυτή στους ανθρώπους, η κινητοποίηση των πρωτεϊνών μειώνεται, και η πλειονότητα της ενέργειας προέρχεται από τα λίπη. Αυτό το γεγονός είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στην ικανότητα του οργανισμού να αντέχει μεγαλύτερες περιόδους νηστείας. Μια τρίτη και τελική φάση, όταν έχει χαθεί, σχεδόν, η μισή ποσότητα της κυτταρικής μάζας, οδηγεί στον θάνατο. Αυτή η περίοδος χαρακτηρίζεται από αυξημένη οξείδωση πρωτεϊνών μόλις πριν επέλθει ο θάνατος. Στον άνθρωπο, ο λιπώδης ιστός είναι μια σημαντική αποθήκη ενέργειας η οποία μπορεί να συμβάλλει στην προφύλαξη της κυτταρικής μάζας σε περίπτωση έλλειψης ενεργειακής ισορροπίας. Κατά την φάση υποσιτισμού στον άνθρωπο, ο θάνατος επέρχεται όταν η απώλεια βάρους φτάσει στο 45% του ιδανικού σωματικού βάρους.

ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΗ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ ΚΑΙ HIV

Η ανάπτυξη ελαττωμένης ενεργειακής ισορροπίας στο AIDS είναι πολυπαραγοντική. Η διαιτητική πρόσληψη μπορεί να περιοριστεί για μια ποικιλία λόγων. Η διατροφική δυσαπορρόφηση, η οποία συχνά εμφανίζεται στα αρχικά στάδια της ασθένειας, έχει, εκτενώς αποδειχθεί. Η αυξημένη ενεργειακή κατανάλωση είναι επίσης ένας από τους πιθανούς μηχανισμούς για την προοδευτική εμφάνιση καχεξίας. Για την ακρίβεια πολλοί ασθενείς υποφέρουν από μια προοδευτική απώλεια βάρους κατά την διάρκεια περιόδων που δεν εμφανίζονται δευτερογενείς λιμόξεις, το λεγόμενο «σύνδρομο καχεξίας». Η ολική ενεργειακή κατανάλωση περιλαμβάνει την ενεργειακή κατανάλωση ηρεμίας (REE)(Resting Energy Expenditure)(αντιπροσωπεύει περίπου το 60-75% της ολικής ενεργειακής κατανάλωσης), την διατροφική θερμογέννηση (γύρο στο 10- 15 % της ολικής) και την ενεργειακή κατανάλωση δραστηριότητας (γύρο στο 10-30% της ολικής). Στην οξεία και χρόνια καχεξία, η REE μειώνεται σταδιακά, αλλά μετά από ένα σύντομο χρονικό διάστημα αναπροσαρμογής, η μείωση οφείλεται κυρίως στην απώλεια της κυτταρικής μάζας σώματος. Αντίθετα κατά την διάρκεια της φάσεως ενός τραύματος και σήψης, η REE συνήθως αυξάνεται και το ισοζύγιο αζώτου είναι αρνητικό. Και τα δύο είναι πιθανόν να επιμένουν παρόλη την επιθετική υπερσίτιση. Στις περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου, τραύματος ή μόλυνσης, η μεταβολικές διαταραχές κυμαίνονται σε αυτές τις ακραίες εκφάνσεις. Το AIDS χαρακτηρίζεται από την αρχική μόλυνση με HIV η οποία ακολουθείται από δευτερογενείς μολύνσεις και κακοήθεις όγκους. Για να γίνει αντιληπτή η διαδικασία που οδηγεί στο σύνδρομο καχεξίας, πρέπει να γίνουν κατανοητές οι μεταβολικές διαταραχές οι οποίες οφείλονται στην μόλυνση HIV αλλά και αυτές οι οποίες οφείλονται σε δευτερογενείς ασθένειες. Σε 6 ασθενείς, η ομάδα

