



Τ.Ε.Ι ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: «AIDS: διάγνωση, αντιμετώπιση και ο
ρόλος του νοσηλευτή »**



ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

**ΞΑΠΛΑΝΤΕΡΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ
M.D., Ph.D.**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

**Φερλέ Σταυρούλα
Μαμασούκα Ανθή**

Πάτρα 2017

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η νόσος έκανε την εμφάνισή της το 1978 στη Νέα Υόρκη των ΗΠΑ. Περιλαμβάνει σύνολο συμπτωμάτων με χαρακτηριστικό την ανοσολογική ανεπάρκεια και για το λόγο αυτό χαρακτηρίστηκε ως σύνδρομο. Επιπλέον η ανοσοανεπάρκεια είναι επίκτητη. Ο ιός μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή, μετά από έκθεση σε μολυσμένο αίμα και τα παράγωγά του και περιγεννητικά, ενώ δεν μεταδίδεται με την κοινωνική επαφή.

Η πορεία της λοίμωξης διαβαθμίζεται σε τέσσερα στάδια όπου τα δύο πρώτα είναι ασυμπτωματικά, ενώ τα άλλα δυο εμφανίζουν σημαντικές κλινικές εκδηλώσεις από τις οποίες οι σημαντικότερες είναι λοιμώξεις και οι κακοήθειες. Η πρόληψη είναι η σημαντικότερη αντιμετώπιση της νόσου, όμως παρά τις εκτεταμένες προσπάθειες πρόληψης, ακόμη και σήμερα υπολογίζεται ότι πάνω από 30,6 εκατομμύρια ενήλικες και παιδιά έχουν προσβληθεί από τον ιό.

Ο ρόλος του νοσηλευτή ισορροπεί στην τήρηση των κανόνων δεοντολογίας και στην ανακούφιση των συμπτωμάτων των ασθενών αυτών που επιπλέον της σωματικής καταπόνησης βιώνουν και ψυχοκοινωνικές διαταραχές. Σημαντικός είναι επίσης ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και στην ενημέρωση.

ABSTRACT

The disease appeared for the first time in 1978 in New York U.S.A. It involves a number of symptoms and therefore characterized as a syndrome acquired immunodeficiency renders the patients prone to infections tumors. The virus spreads via sexual intercourse or after being exposed to infected blood and its products and perinatally, but not on regular social contact.

Four stages of the disease have been described: the first two stages are asymptomatic, while the remaining two are characterized by severe infections and malignancies. Prevention is the best way to cope with the disease, however, nowadays, it is estimated that more than 30.6 million of adults and children have been infected by the virus.

The role of health care providers balances the observance of ethical rules and the relief of the symptoms of these patients, who, in addition to physical stress, experience psychosocial disturbances. The role of the nurse in preventing and informing is also crucial.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	1
ABSTRACT.....	2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: AIDS	
1.Ορισμοί του AIDS και του HIV.....	7
1.1Ιστορική αναδρομή.....	8
1. 2Προέλευση του ιού.....	13
1.3 HIV– Επιδημιολογία	13
1.4Τρόποι μετάδοσης.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:	
2.Δομή του ιού.....	18
2.1 Παθοφυσιολογία του HIV.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:	
3.Διάγνωση.....	27
3.1 Εκτίμηση HIV ασθενών κατά την αρχική και τις επόμενες επισκέψεις.....	
3.1.1. Δοκιμές ανίχνευσης αντισωμάτων του ξενιστή ειδικών για τον ιό HIV.....	28
3.1.2. Διαγνωστικά τεστ για τον ίδιο τον ιό HIV	29

3.2. Κλινική ταξινόμηση της HIV λοίμωξης	31
3.3 Θεραπεία.....	34
3.4. Εμβολιασμός.....	37
3.4.1 Εκτίμηση HIV ασθενών κατά την αρχική και τις επόμενες επισκέψεις.....	39
3.5. Πορεία της λοίμωξης HIV.....	40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:

4. Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην ασθένεια του AIDS.....	42
4.1. Νοσηλευτική δεοντολογία	43
4.1.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη.....	46
4.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την εισαγωγή ασθενούς με AIDS.....	48
4.2.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την παραμονή του ασθενούς στην κλινική.....	49
4.3. Δικαιώματα οροθετικών.....	62
4.3.1. Δικαιώματα οροθετικών.....	62
4.3.2. Υποχρεώσεις των οροθετικών.....	63
4.4. Εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση.....	64
4.5. Φροντίδα των ατόμων με HIV/AIDS και η εμφάνιση <<burnout>>.....	65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:

5.Πρόληψη.....	70
5.1. Πρόληψη σεξουαλικής μετάδοσης.....	71
5.2 Πρόληψη μμετάδοσης με αίμα και παράγωγα του πλάσματος.....	72
5.3. Ενημέρωση του υγιούς πληθυσμού.....	72
5.4 Προφυλάξεις για τους ίδιους τους πάσχοντες.....	73
5.5.Προφυλάξεις για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.....	74

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:

6.νοσηλευτική διεργασία.....	82
6.1.Περιστατικά και νοσηλευτική διεργασία.....	87
Επίλογος.....	90
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	93

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να περιγράψει νεότερα δεδομένα για την παθοφυσιολογία, τη θεραπεία και την πρόληψη της λοίμωξης από τον ιό HIV, και το ρόλο του νοσηλευτή σε αυτή την προσπάθεια.

Στην κατεύθυνση αυτή δίδονται οι ορισμοί του AIDS και του HIV και αναλύονται η προέλευση και η εξελικτική πορεία του ιού. Περιγράφεται η δομή του ιού, ο μηχανισμός εισόδου του στα κύτταρα, η μετάδοση της λοίμωξης από άτομο σε άτομο. Τονίζονται οι τρόποι μετάδοσης, οι ομάδες υψηλού κινδύνου, καθώς και τα κλινικά στάδια της λοίμωξης. Στη συνέχεια παρατίθενται στοιχεία για τη θεραπεία, την εκτίμηση των ασθενών και την πρόληψη. Τέλος αναλύεται ο ρόλος του νοσηλευτή σε φορείς και ασθενείς και η νοσηλευτική φροντίδα που θα πρέπει να παρέχεται.

Κεφάλαιο 1^ο

1.Ορισμοί του AIDS και του HIV

Ο HIV (human immunodeficiency virus) είναι ο ιός που προκαλεί στον άνθρωπο το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (Acquired Immunodeficiency Syndrome –AIDS). Ο ιός προσβάλλει το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου το οποίο είναι υπεύθυνο για την άμυνα του οργανισμού ενάντια στις λοιμώξεις. Οδηγεί σε ανοσολογική ανεπάρκεια που είναι επίκτητη, δηλαδή δεν κληρονομείται, αλλά αποκτιέται λόγω της μόλυνσης από τον ιό(Sharp & Hahn, BH. (2011).

HIV: Human Immunodeficiency Virus είναι ο Ιός της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας. Με πιο απλά λόγια, είναι ο ιός που προκαλεί την ασθένεια του AIDS. Όπως όλοι οι ιοί, για να αναπαραχθεί χρησιμοποιεί τον γενετικό μηχανισμό των κυττάρων που προσβάλλει. Ο HIV έχει την ικανότητα να μεταλλάσσεται γρήγορα και να εξαπλώνεται με το περιφερικό αίμα ταχύτερα από άλλους ιούς. Όσο αυξάνεται το ποσοστό του ιού που περνάει στο αίμα, τόσο πιο κοντά βρίσκεται ο ασθενής στην εκδήλωση της ασθένειας (Sharp & Hahn, BH. (2011); www.digilib.teiimt.gr).

Η HIV λοίμωξη ταξινομείται ως σταδίου 3 (AIDS) όταν παρατηρείται ανοσοκαταστολή του προσβεβλημένου ασθενούς (μέτρηση του αριθμού των CD4 κυττάρων) και/ή το άτομο νοσεί από ευκαιριακό παθογόνο. Το CDC συμπεριλαμβάνει στην έκθεση επιτήρησής του δεδομένα για άτομα που διαγνώστηκαν με λοίμωξη HIV, ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου κατά το θάνατο(www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6303a1.htm?s_cid=rr6303a1_e).

1.1 Ιστορική αναδρομή

Η νόσος που σήμερα γνωρίζουμε ως acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) αναφέρθηκε για πρώτη φορά με το όνομα Pneumocystis pneumonia — Los Angeles, στο Morbidity and Mortality Weekly Report και αναφερόταν στη νόσηση 5 ομοφυλόφιλων ανδρών (Sepkowitz, 2001).

Οι πρώτες κλινικές παρατηρήσεις σχετικά με τη νόσο AIDS διατυπώθηκαν το 1981 στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Η νόσος πρωτοπεριγράφηκε σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών και ομοφυλόφιλους άνδρες που από το ιστορικό τους δεν είχαν γνωστή βλάβη ανοσοποιητικού συστήματος. Στην πλειοψηφία τους νοσηλεύονταν με συμπτώματα πνευμονίας από πνευμονοκύστη (PCP), ένα ευκαιριακό παθογόνο που προσβάλλει άτομα με ανοσοανεπάρκεια. Ένας επιπρόσθετος αριθμός ομοφυλόφιλων ανδρών ανέπτυξε έναν σπάνιο καρκίνο του δέρματος, το σάρκωμα Kaposi (KS). Η εμφάνιση των περιστατικών αυτών οδήγησε στην επαγρύπνηση του αμερικανικού Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) και δημιουργήθηκε μια ομάδα κρούσης προκειμένου να παρακολουθηθεί και να τεθεί υπό έλεγχο η επιδημία το 1981 (Sepkowitz, 2001; www.digilib.teiimt.gr)

Το αρχικό όνομα της ασθένειας από το CDC ήταν «λεμφαδενοπάθεια» και ασθένεια των 4H καθώς φαινόταν ότι αφορούσε Αϊτινούς (Haitians), ομοφυλόφιλους (Homosexuals), αιμοφιλικούς (Hemophiliacs) και χρήστες ηρωίνης (Heroin users). Στον Τύπο είχε επινοηθεί ο όρος GRID (gay related immune deficiency - ανοσοανεπάρκεια σχετιζόμενη με ομοφυλόφιλους). Σύντομα διαπιστώθηκε ότι η νόσος δεν περιοριζόταν μόνο στην κοινότητα των ομοφυλόφιλων και ο όρος GRID ήταν παραπλανητικός. Το 1982 εισήχθη από το CDC ο όρος AIDS (Sepkowitz, 2001; Sharp & Hahn, 2001; www.digilib.teiimt.gr).

Το 1983 δύο διαφορετικές ερευνητικές ομάδες, μια αμερικανική με επικεφαλής τον Robert Gallo και μια γαλλική με επικεφαλής τον κορυφαίο Γάλλο ερευνητή του ινστιτούτου Παστέρ στο Παρίσι Luc Montagnier, δήλωσαν η μία ανεξάρτητα από την άλλη ότι ένας νεοεμφανιζόμενος ιός οφείλεται για το AIDS. Δημοσίευσαν τα ευρήματά τους στο ίδιο τεύχος του επιστημονικού περιοδικού Science. Ο Gallo ισχυρίστηκε πως ένας ιός που η ομάδα του είχε απομονώσει από έναν ασθενή του AIDS είχε σχηματικά εκπληκτική ομοιότητα με ανθρώπινους T-λεμφοτροπικούς ιούς (HTLVs) μία κατηγορία ιών που η δική του ομάδα πρώτη είχε απομονώσει και έδωσε στον καινούργιο ιό την ονομασία HTLV-III. Την ίδια περίοδο η ομάδα του Montagnier απομόνωσε έναν ιό από έναν ασθενή που παρουσίαζε οίδημα των τραχηλικών λεμφαδένων και σωματική εξασθένηση, δύο κλασσικά συμπτώματα του AIDS (Sepkowitz, 2001; Sharp & Hahn 2011; www.digilib.teiemt.gr).

Αντικρούοντας την έκθεση της ομάδας του Gallo, ο Montagnier και οι συνεργάτες του έδειξαν ότι οι πρωτεΐνες του πυρήνα του νέου ιού, ήταν ανοσολογικά διαφορετικές από τις αντίστοιχες του HTLV-I και έδωσαν στον ιό την ονομασία LAV (Lymphadenopathy-associated Virus - Ιός σχετιζόμενος με λεμφαδενοπάθεια). Το 1986 αποδείχτηκε ότι πρόκειται για τον ίδιο ιό και τις ονομασίες LAV και HTLV-III αντικατέστησε η ονομασία HIV. Ο Montagnier έλαβε το Νόμπελ Ιατρικής του 2004 για την ανακάλυψη του HIV (Sepkowitz, 2001; Sharp & Hahn 2011).

Η εμφάνιση του AIDS ξύπνησε στο σύγχρονο άνθρωπο φοβίες σχετικές με την εξάπλωση επιδημιών που είχαν εκλείψει. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής στις ανεπτυγμένες κοινωνίες σχετίζεται περισσότερο με ατομικές ασθένειες μη μεταδοτικού χαρακτήρα, όπως οι καρδιοπάθειες, ο σακχαρώδης διαβήτης και ο καρκίνος. Το AIDS αφύπνισε μνήμες από τις

επιδημίες του παρελθόντος, ενώ ταυτόχρονα ο ασθενής που πάσχει στοχοποιήθηκε ως μέλος συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων και επομένως είναι υπαίτιος για τη νόσο (Μάντη & Τσελέπη, 2000; Kallings,2008).

Πίνακας 1. Σημαντικές ημερομηνίες κατά την πρώτη δεκαετία της επιδημίας AIDS. Πηγή: Sepkowitz KA (2001). «AIDS—the first 20 years». N. Engl. J. Med. 344 (23), 1764–72. doi:10.1056/NEJM200106073442306		
5 Ιουνίου 1981	Περιγράφονται 5 περιπτώσεις ομοφυλόφιλων ανδρών με πνευμονία από <i>Pneumocystis jirovecii</i> (πρώην <i>carinii</i>)	Πρώτη αναφορά
3 Ιουλίου 1981	Επιπλέον 26 περιπτώσεις ενός νέου συνδρόμου ανοσοανεπάρκειας	Οι περιπτώσεις στη Νέα Υόρκη και την Καλιφόρνια
18 Ιουνίου 1982		Πρώτη αναφορά ότι η νόσος (μπορεί να είναι) είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενη
9 Ιουλίου 1982	Περιπτώσεις 34 ατόμων από την Αϊτή	Άγνωστος ο τρόπος που μολύνθηκαν
16 Ιουλίου 1982	Νόσος σε 3 άτομα με αιμορροφιλία	
24 Σεπτεμβρίου 1982	Χρησιμοποιείται για	Αντικαθιστά τον όρο

	πρώτη φορά ο όρος AIDS	GRID (gay-related immune deficiency)
Οκτώβριος 1982	Αναφέρεται λοίμωξη σε 5 γυναίκες	Πρώτη υποψία μετάδοσης σε ετεροφυλόφιλους
5 Νοεμβρίου 1982	Δίδονται οδηγίες προφύλαξης για τους ιατρούς και το προσωπικό των εργαστηρίων,	Ο τρόπος μετάδοσης προσομοιάζει με της Ηπατίτιδας Β
10 Δεκεμβρίου 1982	Μόλυνση νεογνού μετά από μετάγγιση	
17 Δεκεμβρίου 1982	Κάθετη μετάδοση σε 4 νεογνά	
7 Ιανουαρίου 1983	Μόλυνση 2 των ετεροφυλόφιλων συντρόφων χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών	Υποστηρίζεται περισσότερο έντονα ότι η νόσος μεταδίδεται μέσω λοιμώδους παράγοντα
7 Ιανουαρίου 1983	Νόσηση 16 φυλακισμένων	
4 Μαρτίου 1983	Το CDC (Centers for Disease Control) εκδίδει μέτρα προφύλαξης	Οι ομάδες υψηλού κινδύνου αποκλείονται από την αιμοδοσία
19 Μαρτίου 1983	Λοίμωξη 5 ατόμων	

	στην Κεντρική Αφρική	
20 Μαΐου 1983	Απομόνωση ενός ιού από ασθενή με AIDS	Νέος ρετροϊός που ανήκει στο HTLV group
15 Ιουλίου 1983	4 πιθανά κρούσματα σε επαγγελματίες υγείας	
22 Σεπτεμβρίου 1983	Δημοσιεύονται κατευθυντήριες οδηγίες για τη νοσηλεία και το χειρισμό ασθενών με AIDS	
4 Μαΐου 1984	Συχνή απομόνωση του HTLV-III από ασθενείς σε κίνδυνο	Ο HTLV-III μπορεί να είναι η αιτία του AIDS
Μάρτιος 1985	Εγκρίνονται τα πρώτα τεστ ανίχνευσης του ιού από τον FDA (Food and Drug Administration)	
1986	Το CDC παρέχει ορισμό του AIDS	Αναθεωρήθηκε το 1993
1987	Ο FDA εγκρίνει το AZT (zidovudine)	

1. 2 Προέλευση του ιού

Σήμερα γνωρίζουμε δύο υποτύπους του ιού, τον HIV-1 και HIV-2. Ο HIV-1 αντιπροσωπεύει τους LAV και HTLV-III, ενώ ο HIV-2 είναι σε μεγάλο βαθμό περιορισμένος στη Δυτική Αφρική. Πιστεύεται ότι και οι δύο υποτύποι προέρχονται από μη-ανθρώπινα πρωτεύοντα θηλαστικά της Κεντροδυτικής Αφρικής και από υποτύπους του ιού SIV (simian immunodeficiency virus). Ο HIV-1 φαίνεται να έχει πρωτοεμφανιστεί στο νότιο Καμερούν μέσω εξέλιξης του SIVcpz που προσβάλλει τους άγριους χιμπατζήδες *Pan troglodytes troglodytes* και προκαλεί ανοσοανεπάρκεια (Heeney et al., 2006). Ο HIV-1 θεωρείται ότι έχει υπερπηδήσει το γενετικό φραγμό και μπορεί να μεταδίδεται ανάμεσα σε διαφορετικά είδη, γεγονός που οδήγησε στην εμφάνιση των 3 διαφορετικών γονιδιακών ομάδων του ιού: M, N και O (Sharp & Hahn, 2011).

Αντίστοιχα, ο στενότερος συγγενής του HIV-2 είναι ο SIVsmm. Ο SIVsmm είναι υποτύπος του SIV που μολύνει το είδος πιθήκου *Cercopithecus aethiops* ("Sooty mangabey") που ζει στη Δυτική Αφρική (Apetrei et al., 2007).

1.3 HIV – Επιδημιολογία

Η επίπτωση της HIV λοίμωξης εκφράζεται είτε ως ο εκτιμώμενος αριθμός προσώπων που έχουν πρόσφατα μολυνθεί από τον ιό κατά τη διάρκεια συγκεκριμένης χρονικής περιόδου (π.χ. ενός έτους) ή ως ποσοστό που υπολογίζεται διαιρώντας τον εκτιμώμενο αριθμό των νέων ασθενών που καταγράφονται ως πρόσφατα μολυσμένοι από τον ιό κατά τη διάρκεια συγκεκριμένης χρονικής περιόδου με τον αριθμό των ατόμων που κινδυνεύουν από HIV λοίμωξη (CDC, <https://www.cdc.gov/hiv/statistics/surveillance/terms.html>, 3/9/2017).

Η επίπτωση είναι διαφορετική έννοια από τις νέες διαγνώσεις. Η επίπτωση αναφέρεται στα νέο-προσβαλλόμενα άτομα από τον ιό, ενώ οι νέο-διαγνωσμένοι μπορεί να έχουν προσβληθεί χρόνια πριν τη διάγνωση. Η επίπτωση χρησιμεύει στην κατανομή των κεφαλαίων και στην εκτίμηση της αποδοτικότητας προηγούμενων προγραμμάτων (CDC, <https://www.cdc.gov/hiv/statistics/surveillance/terms.html>, 3/9/2017).

Το CDC ορίζει τον επιπολασμό της νόσου ως τον αριθμό των ατόμων που ζουν με HIV λοίμωξη σε ένα δεδομένο πληθυσμό σε δεδομένη χρονική στιγμή. Τα ποσοστά επικράτησης, υπολογίζονται ανά 100.000 άτομα (CDC, <https://www.cdc.gov/hiv/statistics/surveillance/terms.html>, 3/9/2017).

Σύμφωνα με τελευταία στοιχεία του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. (Κέντρο Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων), το 2016 δηλώθηκαν 616 νέες διαγνώσεις HIV στην Ελλάδα. Από αυτές οι 508 (82,5%) ήταν άνδρες, 107 (17,4%) γυναίκες και 1 (0,1%) διεμφυλικό άτομο. Από τις νέο-διαγνωσμένες περιπτώσεις, το 14,4% ήταν άτομα που είχαν ήδη αναπτύξει ή ανέπτυξαν κλινικά AIDS μέσα στο 2016. Στο 21,3% των περιπτώσεων δεν προσδιορίστηκε ο τρόπος μετάδοσης του ιού. Τα περισσότερα περιστατικά ήταν ηλικίας 30-39 ετών κατά τη στιγμή της διάγνωσης (www.keelpno.gr).

1.4 Τρόποι μετάδοσης.

«Ο HIV μεταδίδεται μέσω τριών κυρίων οδών:

- Με τη σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη
- Με την έκθεση σε μολυσμένα σωματικά υγρά, ιστούς, σύριγγες και από μετάγγιση αίματος που δεν έχει ελεγχθεί σωστά.
- Από τη μητέρα στο παιδί (κάθετη μετάδοση) κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού ή ακόμα και κατά τον θηλασμό.

Μετάδοση με τη σεξουαλική επαφή

- Ο σημαντικότερος λόγος μετάδοσης του ιού είναι η σεξουαλική επαφή χωρίς τη χρήση προφυλακτικού. Ο ιός μπορεί να μεταδοθεί κατά την ανδρική ομοφυλοφιλική σεξουαλική επαφή αλλά και κατά την ετεροφυλοφιλική. Αρχικά η λοίμωξη ήταν ιδιαίτερα συχνή ανάμεσα στους ομοφυλόφιλους, πλέον όμως η ετεροφυλοφιλική οδός αποτελεί επίσης σημαντικό τρόπο μετάδοσης, αφού τα μεγαλύτερα ποσοστά αύξησης της λοίμωξης αφορούν τις γυναίκες. Η σεξουαλική επίθεση (βιασμός) θεωρείται ότι έχει αυξημένο κίνδυνο μετάδοσης καθώς δεν χρησιμοποιούνται προφυλακτικά, είναι πιθανό να προκληθεί τραυματισμός και μπορεί να συνυπάρχει κίνδυνος ταυτόχρονης μετάδοσης και άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Σωματικά υγρά – Σύριγγες

· Η μετάδοση μέσω του αίματος και των παραγώγων του είναι ο δεύτερος πιο συχνός τρόπος μετάδοσης. Για παράδειγμα κατά τη μετάγγιση αίματος ή με τη χρήση μολυσμένων ιατρικών ή άλλων εργαλείων που χρησιμοποιούνται σε αιματηρές επεμβάσεις. Σήμερα ο τρόπος αυτός είναι σχεδόν ανύπαρκτος, αφού κάθε αιμοδότης ελέγχεται εξονυχιστικά και όλα τα εργαλεία αποστειρώνονται. Είναι όμως πολύ συχνός στους ναρκομανείς αφού μοιράζονται τις σύριγγες και τις βελόνες για να χορηγήσουν ενδοφλέβια το ναρκωτικό τους.

