



ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

**Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενών με
Ανθρώπινη Ανοσοανεπάρκεια (HIV)**

**Nursing care of patients with Human
Immunodeficiency Virus (HIV)**

Εισηγήτρια: Ελένη Νικολάου
Φοιτήτρια: Φαρμάκη Μαρία

Πάτρα 2017

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει θέμα τη Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με ανθρώπινη ανοσοανεπάρκεια, και πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο πτυχιακής εργασίας του τμήματος Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδος.

Σε αυτό το σημείο θέλω να εκφράσω τις ειλικρινείς και θερμές μου ευχαριστίες σε όσους συνέβαλλαν στην ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας.

Πρώτα απ' όλα την επιβλέπουσα καθηγήτρια κα. Νικολάου Ελένη για τη συνεχή καθοδήγηση, υποστήριξη, τις συμβουλές και την αδιάκοπη βοήθεια που μου παρείχε αυτό το διάστημα σκοπός των οποίων ήταν η επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος.

Τέλος θέλω να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και τους φίλους μου, για όλη την υπομονή και υποστήριξη το διάστημα που πέρασε καθώς με εμπύχωναν διαρκώς και μου έδιναν δύναμη να ολοκληρώσω αυτή μου την προσπάθεια.

Μετά τιμής

Μαρία Φαρμάκη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο όρος AIDS εισέβαλλε στη ζωή μας δημιουργώντας αγωνία και φοβίες αλλά και μεγάλες αντιδράσεις σε φορείς και ασθενείς. Από τα αρχικά των λέξεων Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας καταλαβαίνει κανείς ότι πρόκειται για ασθένεια που βλάπτει το ανοσοποιητικό σύστημα, ελαττώνοντας την αντίσταση του οργανισμού σε νοσογόνους παράγοντες. Περιέχει τον όρο επίκτητη αφού αποκτιέται και δεν κληρονομείται.

Το AIDS έχει καταλήξει να θεωρείται μια από τις μεγαλύτερες απειλές για την υγεία αυτόν τον αιώνα και έχει λάβει τεράστιες διαστάσεις. Μεταδίδεται σεξουαλικά, ύστερα από έκθεση σε μολυσμένο αίμα και περιγενετικά.

Σκοπός: Στην παρούσα εργασία στόχος ήταν να αναπτυχθεί η Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με ανθρώπινη ανοσοανεπάρκεια (HIV).

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση των τελευταίων χρόνων και αναζήτηση ερευνητικών μελετών και άρθρων έτσι ώστε να γίνει αντιληπτή και κατανοήτη η νοσηρότητα, η πρόληψη και η αντιμετώπιση της συγκεκριμένης ασθένειας.

Αποτελέσματα: Δεδομένου ότι το AIDS είναι μάστιγα της εποχής με ταχύτατη εξάπλωση στα νοσοκομεία και δει το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι άριστα κατηρτισμένο ώστε να αντιμετωπίζει τους πάσχοντες. Οι νοσηλευτές είναι αυτοί που έχουν πολύ σημαντικό έργο αφού έρχονται σε επαφή με τον πάσχοντα βοηθώντας τον σε κάθε πτυχή ψυχολογική και σωματική πάντα με την κατάλληλη θεραπεία. Ο ρόλος του διέπεται από συγκεκριμένους κώδικες δεοντολογίας οι οποίοι πρέπει να τηρούνται στο ακέραιο. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να στοχεύουν σε ευκαιρίες που βελτιώνουν τις γνώσεις τους χωρίς να λησμονούν ότι πρέπει να προστατεύουν εαυτόν από τον ιό HIV και τη λοίμωξη του AIDS.

Συμπεράσματα: Η πρόληψη αποτελεί την κύρια αντιμετώπιση της νόσου όμως παρά τις εκτεταμένες προσπάθειες πρόληψης, πάνω από 30,5 εκατομμύρια ανθρώπων έχουν προσβληθεί. Οι επιστήμονες καλούνται να βρουν άμεσα τρόπο εξουδετέρωσης του ιού προκειμένου να μη γίνει παγκόσμιος και να απειλήσει την ίδια την ύπαρξη του ανθρώπου.

Λέξεις-Κλειδιά: Σύνδρομο Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, μάστιγα εποχής, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

ABSTRACT

Import: The term AIDS invaded our life creating anguish and fears but also great reactions to carriers and patients. From the initial of the words it is clearly understood that it refers to a disease which harms the immune system, reducing the resistance to pestiferous factors. It includes the term acquired since it is obtained and not inherited. AIDS has come to be considered one of the greatest threats to health this very century and has taken a very heavy toll. It is sexually transmitted following the exposure to infected blood and perinatal.

Purpose: In the present research the objective was the expatiation of Nursing care to patients with human immunodeficiency (HIV).

Methodology: Searched research studies , articles and literature review of last years in order to understand the morbidity of that mental illness and its treatment.

Results: Since the aids is spreaded fairly , Nurses must be highly trained to treat sufferers . Also, Nurses have an important role to physical and phychological treatment of patients. Its role is governed by specific codes of conduct which should be adhered to in full. Nurses should aim at opportunities that boost their knowledge without forgetting that they have to protect themselves from the HIV virus and the infection of AIDS.

Conclusions: Prevention is the main confrontation of the disease, however, despite the extensive attempts, over 30.5 million people have been contracted. Scientists are called to find a direct way to eliminate the virus so as to prevent it from becoming global and threaten the very existence of human being.

Keywords: AIDS, Very widespread today, Sexually transmitted disease(STDs)

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	1
Περίληψη.....	2
Abstract.....	3
Περιεχόμενα.....	4
Εισαγωγή.....	8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 AIDS ή Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας.....	8
1.2 Το ανοσοποιητικό σύστημα και η λοίμωξη του από τον HIV ιό.....	8
1.3 Η διαφορά μεταξύ του HIV και του AIDS.....	9
1.4 Πότε εμφανίστηκε.....	9
1.4.1 Από πού προέρχεται.....	10
1.4.2 Το AIDS μέσα στο χρόνο.....	11
1.5 Τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου επίκτητης ανοσοανεπάρκειας.....	15
1.6 Παθοφυσιολογία του HIV.....	15

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Η δράση του HIV στον οργανισμό.....	17
2.2 Οι φορείς του HIV.....	17
2.3 Ο κύκλος ζωής του HIV.....	18
2.4 Η φυσική ιστορία του HIV.....	18
2.4.1 Πρωτογενής λοίμωξη.....	18
2.4.2 Φάση ασυμπτωματικής λοίμωξης.....	19
2.4.3 Φάση συμπτωματικής λοίμωξης.....	19
2.4.4 Φάση ανοσοκαταστολής.....	19
2.5 Κλινική εικόνα του AIDS.....	19
2.5.1 Κλινικά στάδια & κλινικές εκδηλώσεις της μόλυνσης.....	20
2.5.2 Τα στάδια της νόσου HIV/AIDS.....	20

2.6 Συστήματα οργάνων που προσβάλλει το AIDS και κλινικές καταστάσεις.....26

2.7 Με ποιές μορφές καρκίνου συνδέεται ο ιός HIV.....27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Τρόποι μετάδοσης του ιού.....28

3.1.1 Τρόποι μη μετάδοσης του ιού.....28

3.1.2 Ποσοστά κινδύνου μετάδοσης.....28

3.1.3 Ποιος διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο.....29

3.2 Συμπτώματα λοίμωξης.....29

3.3 Διάγνωση του AIDS.....30

3.3.1 Πότε πρέπει να γίνεται η εξέταση.....30

3.4 Μέθοδοι ανίχνευσης του HIV.....31

3.4.1 Καλλιέργεια.....31

3.4.2 Ανοσοενζυμική μέθοδος (Eliza).....31

3.4.3 Μέθοδος Western-blot.....31

3.4.4 Μέθοδος Ripa.....32

3.4.5 Ιστοπαθολογική εικόνα σαρκώματος Kaposi.....32

3.4.6 OraSure test.....32

3.4.7 Τα επίπεδα CD4(+) T-λεμφοκυττάρων.....32

3.5 Θεραπεία HIV.....32

3.5.1 Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Χρήση Αντιρετροϊκών Φαρμάκων..33

3.5.2 Χορήγηση προφυλακτικής αντιρετροϊκής αγωγής
Post-Exposure Prophylaxis (PEP).....34