του Kotler, δεν βρήκε αυξημένη την REE, συγκρινόμενη με τις θεωρητικές εκτιμήσεις, η οποίες προκύπτουν από τις εξισώσεις Harris - Benedict. Παρά αυτό το αποτέλεσμα, τώρα δεν υπάρχει καμιά αμφιβολία ότι η REE είναι αυξημένη κατά την διάρκεια της μόλυνσης HIV, ακόμα και σε ασυμπτωματικούς ασθενείς με κανονικά επίπεδα CD4+ λεμφοκυττάρων. Πρέπει να σημειωθεί ότι από μελέτες που έγιναν προέκυψε το συμπέρασμα ότι, όταν είναι να συγκριθεί η REE ανάμεσα σε διαφορετικές ομάδες, πρέπει να αναφέρεται ως δείκτης του μεγέθους σώματος π.χ. Μη λιπώδης μάζα (Fact Free Mass, FFM). Αυτό μπορεί να προσδιορισθεί απεκριβώς από τις ανθρωπομετρικές τιμές. (Μάτσα Κ., Αθήνα 1996)





ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

❖ Νοσηλευτική Διεργασία

ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1

Άνδρας 25 ετών τελειόφοιτος Πολυτεχνείου προσέρχεται στα ΤΕΠ γνωστού δημόσιου θεραπευτηρίου με αυξημένη πυρετική κίνηση έως 38,5, διάχυτες μυαλγίες και κεφαλαλγία. Μετά από την κλινική εξέταση δεν διαπιστώθηκε κάποιο αξιοσημείωτο εύρημα και δόθηκε οδηγία στον ασθενή για λήψη ήπιων μυοχαλαρωτικών και αναλγητικών φαρμάκων. Ύστερα από 7 ημέρες ο ασθενής προσέρχεται ξανά στο ΤΕΠ με πιο αυξημένη πυρετική κίνηση 39,3, ενώ συγχρόνως αναφέρει φαρυγγαλγία, επιδεινομένη δύσπνοια ιδιαίτερα τις νυχτερινές ώρες με συνοδό ξηρό βήχα. Γίνεται εκτενέστερη κλινική εξέταση και παρουσιάζει ερυθρότητα στο φάρυγγα διογκωμένους λεμφαδένες και κηλιδώδες εξάνθημα στον κορμό. Επιπλέον ο εργαστηριακός έλεγχος φανερώνει οριακή λευκοπενία και ήπια αύξηση τρανσαμινασών. Από το ατομικό ιστορικό πληροφορούμαστε πως ο ασθενής είναι χρόνια καπνιστής.

Στα πλαίσια διερεύνησης της αιτιολογίας του εξανθήματος και της ανεξήγητης απώλειας βάρους και μετά από εξειδικευμένες αιματολογικές εξετάσεις (test ELIZA) διαπιστώθηκε Η.Ι.Υ. λοίμωξη