Από μητέρα σε παιδί (κάθετη μετάδοση)

· Ο ιός HIV μπορεί να μεταδοθεί από τη μητέρα στο παιδί στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και μέσω του θηλασμού. Είναι ο τρίτος πιο συχνός τρόπος μετάδοσης. Όταν η μητέρα δεν λαμβάνει αγωγή ο κίνδυνος μετάδοσης είναι πολύ πιο υψηλός σε σύγκριση με μια μητέρα που παίρνει αγωγή. Ο κίνδυνος μετάδοσης στα νεογνά που θηλάζουν είναι αρκετά υψηλός και για το λόγο αυτό συστήνεται να γίνεται καισαρική τομή, που φαίνεται ότι έχει χαμηλά επίπεδα μετάδοσης, και να μη θηλάσει το νεογνό. Η λοίμωξη είναι συχνότερη σε πρόωρα νεογνά καθώς και σε δίδυμη κύηση.»

(<https://el.wikipedia.org/wiki/AIDS>)

Τρόποι μη μετάδοσης

«Ο ιός HIV δεν μεταδίδεται από:

- Την χειραψία, την αγκαλιά, το φιλί ή και κοινή χρήση τηλεφώνου.
 - Τον ιδρώτα ή τα δάκρυα,
 - Τις πισίνες ή τη θάλασσα και
 - Κουνούπια ή άλλα έντομα,
- Σε περίπτωση που υπάρχει δείγμα μολυσμένου υγρού σε κάποιο αντικείμενο που χρησιμοποιήθηκε από υγιές άτομο δεν υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης γιατί ο ιός καταστρέφεται όταν έλθει σε επαφή με τον αέρα.»
- (<https://el.wikipedia.org/wiki/AIDS>)

Περίοδος μεταδοτικότητας.

Η μετάδοση εξαρτάται από το ιϊκό φορτίο. Η περίοδος μεταδοτικότητας συμπίπτει με την περίοδο οροθετικότητας (επώαση+περίοδος νόσησης). Δεν έχει ακόμη διαλευκανθεί το χρονικό όριο μετά τη μόλυνση που απαιτούνται για να καταστεί το άτομο μεταδοτικό (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο:

2.Δομή του ιού

Ο ιός HIV αποτελείται από ένα περίβλημα με πρωτεΐνες, γλυκοπρωτεΐνες (πρωτεΐνες ομοιοπολικά συνδεδεμένες με διαφορετικά σάκχαρα μόρια) και μόρια λίπους που περιβάλλουν τα ριβονουκλεϊνικά οξέα (RNA) που φέρουν το γενετικό υλικό του HIV. Κάθε ιικό σωματίδιο HIV ενθυλακώνεται σε έλυτρο (envelope) που προέρχεται από τη μεμβράνη λιπαρών κυττάρων των κυττάρων του ανθρώπινου ξενιστή. Μέσα στο έλυτρο περικλείεται το νουκλεοκαψίδιο ή ιικός πυρήνας (Iweala, 2004).

Το εξωτερικό του νουκλεοκαψιδίου αποτελείται από την πρωτεΐνη p17, ενώ ο εσωτερικός πυρήνας από την p24. Στον πυρήνα του ιικού σωματιδίου βρίσκεται το γονιδίωμα του HIV, που αποτελείται από δύο μονόκλιωνα μόρια RNA. Τα μόρια RNA συνδέονται με πρωτεΐνες απαραίτητες για τον πολλαπλασιασμό και την επιβίωση του HIV, συμπεριλαμβανομένης α) μιας αντίστροφης μεταγραφάσης (reversetranscriptase, RT), η οποία μετατρέπει τον HIV να μετατρέπει το RNA σε DNA και μια ενσωματάση (integrase), η οποία ενσωματώνει το HIV DNA στο γονιδίωμα του κυττάρου-ξενιστή. Αυτές οι πρωτεΐνες και οι γλυκοπρωτεΐνες συχνά αναφέρονται ως αντιγόνα επειδή μπορούν να προκαλέσουν μια ανοσοαπόκριση στο μολυσμένο ξενιστή (Iweala, 2004).

Το γονιδίωμα του ιού HIV κωδικοποιεί 3 δομικές πρωτεΐνες, 2 πρωτεΐνες του ελύτρου (envelope) και 6 βοηθητικές πρωτεΐνες και 3 ένζυμα (Turner&Summers, 1999).

Η εξελικτική επιτυχία του HIV-1 οφείλεται στην απλότητα της κατασκευής του. Το γενετικό του υλικό κωδικοποιεί μόνο 16 πρωτεΐνες και

μολύνει επίμονα τον άνθρωπο υπονομεύοντας τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Τα βήματα του ιϊκού αναδιπλασιασμού ξεκινούν με τη δέσμευσή του με υποδοχείς της κυτταρικής επιφάνειας του κυττάρου-στόχου και τελειώνει όταν τα ώριμα ιϊκά σωματίδια ωριμάζουν σε μολυσματικά virions (Engelman & Cherepanov, 2013).

Το γενετικό υλικό του HIV-1 αποτελείται από 9 γονίδια τα οποία βρίσκονται μεταξύ των Long terminal repeats (LTR). Τα LTR περιέχουν πολλές θέσεις δέσμευσης που φαίνεται ότι αλληλεπιδρούν με μια σειρά παραγόντων ξενιστή και ιού. Επιλεκτικές πιέσεις εντός του ξενιστή καθώς και του η χαμηλή πιστότητα της αντίστροφης μεταγραφάσης οδηγούν σε αλλαγές στη σχετική επικράτηση των γενετικών παραλλαγών του HIV-1 (Shah et al, 2014) .

Από τα παραπάνω γονίδια, 3 κωδικοποιούν τα συστατικά του ιού (δομικά γονίδια):1) Το γονίδιο gag κωδικοποιεί την παραγωγή των πρωτεϊνών του πυρήνα, όπως είναι η P24. 2) Το γονίδιο env κωδικοποιεί την παραγωγή των γλυκοπρωτεϊνών του περιβλήματος. 3) Το γονίδιο pol κωδικοποιεί την παραγωγή της αντίστροφης μεταγραφάσης. Τα υπόλοιπα 6 γονίδια κωδικοποιούν την παραγωγή ρυθμιστικών πρωτεΐνες (ρυθμίζουν την έκφραση των 3 ήδη αναφερθέντων δομικών γονιδίων ή σχετίζονται με τη λοιμογόνο δύναμη του ιού). Στη ρύθμιση του πολλαπλασιασμού του ιού ενέχονται τα γονίδια tat, nef (negative regulator factor) και rev. Το γονίδιο tat αυξάνει την έκφραση των γονιδίων του ιού. Τα προϊόντα του tat ασκούν θετική ανατροφοδότηση στη δράση του ίδιου του γονιδίου tat, αλλά επιδρούν και στο γονίδιο nef του οποίου ενεργοποιούν τη δράση. Οι πρωτεΐνες που κωδικοποιούνται από το nef δρουν ανασταλτικά στην έκφραση και δράση του tat αλλά και του nef. Το γονίδιο rev έχει θετική επίδραση στην έκφραση των δομικών γονιδίων και στον πολλαπλασιασμό

του HIV. Η συνεχής αλληλεπίδραση των προϊόντων των 3 αυτών γονιδίων οδηγεί την ανάπτυξη, τον πολλαπλασιασμό και τη λοιμογόνο δύναμη του HIV. Τα προϊόντα των γονιδίων vif και vpr και οι αλληλεπιδράσεις τους με άλλες πρωτεΐνες του ιού περιγράφονται στον Πίνακα 2. Το γονίδιο vif έχει απομονωθεί μόνο από τον HIV-1 (Li&DeClercq, 2016;www.digilib.teiimt.gr).

Τα τελευταία 23 έτη τα συστατικά του ιού -συμπεριλαμβανομένων των γλυκοπρωτεϊνών, του καψιδίου, των ενζύμων αναδιπλασιασμού, της αντίστροφης μεταγραφάσης, της ιντεγκράσης και της πρωτεάσης- έχουν πολύ αναλυτικά περιγραφεί. Στόχος η περαιτέρω κατανόηση του μηχανισμού διείσδυσης του ιού, την ενσωμάτωση των χρωμοσωμάτων, τη μεταγραφή και την έξοδο του από τα κύτταρα(Engelman & Cherepanov, 2013).

Στην επιφάνεια των μορίων του ιού η gp120 διαντιδρά με την gp41 και σχηματίζονται τριμερή envelope spikes που συνδέονται με μη-ομοιοπολικούς δεσμούς. Κατά την είσοδο του ιού οι αιχμές πυροδοτούν έναν καταρράκτη αλλαγών που κορυφώνονται με τη σύντηξη των μεμβρανών του ιού και του κυττάρου-ξενιστή (CD4-θετικό T-λεμφοκύτταρο και μακροφάγο). Ως επακόλουθο, απελευθερώνεται ο ιϊκός πυρήνας στο κυτταρόπλασμα. Μια αρχική αλληλεπίδραση ανάμεσα στην gp120 και τον υποδοχέα επιφανείας CD4 περιλαμβάνει την έκθεση της δεσμευτικής θέσης για ένα δεύτερο μόριο της κυτταρικής μεμβράνης, τον chemokine receptor CCR5, που δρα ως συν-υποδοχέας. Η δέσμευση του συν-υποδοχέα οδηγεί στη σύντηξη των ιϊκών και του κυττάρου ξενιστή μεμβρανών (Engelman & Cherepanov, 2013; Li & DeClercq, 2016).

Ο πυρήνας του HIV περιέχει τα ένζυμα αντίστροφης μεταγραφάσης (Reverse Transcriptase, RT) και ιντεγκράσης (integrase, IN) και το ιϊκό

RNA. Περικλείεται σε ένα καψίδιο (CA) με κωνικό σχήμα (Engelman & Cherepanov, 2013).

Έχουν παρατηρηθεί δύο διαφορετικές οδοί μεταγραφής του HIV πριν και μετά την ενσωμάτωση του ιϊκού dsDNA. (i) Μια μικρή ποσότητα ρυθμιστικών πρωτεϊνών (Rev, Tat και Nef) μπορεί να συντεθεί από μη ενσωματωμένο ιϊκό DNA (μεταγραφή προ-ενοποίησης). Αυτές οι ιϊκές πρωτεΐνες αλληλεπιδρούν με το μηχανισμό του κυττάρου –στόχου για να ρυθμίσουν την παραγωγή του ιού στα επόμενα στάδια του κύκλου ζωής του. Η Rev μεταφέρει ιϊκά RNAs από τον πυρήνα στο κυτταρόπλασμα. (ii) Ένας μεγάλος αριθμός ιϊκών mRNA παράγεται από microRNA (miRNA) του κυτταρικού μηχανισμού, τα οποία συνθέτουν mRNA από ιϊκό dsDNA που είναι ενσωματωμένο στα χρωμοσώματα του ξενιστή. Στη συνέχεια τα ιϊκά mRNAs υφίστανται επεξεργασία (πολυαδενυλίωση, μεθυλίωση, capping και splicing) για την ωρίμανση της πρωτεΐνης. Απαραίτητες είναι επίσης και οι μετα-μεταφραστικές τροποποιήσεις των ιϊκών πρωτεϊνών όπως η φωσφορυλίωση, η μεθυλίωση και η ακετυλίωση (Li & DeClercq, 2016).

Για να μπορέσει ο HIV να ενσωματώσει τις γενετικές πληροφορίες του στις γενετικές πληροφορίες του ανθρώπινου DNA, πρέπει να μετατραπεί η μόνη αλυσίδα του RNA του ιού σε διπλή αλυσίδα DNA (dsDNA) μέσω της αντίστροφης μεταγραφάσης. Στη συνέχεια η διπλή αλυσίδα DNA του ιού εισχωρεί στον πυρήνα του κυττάρου και ενσωματώνεται το DNA του ιού στο DNA του κυττάρου. Ως αποτέλεσμα, κάθε φορά που το κύτταρο αυτό πολλαπλασιάζεται, μεταβιβάζει στους απογόνους του όχι μόνο το δικό του DNA αλλά και το DNA του HIV (Li & DeClercq, 2016; www.digilib.teiimt.gr).

Ο ιός στη συνέχεια χρησιμοποιεί τους μηχανισμούς του κυττάρου για να πολλαπλασιαστεί. Κάθε φορά που τα μολυσμένα με τον ιό T-

λεμφοκύτταρα, μονοκύτταρα, μακροφάγα, πολλαπλασιάζονται λόγω διέγερσης του ανοσοποιητικού συστήματος, παράγονται νέα σωματίδια του HIV. Αυτά βγαίνουν από το μολυσμένο κύτταρο και μολύνουν άλλα κύτταρα. Μερικές φορές η έντονη ενεργοποίηση του γενετικού υλικού του HIV (κυρίως στα μολυσμένα βοηθητικά T-λεμφοκύτταρα) οδηγεί σε παραγωγή μεγάλου αριθμού σωματιδίων του ιού που αποκόπτονται από το κύτταρο και το οδηγούν στο θάνατο (Li & DeClercq, 2016;www.digilib.teiimt.gr).

2.1 Παθοφυσιολογία του HIV

Μετά από περισσότερες από τρεις δεκαετίες ερευνών, ακόμη και σήμερα παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον στην ερευνητική κοινότητα η παθοφυσιολογία του HIV. Η κατανόηση των μηχανισμών αλληλεπίδρασης του ιού με στοιχεία του ξενιστή και το πώς αυτό συμβάλλει στην παθογένεση της νόσου είναι κριτικής σημασίας για την ανάπτυξη στρατηγικών ενάντια στον ιό (Naif, 2013).

Οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ιογενών φαινοτύπων, η χρήση τροπισμού και συν-υποδοχέων και ο τρόπος με τον οποίο επηρεάζουν την παθογένεση του HIV είναι θέματα που απασχόλησαν και απασχολούν την ερευνητική κοινότητα (Naif, 2013).

Ένας μηχανισμός διαμέσου του οποίου ο ιός εξασθενεί το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου είναι η προσβολή και η καταστροφή των CD4+ T λεμφοκυττάρων. Ο ιός προσκολλάται στο μόριο CD4+, αλλά αυτό δεν είναι αρκετό για την είσοδο του ιού στο κύτταρο, ιδίως σε μακροφάγα και δενδριτικά κύτταρα. Αυτό επιτυγχάνεται με υποδοχείς

χημειοκίνης που δρουν ως συν-υποδοχείς για τον HIV-1. Οι δύο κύριοι συν-υποδοχείς χημειοκίνης είναι ο CCR5 και CXCR4 (ή fusin) (Naif, 2013).

Η προσκόλληση του ιού HIV εξαρτάται από το κύτταρο στόχο. Με μονοκλωνικά αντισώματα αποδείχθηκε ότι ο υποδοχέας του ιού είναι το CD4. Η μόλυνση των κυττάρων με HIV απαιτεί σύντηξη των ιϊκών και κυτταρικών μεμβρανών. Από τη συγχώνευση απελευθερώνεται το νουκλεοκαψίδιο στο κυτταρόπλασμα του κυττάρων και ξεκινά η διαδικασία αντιγραφής του ιού. Η σύνδεση του HIV στο CD4 και τους υποδοχείς χημειοκίνης διαμεσολαβείται από τη γλυκοπρωτεΐνη του ιού gp120. Η δέσμευση του CD4 από την gp120 είναι αλληλεπίδραση υψηλής συγγένειας και οδηγεί στην έκθεση των κρυμμένων επιτόπων στις gp120 και gp41. Αυτό υποδηλώνει ότι η δέσμευση του CD4 οδηγεί σε μεταβολή της διαμόρφωσης των γλυκοπρωτεϊνών του ιού. Αυτή η δέσμευση όμως δεν είναι ικανή από μόνη της να οδηγήσει στην είσοδο του ιού στο κύτταρο και απαιτούνται χημειοκίνες (chemokine receptors) ως μόρια συν-υποδοχείς (Mandell, 2010).

Ο ιός που έχει τροπισμό για τα μακροφάγα κύτταρα χρειάζεται τον CCR5 chemokinereceptor, ενώ ο ιός με τροπισμό για τα T-λεμφοκύτταρα, χρειάζεται τον CXCR4 chemokinereceptor. Η αλληλεπίδραση της γλυκοπρωτεΐνης gp120 του ιού με το μόριο του συν-υποδοχέα, επιτρέπει τη διαντίδραση της fusion domain της gp41 με το κύτταρο ξενιστή. Ομόζυγη μετάλλαξη στην CCR5 σχετίζεται με αντοχή στη νόσο στους Καυκάσιους (Mandell, 2010).

Ο τροπισμός του ιού για τα μακροφάγα ή τα T-λεμφοκύτταρα καθορίζεται εν μέρει από τη διαντίδραση της τρίτης μεταβλητής αγκύλης V3

της gp120 με τον συν-υποδοχέα CCR5 του μακροφάγου ή τον συν-υποδοχέα CXCR4 των T-κυττάρων (Mandell, 2010).

Η πολυμορφική φύση του HIV-1 μπορεί να αποδοθεί άμεσα στην αντίστροφη μεταγραφάση του ιού, η οποία είναι επιρρεπής σε σφάλματα, αλλά και στην πολυπλοκότητα του σχηματισμού του cDNA. Οι αλλαγές αφορούν όλα τα βιολογικά χαρακτηριστικά του HIV-1, συμπεριλαμβανομένης της αποφυγής του ανοσοποιητικού συστήματος, της χρήσης συν-υποδοχέων και του τροπισμού (Mandell, 2010).

Ανάλογα με τον τροπισμό, τα στελέχη HIV-1 υποδιαιρούνται σε 3 κύριες ομάδες: α) σε αυτά που έχουν τροπισμό για τα μακροφάγα (macrophage-tropic, M-tropic), β) σε αυτά που έχουν τροπισμό για τα T-λεμφοκύτταρα (T-tropic) ή γ) σε αυτά με διπλό τροπισμό. Τα M-tropic προσβάλλουν τα μονοκύτταρα του περιφερικού αίματος, τα μακροφάγα και τα T-λεμφοκύτταρα, αλλά όχι τις T-κυτταρικές σειρές. Είναι παρόντα σε όλα τα στάδια της νόσου. Τα T-tropic μολύνουν τα T-λεμφοκύτταρα και τις T-κυτταρικές σειρές, αλλά όχι τα μονοκύτταρα ή τα μακροφάγα. Εμφανίζονται στα τελικά στάδια της νόσου και σχετίζονται με την εκδήλωση του AIDS. Τα στελέχη HIV-1 με διπλό τροπισμό μολύνουν και τα μονοκύτταρα/μακροφάγα και τις T-λεμφοκυτταρικές σειρές (Naif, 2013).

Οι κυτταροκίνες Th1 και Th2 παίζουν σημαντικό ρόλο στην παθογένεση της λοίμωξης από HIV και στην ανάπτυξη του AIDS. Σε άτομα που έχουν μολυνθεί με HIV, η φυσιολογική απόκριση Th1 που αναμένεται σε μια ιογενή λοίμωξη, μετατοπίζεται σε Th2 απόκριση. Κυτταροκίνες όπως οι TNF-άλφα, IL-1, IL-2, IL-3, IL-12, MCSF, GMCSF και IL-6 μπορούν να ενισχύσουν την αναπαραγωγή του ιού και να πυροδοτήσουν τις κακοήθειες

που σχετίζονται με το AIDS. Αντίθετα, οι IFN-alpha and -beta αναστέλλουν τον πολλαπλασιασμό του ιού HIV, ενώ οι TGF-beta, IL-4, IL-10, IL-13, IFN-gamma μπορούν να δρουν είτε διεγερτικά ή ανασταλτικά (Naif, 2013).

Πίνακας 2. Ιός HIV- Ζεύγη πρωτεϊνικών αλληλεπιδράσεων. Πηγή: Li & De Clercq 2016		
Πρωτεΐνη 1- πρωτεΐνη 2	Στάδιο	Κύρια λειτουργία
GP120-GP41	Είσοδος του ιού στο κύτταρο-στόχο	Προωθεί την είσοδο του ιού, προωθεί την ανάπτυξη του ιού, προωθεί τη διαμόρφωση του ελύτρου
GP41-Env-matrix	Είσοδος του ιού στο κύτταρο-στόχο	Προωθεί την είσοδο του ιού και τη διαμόρφωση του ελύτρου
GP120-Tat	Είσοδος του ιού στο κύτταρο-στόχο	Προωθεί την είσοδο του ιού
RT-integrase	Αντίστροφη μεταγραφή, ενσωμάτωση (Reverse transcription, integration)	Ενισχύει τη δραστηριότητα της RT, εμποδίζει τη δραστηριότητα ενσωμάτωσης
RT-nucleocapsid	Αντίστροφη μεταγραφή	Ενισχύει τη δραστηριότητα της RT
RT-Vif	Αντίστροφη μεταγραφή	Ενισχύει τη δραστηριότητα της RT
RT-Tat	Αντίστροφη μεταγραφή	Ενισχύει τη δραστηριότητα της RT
RT-Nef	Αντίστροφη μεταγραφή	Ενισχύει τη δραστηριότητα της RT
Protease-Tat	Αντίστροφη μεταγραφή	Η πρωτεάση διασπά το Tat για να ενισχύσει την ανάστροφη μεταγραφή
Integrase-Rev	Ενσωμάτωση	Αναστέλλει τη δραστηριότητα της integrase
Integrase-matrix	Ενσωμάτωση	Ενισχύει την πυρηνική εισαγωγή του PIC
Matrix-Vpr	Ενσωμάτωση	Ενισχύει την πυρηνική εισαγωγή του PIC
Integrase-Nef	Ενσωμάτωση	Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία
Tat-Vpr	Ενσωμάτωση	Ενισχύει τη μεταγραφή του ιού
Tat-Rev	Ενσωμάτωση	Πρωτεασωμική αποικοδόμηση της Tat

Tat-Nef	Ενσωμάτωση	Ενισχύει τη μεταγραφή του ιού
Vif-Vpr	Ενσωμάτωση	Η Vif διαμεσολαβεί την αποικοδόμηση της Vpr
Protease-Gag/GagPol	Ωρίμανση	Διάσπαση των Gag και GagPol
Protease-Vif	Ωρίμανση	Αναστέλλει τη δράση της πρωτεάσης
Protease-RT	Ωρίμανση	Η πρωτεάση διασπά το RTGagPol, η RT προάγει τη δράση της πρωτεάσης, η πρωτεάση αναστέλλει τη δραστηριότητα της RT
Protease-Nef	Ωρίμανση	Η πρωτεάση διασπά το Nef, η Nef αναστέλλει τη δράση της πρωτεάσης
Protease-GP41CT	Ωρίμανση	Η πρωτεάση διασπά το GP41CT

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο:

3.Διάγνωση

Οι διαγνωστικές δοκιμασίες που υπάρχουν διαθέσιμες για τη διάγνωση της HIV λοίμωξης λειτουργούν είτε με ανίχνευση στον ξενιστή αντισωμάτων έναντι διάφορων πρωτεϊνών του ιού ή απευθείας με ανίχνευση του ίδιου του ίδιου του ιού ή των συστατικών του (αντιγόνο HIV p24, HIV RNA). Στόχος η ανίχνευση λοίμωξης όσο το δυνατόν νωρίτερα, μειώνοντας έτσι τη διάρκεια του διαγνωστικού παράθυρου (Iweala, 2004).

Επιπλέον, υπάρχουν μεθοδολογίες διαγνωστικές για επιδημιολογική έρευνα που αποσκοπούν στη διάκριση μεταξύ πρόσφατων και μακροχρόνιων HIV λοιμώξεων (Iweala, 2004).

Τα διαθέσιμα διαγνωστικά τεστ χρησιμοποιούν αίμα (πλάσμα, ορό ή ξηρές κηλίδες αίματος) και επιτρέπουν τον προσδιορισμό του ιού HIV τύπου (HIV-1 ή HIV-2), τον ιϊκό υποτύπο, το ιϊκό φορτίο (προσδιορισμός των επιπέδων ιϊκού RNA στο αίμα), την αντίσταση στα φάρμακα, το πόσο πρόσφατη είναι η λοίμωξη (Iweala, 2004).