3.5.3 Προφύλαξη Πριν την Έκθεση (PrEP).....35

3.5.4 Κατευθυντήριες οδηγίες για τη χρήση της PrEP.....37

3.5.5 Εγκεκριμένα Αντιρετροϊκά Φάρμακα.....38

3.5.6 Κίτρινη Κάρτα.....	38
3.6 Εξέλιξη της νόσου.....	39
3.7 Πρόληψη και προστασία.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
4.1 Ομάδες υψηλού κινδύνου	41
4.1.1 ομοφυλόφιλοι-ετεροφυλόφιλοι.....	41
4.1.2 Τοξικομανείς.....	41
4.1.3 Πολυμεταγιζόμενοι.....	41
4.1.4 Μητέρα και έμβρυο.....	41
4.2 Το νοσοκομείο και το AIDS.....	43
4.3 Νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με τον ιό HIV.....	44
4.3.1 Στόχοι της νοσηλευτικής φροντίδας.....	44
4.4 Αρχές νοσηλευτικής δεοντολογίας.....	45
4.4.1 Δικαιώματα και υποχρεώσεις οροθετικών ατόμων.....	45
4.4.2 Δικαιώματα οροθετικών.....	45
4.4.3 Υποχρεώσεις οροθετικών.....	46
4.5 Ενέργειες για την ασφαλή νοσηλεία των ασθενών με AIDS.....	46
4.6 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	47
4.6.1 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών του HIV.....	47
4.6.2 Νοσηλευτική φροντίδα φορέων στο Νοσοκομείο.....	48
4.6.3 Νοσηλευτική φροντίδα εκτός Νοσοκομείου.....	49
4.6.4 Νοσηλευτική φροντίδα στο τελευταίο στάδιο ζωής των ασθενών.....	50
4.6.5 Νοσηλευτική φροντίδα σε παιδιά.....	51
4.7 ψυχολογικές αντιδράσεις ασθενών με aids.....	51
4.8 Ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς και στον περιβάλλον τους.....	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Η Ελληνική κοινωνία απέναντι στο AIDS	55
5.2 Κατευθύνσεις για μείωση του στιγματισμού και της περιθωριοποίησης των οροθετικών ατόμων.....	57
5.3 Επιδημιολογικά στοιχεία της λοίμωξης HIV στην Ελλάδα	57
5.3.1 Διαγνώσεις HIV κατά έτος διάγνωσης στην Ελλάδα (Μέχρι 31/12/15).....	58
5.3.2 Συνολικός αριθμός οροθετικών ατόμων κατά έτος στην Ελλάδα (Μέχρι 31/12/15).....	59
5.3.3 Διαγνώσεις AIDS κατά έτος διάγνωσης στην Ελλάδα (Μέχρι 31/12/15).....	60
5.3.4 Θάνατοι σε άτομα με AIDS κατά έτος θανάτου (Μέχρι 31/12/15).....	61
5.4 Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα ανά κατηγορία μετάδοσης (2009-2015).....	62
5.5 Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά παιδιά ανά ηλικιακή ομάδα (2009-2015).....	62
5.6 Παγκόσμια ημέρα κατά του AIDS.....	63
5.7 Σύλλογος οροθετικών Ελλάδος «θετική Φωνή».....	63
5.8 Συμβουλευτική τηλεφωνική γραμμή για τον ιό HIV.....	63
5.9 Κέντρα αναφοράς και ελέγχου AIDS.....	64
5.10 Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις στο χώρο του AIDS.....	66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 Περιστατικά εισαγωγής ασθενή στο νοσοκομείο με διάγνωση κινδύνου λοίμωξης που οφείλεται στην ανασοκαταστολή.....	69
Συμπεράσματα.....	75
Προτάσεις.....	76
Επίλογος.....	77
Βιβλιογραφία.....	78

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Ανθρώπινη Ανοσοανεπάρκεια (HIV) και το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS) έχουν γίνει ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα δημόσιας υγείας τα τελευταία χρόνια. Το HIV / AIDS επηρεάζει όλες τις πτυχές της ανθρώπινης ζωής, όπως η σωματική, κοινωνική, συναισθηματική και πνευματική.

Σε αυτό το τόσο σημαντικό ζήτημα που απασχολεί όλους, είναι σημαντικό να αναλυθεί ο ρόλος του νοσηλευτή σε φορείς και ασθενείς του ιού HIV, η νοσηλευτική φροντίδα που θα πρέπει να παρέχεται, πάντα υπό το πρίσμα της αρμόζουσας νοσηλευτικής δεοντολογίας, η οποία διέπεται από συγκεκριμένους κανόνες οι οποίοι έρχονται σε άμεση εξάρτηση με τα δικαιώματα αλλά και τις υποχρεώσεις οροθετικών ασθενών.

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να εξεταστεί όσο το δυνατόν περισσότερο η ασθένεια καθώς πρόκειται για έναν πρωτοφανή ιό και να αναλυθεί ο ρόλος του νοσηλευτή και η φροντίδα που πρέπει να παρέχει σε ασθενείς με τον εν λόγω ιό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 AIDS ή Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας

AIDS σημαίνει Acquired Immune Deficiency Syndrome, δηλαδή Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (ΣΕΑ), είναι η εκδήλωση μιας σειράς διαταραχών που οφείλονται σε δυσλειτουργία της κυτταρικής και της χυμικής ανοσίας και προκαλείται από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (Human Immunodeficiency Virus, HIV-1). Είναι μια νόσος του ανθρώπινου ανοσοποιητικού, στο οποίο παρεμβαίνει και εμποδίζει την λειτουργία του, κάνοντας τα άτομα με aids ευπαθή απέναντι σε ευκαιριακές λοιμώξεις και όγκους. Η εξασθένηση αυτή του οργανισμού χειροτερεύει με την εξέλιξη της νόσου. Ο HIV είναι η μάστιγα της εποχής μας και προσβάλλει κυρίως ορισμένες κοινωνικές ομάδες, που χαρακτηρίζονται υψηλού κινδύνου, όπως είναι οι ομοφυλόφιλοι, οι τοξικομανείς που κάνουν ενδοφλέβιες ενέσεις, οι πολυμεταγαγιζόμενοι και κυρίως οι αιμορροφιλικοί, τα άτομα που έχουν έντονη σεξουαλική δραστηριότητα με πολλαπλούς συντρόφους, επίσης προσβάλλει και τα παιδιά των γυναικών που πάσχουν από HIV. Οι μεταλλάξεις του ιού αποτελούν σημαντικό εμπόδιο στην ενδεχόμενη παραγωγή κάποιου εμβολίου γιατί θα πρέπει να απομονωθούν κύρια αντιγονικά συστατικά του ιού με σταθερή σύσταση ανεξάρτητη από τις μεταλλάξεις. [1]

1.2 Το Ανοσοποιητικό Σύστημα και η λοίμωξη του από τον HIV ιό

Το ανοσοποιητικό σύστημα είναι ένα σύστημα οργάνων και βιολογικών μηχανισμών υπεύθυνο για την άμυνα του οργανισμού. Αποτελείται από διαφορετικά όργανα και ιστούς, όπου δημιουργούνται και αναπτύσσονται τα ειδικά κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος. Όταν το άτομο προσβληθεί από τον ιό HIV, αυτός καταστρέφει μια ομάδα κυττάρων άμυνας που ονομάζονται CD4 κύτταρα ή T4 ή Βοηθητικά κύτταρα. Τα κύτταρα αυτά

καθορίζουν τι θα κάνουν τα υπόλοιπα κύτταρα άμυνας κάθε δεδομένη στιγμή. Με αυτόν τον τρόπο ο ιός HIV καθιστά αδύναμα τα υπόλοιπα κύτταρα να δράσουν και να κινηθούν συντονισμένα απέναντι στη λοίμωξη. Παρόλα αυτά ο οργανισμός αντιδρά, περιχαρακώνει τον ίο και τον έχει υπό καταστολή για αρκετό καιρό. Το άτομο είναι ασυμπτωματικό και δεν νοσεί ακόμα από aids, όμως με την πάροδο του χρόνου χάνει την μάχη με τον ίο, αποδυναμώνεται και έτσι επέρχεται η νόσος του aids. [13]

1.3 Η διαφορά μεταξύ HIV και AIDS

Οι ονομασίες του HIV και του AIDS μπορεί να συγχέονται γιατί και οι δυο περιγράφουν την ίδια νόσο. Ο ιός του HIV προσβάλλει τον οργανισμό και παραμένει στο σώμα παντοτινά. Δεν είναι απαραίτητο το άτομο να αναπτύξει το σύνδρομο της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας. Με την σωστή παρακολούθηση και θεραπεία το άτομο μένει «HIV οροθετικός», αν όμως ο ιός εξοντώσει τα T-κύτταρα και το σώμα είναι ανίκανο να καταπολεμήσει τις μολύνσεις και τις καρκινογενέσεις σταδιακά αποπτύσει το aids. [3]

1.4 Πότε εμφανίστηκε

Η κλινική εμφάνιση του HIV έγινε το 1982 στις Η.Π.Α. Αρχικά παρουσιάστηκε σε ένα σύνολο από χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών και ομοφυλοφίλους άντρες που δεν είχαν καμία βλάβη του ανοσοποιητικού. Εμφάνιζαν συμπτώματα πνευμονίας από πνευμονοκύστη (PCP) μια σπάνια ευκαιριακή λοίμωξη. Το Σάρκωμα Kaposi (KS) ήταν μια σπάνια καλοήθης μορφή καρκίνου, που πρόσβαλλε άτομα μεγαλύτερης ηλικιακής ομάδας. Το Μάρτιο του 1981 υπήρξαν τουλάχιστον 8 περιπτώσεις μια πιο επιθετικής μορφής του Σαρκώματος μεταξύ νεαρών ομοφυλοφίλων. Τα αμερικάνικα κέντρα ελέγχου και πρόληψης κινητοποιήθηκαν απέναντι στις αυξημένες περιπτώσεις PCP και KS και δημιούργησαν μια ομάδα κρούσης για να ελέγχει την επιδημία. Μια τεχνικός φαρμάκων, η Σάντρα Φορντ, παρατήρησε μεγάλο αριθμό αιτήσεων για χορήγηση πενταμίνης, ένα φάρμακο που χρησιμοποιείται ως θεραπεία της PCP λοίμωξης. Κανείς γιατρός δεν είχε ζητήσει το φάρμακο μέχρι τότε γιατί οι ασθενείς ή θεραπεύονταν ή πέθαιναν.

Τον Ιούνιο του 1981 σύμφωνα με έκθεση του CDC πέντε άντρες εμφάνισαν PCP χωρίς αναγνωρίσιμη αιτία. Αυτή η έκθεση αναφέρεται ως η αρχική του AIDS στις Η.Π.Α. Αρχικά το CDC δεν είχε κάποια επίσημη ονομασία για την ασθένεια και συχνά αναφερόταν ως «λεμφοαδενοπάθεια», ή Σάρκωμα Kaposi και ευκαιριακές λοιμώξεις ή GRID που σήμαινε (Gay Related Immune Deficiency = Ανοσοανεπάρκεια σχετιζόμενη με ομοφυλόφιλους). Αργότερα το CDC επινόησε τον όρο 4H καθώς αφορούσε Αϊτίνους (Haitians), Αιμόφιλους (Hemophilic), Ομοφυλόφιλους (Homosexuals) και χρήστες ηρωίνης (Heroin users). Το καλοκαίρι του 1982 ο Dr.Curray υποστήριξε ότι δεν υπάρχει εμφανής κίνδυνος επιδημίας σε μη ομοφυλόφιλους, διαψεύστηκε όμως πέντε μήνες αργότερα με τα πρώτα κρούσματα PCP σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Τότε απορρίφθηκε ο όρος GRID αφού διαπιστώθηκε ότι ο ιός δεν αφορούσε μόνο τους ομοφυλόφιλους και το Σεπτέμβριο του 1982 καθορίστηκε το AIDS ως ονομασία της νόσου. Το 1983 δύο διαφορετικές ερευνητικές ομάδες, μια αμερικανική με επικεφαλής τον Ρόμπερτ Γκάλλο (*Robert Gallo*) και μια γαλλική με επικεφαλής τον κορυφαίο Γάλλο ερευνητή