Αξιολόγηση αρρώστου και ανάγκες και προβλήματά του	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση του αποτελέσματος
Πυρετός	Να επέλθει η θερμοκρασία στα φυσιολογικά επίπεδα	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθέτηση επιθεμάτων • Χορήγηση αναλγητικών και αντιρετροϊκών φαρμάκων • Χορήγηση υγρών για πρόληψη αφυδάτωσης • 3ωρη λήψη θερμοκρασίας 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκαν αντιπυρετικά IV apotel • Έγινε τοποθέτηση κρύων επιθεμάτων • Χορηγήθηκαν 2000 ml N/S • Πραγματοποιήθηκε 3ωρη θερμομέτρηση 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρατηρήθηκε μείωση της θερμοκρασίας (37,5 °C) • Συνέχιση θερμομέτρησης ανά 8 ώρες • Επανεκτίμηση και τροποποίηση θεραπευτικού σχήματος
Δύσπνοια	Υποχώρηση δύσπνοιας και επαναφορά αναπνοών σε φυσιολογικό ρυθμό	<ul style="list-style-type: none"> • Διδασκαλία για κατάλληλη και επαναπνευτική θέση • Χορήγηση φαρμάκων κατά της δύσπνοιας ύστερα από ιατρική οδηγία 	<ul style="list-style-type: none"> • Ημικαθιστή θέση / θέση ημι -owler • Οξυγονοθεραπεία • Βρογχοδιασταλτικά φάρμακα • Αντιχολινεργικά (Atrovent, Aerolin) 	<ul style="list-style-type: none"> • Μικρή βελτίωση • Ποιο ήρεμος • Δίνεται οξυγόνο μέσω ρινικής κάνουλας σε χαμηλότερη πίεση
Κεφαλαλγία	Ανακούφιση από τον πόνο	Διερεύνηση παραγόντων που προκαλούν τον πόνο	Δόθηκε DEPON tab επί πόνου	Σε 2 ώρες υποχώρησε η κεφαλαλγία
Διάχυτες μυαλγίες	Αποκατάσταση κατάλληλου μυϊκού πόνου και μείωση stress	<ul style="list-style-type: none"> • Αναπνευστική θέση • Ξεκούραση αντίστοιχου μέλους • Χορήγηση αναλγητικών • Τακτική άσκηση 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξασφάλιση κατάλληλου περιβάλλοντος για ήρεμο και επαρκή ύπνο • Βάδισμα τακτικό • Φυσικοθεραπεία για διατακτικές και τονικές ασκήσεις • Χορήγηση ακεταμινοφάνης 	<ul style="list-style-type: none"> • Ημιαλγία επιμένει πάνω από 3 μέρες, ισχυρός πόνος • Συνέχεια ασκήσεων με τη βοήθεια φυσικοθεραπευτή
Εξάνθημα κηλιδώδες	<ul style="list-style-type: none"> • Υποχώρηση εξανθημάτων • Επαναφορά φυσιολογικής κατάστασης του δέρματος 	<ul style="list-style-type: none"> • Καθαρισμός δέρματος (ντους) • Επαρκή θρέψη • Όχι αλοιφή διότι δημιουργεί αλλεργικές αντιδράσεις 	<ul style="list-style-type: none"> • Βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό για ντους και καθαρισμός κάθε 4 ώρες • Λήψη τροφής πλούσια σε βιταμίνες • Χορήγηση αντισταμινικών φαρμάκων 	Έπειτα από 3 μέρες παρατηρείται βελτίωση και υποχώρηση των εξανθημάτων

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2

Ασθενής 48 ετών άνδρας εισήχθη στην κλινική με τα ακόλουθα συμπτώματα: κεφαλαλγία, δυσφορία, πυρετό, υπνηλία και ναυτία. Κατά την κλινική εξέταση από το γιατρό της κλινικής παρατηρήθηκε διόγκωση των λεμφαδένων και δερματικά εξανθήματα στα χέρια και τη δεξιά ωμοπλάτη του ασθενούς. Ο ασθενής είχε πυρετό 37,5, σφίξεις 110 και 60 ανά λεπτό, αναπνοές 18 το λεπτό και αρτηριακή πίεση 135 με 78. Από τη λήψη του ιατρικού και νοσηλευτικού ιστορικού διαπιστώθηκε πως ο ασθενής εναλλάσσει συχνά ερωτικούς συντρόφους, ενώ είχε συνευρεθεί σεξουαλικά προ 3 εβδομάδων με επαγγελματία χωρίς μέτρο προφύλαξης. Με εντολή του ιατρού έγινε εκτενέστερη αιματολογική εξέταση όπου διαγνώστηκε ότι ο ασθενής έχει προσβληθεί από τον ιό HIV με λοίμωξη αρχικού σταδίου.