Άλλες μέθοδοι χρησιμοποιούν τη συλλογή σιέλου και ούρων. Είναι λιγότερο επεμβατικές, ευκολότερες και δεν τίθενται θέματα βιοασφάλειας. Παρόλα αυτά οι μέθοδοι αυτοί, ενώ είναι συγκρίσιμες στην ευαισθησία και την ειδικότητα με τις εξετάσεις αίματος, δεν επιτρέπουν πρόσθετες αναλύσεις (Iweala, 2004).

3.1.1. Δοκιμές ανίχνευσης αντισωμάτων του ξενιστή ειδικών για τον ιό HIV

Οι διαγνωστικές δοκιμασίες για το ιό HIV που ανιχνεύουν αντισώματα του ξενιστή ειδικών για τον ιό είναι η enzyme immunoassay (EIA, ή αλλιώς enzyme-linked immunosorbent assay), η Western blot (ή immunoblot), η immune fluorescence assay (ανοσοφθορισμός, IFA), γρήγορα τεστ ανίχνευσης (rapid tests), δοκιμασίες με σίελο (salivary tests), δοκιμασίες με ούρα (urine tests) (Iweala, 2004).

Η δοκιμασία EIA είναι η τυπική δοκιμασία που χρησιμοποιείται για την εξέταση ενός ασθενούς για αντισώματα κατά του HIV. Γίνεται προσδιορισμός των αντισωμάτων IgG, καθώς τα IgM έχουν χαμηλή συγκέντρωση στον ορό και δεν είναι η μέθοδος αρκετά ευαίσθητη. Ο ορός (ή πλάσμα) του ασθενούς επωάζεται με αντιγόνο HIV (συνήθως p24, gp41 και / ή gp120). Εάν ο ασθενής είναι HIV-θετικός και έχει ορομετατροπή, τότε τα αντι-HIV αντισώματα στο αίμα του δεσμεύεται στο αντιγόνο HIV. Το αποτέλεσμα της αντίδρασης αντιγόνου-αντισώματος γίνεται ορατό είτε με ένα σημασμένο με ένζυμο αντι-ανθρώπινο αντίσωμα ή με ένα σημασμένο με ένζυμο αντιγόνο (Iweala, 2004).

Για την ελαχιστοποίηση του κινδύνου αναφοράς ψευδών θετικών αποτελεσμάτων, το θετικό αποτέλεσμα με EIA πρέπει να επιβεβαιώνεται με Western blot. Κατά τη Western blot, τα αντισώματα του ξενιστή επωάζονται με ιικό αντιγόνο και στη συνέχεια διαχωρίζονται σε γέλη ακριλαμίδης με τη χρήση ηλεκτρικού ρεύματος. Στη συνέχεια, οι ζώνες της ηλεκτροφόρησης μεταφέρονται σε μεμβράνη νιτροκυτταρίνης και γίνονται ορατές με τη χρήση σημασμένων ειδικών αντισωμάτων (Iweala, 2004).

Η εξέταση IFA είναι επίσης εναλλακτική επιβεβαιωτική δοκιμασία της Western blot. Δείγματα ορού ή πλάσματος επωάζονται με Τα-λεμφοκύτταρα που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV και επομένως εκφράζουν τα αντιγόνα του ιού HIV στην κυτταρική τους επιφάνεια. Εάν ένα δείγμα περιέχει αντισώματα κατά των αντιγόνων του HIV, τα αντισώματα δεσμεύονται με τα μολυσμένα κύτταρα Τα-λεμφοκύτταρα, αλλά όχι με τα μη μολυσμένα κύτταρα control. Τα αντισώματα στη συνέχεια ανιχνεύονται με ένα αντι-ανθρώπινο αντίσωμα συζευγμένο με ένα φθορίζον μόριο όπως η φλουορεσκεΐνη(Iweala, 2004).

3.1.2. Διαγνωστικά τεστ για τον ίδιο τον ιό HIV

Οι εξετάσεις που ανιχνεύουν αντισώματα του ξενιστή έναντι του ιού HIV είναι συχνά αρνητικά κατά το παράθυρο μεταξύ της αρχικής μόλυνσης και της ορομετατροπής. Αντιθέτως, οι διαγνωστικές δοκιμασίες που ανιχνεύουν απευθείας τον ιό ή τμήματα του ιού είναι πιο πιθανό να εντοπίσουν ένα άτομο που έχει μολυνθεί από τον ιό πριν την ορομετατροπή. Οι δοκιμασίες αυτές περιλαμβάνουν την ανίχνευση αντιγόνου p24, τις δοκιμασίες με βάση το νουκλεϊκό οξύ του ιού και την κυτταροκαλλιέργεια μονοπύρηνων του περιφερικού αίματος (Iweala, 2004).

Υπάρχουν δύο βασικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται για να ενισχυθεί ο αριθμός του RNA του HIV, ώστε να ποσοτικοποιηθεί. Η πρώτη τεχνική περιλαμβάνει αντίστροφη μεταγραφή που ακολουθείται από αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (RT-PCR). Αρχικά το HIV RNA μετατρέπεται σε DNA με την αντίστροφη μεταγραφάση και ακολουθεί PCR, η οποία αυξάνει τον αριθμό των αντιγράφων του DNA για καλύτερη ανίχνευση.

Στη δεύτερη τεχνική, το RNA του ιού ποσοτικοποιείται με υβριδισμό. Το HIV RNA αιχμαλωτίζεται από μικρούς κλώνους συμπληρωματικών νουκλεϊκών οξέων που ονομάζονται ολιγονουκλεοτίδια που έχουν δεσμευθεί στον πυθμένα ειδικής πλάκας. Σε παραλλαγή της μεθόδου χρησιμοποιείται branched DNA, το οποίο μπορεί ταυτόχρονα να δεσμεύει Ένζυμο που γεννά χρώμα. Στο εμπόριο διατίθεται τα τεστ: α) Quantiplex HIV-1 RNA (Bayer Diagnostics, Walpole, MA, ΗΠΑ) β) Digene (Digene Diagnostics, Gaithersburg, MD, USA) χρησιμοποιεί υβριδισμό DNA και χρωματομετρική ανίχνευση, γ) Amplicor HIV-1 (Roche Molecular Diagnostics, Pleasanton, CA, ΗΠΑ) με σύζευξη τεχνολογίας PCR με υβριδισμό νουκλεϊνικού οξέος για ανίχνευση του DNA του HIV-1 απευθείας σε παρασκευάσματα λευκών αιμοσφαιρίων, δ) το COBAS Ampliscreen HIV-1 Test (Roche Molecular Systems, Inc), που χρησιμοποιεί τεχνολογία PCR για την ανίχνευση του HIV-1 RNA σε δείγματα από πλάσμα (Iweala, 2004).

Η δοκιμασία HIVDNAPCR είναι η τυπική μέθοδος για τη διάγνωση της HIV λοίμωξης στα νεογνά στις ΗΠΑ, καθώς οι ορολογικές δοκιμασίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνο όταν τα μητρικά αντισώματα έχουν απομακρυνθεί και κυριαρχούν τα αντισώματα του νεογνού (Iweala, 2004).

3.2. Κλινική ταξινόμηση της HIV λοίμωξης

Τα επιβεβαιωμένα περιστατικά HIV λοίμωξης κατηγοριοποιούνται σε 4 στάδια (0, 1, 2, 3, ή άγνωστο)(Mandell, 2010; CDC, <https://www.cdc.gov/hiv/statistics/surveillance/terms.html>):

- Αν υπάρχει αρνητικός έλεγχος HIV εντός 6 μηνών από τη διάγνωση της πρώτης HIV λοίμωξης, το στάδιο είναι 0 και παραμένει 0 έως 6 μήνες μετά τη διάγνωση.
- Εάν ο ασθενής έχει νοσήσει από ευκαιριακό παθογόνο, είναι σταδίου 3.
- Σε κάθε άλλη περίπτωση, το στάδιο προσδιορίζεται από τα ανοσολογικά κριτήρια δοκιμασίας CD4 που παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα 3:

Πίνακας 3. Στάδιο HIV λοίμωξης, με βάση τα ειδικά CD4 + T-λεμφοκύτταρα ή τα CD4 + T-λεμφοκύτταρα ως ποσοστό των συνολικών λεμφοκυττάρων. Πηγή: (CDC, <https://www.cdc.gov/hiv/statistics/surveillance/terms.html>)

Στάδιο*	Ηλικία κατά την ημερομηνία της δοκιμασίας των CD4 T λεμφοκυττάρων <1 έτος		1—5 έτη		6 > έτη	
	Κύτταρα/μL	%	Κύτταρα/μL	%	Κύτταρα/μL	%
1	≥1,500	≥34	≥1,000	≥30	≥500	≥26
2	750—1,499	26—33	500—999	22—29	200—499	14—25
3	<750	<26	<500	<22	<200	<14

*Ο προσδιορισμός του σταδίου βασίζεται κυρίως στον αριθμό των CD4 + T-λεμφοκυττάρων. Ο αριθμός των CD4 + T-λεμφοκυττάρων υπερಿಸχύει του ποσοστού των CD4 T-λεμφοκυττάρων για τον προσδιορισμό του σταδίου.

Εάν δεν υπάρχουν ακριβείς πληροφορίες στοιχεία ή δεν εμπίπτουν σε καμία από τις παραπάνω κατηγορίες, το στάδιο χαρακτηρίζεται ως άγνωστο

(CDC, <https://www.cdc.gov/hiv/statistics/surveillance/terms.html>)

Το σύστημα ταξινόμησης για εφήβους και ενήλικες που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV αναθεωρήθηκε από το CDC και κατηγοριοποιεί τα άτομα με βάση τις κλινικές καταστάσεις που συνδέονται με τη μόλυνση από τον ιό HIV και τον αριθμό των CD4 + T-λεμφοκυττάρων. Το σύστημα βασίζεται σε τρεις κλίμακες CD4 + T-λεμφοκυττάρων και σε τρεις κλινικές κατηγορίες και αντιπροσωπεύεται από ένα πίνακα εννέα αμοιβαία αποκλειστικών κατηγοριών.

Τα κριτήρια ταξινόμησης της μόλυνσης από τον ιό HIV σε άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 13 ετών περιλαμβάνουν:

α. Επαναλαμβανόμενες θετικές εξετάσεις για αντίσωμα HIV (π.χ. enzymeimmunoassay) που επιβεβαιώνεται με τη χρήση συμπληρωματικών δοκιμασιών (π.χ., Western blot, immunofluorescenceassay).

β. Απομόνωση του ιού από τους ιστούς του ξενιστή

γ. Ανίχνευση αντιγόνου του HIV

δ. Ένα θετικό αποτέλεσμα σε οποιαδήποτε άλλη ιδιαίτερα εξειδικευμένη δοκιμή για HIV.

Ομαδοποιώντας με βάση τον αριθμό των CD4+ T-λεμφοκυττάρων:

- Κατηγορία 1: ≥ 500 κύτταρα/ μL
- Κατηγορία 2: 200-499 κύτταρα/ μL
- Κατηγορία 3: <200 κύτταρα/ μL

Κλινικές κατηγορίες των ασθενών με HIV λοίμωξη(CDC, <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018871.htm>, 3/9/17):

-Κατηγορία A: Αποτελείται από μία ή περισσότερες από τις παρακάτω καταστάσεις σε έναν έφηβο ή ενήλικα (13 ετών ή μεγαλύτερο) με τεκμηριωμένη μόλυνση από τον ιό HIV.

- Ασυμπτωματική μόλυνση με HIV
- Επίμονη γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια

- Οξεία λοίμωξη HIV

- Κατηγορία Β: Αποτελείται από συμπτωματικές καταστάσεις σε έφηβους ή ενήλικες που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV, οι οποίοι δεν περιλαμβάνονται στις καταστάσεις που απαριθμούνται στην κλινική κατηγορία Γ και οι οποίες πληρούν τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα κριτήρια:

α) Τα κλινικά συμπτώματα αποδίδονται στη HIV λοίμωξη από τον ή οφείλονται σε έλλειμμα στην κυτταρική ανοσία.

β) Οι θεράποντες ιατροί θεωρούν ότι τα σημεία και συμπτώματα επιπλέκονται από τη HIV λοίμωξη .

Στην κλινική κατηγορία Β περιλαμβάνονται:

- Στοματοφαρυγγική καντιντίαση
- Αιδιοκολπίτιδα από Candida επίμονη, συχνή ή ανεπαρκώς ανταποκρινόμενη στη θεραπεία
- Δυσπλασία του τραχήλου της μήτρας (μέτρια ή σοβαρή) / καρκίνωμα του τραχήλου in situ
- Πυρετός (38,5 C) ή διάρροια που διαρκούν περισσότερο από 1 μήνα
- Τριχωτή λευκοπλακία στόματος
- Έρπης ζωστήρας που περιλαμβάνει τουλάχιστον δύο διακριτά επεισόδια
- Ιδιοπαθής θρομβοκυττοπενική πορφύρα
- Λοίμωξη από Λιστέρια
- Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου
- Περιφερική νευροπάθεια

- Κατηγορία Γ:

Η κατηγορία Γ περιλαμβάνει τις κλινικές συνθήκες που αναφέρονται στον ορισμό της παρακολούθησης του AIDS. Όταν ένας ασθενής ταξινομηθεί στην κατηγορία Γ, παραμένει για πάντα σε αυτή.

3.3 Θεραπεία

Οι adhesins του ιού ως στόχος της θεραπείας και της πρόληψης έχουν χρησιμοποιηθεί και ιδίως τα κρίσιμα συμβάντα που οδηγούν στην προσκόλληση και είσοδο του ιού στα κύτταρα-ξενιστές. Τα φάρμακα που έχουν αναπτυχθεί στην κατηγορία αυτή διαίρονται σε 3 κατηγορίες: (attachmentinhibitors (αναστολείς προσκόλλησης), αναστολείς των chemokine/co-receptor, και αναστολής της σύντηξης (fusion inhibitors) (Mandell, 2010).

Φάρμακα που παρεμποδίζουν την πρόσδεση του ιού με αναστολή της αρχικής αλληλεπίδρασης της ιϊκής gp120 με το CD4 (Mandell, 2010).

- Το διαλυτό CD4 δοκιμάστηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1980. Παρά την ισχυρή in vitro αντιϊκή δραστηριότητα, η αποτελεσματικότητα σε κλινικές δοκιμές ήταν χαμηλή.

- Το PRO 542 (τετρασθενής πρωτεΐνη σύντηξης CD4-IgG2) παρεμποδίζει την είσοδο του ιού HIV και περιέχει τέσσερα αντίγραφα της περιοχής δεσμεύσεως του ιού CD4. Παρά το ότι ήταν πολλά υποσχόμενο φάρμακο σε σύγκριση με το διαλυτό CD4, κατά τις κλινικές δοκιμές φάσης δεν προχώρησε η χρήση του περαιτέρω από τη φάση 2.

- Το BMS-806, ένα μικρό μόριο που δεσμεύεται στην περιοχή αλληλεπίδρασης CD4 της gp120 και είναι ισχυρός αναστολέας της αντιγραφής του HIV in vitro, είναι ένας άλλος αναστολέας της προσκόλλησης του HIV που φαίνεται πολλά υποσχόμενο σε κλινικές δοκιμές.

Αναστολείς της σύνδεσης του συν-υποδοχέα chemokine/co-receptor CCR5 (Mandell, 2010):

Αυτοί οι φαρμακευτικοί παράγοντες δεσμεύουν άμεσα το CCR5 ή το CXCR4 των κυττάρων του ξενιστή.

- Tomaraviroc (Celsentri®), είναι το πρώτο από του στόματος αντι-HIV φάρμακο που έγινε κλινικά διαθέσιμο με έγκριση από τον FDA
- Το vicriviroc είναι ένας άλλος αναστολέας του CCR5 και είναι σε φάση 2 κλινικής δοκιμής.

Φάρμακα που εμποδίζουν τη σύντηξη και είσοδο του ιού στο κύτταρο – ξενιστή (Mandell, 2010):

Ήταν τα πρώτα αντιρετροϊκά που χρησιμοποιήθηκαν, αλλά περιορίστηκαν λόγω του ότι δεν ήταν διαθέσιμα από του στόματος.

- Enfuvirtide (T-20 ή Fuzeon®), ένα πεπτίδιο που αποτελείται από 36 αμινοξέα, είναι το πρώτο φάρμακο αυτής της κατηγορίας που πήρε έγκριση από τον FDA. Όμως, η ανάπτυξη ανοχής περιορίζει τη χρήση της.
- Η sifuvirtide, είναι πολύ δραστική έναντι και βρίσκεται σε φάση κλινικής δοκιμής Ια.

Χιμερικά φάρμακα (Mandell, 2010):

- Ένα χιμαϊρικό μόριο αποτελούμενο από ένα αντίσωμα που δεσμεύει τον CCR5 σε συνδυασμό με ένα πεπτίδιο που παρεμποδίζει την ιϊκή σύντηξη
- Συνέργεια in vitro ανάμεσα στο T-20 και το PRO 542.

Φάρμακα που αναστέλλουν την αναπαραγωγή του ιού:

- «Το AZT (ζιδοβουδίνη) αλλάζει τα δομικά συνθετικά της αλυσίδας DNA. Ως αποτέλεσμα εμποδίζεται η αναπαραγωγή του ιού. Εγκρίθηκε από τον FDA το 1987. Σε ασθενείς με αριθμό CD4 λιγότερο από 500 χορηγείται AZT από το στόμα σε δόση 500 mg/ημέρα. Έχει όμως σημαντικές παρενέργειες όπως: τοξικότητα μυελού οστών, ναυτία, έμετοι, πυρετός,

ρίγη, μυαλγίες, πονοκέφαλος και σπανιότερα σύγχυση, υπνηλία και σπασμούς». www.digilib.teiimt.gr)

- Η dolutegravir αναστέλλει την ιντεγκράση του ιού. Η συνιστώμενη δόση για τους περισσότερους ασθενείς είναι ένα δισκίο των 50 mg μία φορά την ημέρα. www.digilib.teiimt.gr)

Φάρμακα που αναστέλλουν τη reverse transcriptase (<http://www.webmd.com/hiv-aids/tc/human-immunodeficiency-virus-hiv-infection-medications>): abacavir, emtricitabine, and tenofovir και Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs): efavirenz, etravirine, and nevirapine.

- Αναστολείς της πρωτεάσης (PIs) (<http://www.webmd.com/hiv-aids/tc/human-immunodeficiency-virus-hiv-infection-medications>): atazanavir, darunavir, and ritonavir.

Η αντιρετροϊκή θεραπεία, για να είναι αποτελεσματική, προϋποθέτει έναν υψηλό βαθμό συμμόρφωσης του ασθενή. Σε διαφορετική περίπτωση υπάρχει κίνδυνος αντοχής. Επιπλέον, ένας άνθρωπος σε αντιρετροϊκή αγωγή είναι απαραίτητο να ενημερώνει τον γιατρό του για οποιοδήποτε άλλο φάρμακο ή παραφαρμακευτικό σκεύασμα κάνει χρήση, καθώς οι ουσίες αυτές μπορεί να αλληλεπιδρούν με την αντιρετροϊκή αγωγή, επηρεάζοντας τη συγκέντρωσή της στο αίμα (Ελληνική εταιρεία μελέτης και αντιμετώπισης του AIDS, 2000).

Οι ασθενείς που λαμβάνουν αντιρετροϊκή αγωγή δε συμμορφώνονται για τους εξής λόγους:

Είναι μια αρκετά απαιτητική μορφή θεραπείας με μικρό περιθώριο για παραλείψεις, που μπορεί να δημιουργεί στην πράξη δυσκολίες σε αρκετούς ανθρώπους. Τα περίπλοκα θεραπευτικά σχήματα και ο μεγάλος αριθμός ημερήσιων δόσεων, οι ανεπιθύμητες ενέργειες, δυσκολία εύρεσης ή διαθεσιμότητας της αντιρετροϊκής αγωγής, ελλιπής υποστήριξη από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και το οικογενειακό περιβάλλον, αμφιβολία ως προς την αποτελεσματικότητα, η παράλληλη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και ο φόβος πιθανής αποκάλυψης της οροθετικότητας σε τρίτους είναι μερικοί από αυτούς.

Η επίδραση της αντιρετροϊκής θεραπείας υψηλής δραστηριότητας (HAART) συνήθως μετράται με βάση την επιβίωση, τις μετρήσεις των CD4 λεμφοκυττάρων, το ιϊκό φορτίο και την εμφάνιση ευκαιριακών λοιμώξεων. Σε σχετικές μελέτες φαίνεται ότι αυξάνεται ο αριθμός των CD4 και μειώνονται τα επίπεδα του ιϊκού φορτίου (Brechtel et al., 2001).

3.4. Εμβολιασμός

Ο ερευνητικός αγώνας για την παρασκευή εμβολίου κατά του ιού του AIDS είναι ακόμη σε εξέλιξη. Από το 1987, έχουν δοκιμαστεί πάνω από 21 εμβόλια εναντίον του HIV-1. Από αυτά, δύο εμβόλια που χρησιμοποιούν τα ανασυνδυασμένα μόρια rgp120MN και rgp120SF2 (Subunit Recombinant Envelope Vaccines) και βρίσκονται στο στάδιο δοκιμών ΙΙ στις ΗΠΑ σε 300 υγιείς εθελοντές.

Σε κλινική δοκιμή φάσης ΙΙΙ βρίσκεται η τυχαιοποιημένη, πολυκεντρική μελέτη RV144. Στην έρευνα αυτή συνδυάζονται δύο εμβόλια: το κύριο εμβόλιο με έναν τροποποιημένο canarypox ιό-φορέα (ALVAC-HIV) και ένα ενισχυτικό (AIDSVAX B/E), που περιέχει ανασυνδυασμένη gp120. Από τα πρώτα αποτελέσματα διαφαίνεται μείωση της επίπτωσης του HIV λόγω του εμβολίου κατά 31,2% ($p=0,04$). Το συγκεκριμένο εμβόλιο όμως δεν επηρέασε τα επίπεδα του ιϊκού φορτίου ή τις τιμές των CD4 T λεμφοκυττάρων στα άτομα που είχαν εμβολιαστεί, αλλά μολύνθηκαν από τον HIV.

Οι δυσκολίες στην επιτυχή Παρασκευή του εμβολίου επιτείνονται από:

- τη φύση του ιού,
- την έλλειψη πειραματικού προτύπου σε ζώα,
- τη δυσκολία δοκιμής του σε ανθρώπους και
- τη μη ύπαρξη ανοσογόνου παράγοντος, ικανού να διεγείρει την επιθυμητή ανοσολογική αντίδραση του οργανισμού
- την ικανότητα του ιού για μεταλλάξεις

(Osmanov et al. 1971; Esparza et al 1996)

3.4.1 Εκτίμηση HIV ασθενών κατά την αρχική και τις επόμενες επισκέψεις.

Αρχική Επίσκεψη.

«Κατά την αρχική επίσκεψη του HIV ασθενούς θα πρέπει να ακολουθείται η εξής διαδικασία:

- Πλήρες ιατρικό ιστορικό.
- Φυσική εξέταση, συμπεριλαμβανομένων: ύψους, βάρους, αρτηριακής πίεσης, περιφέρειας μέσης.
- Εργαστηριακός έλεγχος.
- Επιβεβαίωση θετικού HIV αντισώματος και διαχωρισμός μεταξύ HIV-1 και HIV-2.
- Προσδιορισμός επιπέδων HIV RNA στο πλάσμα
- Έλεγχος αντοχής (γονότυπος) με καθορισμό του HIV υποτύπου.
- Γενική αίματος, σάκχαρο, κρεατινίνη, υπολογισμός κάθαρσης κρεατινίνης.
- Έλεγχος αντισωμάτων για τοξόπλασμα, CMV, ηπατίτιδες A, B και C, και ορολογικός έλεγχος για σύφιλη.
- Έλεγχος σακχάρου νηστείας και λιπιδίων νηστείας συμπεριλαμβανομένων: ολικής LDL και HDL χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων (σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες για τη δυσλιπιδαιμία).
- Έλεγχος ούρων με ταινία για πρωτεΐνη και σάκχαρο.
- Έλεγχος για HLA B57 (εφόσον είναι διαθέσιμο) για το ενδεχόμενο χορήγησης του abacavir.