του ινστιτούτου Παστέρ στο Παρίσι Λυκ Μοντανιέ (*Luc Montagnier*), δήλωσαν η μία ανεξάρτητα από την άλλη ότι ένας καινοφανής (νεοεμφανιζόμενος) ιός μπορεί να έχει προσβάλλει τους ασθενείς του AIDS. Δημοσίευσαν τα ευρήματά τους στο ίδιο τεύχος του επιστημονικού περιοδικού *Science*. Ο Γάλλο ισχυρίστηκε πως ένας ιός που η ομάδα του είχε απομονώσει από έναν ασθενή του AIDS είχε σχηματικά εκπληκτική ομοιότητα με ανθρώπινους Τ-λεμφοτροπικούς ιούς (HTLVs) μία κατηγορία ιών που η δική του ομάδα πρώτη είχε απομονώσει. Η ομάδα του Γάλλο έδωσε στον καινούργιο ιό που είχε απομονώσει την ονομασία HTLV-III. Την ίδια περίοδο η ομάδα του Μοντανιέ απομόνωσε έναν ιό από έναν ασθενή που παρουσίαζε οίδημα (πρήξιμο) των λεμφαδένων του λαιμού και σωματική εξασθένηση, δύο κλασικά συμπτώματα του AIDS. Αντικρούοντας την έκθεση της ομάδας του Γάλλο, ο Montagnier και οι συνεργάτες του έδειξαν ότι οι πρωτεΐνες του πυρήνα του νέου ιού, ήταν ανοσολογικά διαφορετικές από τις αντίστοιχες του HTLV-I. Η ομάδα του Μοντανιέ έδωσε στον ιό που είχε απομονώσει την ονομασία LAV (Lymphadenopathy-associated Virus - Ιός σχετιζόμενος με λεμφαδενοπάθεια).

Όταν οι δυο αυτοί ιοί αποδείχτηκε ότι ήταν ένας και μοναδικός, το 1986, τις ονομασίες LAV και HTLV-III αντικατέστησε η ονομασία HIV. Ο Μοντανιέ έλαβε το Νόμπελ του 2004 για την ανακάλυψη του HIV. [2,3]

1.4.1 Από πού προέρχεται

Υπάρχουν δύο υπότυποι του ιού, οι HIV-1 και HIV-2, πιστεύεται ότι προέρχονται από μη - ανθρώπινα θηλαστικά της κεντροδυτικής Αφρικής και ότι μεταφέρθηκαν στους ανθρώπους (διαδικασία γνωστή σαν ζωοδοσία) στις αρχές του 20ού αιώνα. Ο HIV-1 φαίνεται να έχει πρωτοεμφανιστεί στο νότιο Καμερούν μέσω εξέλιξης του Ιού της Ανοσοανεπάρκειας του Πιθήκου (Simian Immunodeficiency Virus) και συγκεκριμένα του SIV(cpz), του υποτύπου που μολύνει τους άγριους χιμπατζήδες. Ο HIV-1 κατάγεται από την ενδημία του SIVcpz στο υποείδος χιμπατζήδων που ονομάζεται *Pan troglodytes troglodytes*. Αντίστοιχα ο στενότερος συγγενής του HIV-2 είναι ο SIV(smm) δηλαδή ο υπότυπος του SIV που μολύνει το είδος πιθήκου *Cercopithecus aethiops* ("Sooty mangabey") που είναι ένας πίθηκος του Παλαιού Κόσμου που ζει στη Δυτική Αφρική (από τη Νότια Σενεγάλη έως τη Δυτική Ακτή Ελεφαντοστού).

Οι πίθηκοι του Νέου Κόσμου (δηλαδή της Αμερικανικής ηπείρου) όπως πίθηκος-κουκουβάγια (είδος που δραστηριοποιείται τη νύχτα) είναι ανθεκτικοί στη λοίμωξη από HIV-1, πιθανώς λόγω συγχώνευσης δύο γονιδίων ανθεκτικών στον ιό. Ο HIV-1 εικάζεται ότι έχει υπερπηδήσει το (γενετικό) φραγμό μεταδιδόμενος μεταξύ διαφορετικών ειδών σε τουλάχιστον 3 διαφορετικές περιπτώσεις, κάτι που οδήγησε στην εμφάνιση των 3 διαφορετικών γονιδιακών ομάδων του ιού: M, N και O.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι άνθρωποι που συμμετέχουν σε δραστηριότητες σχετικές με τη χρήση του κρέατος αγρίων ζώων, είτε ως κυνηγοί είτε ως πωλητές του κρέατος, συχνά μολύνονται με τον SIV. Παρ' όλα αυτά ο SIV είναι ασθενής ιός, που τυπικά καταστέλλεται από το ανθρώπινο ανοσοποιητικό σύστημα μέσα σε μερικές εβδομάδες από τη λοίμωξη. Πιστεύεται πως χρειάζονται αρκετές μεταδόσεις του SIV από άτομο σε άτομο σε γρήγορη εναλλαγή, ώστε να του δοθεί ικανός χρόνος για να μεταλλαχθεί σε

HIV. Επιπλέον λόγω του σχετικά αργού ρυθμού μετάδοσης του ιού από άτομο σε άτομο, αυτός μπορεί να εξαπλωθεί στον ευρύτερο πληθυσμό μόνο με την παρουσία των οδών (καναλιών) υψηλού κινδύνου μετάδοσης οι οποίες πιστεύεται ότι δεν υπήρχαν στην Αφρική πριν τον 20ο αιώνα.

Τέτοια συγκεκριμένα προτεινόμενα κανάλια υψηλού κινδύνου μετάδοσης, που επιτρέπουν στον ιό να προσαρμοστεί προς το ανθρώπινο είδος και να εξαπλωθεί, εξαρτώνται από τον προτεινόμενο χρόνο της μετάδοσης από ζώο σε άνθρωπο. Γενετικές μελέτες του ιού υποδηλώνουν ότι η εμφάνιση του πιο πρόσφατου κοινού πρόγονου της ομάδας M του HIV-1 χρονολογείται γύρω στο 1910. Οι υποστηρικτές αυτής της χρονολογίας συνδέουν την επιδημία του HIV με την εμφάνιση της αποικιοκρατίας και την ανάπτυξη μεγάλων αποικιοκρατικών αφρικανικών πόλεων. Το γεγονός αυτό οδήγησε σε κοινωνικές μεταβολές, μέσα στις οποίες συμπεριλαμβάνεται υψηλότερος βαθμός σεξουαλικής ασυδοσίας, η διάδοση της πορνείας, καθώς και η συνεπακόλουθη υψηλή συχνότητα εμφάνισης αφροδίσιων νοσημάτων που προκαλούν έλκη στα γεννητικά όργανα (όπως η σύφιλη) στις αποικιοκρατικές αυτές πόλεις. Ενώ ο βαθμός μετάδοσης του HIV διαμέσου της κολπικής συνεύρεσης είναι χαμηλός υπό κανονικές συνθήκες, αυξάνει πολλαπλάσια αν ένας από τους παρτενέρ υποφέρει από μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη που προκαλεί έλκη στα γεννητικά όργανα. Οι πρώτες αποικιοκρατικές πόλεις του 1900 ήταν γνωστές για το μεγάλο ποσοστό διάδοσης της πορνείας και των γεννητικών ελκών, σε βαθμό που το 1928 το 45% των γυναικών κατοίκων της Ανατολικής Κινσάσα πιστεύεται ότι υπήρξαν πόρνες και το 1933 περίπου το 15 % όλων των κατοίκων τη ίδιας πόλης ήταν μολυσμένοι με κάποιο είδος σύφιλης. Μια εναλλακτική άποψη θεωρεί πως μη ασφαλείς ιατρικές πρακτικές στην Αφρική κατά τα χρόνια που ακολούθησαν τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο, όπως η επαναχρησιμοποίηση μη αποστειρωμένων συριγγών στη διάρκεια μαζικών εμβολιασμών ή οι εκστρατείες για την αντιμετώπιση της ελονοσίας και άλλων λοιμώξεων με αντιβιοτικά, αποτέλεσαν την εναρκτήρια οδό που επέτρεψε στον ιό να προσαρμοστεί προς τους ανθρώπους και να εξαπλωθεί.

Η παλαιότερη καλά τεκμηριωμένη περίπτωση HIV σε άνθρωπο, χρονολογείται πίσω στο 1959 στο Κονγκό. Ο ιός μπορεί ήδη να είχε κάνει την παρουσία του στις Ηνωμένες Πολιτείες ήδη από το 1966, όμως η προέλευση της μεγάλης πλειονότητας των μολύνσεων που συνέβησαν εκτός Υποσαχάριας Αφρικής (συμπεριλαμβανομένων και των ΗΠΑ) μπορεί να αποδοθεί σε ένα μεμονωμένο άγνωστο άτομο το οποίο μολύνθηκε από HIV στην Αϊτή και μετά έφερε τη λοίμωξη στις ΗΠΑ κάποια στιγμή γύρω στο 1969. Κατόπιν η επιδημία εξαπλώθηκε γρήγορα ανάμεσα στις ομάδες υψηλού κινδύνου (αρχικά σε σεξουαλικά επιπόλαιους άνδρες από το γκρουπ των ανδρών που κάνουν σεξ με άνδρες). Κατά το 1978 η εξάπλωση του HIV στους ομοφυλόφιλους αρσενικούς κατοίκους της Νέας Υόρκης και του Σαν Φρανσίσκο υπολογίστηκε σε ποσοστό 5%, υποδηλώνοντας ότι αρκετές χιλιάδες ατόμων στη χώρα είχαν ήδη μολυνθεί.” [2,3]

1.4.2 Το AIDS μέσα στο χρόνο

Προ-1980: Πιστεύεται ευρέως ότι ο HIV εμφανίστηκε στην Κινσάσα, στη Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό γύρω στο 1920. Μέχρι τη δεκαετία του 1980, δεν γνωρίζουμε πόσοι άνθρωποι ανέπτυξαν τον ιό HIV ή το AIDS ενώ σποραδικά κρούσματα του AIDS καταγράφηκαν πριν από το 1970.