Αξιολόγηση αρρώστου και ανάγκες και προβλήματά του	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση του αποτελέσματος
Πυρετός	Να επέλθει η θερμοκρασία στα φυσιολογικά επίπεδα	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση υγρών για πρόληψη αφυδάτωσης Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων ύστερα από ιατρική οδηγία 8ωρη λήψη θερμοκρασίας 	<ul style="list-style-type: none"> Χορηγήθηκαν 3000 ml N/S Δόθηκε tab Depon μια ανά 8ωρο 	Συνέχισε θερμοκρασίας ανά 8 ώρες και παρατηρήθηκε μείωση της θερμοκρασίας στους 36,9 °C
Κεφαλαλγία	Ανακούφιση από τον πόνο	Διερεύνηση παραγόντων που προκαλούν τον πόνο	Δόθηκε DEPON tab επί πόνου	Σε 2 ώρες υποχώρησε η κεφαλαλγία
Υπνηλία	Αντιμέτωπιση κατάστασης και επαναφορά ύπνου σε φυσιολογικούς ρυθμούς	<ul style="list-style-type: none"> Δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος Προγραμματισμός για τακτική άσκηση 	<ul style="list-style-type: none"> Διατηρήθηκε επαρκής φωτισμός, φιλικό κλίμα από τους νοσηλευτές Διδασκαλία των συγγενών προς τον ασθενή βοήθεια και εμπύχωση του ασθενή για τακτικές ασκήσεις 	Ύστερα από μια εβδομάδα μικρή βελτίωση της κατάστασης
Εξανθήματα	<ul style="list-style-type: none"> Υποχώρηση εξανθημάτων Επαναφορά φυσιολογικής κατάστασης του δέρματος 	<ul style="list-style-type: none"> Καθαρισμός δέρματος (ντους) Επαρκή θρέψη Όχι αλοιφή διότι δημιουργεί αλλεργικές αντιδράσεις 	<ul style="list-style-type: none"> Βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό για ντους και καθαρισμός κάθε 4 ώρες Λήψη τροφής πλούσιας σε βιταμίνες Χορήγηση αντιισταμινικών φαρμάκων 	Έπειτα από 3 μέρες παρατηρείται βελτίωση και υποχώρηση των εξανθημάτων
Δύσπνοια	Υποχώρηση δύσπνοιας και επαναφορά αναπνοών σε φυσιολογικό ρυθμό	<ul style="list-style-type: none"> Διδασκαλία για κατάλληλη θέση Χορήγηση φαρμάκων κατά της δύσπνοιας ύστερα από ιατρική οδηγία 	<ul style="list-style-type: none"> Ημικαθιστή θέση/θέση ημι-fowler Οξυγονοθεραπεία Βρογχοδιασταλτικά φάρμακα Αντιχολινεργικά (Atrovent, Aerolin) 	<ul style="list-style-type: none"> Μικρή βελτίωση Πιο ήρεμος Δίνεται οξυγόνο μέσω ρινικής κάνουλας σε χαμηλότερη πίεση

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 3

Άνδρας αλλοδαπός 35 ετών εισήχθη στην κλινική με διάρροια, ελαφρώς αυξημένη πυρετική κίνηση και ναυτία. Κατά τη λήψη του ιατρικού και νοσηλευτικού ιστορικού σε συνδυασμό με τις κατάλληλες προσωπικές ερωτήσεις που υπεβλήθη ο ασθενής, διαπιστώθηκε πως ο αλλοδαπός άνδρας είναι χρήστης ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών τα τελευταία 2 χρόνια και ενίοτε ανέφερε πως γινόταν κοινή χρήση συριγγών με άλλους χρήστες. Με εντολή γιατρού πραγματοποιήθηκε πλήρης αιματολογικός έλεγχος όπου διαγνώστηκε η λοίμωξη από τον ιό του AIDS.