- Έλεγχος τροπισμού για συνυποδοχέα CCR5.
- Εκτίμηση καρδιαγγειακού κινδύνου.
- Έλεγχος για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
- Γυναίκες: τραχηλικό επίχρισμα.
- Εκτίμηση κοινωνικής και ψυχολογικής κατάστασης: υποστήριξη και συμβουλευτική καθοδήγηση, εφόσον χρειάζεται.
- Σκέψη για εμβολιασμό έναντι της ηπατίτιδας Α και Β (βάσει του ορολογικού ελέγχου) και έναντι του πνευμονιοκόκκου.

Δερμοαντίδραση φυματίνης (PPD) εφόσον CD4 >400. Αρνητική PPD δεν αποκλείει ενεργό ή λανθάνουσα φυματίωση. T.SPOT.TB® (ή QuantiFERON-TB Gold IT®) μπορούν να γίνουν εναλλακτικά σε επιλεγμένους πληθυσμούς υψηλού κινδύνου, εφόσον διατίθενται Εμβολιασμός, ιστορικό ταξιδιών και χώρας προέλευσης.»

(ΚΕΕΛΠΝΟ 2011)

3.5. Πορεία της λοίμωξης HIV.

Η μόλυνση από τον ιό HIV ξεκινά ασυμπτωματικά ή με αίσθημα ελαφράς κακουχίας και συνοδεύεται από ελαφρές αλλαγές στο ανοσοποιητικό σύστημα. Αυτό το στάδιο συνήθως παρατηρείται από τη στιγμή της μόλυνσης μέχρι την ορομετατροπή (μέχρι τρεις μήνες από την έκθεση στον ιό), όπου και ανιχνεύονται τα αντισώματα που είναι ειδικά για τον ιό HIV. Η εξέλιξη της νόσου από άποψη διάρκειας διαφέρει από άτομο σε άτομο, αλλά συνήθως είναι αργή και απαιτούνται αρκετά χρόνια από την αρχική μόλυνση μέχρι την εμφάνιση συμπτωμάτων προχωρημένης νόσου και ανοσοκαταστολής (Naif, 2013).

Όταν το άτομο αναπτύσσει τα συμπτώματα της νόσου, πρόκειται για την όψιμη φάση της νόσου (AIDS). Απουσία αγωγής το άτομο αναπτύσσει AIDS συνήθως 8-10 χρόνια από την αρχική λοίμωξη. Εάν η διάγνωση και

θεραπεία γίνου νωρίς, τότε η εκδήλωση της νόσου, μπορεί να καθυστερήσει μερικά χρόνια

(www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6303a1.htm?s_cid=rr6303a1_e)

Οι ασθενείς είναι ευαίσθητοι σε ευκαιριακές λοιμώξεις (όπως οι μολύνσεις με άτυπα *Mycobacteria*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Pneumocystis carinii*, CMV, τοξοπλάσμωση και καντιντίαση). Έχει συμφωνηθεί ότι τα μολυσμένα άτομα αναπτύσσουν νόσο AIDS, όταν το φορτίο HIV του πλάσματος τους είναι υψηλό και ο αριθμός CD4+Τλεμφοκυττάρων στο περιφερικό αίμα είναι μικρότερος από 200 mm³(Naif, 2013).

Κεφάλαιο 4^ο

4. Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην ασθένεια του AIDS

Η νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με AIDS βασίζεται στη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας, δηλαδή στην αξιολόγηση των αναγκών, τον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας, την εφαρμογή του προγράμματος με τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την κάλυψη των αναγκών και την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας (Υποεπιτροπή εκπαίδευσης της εθνικής επιτροπής AIDS, 1997).

«Οι βασικοί στόχοι της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η προστασία του ασθενούς από νέες λοιμώξεις και επιπλοκές, η πρόληψη μεταδόσεως του AIDS σε άλλα άτομα ή στο προσωπικό νοσηλείας, η συστηματική παρακολούθηση της καταστάσεως και της πορείας του με λήψη ζωτικών σημείων, η ενίσχυση της άμυνας του ασθενούς με κατάλληλη διατροφή και ενυδάτωση, η ανακούφιση του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων με εφαρμογή θεραπευτικών και νοσηλευτικών μέτρων και εκπλήρωση των ατομικών αναγκών του, ο διάλογος και συνεργασία μαζί του, η ψυχολογική υποστήριξη και ενίσχυση του ασθενούς και της οικογένειάς του και βοήθεια στη λύση προβλημάτων που δημιουργεί η αρρώστια του, η διδασκαλία αυτοπροστασίας, αυτοφροντίδας και προστασίας του περιβάλλοντος, η ενθάρρυνση και καθοδήγηση να αναλάβει ο ίδιος ασθενής την ευθύνη και τη φροντίδα της υγείας του»(Υποεπιτροπή εκπαίδευσης της εθνικής επιτροπής AIDS, 1997).

«Τα κριτήρια ποιότητας και αποτελεσματικότητας της νοσηλευτικής φροντίδας είναι:

-Ο ασθενής να μην παρουσίασε άλλη φλεγμονή ή αν παρουσίασε να αντιμετωπίστηκε έγκαιρα

-Οι συγγενείς του και το προσωπικό - νοσηλευτές και γιατροί - δεν μολύνθηκαν από την υπάρχουσα φλεγμονή

-Ο ασθενής δείχνει θετική- επιθυμητή αλλαγή συμπεριφοράς, ικανότητα λήψεως αποφάσεων για την υγεία του και λιγότερη μελαγχολία

-Ακολουθεί υγιεινό τρόπο ζωής

-Εφαρμόζει τις αναγκαίες προφυλάξεις

-Τηρεί το πρόγραμμα θεραπείας του

-Υπερνικά τα αισθήματα φόβου και αβεβαιότητας

-Έχει αισιόδοξες προοπτικές για τη ζωή και να προστατεύει υπεύθυνα και ενεργητικά την υγεία του»

(Υποεπιτροπή εκπαίδευσης της εθνικής επιτροπής AIDS, 1997)

4.1.Νοσηλευτική Δεοντολογία.

Νοσηλευτική Δεοντολογία είναι ένας κώδικας συμπεριφοράς σε σχέση με το νοσηλευτικό επάγγελμα που είναι αποδεκτός οικειοθελώς και δεν έχει επιβληθεί με επίσημη νομοθεσία του κράτους. Αφορά το σύνολο γνώσεων και κανόνων που καθορίζουν τη συμπεριφορά του νοσηλευτή στην άσκηση των επαγγελματικών του καθηκόντων και γενικότερα ρυθμίζουν τις εκδηλώσεις του, τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό βίο έτσι ώστε να ανταποκρίνεται στην υψηλή αποστολή του και να δικαιώνεται κοινωνικά.

Η Νοσηλευτική Δεοντολογία αποβλέπει στα εξής:

1. Να ενημερώνει το νοσηλευτή για τα επαγγελματικά του καθήκοντα και τον επιβαλλόμενο τρόπο συμπεριφοράς του στο χώρο της εργασίας.

2. Να βοηθάει τον νοσηλευτή να αναπτύσσει σωστές διαπροσωπικές σχέσεις τόσο με τους συνεργάτες του όσο και με τους ασθενείς και τους συνοδούς τους.
3. Να ευαισθητοποιήσει το νοσηλευτή να συνειδητοποιήσει τις ευθύνες που αναλαμβάνει.
4. Να τον προσανατολίσει ώστε να βλέπει τον άρρωστο ως μια μοναδική ψυχοσωματική ολότητα με ανάγκες και δικαιώματα.
5. Να του παρέχει τις βασικές γνώσεις και να τον οπλίζει για τα προβλήματα που προκύπτουν από τη σύγκρουση των καθηκόντων και τα δεοντολογικά διλήμματα, στην καθημερινή πράξη(Τεκνετζής, 1996).

Η σαφής διατύπωση της Νοσηλευτικής Δεοντολογίας καθιερώθηκε έπειτα από την ανύψωση της Νοσηλευτικής σε επιστήμη στους εξής κώδικες:

1. Στον Αμερικάνικο Κώδικα A.N.A.(AMERICAN NURSES ASSOCIATION, CODE FOR NURSES) καταρτίστηκε το 1950 και αναθεωρήθηκε το 1985.
2. Στον Διεθνή Κώδικα Ηθικών Καθηκόντων Διπλωματούχων Νοσηλευτών, ψηφίστηκε το 1953 στην Βραζιλία και αναθεωρήθηκε στο 1973 στο Μεξικό.
3. Στον Βρετανικό Κώδικα R.C.N. (ROYAL COLLEGE OF NURSING OF THE UNITED KINGDOM, CODE OF PROFESSIONAL CONDUCT), δημοσιεύθηκε το 1976.
4. Στον Κώδικα της Καναδικής Νοσηλευτικής Ένωσης C.N.A. (CANADIAN NURSES ASSOCIATION, CODE OF ETHICS FOR NURSING), δημοσιεύθηκε το 1985(Τεκνετζής, 1996).

Στον Κώδικα των Βρετανών Νοσηλευτών U.K.C.C. (UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL) που δημοσιεύθηκε το 1982, η ευθύνη του νοσηλευτή είναι:

- α) Η προαγωγή της υγείας
- β) Η πρόληψη της αρρώστιας
- γ) Η αποκατάσταση της υγείας
- δ) Η ανακούφιση του πόνου.

(Παπαδάκη, 1998)

Νοσηλευτικοί ρόλοι :

Ο ασθενής που έχει AIDS έχει πολλαπλές ανάγκες φροντίδας στις οποίες περιλαμβάνεται η σωματική και ψυχοκοινωνική του υποστήριξη. Από τη στιγμή που ακόμα δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι υπάρχει αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης και πλήρης ίασης της νόσου πολλές από τις ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενή εμπίπτουν στις αρμοδιότητες του νοσηλευτή, που θα προσπαθήσει να ενημερώσει και να εκπαιδεύσει τον ασθενή στις μεθόδους αυτοφροντίδας και ανακούφισης αλλά και βελτίωσης της ποιότητας ζωής του. (Θεοδώρα Γ. Στρουμπούκη, 2005)

Όπως και με άλλες θανατηφόρες νόσους η πορεία της HIV λοίμωξης μπορεί να επηρεαστεί από το σύστημα κοινωνικής υποστήριξης που έχει ο ασθενής και από την αντίληψη συμμετοχής του στη θεραπεία, αλλά και από τους προσωπικούς μηχανισμούς ψυχικής προσαρμογής στη νόσο. Η επιδημία εξαπλώνεται και οι νοσηλευτές καλούνται να παράσχουν φροντίδα σε ολόένα και περισσότερους ασθενείς που έχουν προσβληθεί από τον ιό. Οι ασθενείς αυτοί μάλιστα δεν νοσηλεύονται μόνο σε ειδικές μονάδες νοσηλείας αλλά και σε γενικές κλινικές, μαιευτήρια, γηροκομεία ακόμα και στο σπίτι τους.

Δεδομένου ότι το προσδόκιμο επιβίωσης για τους ασθενείς αυτούς αυξάνεται συνεχώς οι νοσηλευτές θα αντιμετωπίζουν όλο και πιο συχνά ασθενείς στους οποίους η λοίμωξη αυτή θα αποτελεί δευτεροπαθή διάγνωση ενώ η πρωτοπαθής διάγνωση θα είναι κάποια άλλη λοίμωξη, όπως κάποια καρδιοπάθεια, σακχαρώδης διαβήτης ή κάποια χειρουργική επέμβαση (Στρουμπούκη & Σταυροπούλου, 2008).

Η λοίμωξη από τον ιό HIV συνεχίζει να στιγματίζει κοινωνικά τα άτομα που πάσχουν. Αυτό το γεγονός μπορεί να διαταράξει τα συνήθη συστήματα υποστήριξης και τους μηχανισμούς προσαρμογής που διαθέτει. Καθώς μάλιστα η νόσος εξελίσσεται και ο ασθενής αρχίζει να εμφανίζει συμπτώματα αυξάνονται παράλληλα και οι ανάγκες του για άμεση φροντίδα ενώ παραμένει η ανάγκη για ψυχοκοινωνική υποστήριξη (Στρουμπούκη & Σταυροπούλου, 2008).

4.1.2.Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη.

Σημαντικός είναι ο ρόλος που διαδραματίζουν οι νοσηλευτές στην εκπαίδευση των ατόμων, αλλά και της κοινωνίας όσον αφορά την επιδημία του AIDS και την πρόληψη της διασποράς της καθώς όλα τα σεξουαλικά ενεργά άτομα θα πρέπει να γνωρίζουν τον τρόπο με τον οποίο μεταδίδεται ο HIV. Οι απόλυτα ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές είναι η αποχή από το σεξ και η μακροχρόνια αμοιβαία μονογαμική σεξουαλική σχέση μεταξύ δύο ατόμων που δεν έχουν προσβληθεί από τον ιό.

Πρέπει να υπάρχει πάντα στα υπόψη ότι ένα άτομο μολυσμένο μπορεί να μεταδώσει τη λοίμωξη μέχρι και για έξι μήνες πριν γίνει οροθετικό. Όταν ξεκινά μία νέα μονογαμική σχέση και οι δύο σύντροφοι πρέπει να υποβληθούν σε εξετάσεις για λοίμωξη HIV. Αν τα αποτελέσματα είναι αρνητικά καλό είναι να επαναλάβουν τον έλεγχο μετά από έξι μήνες. Αν και

ο δεύτερος έλεγχος είναι αρνητικός πιθανότατα η σεξουαλική δραστηριότητα μεταξύ τους είναι ασφαλής.

Κατά τη σεξουαλική επαφή (στοματική, κολπική και πρωκτική) πρέπει να χρησιμοποιείται προφυλακτικό και να μη χρησιμοποιούνται ελαιώδη λιπαντικά γιατί μπορεί να προκαλέσουν φθορά του προφυλακτικού. Οι γυναίκες να έχουν μαζί τους και να χρησιμοποιούν γυναικείο προφυλακτικό. Η χρήση άλλων μεθόδων αντισύλληψης (όπως τα αντισυλληπτικά από το στόμα) δεν προσφέρουν καμία προστασία έναντι του ιού.

Εάν κάποιο άτομο είναι HIV θετικό θα πρέπει να μην έχει σεξουαλική δραστηριότητα χωρίς τη χρήση προστατευτικών μέτρων και απαιτείται να ενημερώσει σχετικά όλους τους σεξουαλικούς συντρόφους του (τωρινούς και παλαιότερους). Να ενημερώνει όλο το προσωπικό φροντίδας υγείας για τη νόσο του και ιδιαίτερα τα άτομα που παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ιατρούς και οδοντιάτρους. Να μη γίνεται δωρητής αίματος, πλάσματος ή παραγώγων αίματος, σπέρματος, οργάνων ή ιστών. Αν πρόκειται για γυναίκα δεν πρέπει να μείνει έγκυος.

Πρέπει ακόμα να τονίζεται η σημασία της ενημέρωσης όσον αφορά τη διάγνωση της λοίμωξης HIV οποιουδήποτε μέλους του υγειονομικού προσωπικού που παρέχει άμεση φροντίδα και ιδιαίτερα εκείνων που εκτελούν οδοντιατρικές, χειρουργικές ή μαιευτικές επεμβατικές πράξεις.. Εφόσον όμως τηρούνται οι συνηθισμένοι κανόνες προφύλαξης για όλους αντιμετωπίζονται όλοι οι ασθενείς με τον ίδιο τρόπο και δεν υπάρχει έτσι ανάγκη να γνωρίζει την κατάστασή τους κανένας (Ελληνική εταιρεία μελέτης και αντιμετώπισης του AIDS, 2000).

Όλα τα σωματικά υγρά που είναι αυξημένου κινδύνου θα πρέπει να αντιμετωπίζονται κατά τη μεταφορά τους σαν να είναι μολυσματικά. Πρέπει επίσης να λαμβάνονται μέτρα για την προστασία του δέρματος και των βλεννογόνων. Εάν υπάρξει τραυματισμός από βελόνα γίνεται ο απαραίτητος έλεγχος και παρέχεται ψυχολογική υποστήριξη. Από κάποιους γιατρούς μάλιστα αλλά και κάποια νοσηλευτικά ιδρύματα συνιστάται μετά από τυχαίο τραυματισμό με βελόνα ή μετά από εκτίναξη σταγονιδίων σωματικών υγρών η προφυλακτική αγωγή με AZT, αν και η θεραπεία πρέπει να αρχίζει αμέσως, ενώ η αποτελεσματικότητά της αμφισβητείται (Στρουμπούκη & Σταυροπούλου, 2008).

4.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την εισαγωγή ασθενούς με AIDS.

Κατά την αρχική επαφή του νοσηλευτή με τον ασθενή ο νοσηλευτής πρέπει να συλλέξει δεδομένα από το ιστορικό υγείας και τη φυσική εξέταση του ασθενή.

Από το ιστορικό υγείας ο νοσηλευτής λαμβάνει τα εξής δεδομένα σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου:

- σεξουαλική επαφή χωρίς χρήση προστατευτικών μέτρων,
- μετάγγιση,
- τραυματισμός από βελόνα,
- λοιμώξεις (σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, φυματίωση, ηπατίτιδα),
- φάρμακα,
- ταξίδι στο εξωτερικό,
- χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών,
- κατοικίδια ζώα.

Από τη φυσική εξέταση του ασθενή ο νοσηλευτής λαμβάνει τα εξής δεδομένα(Ρέντζη & Τερζή, 1998):

- Ύψος.
- Σωματικό βάρος.
- Θρέψη.
- Δέρμα και βλεννογόνοι.
- Όραση.
- Λεμφαδένες.
- Αναπνευστικοί ήχοι.
- Ευαισθησία στην κοιλιά.
- Μυϊκή ισχύς.
- Συντονισμός κινήσεων.
- Λειτουργία εγκεφαλικών νεύρων.
- Βάδιση.
- Εν τω βάθει τενόντια αντανακλαστικά.
- Ουρογεννητικό σύστημα.
- Διανοητική κατάσταση

4.2.1.Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την παραμονή ασθενούς στην κλινική.

Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να υποκαθιστά απόλυτα τον γιατρό και να φροντίζει να τηρεί όλες τις ιατρικές οδηγίες του. Πρέπει να παρατηρεί τα διάφορα φαινόμενα και τα συμπτώματα της ασθένειας καθώς και τις εκδηλώσεις του ασθενή και να τα αναφέρει στο γιατρό.

Ο ασθενής με AIDS που νοσηλεύεται στην κλινική μπορεί να παρουσιάσει πολλά και διάφορα προβλήματα οπότε ο νοσηλευτής πρέπει να ακολουθεί μια σειρά βημάτων για τη διάγνωση και αντιμετώπιση τους και είναι τα εξής:

- Συχνός έλεγχος ζωτικών σημείων
- Έλεγχος για εμφάνιση επιπλοκών
- Συνεχής έλεγχος θερμοκρασίας
- Βελτίωση των διατροφικών συνηθειών(μικρά και συχνά γεύματα, snacks).

Πολλά από αυτά τα προβλήματα είναι η εμφάνιση διαταραχών της ακεραιότητας του δέρματος στην οποία συμβάλλουν η ξηροδερμία, οι διαταραχές θρέψης, η ακινησία λόγω εύκολης κόπωσης και οι κακώσεις ου δέρματος στα σημεία που ασκείται πίεση.

Η διατήρηση της συνέχειας του δέρματος είναι πολύ σημαντική εξαιτίας της προοδευτικής και εξουθενωτικής φύσης της νόσου, καθώς το δέρμα είναι η πρώτη γραμμή άμυνας απέναντι στις λοιμώξεις του ανοσοκατεσταλμένου ασθενή, αλλά και θέση ανάπτυξης δευτεροπαθών εκδηλώσεων της νόσου όπως είναι το σάρκωμα Kaposi και οι ερπητικές λοιμώξεις(Pέντζη & Τερζή, 1998).

Α)Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη βλάβη της ακεραιότητας του δέρματος περιλαμβάνουν(Παπαδάκη, 1998):

1. Συχνό έλεγχο του δέρματος για βλάβες και περιοχές λύσης της συνέχειάς του. Η έγκαιρη αναγνώριση της διαταραχής της ακεραιότητας του δέρματος επιτρέπει και την έγκαιρη παρέμβαση.
2. Παρακολούθηση των δερματικών βλαβών για τυχόν εμφάνιση σημείων λοίμωξης ή καθυστέρηση της επούλωσης. Η λοίμωξη ή η φτωχή αιμάτωση των ιστών μειώνει την ικανότητα επούλωσης αλλά μπορεί επιπλέον να οδηγήσει σε ακόμη μεγαλύτερη λύση της συνέχειας του δέρματος.
3. Αλλαγή θέσης του ασθενή κάθε δύο ώρες ή ακόμα και πιο συχνά αν θεωρείται απαραίτητο. Με τον τρόπο αυτό μειώνεται η συνεχής πίεση στις περιοχές που έχουν οστικές προεξοχές, αποφυγή κατακλίσεων, και βελτιώνεται η κυκλοφορία του αίματος στους ιστούς.
4. Χρήση συσκευών άρσης της πίεσης (όπως ειδικά στρώματα (όπως ειδικά στρώματα ή υποστηρίγματα για τους αγκώνες και τις πτέρνες. Αυτές οι συσκευές προστατεύουν τους ιστούς από την πίεση.
5. Διατήρηση του δέρματος καθαρού και στεγνού με τη χρήση σαπουνιού που δεν ξηραίνει το δέρμα ή γαλακτώματος καθαρισμού. Ο νυκτερινός εφιδρώσεις και η διάρροια μπορούν να προκαλέσουν λύση της συνέχειας και βλάβη του δέρματος. Ο συχνός καθαρισμός ελαττώνει την πιθανότητα ανάπτυξης μικροβίων και εμφάνισης λοίμωξης. Η εφαρμογή προστατευτικών κρεμών σε εξέρυθρες περιοχές της περιπρωκτικής χώρας προστατεύει το δέρμα από την ερεθιστική δράση που έχουν οι διαρροϊκές κενώσεις.
6. Διενέργεια μαλάξεων γύρω αλλά όχι από πάνω από τις περιοχές που ασκείται πίεση ώστε η κυκλοφορία του αίματος στους ιστούς να αυξηθεί.

Το μασάζ πάνω από την προσβεβλημένη περιοχή μπορεί να προκαλέσει λύση της συνέχειας του δέρματος.

7. Εάν υπάρχουν φυσαλίδες αυτές θα πρέπει να αφήνονται ανέπαφες και να καλύπτονται με ειδικά επιθέματα.

8. Σύσταση στον ασθενή να αποφεύγει να ξύνεται.. Το ξύσιμο και η εκδορά του δέρματος επιτρέπουν στα μικρόβια να εισέλθουν αυξάνοντας τον κίνδυνο λοίμωξης.

9. Αποφυγή χρήσης θερμών ή σφιχτών επιδέσεων. Η θερμότητα μπορεί να προκαλέσει περαιτέρω ξηρότητα και βλάβη στο δέρμα, ενώ οι επιδέσεις μπορεί να εμποδίσουν την κυκλοφορία και να οδηγήσουν σε εμφάνιση εξελκώσεων.

10. Ενθάρρυνση της κινητοποίησης του ασθενή καθώς η δραστηριότητα αυτή αυξάνει την κυκλοφορία του αίματος, μειώνει την άσκηση πίεσης και βοηθά στη διατήρηση του μυϊκού τόνου.

11. Η παρακολούθηση και διατήρηση επαρκούς επιπέδου θρέψης συμβάλλει στη μείωση του κινδύνου λύσης της συνέχειας των ιστών και βελτιώνει την αντίσταση του οργανισμού στη λοίμωξη.