Μέχρι το 1980, ο ιός HIV μπορεί να έχει ήδη εξαπλωθεί σε πέντε ηπείρους.

1981: Οι περιπτώσεις μιας σπάνιας λοίμωξης των πνευμόνων που ονομάζεται πνευμονία από *Pneumocystis carinii* (PCP) βρέθηκαν σε πέντε νέους υγιείς ομοφυλόφιλους άνδρες. Υπήρξαν αναφορές για μια ομάδα ανδρών με μια ασυνήθιστα επιθετική μορφή καρκίνου που ονομάζεται Σάρκωμα του Kaposi.

Τον Δεκέμβριο του 1981, οι πρώτες περιπτώσεις της PCP έχουν αναφερθεί σε άτομα που κάνουν ενέσιμη χρήση ναρκωτικών.

Μέχρι το τέλος του έτους είχαν αναφερθεί 270 περιπτώσεις σοβαρής ανοσοποιητικής ανεπάρκειας μεταξύ των ομοφυλόφιλων ανδρών, 120 από αυτούς είχαν πεθάνει.

1982: Μια ομάδα που ερευνούσε υποθέσεις, απεφάνθη ότι η αιτία της ανοσολογικής ανεπάρκειας μεταξύ ομοφυλόφιλων ανδρών στη Νότια Καλιφόρνια ήταν σεξουαλική και το σύνδρομο ονομάστηκε αρχικά gay και σχετιζόταν με την ανοσολογική ανεπάρκεια (ή GRID). Αργότερα η νόσος αναφέρθηκε σε αιμορροφιλικούς και Αιτινούς που οδηγεί πολλούς να πιστεύουν ότι είχε προέρχονταν από Haiti. Το CDC χρησιμοποίησε τον όρο "AIDS" (σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας).

Μια σειρά από ειδικές οργανώσεις AIDS είχαν συσταθεί συμπεριλαμβανομένου του ιδρύματος Σαν Φρανσίσκο AIDS (SFAF) στις Η.Π.Α και το Terry Higgins στο Ηνωμένο Βασίλειο, για την παροχή ασφαλέστερων συμβουλών σε gay άνδρες.

1983: Τον Ιανουάριο του 1983 το AIDS αναφέρθηκε μεταξύ των γυναικών συντρόφων των ανδρών που είχαν την ασθένεια, που υποδηλώνει ότι μπορούσε να μεταφερθεί μέσω του σεξ με ετεροφυλόφιλους.

Τον Μάιο, οι γιατροί στο Ινστιτούτο Παστέρ στη Γαλλία, ανέφεραν την ανακάλυψη ενός νέου ρετροϊού που ονομάζεται ιός της λεμφαδενοπάθειας (ή LAV), που θα μπορούσε να είναι η αιτία του AIDS.

Τον Ιούνιο, οι πρώτες εκθέσεις του AIDS στα παιδιά άφησαν να εννοηθεί ότι θα μπορούσε να περάσει μέσω περιστασιακής επαφής, αλλά αυτό αργότερα αποκλείστηκε και εξήχθη το συμπέρασμα ότι είχαν αποκτήσει κατά πάσα πιθανότητα απευθείας AIDS από τις μητέρες τους πριν, κατά τη διάρκεια ή λίγο μετά τη γέννηση.

Μέχρι το Σεπτέμβριο, η CDC προσδιόρισε όλες τις μεγάλες διαδρομές μετάδοσης και απέκλεισε τη μετάδοση από περιστασιακή επαφή, τα τρόφιμα, το νερό ή τον αέρα.

Το CDC δημοσίευσε επίσης τον πρώτο του οδηγό από συνιστώμενες προφυλάξεις για τους εργαζομένους του τομέα της υγείας και συναφών επαγγελματιών υγείας για την πρόληψη "μετάδοσης του AIDS»

Το Νοέμβριο ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας (ΠΟΥ) πραγματοποίησε την πρώτη συνεδρίασή του για να εκτιμήσει την κατάσταση του AIDS σε παγκόσμιο επίπεδο και ξεκίνησε τη διεθνή επιτήρηση.

1984: Τον Απρίλιο του 1984 το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου ανακοίνωσε ότι είχε απομονώσει έναν ιό, έναν ρετροϊό που ονομαζόταν HTLV-III. Σε κοινή συνέντευξη με το Ινστιτούτο Παστέρ ανακοίνωσαν ότι LAV και HTLV-III είναι ταυτόσημες και η πιθανότερη αιτία αυτών είναι το AIDS. Τον Ιούλιο, ο CDC ανακοίνωσε ότι η αποφυγή της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών και της κοινής χρήσης βελόνων "είναι αποτελεσματική στην πρόληψη της μετάδοσης του ιού.»

Τον Οκτώβριο, λουτρά και ιδιωτικές λέσχες σεξ στο Σαν Φρανσίσκο ήταν κλειστά λόγω υψηλού κινδύνου σεξουαλικής μετάδοσης. Η Νέα Υόρκη και το Λος Άντζελες ακολούθησαν μέσα σε ένα χρόνο.

1985: Τον Μάρτιο του 1985, η διαχείριση τροφίμων και Φαρμάκων των Η.Π.Α(FDA) εγκαινίασε την πρώτη εξέταση αίματος, ELISA, για την ανίχνευση αντισωμάτων έναντι του ιού.

Τον Απρίλιο, το Αμερικάνικο Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών (HHS) και η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) φιλοξένησε την πρώτη Διεθνή Διάσκεψη για το AIDS στην Ατλάντα.

Τον Δεκέμβριο, η Υπηρεσία των ΗΠΑ Δημόσιας Υγείας εξέδωσε τις πρώτες συστάσεις για την πρόληψη μετάδοσης του ιού από τη μητέρα στο παιδί.

1986: Τον Μάιο του 1986, η Διεθνής Επιτροπή για την Ταξινόμηση των ιών, δήλωσε ότι ο ιός που προκαλεί το AIDS επισήμως θα ονομάζεται HIV (ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας) αντί του HTLV-III / LAV.

1987: Το Φεβρουάριο του 1987 ο ΠΟΥ ξεκίνησε το παγκόσμιο πρόγραμμα για την ευαισθητοποίηση απέναντι στο AIDS και την προώθηση των δικαιωμάτων των ατόμων που ζουν με HIV.

Τον Μάρτιο, η FDA ενέκρινε την ζιδοβουδίνη (AZT), ένα αντιρετροϊκό φάρμακο, ως θεραπεία του HIV.

Τον Απρίλιο, η FDA ενέκρινε την εξέταση αίματος (western blot test), ένα πιο συγκεκριμένο test αντισωμάτων HIV.

Τον Ιούλιο, ο ΠΟΥ επιβεβαίωσε ότι ο ιός HIV μπορεί να μεταδοθεί από τη μητέρα στο παιδί κατά τη διάρκεια του θηλασμού.

Τον Οκτώβριο το AIDS έγινε η πρώτη ασθένεια που συζητήθηκε στο Συνέδριο των Ηνωμένων Εθνών.

1988: Το 1988 ο ΠΟΥ δήλωσε την 1^η Δεκεμβρίου ως παγκόσμια ημέρα κατά του AIDS.

1989: Τον Ιούνιο, το CDC κυκλοφόρησε τις πρώτες κατευθυντήριες γραμμές για την πρόληψη της PCP - ευκαιριακής λοιμώξεως που ήταν μια σημαντική αιτία θανάτου μεταξύ των ανθρώπων με AIDS.

1990: Τον Ιούνιο, στο 6ο Διεθνές Συνέδριο AIDS στο Σαν Φρανσίσκο διαμαρτυρήθηκαν για τη μεταναστευτική πολιτική των ΗΠΑ η οποία σταμάτησε τους ανθρώπους με τον ιό HIV από την είσοδο στη χώρα.

Τον Ιούλιο, οι ΗΠΑ θέσπισαν νόμο για τους Αμερικανούς με Αναπηρίες Act (ADA), ο οποίος απαγόρευε τις διακρίσεις εις βάρος των ατόμων με ειδικές ανάγκες, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων που ζουν με HIV. Τον Οκτώβριο η FDA ενέκρινε τη χρήση της ζιδοβουίνης (AZT) για τη θεραπεία παιδιών του AIDS.

1991: Η κόκκινη κορδέλα έγινε ένα διεθνές σύμβολο για την εκστρατεία κατά του AIDS.

1992: Τον Μάιο, ο FDA κυκλοφόρησε ένα τεστ 10 λεπτών το οποίο θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί από επαγγελματίες του τομέα της υγείας Για την ανίχνευση του ιού του HIV.

1993: Τον Μάρτιο του 1993, οι ΗΠΑ ψήφισαν με συντριπτική πλειοψηφία τη διατήρηση της απαγόρευσης εισόδου στη χώρα για τους ανθρώπους που ζουν με HIV.

Το CDC πρόσθεσε την πνευμονική φυματίωση, την επαναλαμβανόμενη πνευμονία και το διηθητικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στον κατάλογο των δεικτών για το AIDS.

1994: Τον Αύγουστο του 1994, η Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας των ΗΠΑ συνέστησε τη χρήση του AZT για να αποτρέψει μετάδοση HIV από τη μητέρα στο παιδί.

Το Δεκέμβριο η FDA ενέκρινε μια προφορική εξέταση για HIV, το πρώτο test HIV χωρίς αίμα.

1995: Τον Ιούνιο του 1995, η FDA ενέκρινε το πρώτο αναστολέα πρωτεάσης και αρχίζει μια νέα εποχή της υψηλής δραστηριότητας της αντιρετροϊκής θεραπείας (HAART).

1996: Το Κοινό Πρόγραμμα των Ηνωμένων Εθνών για το AIDS (UNAIDS) συστάθηκε για να υποστηρίξει για παγκόσμια δράση κατά της επιδημίας και να συντονίσει τις προσπάθειές του HIV / AIDS σε όλη την UN. Το 11ο Διεθνές Συνέδριο για το AIDS στο Βανκούβερ υπογράμμισε την αποτελεσματικότητα της HAART που οδηγεί σε μια περίοδο αισιοδοξίας.