Αξιολόγηση αρρώστου και ανάγκες και προβλήματά του	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση του αποτελέσματος
Διάρροια	Επαναφορά φυσιολογικής λειτουργίας εντέρου	<ul style="list-style-type: none"> • Διατροφή προσαρμοσμένη στην κατάσταση του ασθενή • Ενυδάτωση του οργανισμού λόγω πιθανής απώλειας ηλεκτρολυτών • Χορήγηση υγρών • Χορήγηση φαρμάκων κατά της διάρροιας έπειτα από ιατρική οδηγία 	<ul style="list-style-type: none"> • Δόθηκε στερεά τροφή (ρύζι, λευκό κρέας κ.ά.), όχι φρούτα διότι αυξάνουν την κινητικότητα του εντέρου • Δόθηκαν υγρά (νερό, χαμομήλι) • Χορήγηση Lamotil και Pepto bismol 1 tab ανά 12 ώρες 	<ul style="list-style-type: none"> • Μικρή βελτίωση • Λιγότερες διαρροϊκές κενώσεις και επαναπροσδιορισμός θεραπευτικού σχήματος
Πυρετός	Να επέλθει η θερμοκρασία στα φυσιολογικά επίπεδα	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση υγρών για πρόληψη αφυδάτωσης • Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων ύστερα από ιατρική οδηγία • δωρη λήψη θερμοκρασίας 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκαν 3000 ml N/S • Δόθηκε tab DEPON 1 ανά 8ωρο 	Συνέχιση θερμοκρασίας ανά 8 ώρες και παρατηρήθηκε μείωση της θερμοκρασίας στους 36,9 °C
Ναυτία	Να εξαλειφθεί το αίσθημα της ναυτίας	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων έπειτα από ιατρική οδηγία • Προσεκτική διατροφή • Έλεγχος ηλεκτρολυτών 	<ul style="list-style-type: none"> • Δόθηκε tab primpelan επί αίσθημα ναυτίας • Δόθηκε στερεά και ελαφριά τροφή 	Εξάλειψη αισθήματος ναυτίας ύστερα από 48 ώρες

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 4

Ασθενής 32 ετών άνδρας, προσήλθε στην κλινική με τα εξής ενοχλήματα:

Νευρολογικές διαταραχές, απώλεια μνήμης απότομη και ανεξήγητη απώλεια βάρους, ιδρώτες με δεκατική πυρετική κίνηση καθώς επίσης και επίμονο πυρετό. Στο ιστορικό που ελήφθη ανέφερε πως είχε προσβληθεί από βραγχοπνευμονία πριν από 1 μήνα και πως είναι ομοφυλόφιλος. Έπειτα από αιμοληψία στα εξωτερικά ιατρεία διαπιστώθηκε πως ο ασθενής έχει προσβληθεί από τον ιό του AIDS.

Αξιολόγηση αρρώστου και ανάγκες και προβλήματα του	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση του αποτελέσματος
Δεκατική πυρετική κίνηση (37.2° C)	Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων	Λήψη Ζωτικών Σημείων ανά 4 ώρες	Σύνδεση του ασθενή με monitor	Η κεφαλαλγία έχει υποχωρήσει
Απώλεια μνήμης	Ψυχολογική τόνωση του ασθενή	Παρακολούθηση πορείας της κατάστασης του αρρώστου	Χορήγηση Apotel 40mg 1x3	Το σωματικό άρος επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα του αρρώστου (84 kg)
Νευρολογικές διαταραχές	Προσπάθεια για αντιμετώπιση της κεφαλαλγίας, της διάρροιας και των εμετών	Άμεση ενημέρωση στο γιατρό σε περίπτωση επιπλοκών	Χορήγηση Primperan 50mg 1x3	Διάρροιες και εμετοί εξαλείφθηκαν
Ιδρώτας	Προσπάθεια για επαναφορά μνήμης	Μέτρηση ούρων	Χορήγηση αντιρετροϊκού Emivirine 100mg 1x1	Τέλος απώλειας μνήμης και επαναφορά μνήμης
Επιμονή κεφαλαλγία	Ενημέρωση για να νιώσει πως το περιβάλλον είναι οικείο	Λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις μήπως ο ασθενής πάσχει και από άλλα Σ.Μ.Ν	Συγκεκριμένο διατροφολόγιο πλούσιο σε πρωτεΐνες και λιπαρά	Οι νευρολογικές διαταραχές αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς
Ανεξήγητη απώλεια βάρους		Προετοιμασία και ενημέρωση για θεραπευτική αγωγή		
Διάρροιες και εμετοί				



Συμπεράσματα – προτάσεις

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ :

Από όλα τα ανωτέρω, συμπεραίνουμε πως η επιστήμη έχει εξελιχθεί ραγδαία τα τελευταία χρόνια και η πρόοδος της, χαρίζει νέες θεραπευτικές μεθόδους στην αντιμετώπιση ενός ισχυρού εχθρού, του AIDS. Ωστόσο, οι προσπάθειες αυτές θα ήταν ανεπιτυχείς χωρίς την παρέμβαση της Νοσηλευτικής επιστήμης. Βασικός σκοπός της Νοσηλευτικής είναι η σύζευξη της επιστημονικής εργασίας με τον ανθρώπινο πόνο. Ο νοσηλευτής καλείται, είτε είναι ψυχικός είτε σωματικός, και να δράσει άμεσα και αποφασιστικά, ώστε να απαλύνει τα συμπτώματα. Μέσα από την εργασία μας, γίνεται φανερό το έκδηλο ενδιαφέρον που παρουσιάζεται για τη θεραπεία του AIDS, δίνοντας έτσι στους ασθενείς μία νότα ελπίδος για το μέλλον.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ :

1. Να γίνονται εκπαιδευτικά σεμινάρια στο θέμα του AIDS.
2. Να υλοποιούνται εθελοντικά προγράμματα με διδακτικό χαρακτήρα.
3. Πληρέστερη ενημέρωση από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης για τη ευαισθητοποίηση του κοινού.
4. Υλοποίηση προγραμμάτων επανένταξης στον επαγγελματικό και κοινωνικό τομέα για άτομα που πάσχουν από AIDS.
5. Εκστρατεία ενημέρωσης του ευρύ κοινού για την πρόληψη της νόσου από ειδικά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της διεργασίας μας είναι να αφυπνίσει, να ενεργοποιήσει, να διδάξει και να μεταδώσει όσο πιο καλά γίνεται την έννοια του AIDS, την εξέλιξή της, τη θεραπεία, την πρόγνωσή της, καθώς και πώς μπορούμε όλοι μας να βοηθήσουμε με μια απλή κίνηση έναν συνάνθρωπό μας, που μας χρειάζεται πραγματικά.

Στις μέρες μας αναμφισβήτητα κατακλυζόμαστε από όλο και περισσότερες γνώσεις, με αποτέλεσμα να γεννιούνται πολλές ελπίδες έτσι ώστε να ξεπεράσουμε τα εμπόδια του AIDS. Συνεχώς ανατρέπονται τα δεδομένα με καινούργιες ανακαλύψεις και νέες βάσεις, όπου δίνουν άξιες πληροφορίες για την εξέλιξη και τη θεραπεία του AIDS. Η επιστήμη σε συνδυασμό με την επιστήμη της Νοσηλευτικής μπορούν να κατορθώσουν πολλά πάνω σε αυτόν τον κλάδο.

Συμπερασματικά καθώς ο άνθρωπος εξελίσσεται, προοδεύει, ανακαλύπτει και καταφέρνει να εισχωρεί όλο και πιο βαθιά στην αιτία της βοηθώντας έτσι σημαντικά το έργο μας, και αναζωπυρώνει τις ελπίδες των αρρώστων, αυτών που πάσχουν. Σα νοσηλευτές εμείς θα πρέπει να παρακινήσουμε και να διδάξουμε στους ανθρώπους ότι σήμερα η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη.

Ο αριθμός των κρουσμάτων συνεχώς αυξάνεται, αλλά η αύξηση αυτή γίνεται με ένα περισσότερο ομαλό ρυθμό σε σχέση με το παρελθόν, και αυτό σαν αποτέλεσμα της πιθανής αλλαγής της σεξουαλικής συμπεριφοράς των ατόμων.

Τέλος για την εξουδετέρωση μέχρι ενός βαθμού μερικών εκ των παραπάνω αναφερόμενων προβλημάτων, όπως και διαφόρων άλλων που προκύπτουν κατά την εξέταση του προβλήματος, καθώς επίσης και για τον ορθότερο προγραμματισμό των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, καθίσταται αναγκαία η διεξαγωγή παρόμοιων αναλύσεων σε ετήσια βάση.

SUMMARY

Our main aim is to awaken, activate, to teach and transmit the better is the concept of AIDS development, its treatment, prognosis, and how we can all help by simply moving a neighbor us, who they really need us.

Nowadays doubt deluged by more and more knowledge, so many hopes are born, in order to overcome the obstacles of AIDS. Constantly slip data with new discoveries and new contracts, worth giving information on the development and treatment of AIDS. Science, in conjunction with the science of nursing, can achieve much more in this sector.