B) Διαταραχές θρέψης, ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών του οργανισμού (Παπαδάκη, Α. 1998):

Αρκετοί παράγοντες που σχετίζονται με τη λοίμωξη HIV συμπεριλαμβανομένων και των κλινικών εκδηλώσεων της νόσου αυτής καθαυτής θέτουν τον ασθενή σε κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών θρέψης και απώλειας βάρους. Η διάρροια και η ανορεξία ενδέχεται να αποτελούν εκδηλώσεις της νόσου ή αποτέλεσμα της αντιρετροϊκής αγωγής.

Η χρόνια διάρροια όπως και το σύνδρομο απίσχνασης αποτελούν συνηθισμένες εκδηλώσεις στα όψιμα στάδια της λοίμωξης HIV. Το

σύνδρομο απίσχνασης εκδηλώνεται με ακούσια απώλεια βάρους, με διάρροια, πυρετό, χρόνια κόπωση και αδυναμία. Η διάρροια και η κόπωση συμβάλλουν στη εμφάνιση του συνδρόμου καθώς επίσης και ο αυξημένος ρυθμός μεταβολισμού που σχετίζεται με τον πυρετό.

Η καντιντίαση του στόματος και του οισοφάγου καθώς και το σάρκωμα Kaposi του πεπτικού σωλήνα μπορεί να προκαλέσουν πόνο κατά την κατάποση δημιουργώντας προβλήματα στη σίτιση και συμβάλλοντας έτσι στην εμφάνιση ανορεξίας. Η πτωχή θρέψη του ασθενή με HIV λοίμωξη μπορεί τελικά να οδηγήσει σε ταλαιπωρία του πάσχοντος, μεταβολή της εικόνας του σώματος, απώλεια μυϊκής μάζας, αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων και αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην περίπτωση αυτή είναι οι εξής:

- «1. Αξιολόγηση της κατάστασης θρέψης του ασθενή λαμβάνοντας υπόψη το σωματικό βάρος, το δείκτη μάζας σώματος, τις προσλαμβανόμενες θερμίδες και τις εργαστηριακές εξετάσεις.
2. Αναγνώριση των πιθανών αιτιών της διαταραχής θρέψης. Η αναγνώριση αυτή είναι που κατευθύνει τις ανάλογες παρεμβάσεις.
3. Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων μετά τις κενώσεις και αντιεμετικών πριν από τα γεύματα. Τα αντιπυρετικά χορηγούνται σύμφωνα με τις ανάγκες για τον έλεγχο του πυρετού. Η μείωση των διαρροϊκών κενώσεων βελτιώνει την απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών ενώ τα αντιεμετικά ανακουφίζουν τον ασθενή από τη ναυτία και βελτιώνουν την πρόσληψη τροφής.
4. Χορήγηση φαρμάκων για την καντιντίαση και τις άλλες παθολογικές εκδηλώσεις σύμφωνα με τις οδηγίες. Η καταπολέμηση της συγκεκριμένης ευκαιριακής λοίμωξης βοηθά τον ασθενή να νιώσει άνετα και κάνει πιο

εύκολη τη λήψη τροφής. Τα τοπικά αναισθητικά μπορεί να συμβάλλουν στην μείωση του πόνου και στη βελτίωση σίτισης.

5. Προσοχή στη χορήγηση τροφών με μεγάλη περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες καθώς μπορούν να διεγείρουν την κινητικότητα του εντέρου και να αυξήσουν τη συχνότητα των διαρροϊκών κενώσεων.

6. Παροχή διαίτας υψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες και θερμίδες. Η διαίτα αυξημένου πρωτεϊνικού και θερμιδικού περιεχομένου προσφέρει τις απαραίτητες θρεπτικές ουσίες για να καλυφθούν οι μεταβολικές απαιτήσεις του οργανισμού και οι ανάγκες του για την αποκατάσταση των ιστικών βλαβών.

7. Προσφορά μαλακών τροφών σε μικρές μερίδες καθώς οι μαλακές τροφές πέπτονται ευκολότερα. Οι μικρότερες μερίδες είναι ελκυστικότερες για τον ασθενή που έχει ανορεξία ή ναυτία.

8. Συμπερίληψη στον προγραμματισμό των γευμάτων των οικείων προσώπων του ασθενή τα οποία θα πρέπει να ενθαρρύνονται να του φέρνουν το αγαπημένο του φαγητό από το σπίτι καθώς είναι πιθανότερο να καταναλώσει ο ασθενής επαρκείς ποσότητες των τροφών που προτιμά. Η δυνατότητα επιλογής των τροφών αυξάνει την αίσθηση ελέγχου της κατάστασης από την πλευρά του ασθενή.

9. Παροχή βοήθειας στον ασθενή, αν απαιτείται, κατά τη διάρκεια της σίτισής του. η κόπωση και η αδυναμία είναι δυνατόν να εμποδίζουν τον ασθενή να καταναλώσει επαρκή ποσότητα τροφής.

10. Χορήγηση βιταμινών και εντερικής διατροφής. Με τον τρόπο αυτό βελτιώνεται η θρεπτική κατάσταση του ασθενή και αυξάνεται η πρόσληψη θερμίδων.

11. προσφορά βοήθειας στον ασθενή για συχνή εφαρμογή κανόνων στοματικής υγιεινής. Η στοματική υγιεινή βελτιώνει την όρεξη και μειώνει

τον κίνδυνο εμφάνισης βλαβών στο στοματικό βλεννογόνο» (Παπαδάκη, 1998).

Γ)Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα της ψυχοκοινωνικής υγείας ασθενή με AIDS:

«Ο ασθενής που διαγιγνώσκεται ως οροθετικός στον HIV αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα τα οποία σπάνια απασχολούν άλλους ασθενείς. Το πρώτο και κυριότερο είναι το γεγονός ότι η λοίμωξη από τον ιό HIV αποτελεί μία νόσο για την οποία δεν υπάρχει μέχρι σήμερα κάποια γνωστή θεραπεία που να οδηγεί στη βέβαιη ίαση και είναι σχεδόν πάντα θανατηφόρα.

Συνεπώς, τα συστήματα κοινωνικής υποστήριξης, οι οικογενειακές σχέσεις και η ικανότητα που έχει το άτομο να εργαστεί και να διαθέτει κάποια ασφάλιση υγείας μπορούν να διαταραχθούν από την ύπαρξη της νόσου. Επιπλέον υπάρχει μεγάλη πιθανότητα ο ασθενής να νιώθει ενοχές για τον τρόπο ζωής του αλλά και για τον τρόπο με τον οποίο μολύνθηκε από τον ιό. Καθώς εξελίσσεται η νόσος η κοινωνική απομόνωση, η κόπωση, η μεταβολή της εικόνας του σώματος, οι παρενέργειες των φαρμάκων που δίδονται για τη θεραπεία και πολλά άλλα προβλήματα που συνοδεύουν τη λοίμωξη από HIV επηρεάζουν την ικανότητα που έχει ο ασθενής να προσαρμοστεί στην κατάστασή του»(Παπαδάκη, 1998).

Ο νοσηλευτής μπορεί να προβεί στις εξής νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

1. Αξιολόγηση του συστήματος κοινωνικής υποστήριξης του ασθενή και τις συνήθεις μεθόδους αντιμετώπισης των προβλημάτων. Αυτή η πράξη βοηθάει τόσο το νοσηλευτή όσο και τον ασθενή να αναγνωρίσουν αφενός τα πρόσωπα και αφετέρου τους μηχανισμούς οι οποίοι μπορούν να βοηθήσουν στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου.

2. Αν είναι δυνατόν θα ήταν καλό να ανατεθεί η φροντίδα του ασθενή σε κάποιον πρωτοβάθμιο νοσηλευτή είτε η νοσηλεία του γίνεται στο σπίτι είτε σε κάποιο ίδρυμα είτε πρόκειται για αντιμετώπιση οξέων προβλημάτων. Έτσι διευκολύνεται αφενός η ανάπτυξη μίας θεραπευτικής σχέσης εμπιστοσύνης και αφετέρου υπάρχει μία συνέχεια στη φροντίδα.

3. Θα πρέπει να αφιερωθεί στον ασθενή επαρκής χρόνος χωρίς διακοπές. Η σταθερότητα στο πρόγραμμα και ο επαρκής χρόνος ενθαρρύνουν τον ασθενή ώστε να εκφράσει τα συναισθήματά του αλλά και να συζητήσει τα διάφορα προβλήματα τα οποία σχετίζονται με τη λοίμωξη HIV.

4. Θα πρέπει να εκμεταλλεύεται κάθε ευκαιρία για συνεργασία με τον ασθενή εκτός από την παροχή ειδικής νοσηλευτικής θεραπείας και φροντίδας. Η συνειδητή αυτή αλληλεπίδραση υποδηλώνει ότι υπάρχει ενδιαφέρον για τον ασθενή και ότι η κατάστασή του γίνεται αποδεκτή χωρίς φόβο για τη νόσο.

5. Υποστήριξη του κοινωνικού περιβάλλοντος του ασθενή. Καλό θα είναι να λαμβάνεται πάντα υπόψη ότι ενδέχεται οι μη παραδοσιακές οικογένειες να προσφέρουν περισσότερη υποστήριξη στον ασθενή σε σύγκριση με τις παραδοσιακές. Υπάρχει μάλιστα ενδεχόμενο να χρειαστεί μία πιο «ελεύθερη» ερμηνεία του όρου «οικογένεια» αν η πολιτική του

νοσηλευτικού ιδρύματος είναι να επιτρέπεται η πρόσβαση στον ασθενή μόνο στα μέλη της οικογένειάς του με τη στενή έννοια του όρου.

6. Προαγωγή της αμφίδρομης σχέσης μεταξύ του ασθενή και των προσώπων που είναι γι' αυτόν σημαντικά καθώς και της οικογένειάς του. Αυτό είναι σημαντικό γιατί η νοσηλεία και οι εκδηλώσεις της HIV λοίμωξης ενδέχεται να οδηγήσουν σε απομόνωση τον ασθενή περιορίζοντας με τον τρόπο αυτό την ικανότητά του να αντιμετωπίσει το πρόβλημά του.

7. Ενθάρρυνση του ασθενή να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων που αφορούν τη φροντίδα. Αυτό του προσφέρει μεγαλύτερη αίσθηση της αξίας του και μεγαλύτερη αίσθηση ελέγχου της κατάστασης αυξάνοντας έτσι τις δυνατότητες αντιμετώπισής της.

8. Καθορισμός ορίων και τήρηση αυτών όσον αφορά την καταστροφική συμπεριφορά του ασθενή ή τις προσπάθειές του να χειραγωγήσει το περιβάλλον του. Αν ο ασθενής δεν μπορεί ή δεν θέλει να θέσει όρια σε ακατάλληλες συμπεριφορές θα πρέπει να επιβληθεί εξωτερικός έλεγχος.

9. Παροχή βοήθειας στον ασθενή ώστε να αποδεχτεί την ευθύνη που έχει ο ίδιος για τις πράξεις του και να μη μεταθέτει την ευθύνη αυτή σε άλλους.

10. Παροχή υποστήριξης για τις θετικές συμπεριφορές αντιμετώπισης του προβλήματος, για τις αποφάσεις και τις πράξεις αλλά και για τα επιτεύγματα του ασθενή. με τον τρόπο αυτό ενισχύεται η αυτοεκτίμησή του και βελτιώνεται η κατάστασή του. (Lemone & Burke 2004).

Σημαντική είναι και η βοήθεια που μπορεί να παράσχει ο νοσηλευτής όσον αφορά τη σεξουαλική λειτουργία του ασθενή, η οποία επηρεάζει σημαντικά την ψυχολογική του κατάσταση:

Όπως είναι φυσικό η διάγνωση της HIV λοίμωξης μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη σεξουαλική ζωή του ασθενή. Το αίσθημα της ενοχής που σχετίζεται με τη διάγνωση ενδέχεται να επηρεάσει τη σεξουαλική διάθεση ενώ ο ασθενής μπορεί επίσης να είναι θυμωμένος με κάποιον οικείο ή το σύντροφό του, εάν αυτό το πρόσωπο ήταν η πιθανή πηγή της λοίμωξης. Επιπλέον, ενδέχεται ο ασθενής να φοβάται ότι μπορεί να μεταδώσει τη νόσο και σε άλλα άτομα μέσω των σεξουαλικών επαφών(ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.2016).

Καθώς εξελίσσεται η νόσος οι κλινικές της εκδηλώσεις είναι δυνατόν να επηρεάσουν την εικόνα του σώματος αλλά και την αυτοεκτίμηση διαταράσσοντας τη σεξουαλικότητα. Η σεξουαλική διάθεση και η ικανοποίηση μπορούν όμως να επηρεαστούν και από άλλα συμπτώματα της HIV λοίμωξης, όπως είναι η ναυτία, η κόπωση και η αδυναμία.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην περίπτωση αυτή είναι οι εξής

1. Πρώτα απ' όλα ο νοσηλευτής θα πρέπει να εξετάσει τα δικά του συναισθήματα όσον αφορά τη σεξουαλική συμπεριφορά, το ρόλο του κατά τις συζητήσεις με τον ασθενή σχετικά με τη σεξουαλική του ζωή, τον τρόπο ζωής του και τις σεξουαλικές του προτιμήσεις. Είναι ζωτικής σημασίας να αισθάνεται άνετα ο νοσηλευτής με τη σεξουαλικότητα του ασθενή και να είναι σε θέση να αποδεχτεί τον τρόπο ζωής του ασθενή προκειμένου να μπορέσει να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά της ανησυχίες του. Αν ο νοσηλευτής δεν μπορεί να ανταποκριθεί στο συγκεκριμένο ρόλο θα πρέπει να απαιτηθεί η παραπομπή του ασθενή σε άλλο νοσηλευτή.

2. Ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή. Κάτι τέτοιο μπορεί να επιτευχθεί με την αφιέρωση χρόνου, την ενεργητική ακρόαση, το ενδιαφέρον και την ειλικρίνεια. Η στάση του νοσηλευτή απέναντι στον ασθενή πρέπει να χαρακτηρίζεται από πνεύμα κατανόησης και όχι απειλητική ή κριτική διάθεση. Η σεξουαλική συμπεριφορά είναι προσωπικό ζήτημα για το οποίο αν δεν υπάρχει αμοιβαία σχέση εμπιστοσύνης η συζήτηση μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή θα είναι αδύνατη.

3. Παροχή αντικειμενικών πληροφοριών σχετικά με τη λοίμωξη HIV και τις συνέπειές της. Με τον τρόπο αυτό ο ασθενής βοηθιέται στο να υπερνικήσει τους φόβους του και να διακρίνει τους μύθους από την πραγματικότητα.

4. Συζήτηση για ασφαλέστερες πρακτικές σεξ, όπως το αγκάλιασμα, η μη σεξουαλική επαφή, η χρήση προφυλακτικών από latex και σπερματοκτόνου λιπαντικού και ο αυνανισμός. Οι διάφορες εναλλακτικές μορφές σεξουαλικής δραστηριότητας και οι εκδηλώσεις στοργής μπορεί να προσφέρουν στον ασθενή και το σύντροφό του τη δυνατότητα να διατηρήσουν τη στενή τους σχέση στη διάρκεια της πορείας της νόσου.

5. Ενθάρρυνση συζήτησης των φόβων και των ανησυχιών του ασθενή με το σύντροφό του. η ανοιχτή επικοινωνία τους βοηθά και τους δύο να αντιμετωπίσουν τα θέματα που σχετίζονται με τη σεξουαλική τους ζωή.

6. Όταν ο ασθενής είναι μόνος, χωρίς σύντροφο δηλαδή, τονίζεται η ανάγκη να συνεχίσει να έχει επαφές με άλλα άτομα και να δημιουργήσει κοινωνικές σχέσεις εφαρμόζοντας ασφαλέστερες πρακτικές σεξ, καθώς ο κίνδυνος απομόνωσης είναι ιδιαίτερα αυξημένος για τον ασθενή με λοίμωξη HIV. Οι σχέσεις του με άλλα άτομα τον βοηθούν να αντιμετωπίσει τη νόσο.

7. Παραπομπή του ασθενή και των σημαντικών γι' αυτόν προσώπων σε ομάδες υποστήριξης ατόμων με λοίμωξη HIV και των συντρόφων τους.

Οι ομάδες υποστήριξης προσφέρουν ένα κοινωνικό πλαίσιο στήριξης αποτελούμενο από άτομα που αντιμετωπίζουν τα ίδια προβλήματα (Παπαδάκη, 1998).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη μετανοσοκομειακή φροντίδα ασθενή με AIDS:

«Η μετανοσοκομειακή φροντίδα του ασθενή περιλαμβάνει ουσιαστικά την κατ' οίκον φροντίδα κατά τη διάρκεια της οποίας οι ανάγκες για εκπαίδευση τόσο του ασθενή όσο και των σημαντικών γι' αυτόν προσώπων είναι εκτεταμένες. Βασικός στόχος της εκπαίδευσης είναι η ενημέρωση σχετικά με τη νόσο, τους τρόπους μετάδοσης και την αναμενόμενη πορεία της»(ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.2016).

«Ο ασθενής και η οικογένειά του χρειάζονται ουσιαστική ενημέρωση με βάση σύγχρονα δεδομένα προκειμένου να διαμορφώσουν ρεαλιστικές προσδοκίες για το μέλλον και να ξεδιαλύνουν τυχόν μύθους, παρεξηγήσεις και προκαταλήψεις σχετικά με τη συγκεκριμένη νόσο. Σε αυτή τη φάση της εκπαίδευσης είναι δυνατόν να δοθούν πληροφορίες που να σχετίζονται με τη σύγχρονη έρευνα και τις προόδους της όσον αφορά την αντιμετώπιση της νόσου, προκειμένου να διατηρηθεί στον ασθενή και τους οικείους του το αίσθημα της ελπίδας»(Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας – Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, 1991).

«Στο πλαίσιο της προετοιμασίας για την κατ' οίκον φροντίδα θα πρέπει να συζητούνται με τον ασθενή και την οικογένειά του τα εξής θέματα:

1. Κατευθυντήριες οδηγίες για ασφαλέστερες πρακτικές στο σεξ.
2. Θρέψη, ανάπαυση και άσκηση, μείωση του στρες, αλλαγές του τρόπου ζωής και διατήρηση ενός θετικού τρόπου σκέψης.

3. Μέτρα πρόληψης της μετάδοσης των λοιμώξεων, όπως πλύσιμο των χεριών και χρήση γαντιών κατά το χειρισμό των εκκρίσεων και των απεκκρίσεων του ασθενή.

4. Σημασία της τακτικής ιατρικής παρακολούθησης και ελέγχου της ανοσολογικής κατάστασης.

5. Σημεία και συμπτώματα των ευκαιριακών λοιμώξεων και των κακοηθών νεοπλασμάτων καθώς και άλλα συμπτώματα που θα πρέπει να αναφέρονται στο θεράποντα ιατρό.

6. Φάρμακα και παρενέργειες αυτών.

7. Τρόπος χρήσης και φροντίδας των εμφυτευμένων συσκευών φλεβικής προσπέλασης, ολική παρεντερική διατροφή, χρήση αντλιών και συσκευών συνεχούς ενδοφλέβιας χορήγησης φαρμάκων και φάρμακα που χορηγούνται ενδοφλεβίως ή υπό τη μορφή aerosol.

8. Διακοπή του καπνίσματος, της χρήσης αλκοόλ και παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών.

9. Υπηρεσίες φροντίδας υγείας στο σπίτι.

10. Ίδρύματα για ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νόσου.

11. Υπηρεσίες της κοινότητας όπως ομάδες υποστήριξης, κοινωνικοί λειτουργοί.»

(Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας – Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, 1991)

4.3.Δικαιώματα και υποχρεώσεις οροθετικών ασθενών:

Οι οροθετικοί μπορεί να μην παρουσιάζουν το παραμικρό σύμπτωμα ή σημείο και να παραμείνουν υγιείς σε όλη τους τη ζωή. Είναι όμως μολυσματικοί για τους άλλους. Γι' αυτό κάθε οροθετικός πρέπει να προσαρμοστεί σε νέες συνήθειες και συνθήκες διαβίωσης για να προστατέψει το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον. Έχει επομένως ορισμένα δικαιώματα και συγκεκριμένες υποχρεώσεις(Δαρδαβέσης, 2003).

4.3.1.Δικαιώματα οροθετικών :

1. Οι οροθετικοί δεν μεταδίδουν τον ιό στο εργασιακό τους περιβάλλον. Μπορούν να εργάζονται σε καταστήματα τροφίμων, εστιατόρια, πολυκαταστήματα.
2. Δεν αποκλείονται από υγειονομικές, νοσηλευτικές, εκπαιδευτικές ή άλλες παρόμοιες υπηρεσίες.
3. Οι οροθετικοί είναι ελεύθεροι να ταξιδεύουν παντού για εργασία ή αναψυχή. Είναι άδικη και συγχρόνως αναποτελεσματική η επιβολή περιορισμών μεταναστεύσεως ή απλής μετακινήσεως από ορισμένες χώρες.
4. Δεν πρέπει να επιβάλλονται περιορισμοί στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή των οροθετικών. Δεν απαιτείται καμιά ειδική μέριμνα για την κοινή χρήση σκευών φαγητού ή τουαλέτας. Προσοχή μόνο χρειάζεται για την ατομική χρήση οδοντόβουρτσας, ξυριστικών μηχανών ή άλλων αντικειμένων που μπορούν διατρυπώντας το δέρμα ή τους βλεννογόνους να «εμβολιαστούν» αίμα ή άλλα εκκρίματα του οροθετικού σε άλλο άτομο της οικογένειας. Αυτά όμως αποτελούν στοιχειώδη μέτρα υγιεινής που πρέπει πάντα να τηρούνται

απαραίτητα από τον καθένα μας και όχι μόνο να προφυλαχθούμε από το AIDS.

5. Επίσης τα οροθετικά παιδιά μπορεί να εξακολουθήσουν να πηγαίνουν στο σχολείο τους γιατί δεν αποτελούν κίνδυνο για τα άλλα παιδιά. Οι οροθετικοί τέλος πρέπει να απολαμβάνουν τα ίδια δικαιώματα για ιατρική και οδοντιατρική περίθαλψη που χρειάζονται κατά περίπτωση. Υποχρεούνται όμως να προειδοποιούν τον θεράποντα ιατρό, που πρέπει να προσφέρει τις νοσηλευτικές του φροντίδες και να τηρεί αυστηρά το απόρρητο(Δαρδαβέσης, 2003).

4.3.2. Υποχρεώσεις οροθετικών.

Εφ' όσον ο ιός υπάρχει στο αίμα, στο σπέρμα και στα κολπικά υγρά, κάθε είδους σεξουαλική επαφή που μπορεί να τα μεταφέρει στον ερωτικό σύντροφο, μπορεί να προκαλέσει μόλυνση. Η ομοφυλοφιλική σεξουαλική επαφή είναι η περισσότερο επικίνδυνη γιατί είναι περισσότερο τραυματική και το επιθήλιο του εντέρου περισσότερο διαβατό. Γι' αυτό ασχέτως φύλου καθένας πρέπει να γνωρίζει ότι η χρήση προφυλακτικού είναι τελείως απαραίτητη για την αποφυγή μετάδοσης της λοίμωξης. Ο οροθετικός πρέπει να συμβουλευθεί ειδικούς για τους τρόπους ασφαλέστερης σεξουαλικής επαφής και είναι υποχρεωμένος να πληροφορεί τους ερωτικούς του συντρόφους. Διαφορετικά διαπράττει παράπτωμα και μπορεί να καταδικαστεί ιδιαίτερα αν μολυνθεί ο ερωτικός τους σύντροφος. Επίσης απαγορεύεται η τεκνοποίηση όταν ένας από το ζευγάρι είναι οροθετικός. Όταν η έγκυος μολυνθεί υπάρχει πάνω από 50% πιθανότητα νόσησης του παιδιού αλλά και η πιθανότητα εξέλιξης σε ασθενή είναι μεγαλύτερη κατά την εγκυμοσύνη.