Η FDA ενέκρινε το πρώτο τεστ στο σπίτι, μια εξέταση ιικού φορτίου για να μετρηθεί το επίπεδο του HIV στο αίμα. Ο πρώτος μη-νουκλεοσιδικός αναστολέας μεταγραφάσης (NNRTI) φάρμακο (nevirapine) και το πρώτο HIV test στα ούρα.

1997: Τον Σεπτέμβριο, η FDA ενέκρινε το Combivir, ένα συνδυασμό δύο αντιρετροϊκών φαρμάκων καθιστώντας ευκολότερο για τους ανθρώπους που ζουν με τον ιό HIV για να λάβουν την θεραπεία τους.

1999: Το 1999, ο ΠΟΥ ανακοίνωσε ότι ο ιός HIV / AIDS ήταν η τέταρτη μεγαλύτερη αιτία θανάτου παγκοσμίως και ο υπ' αριθμόν ένα δολοφόνος στην Αφρική.

2000: Τον Ιούλιο, το UNAIDS διαπραγματεύτηκε με πέντε φαρμακευτικές εταιρείες να μειώσουν τις τιμές των αντιρετροϊκών φαρμάκων για τις αναπτυσσόμενες χώρες.

2001: Τον Ιούνιο, η Γενική Συνέλευση Εθνών (ΟΗΕ) έκανε έκκληση για τη δημιουργία ενός «παγκόσμιου ταμείου» για να στηρίξει τις προσπάθειες των χωρών και των οργανισμών για την καταπολέμηση της εξάπλωσης του HIV μέσω της πρόληψης, θεραπείας και φροντίδας, συμπεριλαμβάνοντας την αγορά της θεραπείας. Τον Νοέμβριο, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Εμπορίου (ΠΟΕ) ανακοίνωσε τη Διακήρυξη της Doha η οποία επέτρεψε στις αναπτυσσόμενες χώρες να παρασκευάζουν γενόσημα φάρμακα για την καταπολέμηση της κρίσης της δημόσιας υγείας, όπως το HIV / AIDS.

2002: Τον Απρίλιο το παγκόσμιο ταμείο ενέκρινε τον πρώτο γύρο των επιχορηγήσεων συνολικού ύψους 600 εκ. \$. Τον Ιούλιο το UNAIDS ανέφερε ότι ο ιός HIV/AIDS ήταν η κύρια αιτία θανάτου στην Αφρική.

Τον Νοέμβριο, η FDA ενέκρινε την πρώτη ταχεία δοκιμή HIV με ακρίβεια 99,6% και ένα αποτέλεσμα σε 20 λεπτά.

2007: Τον Μάιο, η ΠΟΥ και UNAIDS εξέδωσαν νέες κατευθυντήριες γραμμές συνιστώντας τεστ για το HIV στις ρυθμίσεις της υγειονομικής περίθαλψης.

2010: Τον Ιανουάριο η ταξιδιωτική απαγόρευση να εισέλθουν στις Η.Π.Α οι οροθετικοί είχε αρθεί.

Τον Ιούλιο η CAPRISA 004 μικροβιοκτόνο σε δοκιμή στέφθηκε με επιτυχία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το τζελ μειώνει τον κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό στις γυναίκες κατά 40%.

Τα αποτελέσματα από τη δίκη iPrEx έδειξε μια μείωση στην απόκτηση του HIV κατά 44% μεταξύ των ανδρών που κάνουν σεξ με άνδρες που πήραν προ-έκθεσης προφύλαξη.

2011: Το 2011, τα αποτελέσματα από τη μελέτη HPTN 052 έδειξαν ότι η πρώιμη έναρξη της αντιρετροϊκής θεραπείας μείωσε τον κίνδυνο μετάδοσης του ιού HIV κατά 96% μεταξύ ετεροφυλόφιλων ζευγαριών. Τον Αύγουστο, η FDA ενέκρινε Complera, το δεύτερο all-in-one δισκίο σταθερού συνδυασμού δόσεων, διευρύνοντας τις διαθέσιμες επιλογές θεραπείας για τα άτομα που ζουν με HIV.

2012: Τον Ιούλιο του 2012, η FDA εγκρίνει την προληπτική θεραπεία για τον ιό HIV-σε αρνητικούς ανθρώπους για την πρόληψη της σεξουαλικής μετάδοσης του HIV.

2014: Η UNAIDS ξεκίνησε τους φιλόδοξους στόχους 90-90-90 που έχουν ως στόχο το 90% των ανθρώπων που ζουν με τον ιό HIV να διαγνωστούν, το 90% να έχει πρόσβαση στην αντιρετροϊκή θεραπεία και στο 90% να επιτευχθεί καταστολή του ιού.

2015: Τον Σεπτέμβριο, ο ΠΟΥ ξεκίνησε νέες κατευθυντήριες γραμμές για τη θεραπεία συνιστώντας ότι θα πρέπει να λαμβάνουν αντιρετροϊκή θεραπεία όλοι οι άνθρωποι που ζουν με τον ιό HIV, ανεξάρτητα από τον αριθμό των CD4 τους, και όσο το δυνατόν συντομότερα μετά την διάγνωση τους. Τον Οκτώβριο, η UNAIDS κυκλοφόρησε τη στρατηγική της 2016-2021, σύμφωνα με την οποία υιοθέτησε νέες μεθόδους Ανάπτυξης Στόχων (SDGs), και ζήτησε την επιτάχυνση στην παγκόσμια αντιμετώπιση του HIV για να επιτευχθούν οι κρίσιμοι στόχοι πρόληψης και θεραπείας του HIV. [14]

1.5 Τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου επίκτητης ανοσοανεπάρκειας.

HIV σημαίνει Human Immunodeficiency Virus δηλαδή Ιός της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας. Ο ιός HIV εισέρχεται και μένει στον ανθρώπινο οργανισμό εφάπαξ. Πρόκειται για έναν ρετροϊό και ανήκει στην οικογένεια των βραδέων ιών. Έχει δηλαδή γενετικό υλικό RNA, το οποίο με την δράση ενός ενζύμου που ονομάζεται αντίστροφη μεταγραφάση μετατρέπεται σε DNA για να ενσωματωθεί στο γονιδίωμα του ανθρώπου. Το χαρακτηριστικό του ιού HIV είναι το πολύ υψηλό ποσοστό μετάλλαξής του, ο γρήγορος ρυθμός αναπαραγωγής του και το τεράστιο μέγεθος του πληθυσμού του. Αυτό σημαίνει ότι σε κάθε δεδομένη στιγμή, ένας άνθρωπος που έχει μολυνθεί με τον ιό HIV μεταφέρει δεκάδες εκατομμύρια λοιμογόνων παραγόντων του HIV με εκατομμύρια διαφορετικών τυχαίων μεταλλάξεών του. Η πολύ μεγάλη ικανότητα μετάλλαξης του HIV οφείλεται στο γεγονός ότι η αντίστροφη μεταγραφάση που μετατρέπει το RNA του ιού σε κυτταρικό DNA, είναι πολύ επιρρεπής στα λάθη κατά την αντιγραφή της, ξεφεύγουν δηλαδή αντιγραφικά λάθη όταν προστίθενται τα νουκλεοτίδια στη σειρά για να γίνει το DNA και προκύπτουν οι μεταλλάξεις. [2]

1.6 Παθοφυσιολογία του HIV

Πρόκειται για έναν ρετροϊό και ανήκει στην οικογένεια των βραδέων ιών. Ο πυρήνας(core) του HIV περιέχει δύο μονής έλικας αντίγραφα του γονιδιώματος του ιικού RNA μαζί με ένα κωδικοποιημένο από τον ιό ένζυμο, την αντίστροφη τρανσκριπτάση (μεταγραφάση). Οι πρωτεΐνες του πυρήνα (p24) και του υποστρώματος (p18) περιβάλλονται από διπλή στιβάδα λιπιδίων, η οποία προέρχεται από το κύτταρο που φιλοξενεί τον ιό. Μέσα από αυτή τη στιβάδα προβάλλουν οι γλυκοπρωτεΐνες του περιβλήματος – της

μεμβράνης και της επιφάνειας. Οι γλυκοπρωτεΐνες του εξωτερικού περιβλήματος του HIV παρουσιάζουν τάση σύνδεσης με το μόριο CD4 της επιφάνειας των βοηθητικών Τα-λεμφοκυττάρων και άλλων κυττάρων της σειράς μονοπύρηνων-μακροφάγων. Μετά την σύνδεση στο CD4 και στο συγκεκριμένο συνυποδοχέα οι μεμβράνες του ιού και του κυττάρου συγχωνεύονται και το πυρηνοπρωτεϊνικό σύμπλεγμα του ιού εισέρχεται στο κυτταρόπλασμα. Το RNA με τα γονίδια του ιού υφίσταται μεταγραφή απ την αντίστροφη μεταγραφής που κωδικοποιεί ο ιός και το διπλής έλικας οίκο DNA του ποιού ενσωματώνεται στο χρωμόσωμα του κυττάρου με την καταλυτική δράση ενός άλλου ενζύμου των πετριών, την ενεγράφης (ενσωμάτωσης).