In conclusion, as man progress, discovers and manages to penetrate ever more deeply into the causes of pathogenesis important work help us, and rekindles the hopes of the sick, those who suffer. As nurses, we have to motivate and teach the people, that the best treatment today is prevention.

There is evidence that the number of new AIDS cases per quarter while still increasing, are doing so at a less rapid rate, probably as a result of behavior changes among high risk groups.

The substantial degree of uncertainty in the forecasts can only be reduced by more precise information about the current level of seroprevalence, and by continued monitoring of trend in the levels of infections by risk group. The numbers of AIDS cases reported should be continuously monitored, and the forecasts updated at least annually.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβραμίδης Α., AIDS με απλά λόγια, τόμος 1, έκδοση 1^η, εκδόσεις Ακρίτα, Αθήνα 1992, σ.52, 62-63
- Αβραμίδης Α., Άκρως Επικίνδυνο Το Ακίνδυνο Του AIDS, τόμος 1, έκδοση 1^η, εκδόσεις ΕΣΤΙΑ, Αθήνα, σ. 25-26,28
- Αγραφιώτης Δ., Ιωαννίδη Ε., Μαντή Π., Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, τόμος 1, έκδοση 1^η, 1999
- Αρβανιτογιάννης Σ., Σάνδρου Δ., Κούρτης Λ., Ασφάλεια Τροφίμων και Εφαρμογή της Ανάλυσης Επικινδυνότητας και Κρίσιμων Σημείων Ελέγχου στις Βιομηχανίες Τροφίμων και Ποτών, Τόμος 1, έκδοση 1^η, 2001
- Βικιπαίδεια, Πληροφορίες από το Διαδίκτυο, τόμος 1, έκδοση 1^η, Αθήνα 2008
- Βυθούλας Γ. Η Νέα Διάσταση στην Ιατρική, 1987
- Chandra RK., Exercise intake of zinc impairs immune responses, 1984, σ. 1443-1444
- Clever L., Public Health 1988, σ. 273-303
- Δ.Ε.Π Τομέας Παθολογίας Ε.Κ.Π. Αθηνών, Παθολογία, τόμος 1, έκδοση 1^η, Αθήνα 2002
- Δετοράκης Ι., Κουτσούμπα Δ., AIDS Απαντήσεις στις ερωτήσεις που δε βρήκατε την ευκαιρία να ρωτήσετε, τόμος 1, έκδοση 1^η, Πάτρα 1992, σ. 20-21
- Ελληνικά αρχεία AIDS, τόμος 4, έκδοση 6^η, σ. 399, Οκτώβριος 1998
- Ελληνική Εταιρεία Προαγωγής και Αγωγής Υγείας, iatronet, HIV.gr, copyright 2005
- Farber B., Stress and burnout in human service professions, 1983, σ. 199-201
- Frankenberg R., The relevance of epidemics in space and time for prevention of HIV
- Gillispie L., Attitude of Nurses Caring For HIV/AIDS Patients. AIDS PATIENT CARE AND STDs 1996, σ.292-295