Ο οροθετικός δεν πρέπει να συνεχίσει τη χρήση ναρκωτικών, αφού έτσι μπορεί να επιταχύνει την εξέλιξη σε νόσο. Με την κοινή χρήση σύριγγας μπορεί να μολυνθεί με άλλους ιούς που μεταδίδονται με το αίμα. Μπορεί ακόμη να μολυνθεί με άλλο στέλεχος του ιού του AIDS. Μπορεί επομένως να μεταπέσει ευκολότερα σε νόσο. Γι' αυτό αν για οποιοδήποτε λόγο χρησιμοποιηθεί ναρκωτικό θα πρέπει να έχει ατομική ή μιας χρήσεως μόνο σύριγγα. Έτσι θα είναι συνεπής στην υποχρέωση να προφυλάσσει τους άλλους. Για τους ίδιους λόγους θα πρέπει να χρησιμοποιήσει προφυλακτικό. Ο οροθετικός δεν θα πρέπει να γίνει αιμοδότης, δωρητής γάλακτος, σπέρματος ή οποιουδήποτε οργάνου(Δαρδαβέσης, 2003).

4.4 Εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση ασθενών με AIDS.

«Η HIV λοίμωξη μπορεί να χαρακτηριστεί ως η «απειλή της δεκαετίας του '80». Η αρχική αγωνία και ο δικαιολογημένος φόβος που προκάλεσε έχουν πλέον μετατραπεί σε πρόκληση, όχι μόνο για τους γιατρούς και τις οργανώσεις υγείας, αλλά και για την οργανωτική μας δομή και την κοινωνική μας παιδεία. Η HIV λοίμωξη δεν κατέδειξε αδυναμίες μόνο στον ιατρικό χώρο αλλά αποκάλυψε, κυρίως, ότι η κοινωνία μας, παρά τη «φαινοτυπική» της εξημέρωση, αντιδρά βίαια στα θύματα των επιδημικών νοσημάτων. Μέσα σε αυτό το κοινωνικό πλαίσιο και σε συνδυασμό με την περιορισμένη δυνατότητα ειδικής αντι-ικτής παρέμβασης, η αντιμετώπιση ασθενών με HIV λοίμωξη αποτελεί σύνθετο, μη τυποποιημένο πρόβλημα, όπου τα καθαρώς ιατρικά προβλήματα συνυπάρχουν με τα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής.»

(eureka.lib.teithe.gr:8080/bitstream/handle/.../Maurohoridou_Emmanouilidou.pdf?)

Η εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση ασθενών με HIV λοίμωξη είναι έργο ομάδας ειδικών γιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών. Η ομάδα αυτή, εγκατεστημένη στα μεγάλα νοσοκομεία, πρέπει να οργανώσει τακτικό, ειδικό εξωτερικό ιατρείο για να παρακολουθεί και να ενημερώνει υπεύθυνα τους ασθενείς με AIDS και τους απλώς οροθετικούς (Lemone & Burke 2004).

4.5. Φροντίδα των ατόμων με HIV/AIDS και η εμφάνιση του συνδρόμου «burn-out».

Το σύνδρομο HIV/AIDS έχει μία ιδιαίτερα σημαντική επίδραση στους φροντιστές των ασθενών, εκ των οποίων οι περισσότεροι βιώνουν το σύνδρομο «υπερκόπωσης» ή “burn-out”. Εμφανίζουν άσχημες ψυχολογικές αντιδράσεις, αισθάνονται απομονωμένοι, σωματικά εξουθενωμένοι και πιθανόν συναισθηματικά φορτισμένοι, και αυτό έχει επίπτωση στην καθημερινότητά τους. Για το λόγο αυτό οι φροντιστές πρέπει να έχουν σαφή πληροφόρηση σχετικά με: α) θέματα καθημερινής φροντίδας και επικοινωνίας με το άτομο με HIV/AIDS, β) επικοινωνίας με τους λειτουργούς υγείας, γ) μείωσης και διοχέτευσης του άγχους, δ) εξοικείωσης με τους φόβους τους και ε) χειρισμού δύσκολης συμπεριφοράς του ατόμου με HIV/AIDS(ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2016).

Συμβουλές προς τους ασθενείς για καλύτερη συμμόρφωση στην αντιρετροϊκή θεραπεία:

- «Ενημερώσου για το πώς λειτουργεί ο ιός HIV, πώς λειτουργεί η αντιρετροϊκή αγωγή και γιατί είναι απαραίτητη η αυστηρή συμμόρφωση στις οδηγίες λήψης της.

- Δώσε χρόνο στον εαυτό σου για να οργανώσεις προσεκτικά το καθημερινό χρονοδιάγραμμα λήψης των αντιρετροϊκών σου φαρμάκων, λαμβάνοντας υπόψη τις οδηγίες του γιατρού σου και το καθημερινό σου πρόγραμμα. Το χρονοδιάγραμμα αυτό θα πρέπει να είναι σταθερό και να παίρνεις τα φάρμακά σου την ίδια ώρα κάθε ημέρα. Ίσως χρειαστεί να προσαρμόσεις με κάποιον τρόπο το καθημερινό σου πρόγραμμα, ώστε να διευκολύνεται η σταθερή λήψη της αγωγής.

- Αν παίρνεις τα φάρμακά σου ανά 24 ώρες (1 δόση την ημέρα), σκέψου ποια θα μπορούσε να είναι η πιο βολική ώρα για σένα, προβλέποντας εκ των προτέρων και δυσκολίες που μπορεί να προκύψουν. Αν πρέπει να παίρνεις τα φάρμακά σου ανά 12 ώρες (2 δόσεις την ημέρα), οι επιλογές σου είναι αναγκαστικά πιο περιορισμένες.

- Αν ήδη έχεις κάποια σταθερή καθημερινή ρουτίνα (π.χ. αν ξυπνάς ή κοιμάσαι μια σταθερή ώρα, αν εργάζεσαι συγκεκριμένες ώρες), μπορείς να δοκιμάσεις να εντάξεις τη λήψη της αντιρετροϊκής σου αγωγής σε αυτήν. Για παράδειγμα, μπορείς να παίρνεις τα φάρμακά σου αμέσως μόλις βουρτσίσεις τα δόντια σου ή αμέσως μετά το μεσημεριανό σου γεύμα (εφόσον αυτά γίνονται την ίδια ώρα κάθε μέρα, ακόμη και τις μη εργάσιμες).

- Μπορείς να χρησιμοποιείς κάποιο βοήθημα υπενθύμισης (π.χ. κινητό τηλέφωνο, ρολόι, ξυπνητήρι). Επίσης, πολλοί άνθρωποι βρίσκουν

βοηθητική τη χρήση κάποιας θήκης χαπιών(ημερήσια, εβδομαδιαία ή μηνιαία). Στο εμπόριο κυκλοφορεί μια ευρεία ποικιλία τέτοιων προϊόντων.

- Μπορείς να χρησιμοποιείς ένα ημερολόγιο, όπου να καταγράφεις την ώρα που λαμβάνεις την αγωγή σου κάθε ημέρα. Αυτό μπορεί να λειτουργεί και ως υπενθύμιση, αλλά σου δίνει και μια σαφή εικόνα του πόσο καλή είναι η συμμόρφωσή σου στη θεραπεία.

- Αν θέλεις, μπορείς να ζητήσεις από άλλα πρόσωπα που γνωρίζουν για την οροθετικότητά σου και περνάτε χρόνο μαζί (π.χ. συνάδελφοι, συγγενείς, σύντροφοι, φίλοι) να σου υπενθυμίζουν την αγωγή σου.

- Δεν έχουν όλα τα αντιρετροϊκά φάρμακα τις ίδιες απαιτήσεις για χρονική ακρίβεια στη λήψη τους. Συζήτησε με τον γιατρό σου το πόσο ακριβής χρειάζεται να είσαι, ανάλογα με το θεραπευτικό σχήμα που λαμβάνεις, και αν και πόσο χρονικό περιθώριο έχεις για να λάβεις μία δόση λίγο νωρίτερα ή λίγο αργότερα (π.χ. ± 30 λεπτά).

- Αν ξεχάσεις εντελώς να πάρεις κάποια δόση σου, δε χρειάζεται να αγχωθείς. Αν αυτό συμβαίνει σποραδικά (όχι περισσότερο από 1 φορά τον μήνα), είναι εξαιρετικά σπάνιο να αποτελέσει πρόβλημα. Αν όμως συμβαίνει συχνότερα, θα πρέπει οπωσδήποτε να το συζητήσεις με τον γιατρό σου και να βρεις τρόπους να βελτιώσεις τη συμμόρφωσή σου στη θεραπεία.

- Ρώτησε το γιατρό σου τι θα πρέπει να κάνεις στην περίπτωση που θυμηθείς καθυστερημένα να πάρεις το φάρμακό σου. Οι οδηγίες μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με την αγωγή που παίρνεις. Σε κάποιες περιπτώσεις συστήνεται να λάβεις τη δόση, έστω και με καθυστέρηση, ενώ σε άλλες συστήνεται να παραλείψεις την καθυστερημένη δόση και να πάρεις κανονικά την επόμενη. Σε καμία περίπτωση μην πάρεις διπλή δόση για να καλύψεις αυτή που ξέχασες.

- Αν έχεις δυσάρεστες παρενέργειες από την αντιρετροϊκή αγωγή (ιδίως αν αυτές επιμένουν), συζήτησέ το με τον γιατρό σου. Ίσως μπορεί να σου χορηγήσει φάρμακα που να ανακουφίσουν τα συμπτώματα αυτά. Ίσως, ακόμη, κρίνει ότι χρειάζεται να αλλάξεις αγωγή.

- Αν λαμβάνεις ή πρόκειται να λάβεις οποιοδήποτε άλλο φάρμακο, συζήτησε πρώτα με τον γιατρό σου αν υπάρχει περίπτωση αυτό να αλληλεπιδρά με την αντιρετροϊκή σου αγωγή, επηρεάζοντας τη συγκέντρωσή της στο αίμα σου. Το ίδιο ισχύει και για μη συνταγογραφούμενα παραφαρμακευτικά σκευάσματα (π.χ. βότανα, βιταμίνες, διατροφικά συμπληρώματα).

- Αν κάνεις περιστασιακή ή συστηματική χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, ενημέρωσε οπωσδήποτε τον γιατρό σου. Ενδέχεται οι ουσίες αυτές να αλληλεπιδρούν με την αντιρετροϊκή σου αγωγή, επηρεάζοντας τη συγκέντρωσή της στο αίμα σου.

- Αν χρειαστεί να αλλάξεις την ώρα που παίρνεις την αγωγή σου, συζήτησε με τον γιατρό σου πώς μπορεί να γίνει αυτό χωρίς να χάσεις δόση.

Να είσαι ειλικρινής με τον γιατρό σου ως προς το πόσο καλή είναι η συμμόρφωσή σου, καθώς αυτό μπορεί να καθορίσει σημαντικές αποφάσεις για την υγεία και τη θεραπεία σου.

- Αν πρόκειται να πας κάποιο ταξίδι, πάρε μαζί σου επιπλέον φάρμακα για την περίπτωση που χρειαστεί να λείψεις από το σπίτι σου παραπάνω χρόνο. Επιπλέον, ρώτησε τον γιατρό σου αν χρειάζεται να μεταφέρεις τα φάρμακά σου σε κάποια ειδική συσκευασία για την καλύτερη συντήρησή τους.

- Ζήτησε βοήθεια από το προσωπικό του νοσοκομείου σου ή από οργανώσεις υποστήριξης των ανθρώπων με HIV (όπως το Κέντρο Ζωής), αν αντιμετωπίζεις ψυχοκοινωνικά προβλήματα που παρεμποδίζουν τη σωστή λήψη της αγωγής (π.χ. ζητήματα ψυχικής υγείας, οικονομικές δυσκολίες,

χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, ενδοοικογενειακή βία).(Κέντρο Ζωής, Περιοδικό)

- Γενικές συμβουλές υποστήριξης των φροντιστών ατόμων με HIV/AIDS: μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τους λειτουργούς υγείας προκειμένου να προστατέψουν τους φροντιστές από το σύνδρομο «burn-out»:

- Η θέσπιση προτεραιοτήτων στην φροντίδα και στα πρόσωπα που λαμβάνουν αποφάσεις γι' αυτή είναι σημαντική.
- Η εξεύρεση ελεύθερου χρόνου και η ενασχόληση με προσωπικές ευχάριστες δραστηριότητες που δεν σχετίζονται με τη φροντίδα του ασθενούς βοηθούν στην αποφυγή του άγχους. Η αποφυγή της αποκλειστικής ενασχόλησης με την φροντίδα του ασθενούς είναι σημαντικός παράγοντας για την εξοικονόμηση στιγμών ξεκούρασης και ηρεμίας.
- Η θέσπιση ορίων στην προσφορά φροντίδας βοηθά επίσης τον φροντιστή στην εξοικονόμηση ενέργειας.
- Η καταγραφή των καθημερινών αναγκών του ασθενούς βοηθά στην καλύτερη οργάνωση της φροντίδας και στην εξοικονόμηση χρόνου και ενέργειας.
- Η προσπάθεια δημιουργίας ευχάριστου περιβάλλοντος για τον ασθενή αλλά και για τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας βοηθά στην ενδυνάμωση των σχέσεων και οδηγεί σε συναισθηματική ικανοποίηση.
- Η καταγραφή υπαρκτών και πιθανών προβλημάτων για τον ασθενή και για την οικογένεια και η εξεύρεση λύσεων βοηθά στο να προληφθούν μεγαλύτερα προβλήματα ή κρίσεις.
- Η αναζήτηση υποστήριξης από άλλα άτομα του οικογενειακού ή φιλικού περιβάλλοντος είναι απαραίτητη για την διατήρηση καλής φυσικής και συναισθηματικής κατάστασης του φροντιστή.

- Η συζήτηση με τους λειτουργούς υγείας σχετικά με τα όρια φροντίδας και το διαχωρισμό των καθηκόντων είναι επίσης απαραίτητη.
- Τέλος η σωστή και επαρκής πληροφόρηση σχετικά με τον ιό, την πρόγνωση και την φροντίδα αποτελούν σημαντικούς παράγοντες βοήθειας για τους φροντιστές»(ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. 2016).

Κεφάλαιο 5^ο

5. Πρόληψη.

Ενόψει της θεραπευτικής αναποτελεσματικότητας των φαρμάκων και της μεγάλης μεταδοτικότητας της νόσου, εύλογα, κάθε ελπίδα για την αντιμετώπισή της ανατίθεται στην προληπτική αγωγή κατά της μετάδοσης, λαμβάνοντας υπόψιν ότι επί του παρόντος δεν διατίθεται και δραστικό εμβόλιο.

Οι βασικές αρχές της αφορούν στην πρόληψη που επιβάλλεται να ασκείται τόσο στους φορείς και στους ασθενείς για να μη μεταδίδουν όσο και σε κάθε άτομο της κοινωνίας για να μη μολύνεται. Κάθε άτομο, κάθε οργανισμός, κρατικός ή ιδιωτικός, που έχει κάποια δυνατότητα να επιδράσει ανασταλτικώς στη μετάδοση, οφείλει να διακατέχεται από πνεύμα υπευθυνότητας για να συμβάλει στην πρόληψη της νόσου. Τη βάση της πρόληψης αποτελεί η εμπειριστατωμένη διαφώτιση για τη μετάδοση και η καθοδήγηση για την αποσόβησή της. Και αυτά πρέπει να γίνονται κατά τις υποδείξεις των διεθνών και εθνικών ειδικών για το AIDS.

Η ενημέρωση είναι επιτακτικώς αναγκαίο να γίνεται σύμφωνα με τις κλασικές αρχές της ανθρώπινης επικοινωνίας, με πνεύμα καλόβουλης συνεργασίας. Η στήριξη της πρόληψης στην πλήρη γνώση της

επιδημιολογίας της νόσου είναι αυτονόητη προϋπόθεση (Στρουμπούκη & Σταυροπούλου, 2008).

5.1. Πρόληψη σεξουαλικής μετάδοσης.

«Η σεξουαλική μετάδοση αποτελεί τον πρώτο στόχο για εξουδετέρωση, γιατί ο κίνδυνος από αυτήν αφορά στο σύνολο των ατόμων από την παιδική ηλικία και μετά. Η σεξουαλική πράξη είναι μια ανθρώπινη δραστηριότητα, πράξη και λειτουργία, θελκτική, ψυχοδιεγερτική, που δύσκολα εποπτεύεται ως βηματοδοτούμενη από το ένστικτο και εμπεδούμενη από τη συνήθεια της απόλαυσης και της ηδονής. Δεν είναι δυνατόν να το περιορίσει κανείς ως ψυχοβιολογική λειτουργία και ανάγκη, επιβάλλεται όμως να το κατευθύνει για να συνδυασθεί το τερπνόν μετά του ωφελίμου. Το μεγάλο μυστικό του όπλο είναι τα προφυλακτικά. Είναι φτιαγμένο σύμφωνα με το ανθρώπινο αίτημα της ηδονής και τη «σωματική ένωση». Η σύσταση για χρήση προφυλακτικών είναι αναγκαία για τα πολυγαμικά άτομα. Εκτός όμως από τη χρήση προφυλακτικού ακόμα μια πρόταση που βοηθά στη πρόληψη μετάδοσης της νόσου είναι οι μονογαμικές σχέσεις. Συγκριτικώς, η πρώτη γραμμή πρόληψης είναι ρεαλιστικότερη για το παρόν, έχει αμεσότερη κατασταλτική επίδραση και φυσικά τη χρειαζόμαστε χωρίς άλλο. Δεν αποτελεί όμως τον καλό τελικό στόχο. Όπλο της είναι τα προφυλακτικά που, χωρίς να είναι απαλλαγμένα μειονεκτημάτων, παρέχουν μεγάλη προληπτική θωράκιση, ιδίως συνδυαζόμενα με σπερματοκτόνα. Η δεύτερη είναι θεωρητικότερη, πιο μεστή, πιο ανθρώπινη, που προσφέρεται όμως περισσότερο για το απώτερο μέλλον. Έχει ως όπλο τη μονογαμία. Και προσφέρει υψηλότερο νόημα στη

ζωή, πολύ σημαντικό ενόψει των αγωνιωδών υπαρξιακών προβλημάτων των σημερινών νέων. Λάθος είναι να μη ληφθούν υπόψη και οι δύο, που δικαιολογούν, θα ισχυριζόμουν, το παρακάτω σύνθημα προληπτικής πορείας: Χρησιμοποιείτε το προφυλακτικό. Προτιμήστε τη μόνιμη ερωτική σχέση, αποφεύγοντας την πολυγαμία» (Στρουμπούκη & Σταυροπούλου, 2008).

5.2. Πρόληψη μετάδοσης με αίμα και παράγωγα του πλάσματος.

Στηρίζεται στην επιλογή των αιμοδοτών (με αυστηρή τήρηση των κανόνων της αιμοδοσίας, αποκλεισμό των ατόμων υψηλού κινδύνου, των ναυτικών και των τουριστών από την αιμοδοσία, ιδίως των προερχόμενων από χώρες με υψηλή μολυσματικότητα) και αξιόπιστο εργαστηριακό έλεγχο του μεταγγιζόμενου αίματος (ΚΕΕΛΠΝΟ 2015).

5.3. Ενημέρωση του υγιούς πληθυσμού

Ενημέρωση του κοινού για τον τρόπο μετάδοσης του ΣΕΑΑ και για την πορεία τις λοίμωξης, τα εμπόδια, τις δυσκολίες στην αντιμετώπιση και την καθημερινότητά των ασθενών.

Ενθάρρυνση ώστε να γίνεται έγκαιρη διάγνωση με γνώμονα το ιατρικό απόρρητο και τη μείωση διασποράς της λοίμωξης.

· Τα υγιή άτομα οφείλουν να αποφύγουν τη σεξουαλική επαφή με πάσχοντες ή ύποπτους για ΣΕΑΑ ή άτομα που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου, τη συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων, ενώ σημαντική είναι η χρησιμοποίηση προφυλακτικού (Ρέντζη & Τερζή, 1998; ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2016).

5.4 Προφυλάξεις για τους ίδιους τους πάσχοντες.

«~Τήρηση των κανόνων υγιεινής

~Καλή διατροφή και αυστηρή δίαιτα σε περίπτωση εμφάνισης διαρροϊκού συνδρόμου

~Λήψη των φαρμάκων με σωστό τρόπο και σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες

~Αποφυγή έντονης ψυχικής ή σωματικής κόπωσης

~Προφύλαξη, κατά το δυνατόν, από τις λοιμώξεις.

~Αποφυγή ερωτικής πράξης ή χρησιμοποίηση προφυλακτικού κατ' αυτήν είναι σημαντική αλλά και η αποφυγή ανταλλαγής υγρών του σώματος (εκκριμάτων) κατά την συνουσία ή μετά από αυτήν.

~Να μη μοιράζονται ατομικά είδη (κλινοσκεπάσματα, ενδύματα, πετσέτες, ξυριστικές μηχανές, οδοντόβουρτσες κλπ.), από τα οποία μπορεί να μολυνθεί το οικείο περιβάλλον.

~Αποφυγή εγκυμοσύνης, ενώ σε περίπτωση τεκνοποίησης να αποφεύγεται ο θηλασμός.

~Χρήση συρίγγων μιας χρήσης (για τοξικομανείς).

~Αποφυγή δερματοστιξίας ή σκουλαρικών διατρύπησης.

~Να ενημερώνουν τα άτομα, με τα οποία είχαν σεξουαλική επαφή στο παρελθόν ή άτομα με τα οποία έκαναν κοινή χρήση ναρκωτικών, ώστε αυτά να εξετάζονται.

~Οφείλουν να απολυμαίνουν τα αντικείμενα, τα οποία μολύνθηκαν με το αίμα τους αλλά και να ενημερώνουν για την πάθησή τους το γιατρό ή οδοντογιατρό που επισκέπτονται.

~Να έχουν συχνή επικοινωνία -για λήψη οδηγιών ή εξέταση ή νοσηλεία- με την «ειδική ομάδα» νοσοκομειακών γιατρών,»(ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2016).

5.5. Προφυλάξεις για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

«Το προσωπικό κατά την εκτέλεση νοσηλευτικών ή ιατρικών πράξεων πρέπει να φορά ειδικές μπλούζες, γάντια και μάσκα, τα οποία αλλάζονται αμέσως μετά, ενώ ιδιαίτερη προσοχή κατά τη λήψη αίματος, για αποφυγή πιθανού νυγμού από τη μολυσμένη βελόνα της αιμοληψίας.

Ο επιμελής καθαρισμός του δέρματος από αίμα που τυχόν χύθηκε κατά την αιμοληψία είναι σημαντικός καθώς το ξηραμένο αίμα μπορεί να αποτελέσει εστία μετάδοσης και τα φιαλίδια με τα δείγματα αίματος ή εκκριμάτων καθώς και τα δοχεία με απεκκρίματα (ούρα, κόπρανα) του ασθενούς, οφείλουν να φέρουν ετικέτα κόκκινη με την επιγραφή ΣΕΑΑ.

Τα προς εξέταση δείγματα καλό είναι να τοποθετούνται σε πλαστικά σωληνάρια με καπάκι. Αυτά στη συνέχεια με προσοχή τοποθετούνται σε πλαστικά δοχεία με βιδωτό πώμα, τα οποία μέσα σε διαφανή σακούλα μεταφέρονται στο εργαστήριο με την επιγραφή ΣΕΑΑ.