Μέσα στο γονίδιο του ξενιστή ο πρωίας μπορεί να παραμείνει σε λανθάνουσα κατάσταση χωρίς αισθητή μεταγραφή RNA η σύνθεση υϊκής πρωτεΐνης. Όταν το βοηθητικό Τα-λεμφοκύτταρο με τον ενσωματωμένο πρωία ενεργοποιηθεί, αυξάνεται η έκφραση του mRNA του HIV. Την έκφραση και την μεταφορά του mRNA στο κυτταρόπλασμα διευκολύνουν, αντίστοιχα οι κωδικοποιημένες πρωτεΐνες tat και rev. Τα γονίδια gag, pol και envy του HIV κωδικοποιούν, αντίστοιχα, πυρηνικές πρωτεΐνες, ένζυμα και πρωτεΐνες του περιβλήματος του ιού. Οι πολυστερίνες του ιού διασπώνται από πρωτεϊνάσες κωδικοποιούμενες από τον ιό και η πρωτεΐνη του περιβλήματος γλυκοζυώνεται από γλυκοζυλάσες του κυττάρου. Ακολούθως, συγκεντρώνονται σωματίδια του ιού, καθένα από τα οποία περιέχει στον πυρήνα του δύο αντίγραφα μη συνδεδεμένου mRNA ως γονιδίωμα του ιού, και στην συνέχεια απελευθερώνονται από το κύτταρο με εκβλάστηση τα ιικά σωματίδια (βιρίονια). Ο παραγωγικός πολλαπλασιασμός του ιού συνεπάγεται τη λύση των μολυσμένων Τ-κυττάρων. [1,20]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Η δράση του HIV στον οργανισμό

“Για να κολλήσει κάποιος HIV ο ιός θα πρέπει να εισέλθει στον οργανισμό. Συχνά μεταδίδεται με μολυσμένα σωματικά υγρά όπως το αίμα, το σπέρμα, τα κολπικά υγρά ή το μητρικό γάλα. Όταν εισέλθει στο αίμα ο HIV επιτίθεται στα διάφορα κύτταρα κυρίως στα βοηθητικά T-κύτταρα, ένα τύπο λευκών αιμοσφαιρίων με βασικό ρόλο στο ανοσοποιητικό σύστημα και στην αντιμετώπιση των λοιμώξεων. Εξωτερικά ο HIV καλύπτεται από γλυκοπρωτεΐνες που μεταλλάσσονται συχνά κι έτσι οι υποδοχείς των T-κυττάρων δεν μπορούν να αναγνωρίσουν τον ιό. Όταν προσκολληθεί σε πρωτεΐνες του κυττάρου ο HIV ενώνει την μεμβράνη του με αυτή του κυττάρου και τελικά μπαίνει στο κύτταρο όπου απελευθερώνει δύο κλώνους RNA και τρία ένζυμα απαραίτητα για την αντιγραφή του. Επειδή ο HIV είναι ρετροϊός το RNA μεταγράφεται σε DNA σαν ένα φερμουάρ με δύο κλώνους RNA που κλείνουν για να το μεταγράψουν σε DNA. Αυτό το DNA μετά ενσωματώνεται στο γονιδίωμα του κυττάρου-ξενιστή. Έτσι τα T-κύτταρα αντιμετωπίζουν τα ίδια κύτταρα σαν όμοια τους με αποτέλεσμα να δημιουργούνται περισσότερα αντίγραφα του ιού. Αυτά μετά φεύγουν από το κύτταρο-ξενιστή και ωριμάζουν αναζητώντας περισσότερα T-κύτταρα. Είναι δύσκολο να αντιμετωπιστεί ο ιός επειδή ο ρυθμός μετάλλαξης του είναι πολύ γρήγορος.

Η διαδικασία αντιγραφής παράγει περισσότερα από 10 δις νέα ιικά σωματίδια καθημερινά. Κατά τα αρχικά στάδια αντιγραφής, τη λεγόμενη λανθάνουσα περίοδο, μπορεί να μην εμφανίσει κανένα σύμπτωμα για διάστημα έως και 8 χρόνια. Εάν δεν αντιμετωπιστεί ο HIV σκοτώνει τα T-κύτταρα που μολύνει. Όταν τα T-κύτταρα πέφτουν κάτω από 200 ανά κυβικό χιλιοστό αίματος εκδηλώνεται το AIDS. Σε αυτό το προχωρημένο στάδιο το ανοσοποιητικό βρίσκεται σε καταστολή και είναι πιο επιρρεπές σε καρκίνους και ευκαιριακές λοιμώξεις όπως η πνευμονία. Δεν πεθαίνει κάποιος από το ίδιο το AIDS αλλά από κάποια ασθένεια που ο οργανισμός δεν κατάφερε να αντιμετωπίσει. Υπάρχουν σήμερα φάρμακα που βοηθούν στη αντιμετώπιση των ευκαιριακών λοιμώξεων, όπως το daraprim. Υπάρχουν επίσης αντιρετροικά φάρμακα που επιβραδύνουν τον ιό, μπλοκάροντας συγκεκριμένα ένζυμα που χρειάζεται ο ιός για να πολλαπλασιαστεί. Άτομα που δεν έχουν μολυνθεί από τον ιό αλλά αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης λαμβάνουν προφυλακτική αγωγή πριν από την έκθεση. Η προφυλακτική αγωγή δρά περίπου όπως η αντιρετροική αγωγή μπλοκάροντας το ένζυμο αντίστροφη μεταγραφάση. Μια μικρή μερίδα του πληθυσμού παρουσιάζει ανοσία λόγω μιας μετάλλαξης που συνδέεται με τα βοηθητικά T-κύτταρα. Το άτομο που έκανε μεταμόσχευση μυελού των οστών δηλαδή έλαβε νέα βλαστοκύτταρα που παράγουν διαφορετικά T-κύτταρα δεν παρουσίασε κανένα ίχνος του ιού στο αίμα του σε διάστημα 20 μηνών.” [16]

2.2 Οι φορείς του HIV

Αξίζει να σημειώσουμε ότι οι φορείς μεταδίδουν τον HIV ιό και όχι το σύνδρομο του AIDS. Οι φορείς του HIV, αρχικά μπορεί να μην εμφανίζουν καμία αρρώστια ή σύμπτωμα αυτής και γι’ αυτό δεν μπορούμε να τους αναγνωρίσουμε και να τους εντοπίσουμε. Μολονότι οι ίδιοι δεν είναι

άρρωστοι, διατηρούν το μικρόβιο στο αίμα τους και μπορούν να μεταδίδουν τον ιό σε άλλα υγιή άτομα τα οποία νοσούν αμέσως και εμφανίζουν ασθένειες που υπό άλλες συνθήκες δεν θα εμφάνιζαν. Αυτό συμβαίνει λόγω της μεγάλης εξασθένησης του οργανισμού και ορισμένες φορές οι οροθετικοί αρρωσταίνουν από AIDS και οδηγούνται στην κατάρρευση ή ακόμη και στον θάνατο. [2]

2.3 Ο κύκλος ζωής του HIV

“Συνίσταται σε προσκόλληση του ιικού σωματιδίου στην επιφάνεια του κυττάρου. Το γονιδίωμα του RNA του HIV-1 εισέρχεται στο κυτταρόπλασμα ως μέρος ενός πυρηνοπρωτεϊνικού συμπλέγματος. Το γονιδίωμα του ιικού RNA αντιγράφεται σε δίδυμο (δύο παράλληλων ελίκων) DNA. Μετά την σύνθεση του ιικού DNA το γραμμικό μόριο του ιικού DNA ενσωματώνεται σε ένα σύμπλεγμα προλοκλήρωσης που εισέρχεται στον πυρήνα.

Στον πυρήνα το ανολοκλήρωτο ιικό DNA βρίσκεται τόσο σε γραμμική όσο και σε κυκλική μορφή. Το γραμμικό ανολοκλήρωτο DNA του ιού είναι η πρόδρομη μορφή του ολοκληρωμένου προϊικού DNA που παραμένει μόνιμα στο γονιδίωμα του κυττάρου στο οποίο φιλοξενείται και χρησιμεύει ως υπόδειγμα μεταγραφής του ιού. Η μεταγραφή του υποδείγματος του DNA του προϊού και η επιμήκυνση του εναλλακτικού αγγελιαφόρου RNA (mRNA) δημιουργεί επιμηκυσμένα είδη ιικού mRNA τα οποία κωδικοποιούν τις επικουρικές πρωτεΐνες του ιού, όπως τις Tat, Rev & Nef, και το ανεπιμήκυντο ιικό mRNA που κωδικοποιεί τις δομικές πρωτεΐνες του ιού, όπως η πρόδρομη πρωτεΐνη gag-pol. Η μετάπτωση του τύπου της μεταγραφής από την έκφραση κατ' επικράτηση πολλαπλώς επιμηκυσμένου (ματισμένου) ιικού mRNA στη έκφραση κατ' επικράτηση ανεπιμήκυντου (αμάτιστου) ιικού mRNA είναι ενδεικτική δραστήριου αναδιπλασιασμού του ιού. Όλα τα μεταγραφόμενα στοιχεία του ιού εξέρχονται στο κυτταρόπλασμα, όπου πραγματοποιούνται η μετάφραση, η συγκέντρωση και η επεξεργασία του ρετροϊικού σωματιδίου. Ο κύκλος ολοκληρώνεται με την απελευθέρωση μολυσματικών σωματιδίων του ρετροϊού από το κύτταρο.” [1]

2.4 Η φυσική ιστορία του HIV

Οι πρώτες εβδομάδες μετά την μόλυνση είναι καθοριστικές για την εξέλιξη της νόσου. Αυτό ισχύει όπως και να μεταβιβαστεί η ασθένεια, είτε δια της σεξουαλικής επαφής είτε μέσω του αίματος είτε μέσω της περιγεννητικής οδού.[2]

2.4.1 Πρωτογενής λοίμωξη

Η πρωτογενής προσβολή ή οξύ ρετροϊκό σύνδρομο αναφέρεται στο αρχικό στάδιο της νόσου μετά την είσοδό του HIV στο αίμα. Η φάση αυτή διαρκεί 1-2 εβδομάδες. Το στάδιο αυτό μοιάζει με γρίπη και δεν υπάρχουν κλινικές εκδηλώσεις που να φανερώνουν την έκθεση στον ιό. Η δοκιμασία αντισωμάτων σε αυτό σημείο αποβαίνει συνήθως αρνητική, αφού το άτομο δεν παράγει αντισώματα και έτσι συχνά δεν αναγνωρίζεται η λοίμωξη από

HIV. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα αυτοί που έχουν νοσήσει από τον ιό να τον μεταδίδουν εν αγνοία τους. [1,2,3]