- Γναρδέλλης Χ., Γνώσεις Στάσεις Πιστεύω και Πρακτικές των Αθηναίων σχετικά με το AIDS, Ιατρική Συνεργασία, τόμος 4, Τεύχος 11, Νοέμβριος 1991, σ. 9-23
- Greenwood N., Ομοιοπαθητική Ιατρική , 1923
- Hayward R. , AIDS και θέματα, τόμος 1, έκδοση 1^η, εκδόσεις ΚΕΔΡΟΣ, 1998, σ.14-17
- Healy C. , Το πρόβλημα του άγχους, τόμος 1 , έκδοση 1^η, 1985, σ.753-754
- Hopkins J., Substance Abuse and HIV , 2002, σ. 8-11
- Johnson M., Τι μπορείς να κάνεις για να αποφύγεις το AIDS , εκδόσεις Ποντίκι, τόμος 1, έκδοση 1^η, Αθήνα 1992, σ. 8-9 , 185
- Λεγάκης Ν, Χαλεβελάκης Γ., Πρόγαμβρος Α., Αντιμικροβιακά φάρμακα και κλινική προσέγγιση των λοιμώξεων, εκδόσεις Πασχαλίδης, τόμος 1 , έκδοση 3^η, Αθήνα 2008, σ.367-368
- Kann L., Youth Risk Behavior and Surveillance, 1993, σ. 163-171
- Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων, Θεμελιώδεις Αρχές, 1996
- LeighB., Journal of Adolescence Health , 1995 σ. 28-32
- LevyS., Journal of school Health, 1995, σ.28-32
- Marschall J., Stress amongst nurses, 1980, σ.19-59
- Μάτσα Κ., AIDS – Κοινωνικές στάσεις – ο ρόλος της Ελπίδας, τόμος 1, έκδοση 1^η, Αθήνα 1996
- Mayer K., Rizer H., AIDS , τόμος 1, έκδοση 3^η, εκδόσεις Φλώρος, Αθήνα 1987, σ. 57,62-66,98-100
- McCann T., Sharkley R., Journal of Advanced Nursing, 1998, σ. 267-273
- Μουτσόπουλος Χ., Βασική Παθολογία, τόμος 1, έκδοση 4^η, Αθήνα 2000
- McKusick L., What to do about AIDS, 1986,σ. 266-268
- Morgan , MyFanny , Calcan, Michael and Manning, Nick , Sociological approaches to Health and Medicine, London 1985
- Ομοφυλοφιλική λεσβιακή κοινότητα Ελλάδος, Αθήνα 2004
- Πανταζόπουλος Γ., Οδοντιατρική Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Αθήνα 2002
- Παπαδόπουλος Ν., Ψυχολογία , τόμος1, έκδοση1η, 1993
- Παπαευαγγέλου Γ., Καλλίνικος Γ., Διεθνή Επιστημονικά Δεδομένα, τόμος 1, εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1986, σ. 66-68,70-73

- Παπαντωνίου Λ., Παπασταύρου Ε., Διαλέξεις Νοσηλευτικής Σχολής, τόμος 1, έκδοση 1^η, 2004
- Παπαντωνίου Λ., Επιδημιολογική Κατάσταση του AIDS , Υπουργείο Υγείας, Λευκωσία 1996
- Παπαρίζος Β., Διδακτορική Διατριβή, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, 1993
- Ρόμπιν Γ., τα ΝΕΑ, Ιούλιος 1996
- Sherman D., Experiences of AIDS – dedicated nurses in alleviating the stress of AIDS, Journal of Advanced/nursing.31.,2000, σ. 1501-1508
- Σκουρολιάκου Μ., Τοξικολογία, Αλληλεπιδράσεις Φαρμάκου – Τροφής, τόμος 1 έκδοση 1^η, Αθήνα 2001
- Smith M., Katner H., AIDS education and Prevention, 1995, σ. 391-402
- Steinbrook P., Ethnical dilemmas in caring for patients with the acquired immunodeficiency syndrome, 1985, σ. 787-790
- Τεγόπουλος – Φυτράκης, Μείζον Ελληνικό Λεξικό , τόμος 1 , εκδόσεις ΑΡΜΟΝΙΑ, 1999
- Φυκίρης Α., Ότι πρέπει να ξέρεις για το AIDS , τόμος 1. έκδοση 1^η, Αθήνα 2000, σ. 5-6
- Χριστόπουλος Γ., Εκπαιδευτική Ελληνική Εγκυκλοπαίδεια Ιατρική και Υγεία, τόμος 13^{ος} , έκδοση 1^η, Αθήνα 1999, σ. 51-77
- Wachter R., The impact of the acquired immunodeficiency syndrome among registered nurses in the U.S.A., 1997 σ. 36-39
- Wissen K., Woodman K., Nurses attitude and concerns HIV/AIDS : a focus group approach, 1994, σ. 1141-1147
- www.hivaid.gr πληροφορίες από το Διαδίκτυο, copyright 2011
- Chandra Rk., Exercise intake of zine impairs immune responses, 1984, σ. 1443-1444