Σε οποιοδήποτε εργαστήριο κατευθύνεται ο άρρωστος, στο παραπεμπτικό σημείωμα αναγράφεται ευανάγνωστα η λέξη ΣΕΑΑ και υπογραμμίζεται με κόκκινη γραμμή, ενώ οι βελόνες που χρησιμοποιούνται κατά τη νοσηλεία, τοποθετούνται μετά αυτήν σε ειδικά αδιάτρητα δοχεία (με κόκκινη ετικέτα) ώστε να επισύρουν την προσοχή του προσωπικού καθαριότητας και αποφευχθούν ενδεχομένως νυγμοί ή μικροτραυματισμοί που σαν αποτέλεσμα θα είχαν τη διασπορά της λοίμωξης.

Τα υλικά ή αντικείμενα που έχουν μολυνθεί με αίμα, εκκρίματα του αρρώστου πρέπει να τοποθετούνται σε ειδικά δοχεία, στα οποία αναγράφεται η ένδειξη «ανάγκη για αποστείρωση». Η αποστείρωση μπορεί να γίνεται στο αυτόκαυστο ή στον κλίβανο ξηρής θερμότητας ή με οξείδιο

του αιθυλενίου ή με χημικούς ατμούς. Σε περίπτωση μη επαναχρησιμοποίησης των μολυσμένων αντικειμένων αυτά μπορούν να καίγονται.

Τα ιατρικά όργανα που έχουν χρησιμοποιηθεί πρέπει με ιδιαίτερη φροντίδα να πλένονται και στη συνέχεια αποστειρώνονται. Κατά το πλύσιμο επιβάλλεται η χρήση αδιάτρητων (χοντρών) γαντιών, ενώ σε περίπτωση ανάγκης αιμοκάθαρσης του αρρώστου, απαιτείται μετά αυτήν αφαίρεση και αχρήστευση των φίλτρων, σχολαστικός καθαρισμός του οργάνου και χρησιμοποίηση απολυμαντικών διαλυμάτων όπως: α.) διάλυμα NaOH πυκνότητα 40 MMOL/L για 5'. β.) διάλυμα αιθυλικής αλκοόλης 70% για 1'. Γ.) διάλυμα γλουταραλδεϋδης 1% για 15'. Σε χειρουργικές επεμβάσεις το σύνολο των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκε τοποθετείται στα ειδικά δοχεία με την ένδειξη «ανάγκη για αποστείρωση» και ιδιαίτερη προσοχή εφιστάται στα εργαστήρια, παθολογοανατομία, νεκροτομεία.

Ο αποκλεισμός των πασχόντων ή οροθετικών ατόμων από την εθελοντική αιμοδοσία είναι αναγκαίος. Οφείλεται να γίνεται αυστηρός έλεγχος του σπέρματος και των οργάνων σώματος, που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για μεταμόσχευση, ιδιαίτερα όταν προέρχονται από νεκρούς δότες, ενώ τέλος η χρησιμοποίηση παραγώγων του αίματος, μόνο αφού έχει προηγηθεί αδρανοποίηση, μετά από θέρμανση»(ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. (2016).

6. Ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ασθενών με ΣΕΑΑ.

«Από το 1981 μέχρι σήμερα έχουν δημοσιευθεί αρκετές μελέτες, στις οποίες αξιολογούνται οι κοινωνικές επιπτώσεις πάνω σε μεγάλο αριθμό πασχόντων από σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας.

Οι ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται στους ασθενείς με ΣΕΑΑ απορρέουν από:

- α) την συνειδητοποίηση της τραγικότητας της ίδιας της πάθησής τους,
- β) τις νευρολογικές διαταραχές του ΚΝΣ που προκαλεί η πάθηση (οργανικό ψυχосύνδρομο) και
- γ) την αρνητική στάση του κοινωνικού συνόλου απέναντι σ' αυτούς.

Τα τρία αυτά επίπεδα αποτελούν πηγές που τροφοδοτούν τους αρρώστους με ένταση και άγχος, δημιουργώντας ψυχικούς κλυδωνισμούς, με εναλλασσόμενες φάσεις έξαρσης και ύφεσης. Οι ψυχικές αντιδράσεις, που παρατηρούνται στην πορεία των πασχόντων, παριστάνουν καταστάσεις κλονισμένου ψυχισμού, οι οποίες διατρέχουν σε τέσσερις αλληλοδιάδοχες φάσεις, που είναι:

- Η αρχική κρίση,
- η μεταβατική κατάσταση,
- η κατάσταση ανεπάρκειας ή αποδοχής και
- η προπαρασκευή για το Θάνατο.

1) Αρχική κρίση (Initial crisis): Από μελέτες (Hackett και Cassem, Horowitz) έχει επισημανθεί ότι η κατάσταση κρίσης, που αρχίζει με τη διαπίστωση της πάθησης, έχει κύριο χαρακτηριστικό την «ψυχική άρνηση η οποία εναλλάσσεται σε περιόδους έντασης και άγχους». Όταν η άρνηση εκδηλώνεται με ήπιο ή μέτριο χαρακτήρα έντασης, ο άρρωστος υπακούει στις ιατρικές εντολές που του δίνονται και αυτό αποτελεί ελπιδοφόρο μήνυμα για το ξεπέρασμα της κρίσης στην πορεία. Ενώ όταν η άρνηση γίνεται έντονη, ο άρρωστος υιοθετεί θέσεις αδιαφορίας και απάθειας, δεν εκτελεί τις ιατρικές οδηγίες και κινδυνεύει να οδηγηθεί στα επικίνδυνα μονοπάτια της περιθωριοποίησης, του μαρασμού ή ακόμη και της αυτοκτονίας. Το στάδιο της κρίσης σκιαγραφείται από πλήθος συγκινησιακών αντιδράσεων, στις οποίες περιλαμβάνονται η κατάρρευση, η

άρνηση, συναισθήματα φόβου, οργής και θλίψης που καταβάλλουν τον ψυχισμό του αρρώστου. Το ψυχικό όργανο στην προσπάθεια εξισορρόπησης των αντίξοων ψυχικών καταστάσεων αντιτάσσει τους μηχανισμούς απώθησης και εκλογίκευσης-δικαιολόγησης κατασκευάζοντας κατά το κοινώς λεγόμενο το «χρυσωμένο χάπι», μέσα από το οποίο θα περάσει ο «συμβιβασμός» με το νέο τρόπο ζωής του πάσχοντα, που καταλήγει στην αποδοχή της καινούργιας πραγματικότητας. Αυτό θα τον βοηθήσει να νιώσει και να καταλάβει τις αντιδράσεις του προς τις λογικές και φυσιολογικές μέσα στις ειδικές και νέες γι' αυτόν συνθήκες, που είναι υποχρεωμένος πλέον να κινείται. Μια από τις πιο σημαντικές αντιδράσεις που πολλές φορές παίρνει εκρηκτικό χαρακτήρα είναι η ενδοψυχική σύγκρουση, που γεννιέται από την αρνητική στάση του οικογενειακού περιβάλλοντος του πάσχοντα προς αυτόν, όταν τα μέλη της οικογένειας αιφνιδιάζονται από την αποκάλυψη της ομοφυλοφιλίας, που μέχρι εκείνη τη στιγμή συνέβαινε να μην είναι γνωστή ή από την αποκάλυψη χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Το «στίγμα» που συνδέεται άρρηκτα με το ΣΕΑΑ συνοδεύει τους πάσχοντες για το υπόλοιπο της ζωής τους είτε είναι άνδρες είτε είναι γυναίκες ή ακόμη και παιδιά. Σημειώνεται ότι οι άρρωστοι που βρίσκονται στο στάδιο της κρίσης εκδηλώνουν «εσωστρέφεια», με αποτέλεσμα η λήψη ιστορικού από αυτούς να παρουσιάζει συχνά δυσκολίες.»(Δαρδαβέσης Θ. 2003).

«2)Μεταβατική κατάσταση (Transitional State): Αρχίζει όταν η ψυχική άρνηση δίνει τη θέση της στην έντονη αυτοκριτική, που γίνεται με εκρήξεις θυμού αλλά και οίκτου προς τον εαυτό του (self-pity). Το άγχος που κυριαρχεί ενισχύεται από την αδυναμία αποδοχής της θανατηφόρας νόσου. Ο άρρωστος βασανίζεται από διαρκή ερωτήματα του τύπου «γιατί να μου

συμβεί αυτό;» και «ποιο το έγκλημά μου, για να τυχαίνω τέτοιας τιμωρίας;». Άτομα ομοφυλόφιλα σε στιγμές καταδίκης εαυτού είναι δυνατό να αναπτύσσουν φοβικές διαθέσεις, ιδιαίτερα ανθρωποφοβία. Στη φάση αυτή η ένταση του ψυχισμού, η σύγχυση, η έντονη ευερεθιστότητα και οι ενοχές φαίνεται να επικρατούν. Η κοινωνική απόρριψη επενεργεί βαθιά και ενισχύει την υποβόσκουσα τάση αυτοκτονίας. Υπάρχουν όμως και πολλές αλλαγές στη συμπεριφορά, αναζήτηση εκ νέου της ταυτότητας, αναθεώρηση αξιών, διάθεση για αποξένωση από τον οικογενειακό και κοινωνικό περίγυρο. Όλα αυτά αποτελούν εκλυτικούς παράγοντες, οι οποίοι τονίζουν εντονότερα την τάση για αυτοκαταστροφή. Η εκτροπή της ισορροπίας που απειλείται, θέτει σε συναγερμό το ένστικτο της αυτοσυντήρησης που ενεργοποιεί τους μηχανισμούς άμυνας. Στο σημείο αυτό ο πάσχων είναι επιρρεπής και διαθέσιμος για κοινωνική παρέμβαση, που θα τον βοηθούσε να απαλλαγεί από τη σύγχυση η οποία τον βασανίζει. Είναι δυνατόν κάτω από τέτοιες συνθήκες, ορισμένοι άρρωστοι να εκτονώνουν το άγχος τους με επικέντρωση των ενδιαφερόντων στη σεξουαλική επαφή ή στην αύξηση της χρήσης των ναρκωτικών ουσιών. Στη φάση αυτή, πολλοί είναι οι άρρωστοι που καταφεύγουν σε γιατρούς αισθανόμενοι έντονα την ανάγκη για λήψη ιατρικών οδηγιών. Από το σημείο αυτό ανοίγει φωτεινός ορίζοντας με εφησυχασμό της εκρηκτικότητας και επιθετικότητας, επειδή ο άρρωστος βρίσκεται σε αναζήτηση βοήθειας από το περιβάλλον με σκοπό την επίλυση των προβλημάτων του και ζει με την ελπίδα της βελτίωσης των διαπροσωπικών του σχέσεων. Ως εκ τούτου επιδεικνύει καλοπροαίρετη διάθεση επανασυγκόλλησης των σχέσεών του με την οικογένεια καθώς και το κοινωνικό περιβάλλον. Ο άρρωστος εμφανίζεται εξαιρετικά ευαίσθητος στην προσέγγισή του προς τους άλλους και τυχόν απωθήσεις από τον κοινωνικό περίγυρο τον πληγώνουν ανεξίτηλα και τον οδηγούν όχι πλέον σε

επιθετικές από μέρους του ενέργειες, αλλά σε μελαγχολία και κατάθλιψη.»
(Δαρδαβέσης, 2003).

« 3) Κατάσταση ανεπάρκειας ή αποδοχής (Deficiency State: Acceptance):
Σαν κατάσταση αποδοχής χαρακτηρίζεται εκείνη η Φάση, κατά την οποία ο άρρωστος έχει πια πεισθεί πως δεν υπάρχουν γι' αυτόν άλλα περιθώρια για ενδοψυχικές συγκρούσεις. Γνωρίζει καλά ότι η ευερεθιστότητα, η άρνηση, ο οίκτος του εαυτού του και η κατάθλιψη τελικά δεν οδηγούν στην έξοδό του από το τέλμα. Μια και μόνη επιλογή γι' αυτόν το σκοπό υπάρχει και αυτή είναι η αποδοχή της πάθησης και η ψύχραιμη αντιμετώπισή της. Η νέα πνοή που γεννιέται στον άρρωστο χαρακτηρίζεται από διάθεση για επανεκτίμηση αξιών που προηγούμενα είχε απορρίψει, ανάπτυξη εκ νέου της ταυτότητάς του, αγάπης και στοργής προς τους ανθρώπους και διάθεση επιβεβαίωσης αυτών με αποτέλεσμα να ενδιαφέρεται για τη ποιότητα της ζωής του περισσότερο παρά για τη ποσότητα. Έτσι αποκτά μεγαλύτερη και καλύτερη γνώση για την πάθηση, ώστε να υπάρξει σωστότερη από μέρους του αντιμετώπιση. Κύριο μέλημα στη νέα πορεία είναι η αναπτέρωση του ηθικού του. Αρκετά είναι τα άτομα που «ρίχνονται» με όρεξη στα πεδία της πνευματικής ενασχόλησης και δημιουργούν καταστάσεις, που ήταν άγνωστες πριν σ' αυτά ή θεωρούνταν απρόσιτες για τις ικανότητές τους. Όσοι λειτουργούν με τέτοιους τρόπους νιώθουν λιγότερο θύματα της ζωής γίνονται λιγότερο εγωκεντρικοί και αισθάνονται την ικανοποίηση από τις κοινωνικές δραστηριότητες στις οποίες έχουν λάβει μέρος. Παρά ταύτα η αποδοχή από τη κοινωνία θεωρείται ανεπαρκής, επειδή προσκρούει στο γεγονός ότι οι πάσχοντες έχουν υποστεί απώλεια της υγείας, απώλεια ενδεχομένως της εργασίας ή μείωση των οικονομικών πόρων και κατά συνέπεια έχουν δεχτεί ισχυρό πλήγμα στην ανεξαρτησία τους. Κάτω από

τέτοιες περιστάσεις οι πάσχοντες νιώθουν την αναζωπύρωση των ψυχικών αντικρούσεων και κινδυνεύουν να υποστρέψουν. Η τοποθέτηση των αρρώστων αυτών σε περιβάλλον που ανακλά φιλική διάθεση, εμπνέει εμπιστοσύνη και εξασφαλίζει τον οικονομικό παράγοντα προκαλεί ανακούφιση, εξουδετερώνει τις αρνητικές ψυχικές παρορμήσεις και αναδύει νέα διάθεση για ζωή έστω και με την πάθηση!»(Δαρδαβέσης, Θ, 2003).

« 4) Προετοιμασία για θάνατο (Preparation for Death): Η κατάσταση αρχίζει από τη στιγμή που διαπιστώνεται η παρουσία ευκαιριακής λοίμωξης, επειδή γνωρίζει ότι σημαίνουν την «τελική ευθεία» προς το θάνατο. Ασθενείς που μέχρι εκείνη τη στιγμή είχαν ισορροπήσει τις καταστάσεις τους, είχαν αποκαταστήσει ομαλές σχέσεις με την οικογένεια και το φιλικό προς αυτούς περιβάλλον και είχαν αποδυθεί σε πλήθος δραστηριοτήτων ξαφνικά νιώθουν όλα να γκρεμίζονται, χάνουν την ψυχραιμία τους και καταλαμβάνονται από πανικό. Πολλοί είναι εκείνοι που αρχίζουν να σκέπτονται σοβαρά ότι η αυτοκτονία είναι πλέον η προτιμότερη λύση. Στην περίοδο αυτή οι πάσχοντες από ΣΕΑΑ κυριαρχούνται στη σκέψη τους από την εικόνα του επερχόμενου θανάτου και κύριο μέλημα πια αποτελεί η προετοιμασία για το αναπόφευκτο τέλος. Στη φάση αυτή παρατηρείται ποικιλία αντιδράσεων. Μελαγχολία και κατάθλιψη, αίσθημα απογοήτευσης, ενώ δεν λείπουν οι στιγμές αυξημένης ευερεθιστότητας προς το περιβάλλον. Άτομα ομοφυλόφιλα εμφανίζουν πιο αυξημένες προστριβές με το περιβάλλον τους, όσο πλησιάζει ο θάνατος. Οι ασθενείς κατατρέχονται από τα βασανιστικά ερωτήματα πώς, πού και πότε θα πεθάνουν, συζητούν αυτά με τους άλλους και έχουν άποψη πάνω σ' αυτά, ενώ δεν λείπουν και οι απαιτήσεις για ικανοποίηση επιθυμιών, που πολλές φορές είναι υπερβολικές, ώστε να αδυνατεί το οικείο περιβάλλον να εκπληρώσει. Εδώ μπορούμε να πούμε ότι

ο θάνατος είναι ένα θλιβερό γεγονός ειδικότερα όταν συμβαίνει σε νέους ανθρώπους είναι τραγική η κατάσταση. Και όταν αυτούς τους νέους ανθρώπους που χάνονται τους συνοδεύει και το στίγμα, τότε, γίνεται ακόμα πιο τραγική η κατάσταση. Είναι ανάγκη να δίνουμε σημασία στην ψυχολογική υποστήριξη των πασχόντων και ποτέ δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι οι ασθενείς με ΣΕΑΑ διαφέρουν από όλους τους άλλους αρρώστους, επειδή συμβαίνει να αντιμετωπίζουν επί πλέον προβλήματα απόρριψης από την κοινωνία, απόλυση από τη δουλειά τους και απομάκρυνση από φίλους και συναδέλφους» (Δαρδαβέσης , 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 :

6.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

«Η νοσηλευτική περιγράφηκε για πρώτη φορά από την Αμερικανίδα νοσηλεύτρια Lydia Hall σε τρία στάδια. Στη συνέχεια η Lois Knowles το 1967 περιέγραψε 5 στάδια: την ανίχνευση, τον προσδιορισμό, την απόφαση, την εκτέλεση και την εκτίμηση αποτελεσμάτων. Κατά την ίδια περίοδο η Επιτροπή Ανώτατης Εκπαίδευσης των Η.Π.Α όρισε τα παρακάτω στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας: την αντίληψη, την επικοινωνία, την εκτέλεση και την εκτίμηση αποτελεσμάτων. Οι Yura & Walsh(1973) ενσωμάτωσαν την διαπροσωπική προσέγγιση στη διεργασία επίλυσης προβλημάτων και λήψης αποφάσεων. Διατύπωσαν ότι αποτελεί συνδυασμό των πλέον επιθυμητών στοιχείων της νοσηλευτικής τέχνης με τα πλέον απαραίτητα στοιχεία της θεωρίας των συστημάτων. Κατά αυτό τον τρόπο η νοσηλευτική διεργασία έγινε ευρέως γνωστή την δεκαετία του '80.»
(eclass.teipat.gr/eclass/modules/document/file.php/649116/διάλεξη%209.pptx).

Από το 1973 έως το 1991 ο Αμερικανικός Σύλλογος Νοσηλευτών 1973 χρησιμοποιεί το μοντέλο αυτό των πέντε σταδίων που αποτελείται από: τη νοσηλευτική αξιολόγηση, τη νοσηλευτική διάγνωση, το σχεδιασμό της φροντίδας, την εφαρμογή του σχεδίου φροντίδας και την εκτίμηση των αποτελεσμάτων.(eclass.teipat.gr/eclass/modules/document/file.php/649116/διάλεξη%209.pptx)

· Το 1991 το στάδιο του σχεδιασμού επιμερίστηκε σε δύο επιμέρους στάδια: τον προσδιορισμό αναμενόμενων εκβάσεων και το σχεδιασμό, κάνοντας με τον τρόπο αυτό έξι τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας , τα οποία είναι τα εξής (eclass.teipat.gr/eclass/modules/document/file.php/649116/διάλεξη%209.pptx; ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2016):

- «Αξιολόγηση: Είναι η συστηματική συλλογή των δεδομένων του ασθενούς.
- Νοσηλευτική διάγνωση: Αποτελεί το σαφή προσδιορισμό των δυνατοτήτων και των προβλημάτων του ασθενούς.
- Προσδιορισμός αναμενόμενων εκβάσεων ορίζεται η διατύπωση και καταγραφή μετρήσιμων ρεαλιστικών σκοπών με επίκεντρο τον ασθενή.
- Σχεδιασμός: Περιλαμβάνει εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας το οποίο καθορίζει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.
- Εφαρμογή εμπεριέχει την εκτέλεση σχεδίου της φροντίδας βάση συγκεκριμένων νοσηλευτικών πράξεων και σύμφωνα με επιλεγμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις.
- Εκτίμηση: Εκτιμάται η αποτελεσματικότητα σχεδίου φροντίδας σε συνδυασμό με την επίτευξη των σκοπών που έχουν τεθεί».

Στάδιο 1: Αξιολόγηση

Η αξιολόγηση αποτελεί την βάση της νοσηλευτικής διεργασίας. Οι τρεις φάσεις/στάδια που ακολουθούν εξαρτώνται αποκλειστικά από την ποιότητα και την πληρότητα τόσο της αρχικής αξιολόγησης της κατάστασης

του ασθενούς όσο και της συνεχούς καθημερινής επαναξιολόγησης του, η οποία είναι απαραίτητη, καθώς η κατάσταση της υγείας μεταβάλλεται συνεχώς με συνέπεια οι ανάγκες να διαφοροποιούνται. Η αξιολόγηση πρέπει να γίνεται προσεκτικά και τα αποτελέσματά της πρέπει να παρουσιάζονται γραπτώς με τρόπο συστηματικό με διαύγεια και σαφήνεια(DeWit, 2009).

Κατά την νοσηλευτική αξιολόγηση, δημιουργείται η βάση δεδομένων του ασθενή (νοσηλευτικό ιστορικό, φυσική εξέταση, ανασκόπηση του φακέλου του ασθενή και της νοσηλευτικής βιβλιογραφίας, άτομα του περιβάλλοντος του ασθενή επαγγελματίες υγείας), η οποία ενημερώνεται με νέα στοιχεία. Στη φάση αυτή περιλαμβάνεται η επιβεβαίωση εγκυρότητας των δεδομένων καθώς και η μετάδοσή τους. Τα ευρήματα αναλύονται και ομαδοποιούνται, προκειμένου να καθοριστούν οι νοσηλευτικές ανάγκες ή να τεθεί η νοσηλευτική διάγνωση(DeWit, 2009).

Η νοσηλευτική διάγνωση είναι η διατύπωση των πραγματικών ή δυνητικών (πιθανών) προβλημάτων υγείας, με την αιτιολογία τους (των παραγόντων που τα προκαλούν) και τα αποδεικτικά δεδομένα (των τρόπων αντιμετώπισής τους) (DeWit, 2009).

Κατά τη νοσηλευτική διάγνωση ο νοσηλευτής προβαίνει στην:

- Ερμηνεία και ανάλυση των δεδομένων του ασθενή
- Προσδιορισμό δυνατοτήτων και προβλημάτων υγείας του ασθενή
- Διατύπωση και επιβεβαίωση της εγκυρότητας των νοσηλευτικών διαγνώσεων
- Ανάπτυξη ιεραρχικού καταλόγου νοσηλευτικών διαγνώσεων.

(DeWit, 2009)

Στάδιο 2: Προγραμματισμός

Είναι ο καθορισμός των σκοπών/εκβάσεων από τον νοσηλευτή σε συνεργασία με τον ασθενή για την πρόληψη, ελάττωση ή επίλυση των προβλημάτων που αναγνωρίστηκαν με τις νοσηλευτικές διαγνώσεις. Περιλαμβάνει τις σχετικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις που έχουν την πιθανότητα επίλυσης του προβλήματος του ασθενή. Ο προγραμματισμός παρέχει τη δυνατότητα στους νοσηλευτές να οργανώσουν τη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή (DeWit, 2009).