2.4.2 Φάση ασυμπτωματικής λοίμωξης

Μετά την πρωτολοίμωξη, αρχίζει μια περίοδος πολλών ετών, που ονομάζεται ασυμπτωματική ή ενδιάμεση ή χρόνια φάση. Το άτομο δεν εμφανίζει συνήθως κανένα κλινικό σύμπτωμα, εξακολουθεί όμως να μεταδίδει τον ιό. Σ' αυτό το στάδιο οι ασθενείς εμφανίζουν αντισώματα αλλά ελάχιστο ή καθόλου ιό στο αίμα. Η ασυμπτωματική φάση έχει ιδιαίτερη σημασία για τους ερευνητές, γιατί όσο καλύτερα κατανοήσουμε την πορεία της νόσου κατά την διάρκεια αυτών των ετών, τόσο περισσότερο μπορούμε να αναστείλουμε την εκδήλωση της νόσου σε σύνδρομο AIDS. [1,2,3]

2.4.3 Φάση συμπτωματικής λοίμωξης

Στο στάδιο αυτό ξεκινούν τα πρώτα συμπτώματα της νόσου, που οφείλονται στην μείωση της κυτταρικής ανοσίας. Όταν τα CD4 πέσουν κάτω από 200/mm³, το άτομο διατρέχει μεγάλο κίνδυνο ανάπτυξης ευκαιριακών λοιμώξεων. Τα κυριότερα συμπτώματα στην φάση αυτή αποτελούν η στοματική καντιντίαση, τριχωτή λευκοπλακία γλώσσας, υποτροπιάζον απλός έρπης ή έρπης γεννητικών οργάνων καθώς και εκτεταμένος έρπης ζωστήρας. [1,2,3]

2.4.4 Φάση ανοσοκαταστολής

Η μείωση των CD4 κάτω των 50/mm³ είναι ένδειξη βαριάς ανοσοκαταστολής και χωρίς θεραπεία οδηγεί σε μεγάλη θνησιμότητα μέσα σε 24-36 μήνες. Το άτομο είναι ευαίσθητο απέναντι σε ιούς, μύκητες, βακτήρια και παράσιτα που σε άλλη περίπτωση δεν θα προσέβαλαν τον άνθρωπο ή απλά θα παρουσίαζαν μιας ήπιας μορφής νόσου. Επίσης κάνει συχνή την εκδήλωση κάποιων μορφών καρκίνου, όπως το σάρκωμα Kaposi. [1,2,3]

2.5 Κλινική εικόνα του AIDS

Όταν ο ιός εισχωρήσει στο αίμα προσβάλλει τα T4-λεμφοκύτταρα, έτσι ο οργανισμός αντιδρά κατά διάφορο τρόπο.

Ο ιός ανιχνεύεται στο αίμα από την 2^η έως 10^η μέρα μετά την μόλυνση. Έπειτα ανιχνεύονται μόνο τα αντισώματα κατά του ιού τα οποία ανιχνεύονται από 3-6 μήνες μετά τη μόλυνση.

Τα κλινικά σημεία και συμπτώματα είναι εξαιρετικά σύνθετα και δεν είναι απαραίτητο να εμφανιστούν σε όλα τα άτομα.

Οι ασθενείς είναι άτομα δυνητικά μολυσματικά, δηλαδή, μπορούν να μεταδώσουν την νόσου ακόμα και αν οι ίδιοι δεν παρουσιάζουν συμπτώματα. Το 50%-60% των περιστατικών μετατρέπονται σε ασυμπτωματικούς φορείς. Το 15-20% των περιπτώσεων αναπτύσσουν ΣΕΑ μέσα σε 5 χρόνια. Το 20%-25% των μολύνσεων θα αναπτύξει μέσα σε 10-20 μέρες οξύ AIDS, ένα μη ειδικό ιογενές σύνδρομο που μοιάζει με λοιμώδη μονοπυρήνωση.

Μετά το οξύ ΣΕΑ μπορεί το άτομο να παρουσιάσει μια εμμένουσα γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια (P.G.L.), η οποία είναι δυνατό να παραμείνει

δια βίου χωρίς να αναπτύξει AIDS. Οι γάλλοι ονομάζουν αυτό το σύνδρομο καλόηθες AIDS. [5]

2.5.1 Κλινικά στάδια & κλινικές εκδηλώσεις της μόλυνσης

1. Πρόωρη Φάση
 - Οξεία λοίμωξη από τον HIV και οξύ σύνδρομο ρετροϊώσης
2. Ενδιάμεση Φάση
 - Ασυμπτωματικός φορέας
 - Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια
 - Εκδήλωση AIDS
3. Εκδηλώσεις ΚΝΣ
4. Δερματοβλεννογόνια νοσήματα
5. Στοματικές-Οισοφαγικές εκδηλώσεις
6. Γεννητικής χώρας εκδηλώσεις
7. Πνευμονικά νοσήματα
8. Γαστρεντερικές εκδηλώσεις
9. Ψυχιατρικές εκδηλώσεις
10. Κακοήθη νοσήματα & νεοπλασίες [4]

2.5.2 Τα στάδια της νόσου HIV/AIDS

CDC-C 1993

Το Αμερικανικό Κέντρο Ελέγχου Λοιμώξεων το 1993 καθιέρωσε το σύστημα σταδιοποίησης της νόσου HIV/AIDS από την στιγμή της μόλυνσης μέχρι την στιγμή της εκδήλωσης του πλήρους Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας σύμφωνα με τα επίπεδα των λεμφοκυττάρων CD4+ και τις επιμέρους παθολογικές καταστάσεις που σχετίζονται με τον ιό HIV.

Μετά το 1993 στα περιστατικά που καταγράφονται με AIDS συμπεριλαμβάνονται και οι ασθενείς με λιγότερα από 200 CD4+ λεμφοκύτταρα ή με ποσοστό μικρότερο του 14% του συνόλου των λεμφοκυττάρων ανεξάρτητα από τις εκδηλούμενες ευκαιριακές λοιμώξεις.

Κατηγοριοποίηση της HIV λοίμωξης

Τα κριτήρια της κατηγοριοποίησης της HIV λοίμωξης προσδιορίζονται από τα κατωτέρω επίπεδα των λεμφοκυττάρων CD4+

A1: Αναθεωρημένο (1993) σύστημα ταξινόμησης της HIV λοίμωξης για τους έφηβους και ενήλικες

	Κλινικές Κατηγορίες		
Κατηγορίες	(A)	(B)	(C)
CD4+	Ασυμπτωματική, οξεία (πρωτογενής) HIV λοίμωξη ή Επιμένουσα Γενικ. Λεμφαδενοπάθεια	Συμπτωματική HIV λοίμωξη, όχι (A) ή (C) καταστάσεις	Καθοριστικοί Νόσοι AIDS
Λεμφοκυττάρων			
(1) = 500/μL	A1	B1	C1
(2) 200-499 μL	A2	B2	C2
(3) < 200 μL	A3	B3	C3

[12]

A2: ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ (1993) - ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ A: Ασυμπτωματική HIV λοίμωξη - Επιμένουσα γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια - Οξεία (πρωτογενής) HIV λοίμωξη

Οι καταστάσεις που αναφέρονται στις Κατηγορίες B και C δεν πρέπει να υφίστανται.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ B: Συμπτωματική λοίμωξη αποδιδόμενη στον HIV με καταστάσεις άλλες από αυτές που περιλαμβάνονται στις Κατηγορίες A ή C ή οι οποίες είναι ενδεικτικές έκπτωσης της κυτταρικής ανοσίας.

Παραδείγματα περιπτώσεων στην κλινική Κατηγορία B περιλαμβάνουν αλλά δεν περιορίζονται σε:

Βακτηριακή αγγειομάτωση - Καντιντίαση στοματοφαρυγγική (μυκωτική στοματίτις) - Καντιντίαση αιδοιοκολπική (επιμένουσα, συχνή ή μη ανταποκρινόμενη σε θεραπεία) - Δυσπλασία του τραχήλου της μήτρας (μέση ή βαρεία)/ in situ καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας - Γενικευμένα συμπτώματα όπως πυρετός (38,5° C) ή διάρροια για περισσότερο από 1 μήνα - Στοματική λευκοπλακία - Έρπης ζωστήρ, με δύο τουλάχιστον διαφορετικά επεισόδια ή καταλαμβάνων περισσότερα από ένα δερμοτόμια - Ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα - Λιστερίοσις - Πυελικές φλεγμονές - Περιφερική νευροπάθεια.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ C: Περιλαμβάνει τις κλινικές καταστάσεις που αναφέρονται στον παραπάνω κατάλογο ο οποίος αποτελεί τον ορισμό κρούσματος AIDS.

Για σκοπούς κατατάξεως, άπαξ και συμπτώματα και ασθενής καταταγούν στην κατηγορία C παραμένουν στην Κατηγορία C ανεξάρτητα από την εξέλιξη του ασθενή.

[12]

ΝΟΣΟΙ ή ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΠΟΥ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΥΝ ΤΟ AIDS ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΟΥΣ - ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ 1993

Ένα HIV+ άτομο που παρουσιάζει τουλάχιστον μία από τις κατωτέρω νόσους ή σύνδρομα ορίζεται ως κρούσμα AIDS.

ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ AIDS	Καθοριστική ή Πιθανολογούμενη Διάγνωση	Μέθοδοι Καθοριστικής Διάγνωσης ή Κριτήρια Πιθανολογούμενης Διάγνωσης
Καντιντίαση τραχείας, βρόγχων ή πνευμόνων	Καθοριστική	μακροσκοπικός έλεγχος στην ενδοσκόπηση / νεκροτομή ή μικροσκοπική εξέταση (ιστολογική ή κυτταρολογική).
Καντιντίαση οισοφάγου	Καθοριστική	μακροσκοπικός έλεγχος στην ενδοσκόπηση / νεκροτομή ή μικροσκοπική εξέταση (ιστολογική ή κυτταρολογική).
	Πιθανολογούμενη	πρόσφατη έναρξη οπισθοστερνικού πόνου στην κατάποση ή ακτινολογική ένδειξη και επιβεβαιωμένη στοματική ή φαρυγγική καντιντίαση.
Κοκκιδιομύκωση, διάσπαρτη ή εξωπνευμονική	Καθοριστική	μικροσκοπική εξέταση, ιστοκαλλιέργεια ή ανίχνευση αντιγόνου στους προσβεβλημένους ιστούς.
Κρυπτοκόκκωση εξωπνευμονική	Καθοριστική	μικροσκοπική εξέταση, ιστοκαλλιέργεια ή ανίχνευση αντιγόνου στους προσβεβλημένους ιστούς.
Κρυπτοσποριδίωση με διάρροια (διάρκειας πάνω από 1 μήνα)	Καθοριστική	μικροσκοπική εξέταση κοπράνων.
Νόσος από μεγαλοκυτταροϊό, εκτός ήπατος, σπληνός ή λεμφαδένων (διάρκειας πάνω από 1 μήνα)	Καθοριστική	καλλιέργεια πνευμονικού ιστού, μικροσκοπική (ιστολογική ή κυτταρολογική) εξέταση, ανίχνευση αντιγόνου ή νουκλεονικού οξέος.