Κατά τον προγραμματισμό ο νοσηλευτής:

- Καθορίζει προτεραιότητες (ταξινόμηση των προβλημάτων του ασθενή)
- Διατυπώνει τους νοσηλευτικούς σκοπούς που επικεντρώνονται στον ασθενή, αναμενόμενες εκβάσεις και αναπτύσσει στρατηγική εκτίμησης των αποτελεσμάτων
- Επιλέγει νοσηλευτικές παρεμβάσεις (για να εκπληρωθούν οι σκοποί που έχουν τεθεί)
- Γνωστοποιεί το σχέδιο φροντίδας (καθορίζει τα κριτήρια αξιολόγησης των αποτελεσμάτων) (DeWit, 2009)

Στάδιο 3: Εφαρμογή

Είναι η εκτέλεση του σχεδίου φροντίδας με τις παρεμβάσεις που στοχεύουν στην προαγωγή της ευεξίας, στην πρόληψη της ασθένειας, στην αποκατάσταση της υγείας, καθώς και στην διευκόλυνση αντιμετώπισης των δυσλειτουργιών. Αποσκοπεί στην εξατομικευμένη φροντίδα του ασθενή, δεδομένου ότι λαμβάνει υπόψη όλες τις ανάγκες του και συμβάλλει στη μερική ή πλήρη βελτίωση της υγείας του. Στη φάση αυτή ο νοσηλευτικός ρόλος επεκτείνεται και προς τη διδασκαλία της υγείας του ασθενή ή της

δημιουργικής ζωής, μέσα στα πλαίσια της αναπηρίας που τυχόν δημιουργήθηκε(DeWit, 2009).

Κατά την εφαρμογή ο νοσηλευτής:

- Εκτελεί το σχέδιο φροντίδας
- Συνεχίζει τη συλλογή πληροφοριών και τροποποιεί το σχέδιο αν χρειάζεται
- Τεκμηριώνει την φροντίδα

(DeWit, 2009)

Στάδιο 4: Εκτίμηση

Είναι η μέτρηση της έκτασης στην οποία επιτεύχθηκαν οι στόχοι και οι αναμενόμενες εκβάσεις που τέθηκαν σε συνεργασία μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή.

Κατά την εκτίμηση των αποτελεσμάτων ο νοσηλευτής:

- Εκτιμά την επίτευξη των επιθυμητών στόχων και εμβάσεων (με βάση τους αντικειμενικούς σκοπούς και τα κριτήρια αξιολόγησης των αποτελεσμάτων που έχουν διατυπωθεί)
- Προσδιορίζει παράγοντες που συμβάλλουν στην επιτυχία ή αποτυχία του σχεδίου φροντίδας
- Τροποποιεί το σχέδιο εφόσον απαιτείται.

(DeWit, 2009)

6.1.ΑΝΑΛΥΣΗ ΒΗΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΒΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ Χ ΚΑΙ Ψ ΜΕ AIDS

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Χ:

Ιστορικό: Γυναίκα ασθενής, 42 ετών, προσήλθε στο Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας με δυσκολία στην αναπνοή αναφέροντας αίσθημα παλμών, βήχα και αδυναμία, καταβολή. Από τη φυσική εξέταση ταχυκαρδία, υποξία, απίσχναση. Η ασθενής κατά τη λήψη του ιστορικού ανέφερε ότι είναι οροθετική. Θερμοκρασία 39.0 °C, σφυγμοί 114/ λεπτό, 24 αναπνοές/ λεπτό, αρτηριακή πίεση 90/ 75 mmHg. Η ασθενής εισήχθη στην Παθολογική Κλινική με τη διάγνωση της λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού, που αποδόθηκε στην *Pneumocystis jirovecii*.

Επιπλέον ανέφερε αίσθημα καύσου και κνησμό στα γεννητικά όργανα.

Ανάγκες	Σκοπός	Σχεδιασμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση
Δυσκολία στην αναπνοή – βήχας	Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο που προκαλεί ο συχνός βήχας. Λήψη καλλιεργειών πτυέλων και αίματος για αποστολή στο Μικροβιολογικό εργαστήριο	Χορήγηση βρογχοδιαστολής.	Έγινε χορήγηση βρογχοδιασταλτικού φαρμάκου (Fluticasone Propionate) σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.	Η ασθενής δείχνει λιγότερη ενόχληση και ανακούφιση.

Ανάγκες	Σκοπός	Σχεδιασμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση
Λόιμωξη κατώτερου αναπνευστικού	Η ασθενής να μη νοσεί πια από την ευκαιριακή λοίμωξη και να σταματήσει να έχει βήχα.	Θα χορηγηθούν αντιβιοτικά για την καταπολέμηση του μικροβίου.	Χορηγήθηκε sulfamethoxazole-trimethoprim (Septrin), σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες	Η ασθενής σημειώνει βελτίωση

Ανάγκες	Σκοπός	Σχεδιασμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση
Η ασθενής παρουσιάζει πυρετό 39,0°C	Να είναι η θερμοκρασία σώματος σε φυσιολογικά επίπεδα.	Χορήγηση αντιπυρετικού και τοποθέτηση κομπρεσών για την ανακούφιση του ασθενή.	Δόθηκε παρακεταμόλη (Apotel) ενδοφλεβίως και τοποθετήθηκαν κομπρέσες.	Ο ασθενής έχει θερμοκρασία σε φυσιολογικά επίπεδα στους

Ανάγκες	Σκοπός	Σχεδιασμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση
Αίσθημα κνησμού στην περιοχή των γεννητικών οργάνων.	Να σταματήσει η ασθενής να έχει αυτό το αίσθημα.	Λήψη καλλιέργειας κολπικού επιχρίσματος και χορήγηση ανάλογης αγωγής για την αντιμετώπιση του προβλήματος και των συμπτωμάτων.	Χορηγήθηκε αντιμυκητιασική αγωγή από του στόματος αλλά και παρεντερικά (κολπικό υπόθετο).	Η ασθενής έπαψε να έχει κνησμό στη περιοχή.

(Γ. Ν. Χαλκίδας – Κύμης – Καρύστου (2017). Στατιστικά στοιχεία (2000-2015)

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ψ:

Ιστορικό: Άντρας ασθενής 59 ετών, προσήλθε στην Ιδιωτική Κλινική Υγείας Μέλαθρον με εξάνθημα κνησμώδες στα άνω άκρα και ναυτία. Ο ασθενής κατά τη λήψη του ιστορικού του από το νοσηλευτικό προσωπικό ενημέρωσε πως είναι οροθετικός και πως την ημέρα εκείνη πιθανόν να έφαγε κάτι που του προκάλεσε αλλεργική αντίδραση. Από τη φυσική εξέταση που πραγματοποιήθηκε παρατηρήθηκαν: Θερμοκρασία 36.8⁰C, σφυγμοί 90/ λεπτό, 12 αναπνοές/ λεπτό, αρτηριακή πίεση 120/70.

Ανάγκες	Σκοπός	Σχεδιασμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση
Ναυτία, έμετος	Ανακούφιση του ασθενούς από την τάση για έμετο και την πρόληψη του ελλείμματος όγκου υγρών.	Χορήγηση αντιεμετικής αγωγής. Χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών. Καταγραφή των εμέτων.	Χορηγήθηκε ενδοφλέβια μετοκλοπραμίδη (primperan) κατόπιν ιατρικής οδηγίας.	Ο ασθενής μετά την χορήγηση των αντιεμετικών ανέφερε ότι μειώθηκε η ναυτία και σταμάτησε να κάνει εμετούς
Κνησμώδες εξάνθημα	Ανακούφιση του ασθενούς από τον κνησμό και υποχώρηση του εξανθήματος	Χορήγηση κορτιζόνης και αντιισταμινικού φαρμάκου σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες και συμβατά με την αγωγή που λαμβάνει για την HIVλοίμωξη	Χορηγήθηκε κορτιζόνης και αντιισταμινικού φαρμάκου σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες	Ο ασθενής μετά την χορήγηση κορτιζόνης και αντιισταμινικού φαρμάκου σημείωσε σημαντική βελτίωση και υποχώρησε το εξάνθημα

Τ.Υ.Π.Ε.Τ. Ταμείο Υγείας Προσωπικού Εθνικής Τράπεζας Ιδιωτική Κλινική Υγείας Μέλαθρον(2017). Στατιστικά στοιχεία (2003-2016)

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

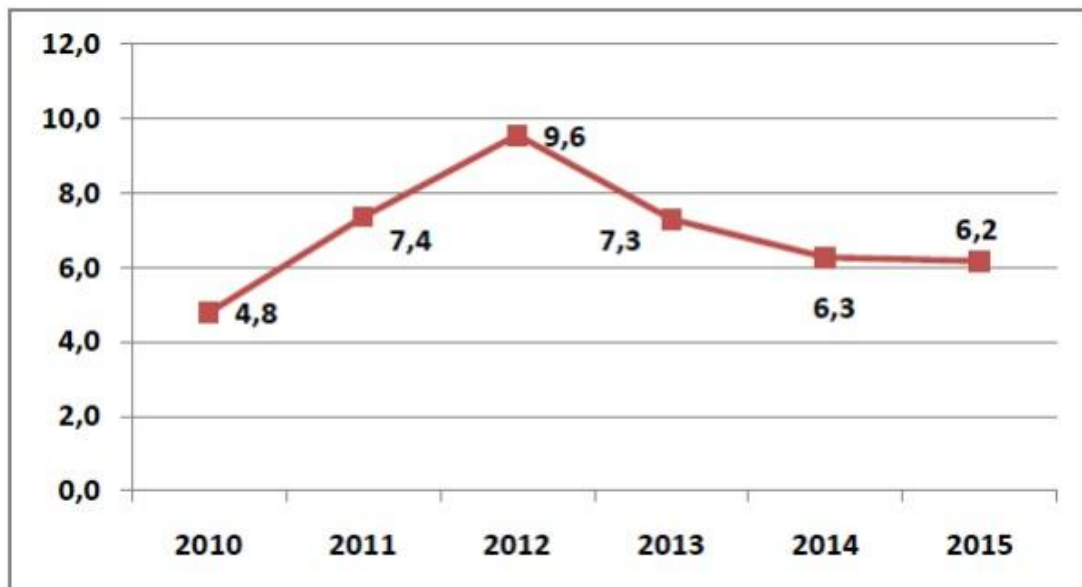
Ο Διεθνής Σύνδεσμος Νοσοκόμων με κοινή απόφαση με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) εξέδωσαν Διακήρυξη σχετικά με τα δικαιώματα και τις ευθύνες των νοσηλευτών σε όλο τον κόσμο, κατά την νοσηλεία αρρώστων οροθετικών και με νόσο AIDS, στη διακήρυξη αυτή τονίζονται τα δικαιώματα των νοσηλευτών για την προάσπιση της υγείας τους και τη συνεχή ενημέρωσή τους για τις νέες εξελίξεις αναφορικά με τη νόσο. Από την άλλη πλευρά επισημαίνεται και η ευθύνη της αμέριστης νοσηλείας και υποστήριξης των αρρώστων και των οικογενειακών τους και τήρηση του απορρήτου. Ιατρονοσηλευτικό δίλημμα αποτελεί το αν πρέπει να λεχθεί η διάγνωση στον άρρωστο, πως να λεχθεί και ποιος πρέπει να την ανακοινώσει. Τι πρέπει να γίνει όταν ο άρρωστος δεν θέλει να το μάθει κανείς, ούτε σύζυγος, ούτε παιδιά, αλλά ούτε και η επισκέπτρια νοσηλεύτρια του κέντρου υγείας, όπου παραπέμπεται για εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση και νοσηλεία. Πάντως με κάθε τρόπο και μέσο δικαιούνται να προστατεύονται οι άρρωστοι με AIDS και η οικογένεια του από προκαταλήψεις και διακρίσεις εις βάρος τους, από το κοινωνικό στίγμα και τον εξοστρακισμό. Η τήρηση του απορρήτου για τη διάγνωση του AIDS είναι ηθική και νομική υποχρέωση. Η δήλωση των κρουσμάτων στις αρμόδιες κρατικές αρχές επιβάλλεται να γίνεται με εμπιστευτική διαδικασία.

Η επιστήμη, η τέχνη και το πνεύμα της νοσηλευτικής και όλες οι διαστάσεις των υπηρεσιών της έχουν την αποστολή και τη θέληση αλλά και το χρέος να υποστηρίζουν την παγκόσμια μάχη κατά του AIDS και να βοηθήσουν με διεπιστημονική συνεργασία στην επίλυση των βιοψυχοκοινωνικών, ηθικών και νομικών προβλημάτων που δημιουργεί η νέα αυτή ασθένεια. Αληθινή πρόκληση είναι η ευκαιρία να νοσηλεύουμε

τους αρρώστους με AIDS και μ'αυτό τον τρόπο να κτίζουμε ανθρώπινες γέφυρες και όχι διαχωριστικά τείχη μεταξύ των ανθρώπων του τεχνοκρατικού αιώνα μας.

Χρειάζεται να ξεκινήσουν εκστρατείες ενημέρωσης και εκπαίδευσης σε θέματα που αφορούν την ασθένεια του AIDS. Η σωστά σχεδιασμένη ενημέρωση έχει την δυνατότητα να ελαχιστοποιήσει το στίγμα και τις διακρίσεις. Επιπρόσθετα είναι σημαντική η παρουσία του νοσηλευτικού προσωπικού στους ασθενείς με διάγνωση του AIDS όμως παρατηρείται ελλιπής η προετοιμασία των νοσηλευτών για την αξιολόγηση και αντιμετώπιση των ασθενών του AID. Αυτό οφείλεται στην ανεπαρκή διδασκαλία του αντικειμένου στα εκπαιδευτικά ιδρύματα.

Διάγραμμα 1



Δηλώσεις HIV λοίμωξης ανά 100.000 πληθυσμού (περίοδος Ιανουαρίου-Οκτωβρίου 2010-2015).

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Apetrei C, Gautam R, Sumpter B, Carter AC, Gaufin T, Staprans SI, et al. (2007). Virus Subtype-Specific Features of Natural Simian Immunodeficiency Virus SIVsmm Infection in Sooty Mangabeys. *JOURNAL OF VIROLOGY* 81(15), 7913–7923.
- Brechtel JR, Breitbart W, Galiotta M, Krivo S, Rosenfeld B. (2001). The Use of Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) in Patients With Advanced HIV Infection: Impact on Medical, Palliative Care, and Quality of Life Outcomes. *Journal of Pain and Symptom Management* 21(1), 41-51.
- DeWit, SC. (2009). *Medical Surgical Nursing Concepts and Practice*. Karadonis. Nicosia Cyprus, Broken Hill Publishers.
- Esparza J, Heyward W, Osmanov S. (1996). HIV Vaccine Development: From Basic Research to Human Trials. From the Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS), *AIDS* 10 SuplA, S123-132
- Engelman A & Cherepanov P. (2013). The structural biology of HIV-1: mechanistic and therapeutic insights. *Nat Rev Microbiol.* 10 (4), 279–290. doi:10.1038/nrmicro2747.)
- Heeney JL1, Rutjens E, Verschoor EJ, Niphuis H, ten Haaf P, Rouse S, McClure H, Balla-Jhagjhoorsingh S, Bogers W, Salas M, Cobb K, Kestens L, Davis D, van der Groen G, Courgnaud V, Peeters M, Murthy KK. (2006). Transmission of simian immunodeficiency virus SIVcpz and the evolution of infection in the presence and absence of concurrent human immunodeficiency virus type 1 infection in chimpanzees. *J Virol.* 80(14):7208-18.)
- Iweala OI. (2004). HIV diagnostic tests: an overview. *Contraception* 70, 141–147. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2004.03.012>
- Kallings LO (2008). «The first postmodern pandemic: 25 years of HIV/AIDS». *J Intern Med* 263 (3): 218–43. doi:10.1111/j.1365-2796.2007.01910)

- Lemone Pr., Burke K. (2004). Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική, Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς. 3η Έκδοση. Επιστημονική Επιμέλεια Η. Πανανουδάκη-Μπροκαλάκη. Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα
- Li G & DeClercq E. (2016). HIV Genome-Wide Protein Associations: a Review of 30 Years of Research. *Microbiol Mol Biol Rev* 80:679–731. doi:10.1128/MMBR.00065-15.)
- Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 2nd edn. Churchill Livingstone Elsevier 2010.
- Naif HM. (2013). Pathogenesis of HIV infection. *Infect Dis Rep.* 5(Suppl 1), e6.
- Osmanov S, Heyward W, Esparza J. (1971). HIV-1 Genetic Variability: Implications for the development of HIV Vaccines. From the Vaccine Development Unit, Division of Research and Intervention Development, Global Programm on AIDS. *Antibiot Chemother* 1996 (48), 30-8.
- Sepkowitz KA (June 2001). «AIDS—the first 20 years». *N. Engl. J. Med.* 344 (23): 1764–72. Doi: 10.1056/NEJM200106073442306. PMID 11396444)
- Shah S, Alexaki A, Pirrone V, Dahiya S, Nonnemacher MR, Wigdahl B. (2014). Functional properties of the HIV-1 long terminal repeat containing single-nucleotide polymorphisms in Sp site III and CCAAT/enhancer binding protein site I. *Virology Journal* 11(92). doi.org/10.1186/1743-422X-11-92.
- Sharp, PM., Hahn, BH. (2011). «Origins of HIV and the AIDS Pandemic». *Cold Spring Harbor perspectives in medicine* 1 (1): a006841. doi:10.1101/cshperspect.a006841)
- Turner BG & Summers MF. (1999). Structural biology of HIV. *Journal of Molecular Biology* 285, 1(8), 1-32)
- Γενικό νοσοκομείο Χαλκίδας – Κύμης – Καρύστου (2017). Στατιστικά στοιχεία (2000-2015)
- Δαρδαβέσης, Θ. Στοιχεία επιδημιολογίας, Άρθρο: Επιδημιολογία του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ). *Ελληνικά Αρχεία AIDS*. τ. 7, 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1999, σελ.84-102.

- Ιωάννα Χατζηελευθερίου, Μαρία Κανή, Άρθρο, Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS) και Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα Ασθενών 2015, Τόμος 54, Τεύχος 2, Απρίλιος - Ιούνιος 2015, Υποβλήθηκε: 31.12.2014, Επανυποβλήθηκε: 27.3.2015, Εγκρίθηκε: 20.4.2015
- Κέντρο Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ), Γραφείο HIV Λοίμωξης & Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων, Κατευθυντήριες οδηγίες χορήγησης αντιρετροϊκής αγωγής σε ενήλικες και εφήβους Αθήνα 2011 σελ. 3
- Μάντη Π & Τσελέπη Χ. (2000). Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/ Υπηρεσιών Υγείας Τόμος Α΄, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα)
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας – Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS, Νοσηλευτική Φροντίδα Ατόμων με λοίμωξη από τον ιό της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας (HIV), ΒΗΤΑ, Αθήνα, 1991.
- Παπαδάκη, Α. Εγχειρίδιο αντιμετώπισης αρρώστου με AIDS στο νοσοκομείο, Εκπαιδευτικό κέντρο ΑΧΕΠΑ, επανέκδοση Ζ΄, Αθήνα 1998
- Ρέντζη, Γ. Τερζή, Α. Επίκτητη ανοσοανεπάρκεια (AIDS), Εκπαιδευτικό κέντρο ΑΧΕΠΑ, 4η επανέκδοση, Θεσσαλονίκη 1998
- Στρουμπούκη Θεοδώρα Γ, Αρετή Σ. Σταυροπούλου άρθρο στα ιατρικά χρονικά. (2008). Η φροντίδα των ατόμων με HIV/AIDS και η εμφάνιση του συνδρόμου «burn-out» ΚΑ(11), 532-537.
- Τεκνετζής, Ά. Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, κλινική αφροδίσιων και δερματικών νοσημάτων Αριστοτέλειου πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Δ΄ Επανέκδοση, Θεσσαλονίκη 1996,.
- Τ.Υ.Π.Ε.Τ. Ταμείο Υγείας Προσωπικού Εθνικής Τράπεζας, Ιδιωτική Κλινική Υγείας Μέλαθρον(2017). Στατιστικά στοιχεία (2003-2016)
- Υποεπιτροπή εκπαίδευσης της εθνικής επιτροπής AIDS, AIDS ιός επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, Εθνική φαρμακοβιομηχανία, Αθήνα 1997

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

- (<https://el.wikipedia.org/wiki/AIDS>)
- eclass.teipat.gr/eclass/modules/document/file.php/649116/διάλεξη%209.pptx).
- www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6303a1.htm?s_cid=rr6303a1_e , τελευταία προσπέλαση Σεπτέμβριος, 3 2017.
- www.cdc.gov/hiv/statistics/surveillance/terms.html., τελευταία προσπέλαση Σεπτέμβριος, 3 2017.
- www.digilib.teiemt.gr/jspui/bitstream/123456789/4023/1/DIDZ01Z0102.pdf., τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 30, 2017.
- <http://www.keelpno.gr>., Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. Δελτίο Επιδημιολογικής Επιτήρησης της HIV/AIDS λοίμωξης στην Ελλάδα, 31-12-2016 (Τεύχος 31). Αθήνα 2017., τελευταία προσπέλαση Σεπτέμβριος, 3 2017.
- http://eureka.lib.teithe.gr:8080/bitstream/handle/10184/399/Maurohoridou_Emmanouilidou.pdf?sequence=4 Εμμανουηλίδου Μαρία, Μαυροχωρίδου Ασημένα, Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS) σελ. 66-69)
- <http://www.roche.gr/home/health/virology0/virologyaidshiv.html>2015 F. Hoffmann-La Roche Ltd., τελευταία προσπέλαση 14.09.2015
- http://www.keelpno.gr/Portals/0/Αρχεία/HIV/2015/EPIDIMIOLOGIKO%202014_FINAL.pdfΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.(2014). Ετήσια έκθεση-Επιδημιολογική Επιτήρηση του HIV/AIDS στην Ελλάδα. Δηλωθέντα στοιχεία έως 31/12/2014.
- <http://www.keelpno.gr/Portals/0/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1/HIV/2015/%CE%A3%CE%A5%CE%9D%CE%9F>

[%CE%A0%CE%A4%CE%99%CE%9A%CE%9F%20%CE%95%CE%A0%CE%99%CE%94%CE%97%CE%9C%CE%99%CE%9F%CE%9B%CE%9F%CE%93%CE%99%CE%9A%CE%9F_31-10-2015.pdf](http://www.ispatras.gr/%CF%83%CF%85%CE%BD%CE%AD%CE%B4%CF%81%CE%B9%CE%B1/%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AC/4%CE%B7%CF%82-%CF%80%CE%B1%CE%BD%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AE%CE%BD%CE%B9%CE%B1%CF%82-%CF%83%CF%85%CE%BD%CE%AC%CE%BD%CF%84%CE%B7%CF%83%CE%B7%CF%82-aids-%CE%B7%CF%80%CE%B1%CF%84%CE%B9%CF%84%CE%B9/)

ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. (2015) Συνοπτικά επιδημιολογικά δεδομένα για το HIV/AIDS στην Ελλάδα έως 31/10/2015. τεύχος 30, Δεκέμβριος 2015 Δημοσίευση 30 Νοεμβρίου 2015, 13:44 / Ανανεώθηκε 30 Νοεμβρίου 2015, 13:52

- <http://www.ispatras.gr/%CF%83%CF%85%CE%BD%CE%AD%CE%B4%CF%81%CE%B9%CE%B1/%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AC/4%CE%B7%CF%82-%CF%80%CE%B1%CE%BD%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AE%CE%BD%CE%B9%CE%B1%CF%82-%CF%83%CF%85%CE%BD%CE%AC%CE%BD%CF%84%CE%B7%CF%83%CE%B7%CF%82-aids-%CE%B7%CF%80%CE%B1%CF%84%CE%B9%CF%84%CE%B9/>

ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. (2016) 4^η Πανελλήνια Συνάντηση <<AIDS&Ηπατίτιδες>>. Επιδημιολογικά στοιχεία Α΄ εξαμήνου 2016 για την HIV λοίμωξη, 29 Σεπτεμβρίου έως 1 Οκτωβρίου 2016

- <http://www.webmd.com/hiv-aids/tc/human-immunodeficiency-virus-hiv-infection-medications>



1η Δεκεμβρίου

**ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ
ΗΜΕΡΑ
AIDS**