Αμφιβληστροειδίτιδα από κυτταρομεγαλοϊό	Πιθανολογούμενη	απώλεια όρασης και χαρακτηριστική εμφάνιση σε επάλληλες οφθαλμοσκοπήσεις, προϋούσα με την πάροδο αρκετών μηνών.
Απλός έρπηγ: έλκη (διάρκειας πάνω από 1 μήνα), βρογχίτιδα, πνευμονίτιδα, οισοφαγίτιδα	Καθοριστική	μικροσκοπική εξέταση, ιστοκαλλιέργεια ή ανίχνευση αντιγόνου στους προσβεβλημένους ιστούς.
Ιστοπλάσμωση, διάσπαρτη ή εξωπνευμονική	Καθοριστική	μικροσκοπική εξέταση, ιστοκαλλιέργεια ή ανίχνευση αντιγόνου στους προσβεβλημένους ιστούς.
Ισοσπορίαση με διάρροια (διάρκειας πάνω από 1 μήνα)	Καθοριστική	μικροσκοπική εξέταση (ιστολογική ή κυτταρολογική).
Πνευμονική λοίμωξη οφειλόμενη στο μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης	Καθοριστική	καλλιέργεια ή άλλη οριστική τεκμηρίωση λοίμωξης από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης.
	Πιθανολογούμενη	κλινική διάγνωση, με ή χωρίς οξυάντοχα βακτηρίδια στη μικροσκοπική εξέταση, που χρήζει έναρξη αντιφυματικής θεραπευτικής αγωγής.
Διάσπαρτη λοίμωξη από μυκοβακτηρίδια (και εξωπνευμονική φυματίωση)	Καθοριστική	καλλιέργεια.
	Πιθανολογούμενη	οξυάντοχα βακτηρίδια (είδη μη ταυτοποιημένα με καλλιέργεια) σε μικροσκοπική εξέταση κοπράνων ή φυσιολογικών στείρων σωματικών υγρών / ιστών (όχι πνεύμονες, δέρμα, τράχηλος μήτρας ή πυλαίοι αδένες).
Πνευμονία από Πνευμονοκύστη	Καθοριστική	μικροσκοπική εξέταση (ιστολογική ή κυτταρολογική).
<i>P. carinii</i>		

	Πιθανολογούμενη	πρόσφατη έναρξη δύσπνοιας με κόπωση ή ξηρό βήχα και διάχυτες αμφοτερόπλευρες διάμεσες διηθήσεις ακτινογραφικώς και $pO_2 < 70\text{mmHg}$ (9,3 kPa), χωρίς ένδειξη βακτηριακής πνευμονίας.
Πνευμονία υποτροπιάζουσα σε διάστημα 12 μηνών	Καθοριστική	δύο επεισόδια αποδεδειγμένα μικροβιολογικώς.
	Πιθανολογούμενη	ακτινολογική ή κλινική διάγνωση δύο διαφορετικών επεισοδίων πνευμονίας.
Προοδευτική πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια	Καθοριστική	ηλεκτρονικό μικροσκόπιο, ανίχνευση αντιγόνου στον εγκέφαλο ή στα ούρα, αντισώματα στον ορό ή στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό.
Σηψαιμία υποτροπιάζουσα οφειλόμενη σε σαλμονέλλα (μη τυφοειδούς)	Καθοριστική	Καλλιέργεια
Τοξοπλάσμωση του εγκεφάλου	Καθοριστική	μικροσκοπική (ιστολογική ή κυτταρολογική) εξέταση, ενοφθαλμισμός σε πειραματόζωο, ιστοκαλλιέργεια
	Πιθανολογούμενη	πρόσφατη έναρξη εστιακής νευρολογικής ανωμαλίας ή μειωμένο επίπεδο συνείδησης και πολλαπλές αλλοιώσεις στην αξονική και ορολογική ένδειξη ή ανταπόκριση σε ειδική θεραπεία.
Διηθητικός καρκίνος τραχήλου της μήτρας	Καθοριστική	ιστολογική εξέταση.

Εγκεφαλοπάθεια οφειλόμενη στον HIV (Άνοια)	Καθοριστική	HIV λοίμωξη και νοητική ανικανότητα και / ή κινητική δυσλειτουργία, μετά από αποκλεισμό άλλων αιτιολογικών παραγόντων με εξέταση του ΕΝΥ, απεικόνιση εγκεφάλου ή νεκροτομή.
Σάρκωμα Kaposi	Καθοριστική	μικροσκοπική εξέταση (ιστολογική ή κυτταρολογική).
	Πιθανολογούμενη	χαρακτηριστική ερυθματώδης / ιώδης πλακώδης βλάβη στο δέρμα ή στο βλεννογόνο.
Λέμφωμα: Burkitt ή ανοσοβλαστικό ή πρωτοπαθές στον εγκέφαλο	Καθοριστική	μικροσκοπική εξέταση (ιστολογική ή κυτταρολογική).
Σύνδρομο απίσχνασης οφειλόμενο σε HIV	Καθοριστική	απώλεια βάρους (πάνω από 10% του σωματικού βάρους) χωρίς άλλη αιτία και 30 ημέρες ή περισσότερες με διάρροια ή αδυναμία με πυρετό.

[12]

2.6 Συστήματα οργάνων που προσβάλλει το AIDS και κλινικές καταστάσεις

Δέρμα-Βλεννογόνοι:	Απλός έρπης Έρπης ζωστήρας Σταφυλοκοκκική Θυλακίτιδα Βακτηριδιακή αγγειωμάτωση Μολυσματική Τέρμινθος Σμηγματορροϊκή δερματίτιδα Ψωρίαση Καντιντιασική δερματίτιδα
Στόμα:	Καντιντιασική στοματίτιδα Τριχωτή λευκοπλακία Ερπητική λοίμωξη
Οισοφάγος:	Καντιντίαση Λοίμωξη από μεγαλοκυτταροϊό Απλός έρπητας- Άφθες
Κόλπος-Τράχηλος Μήτρας:	Αιδιοκολπίτιδα Μικροβιακή-Τριχομοναδική κοπλίτιδα Γρήγορη ανάπτυξη HPV
Κ.Ν.Σ:	Γνωσιακή λειτουργία Κινητική απόδοση Συμπεριφορά (αλλοίωση προσωπικότητας) Εστιακές αλλοιώσεις του Κ.Ν.Σ:(μηνιγγίτιδα)
Πνεύμονες: (πνευμονιόκοκκο,αιμόφιλο)	Πνευμονία (Carinii) Μικροβιακή πνευμονία Μυκοβακτηριδιακή πνευμονία (φυματίωση) Σάρκωμα Karosi
Γαστρεντερικό σύστημα:	Δυσφαγία Διάρροια Κολίτιδα Ναυτία-Εμέτοι Ανεπαρκής σίτιση → απώλεια βάρους
Νεφροί:	Νεφρική ανεπάρκεια
Ρευματοπάθειες:	Μυοσκελετικά ενοχλήματα Μυική αδυναμία [1,6,7]

2.7 Με ποιές μορφές καρκίνου συνδέεται ο ιός HIV

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο HIV δεν προκαλεί καρκίνο αλλά μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης του. Οι καρκίνοι που σχετίζονται με το HIV περιλαμβάνουν ορισμένες μορφές καρκίνου του ανοσοποιητικού συστήματος όπως λεμφώματα, το σάρκωμα Kaposi καθώς και καρκίνους που επηρεάζουν το πρωκτό και το τράχηλο.

Τέτοιους καρκίνους συχνά τους ονομάζουν σχετιζόμενοι με το AIDS καρκίνους.

Λέμφωμα: Είναι ένας ειδικός τύπος καρκίνου που περιλαμβάνει τους λεμφαδένες και το λεμφικό σύστημα.

Το σάρκωμα Kaposi: είναι ένας καρκίνος του συνδετικού ιστού που προκαλείται από ένα στέλεχος του ιού του ανθρώπινου έρπητα (HHV-8). Οι βλάβες μπορούν αναπτυχθούν οπουδήποτε στο σώμα εξωτερικά αλλά και εσωτερικά. Πρόκειται για HIV-καθοριζόμενη ασθένεια που εξελίσσεται ανάλογα με τον αριθμό των CD4+ κυττάρων. Είναι το πιο συχνό ευκαιριακό νεόπλασμα που σχετίζεται με την HIV λοίμωξη. Το Σάρκωμα Kaposi προσβάλλει το δέρμα (εμφανίζεται κυρίως σε άκρα πόδια, άκρα χέρια, κνήμες και πρόσωπο ως ψηλαφητή εκχυμωτική κηλίδα), τους βλεννογόνους (ως ιώδεις κηλίδες, βλατίδες ή οζίδια σε φάρυγγα, ούλα και γλώσσα), τους λεμφαδένες (50% προσβολή λεμφαδένων), εσωτερικά όργανα, το ουροποιογεννητικό και πεπτικό σύστημα, τους πνεύμονες και άλλα όργανα όπως καρδιά, νεφρά, ήπαρ, σπλήνα, εγκέφαλο και οστά.

Καρκίνος πρωκτού: προκαλείται από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων HPV.

Καρκίνος του Τραχήλου: είναι συνήθως μια αργή ανάπτυξη του καρκίνου που μπορεί να μην παρουσιάζει συμπτώματα και η κύρια αιτία του είναι η HPV λοίμωξη. [1,8]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Τρόποι μετάδοσης του ιού

Ο HIV μπορεί να μεταδοθεί με τους ακόλουθους τρόπους:

- 1.Ανταλλαγή σωματικών υγρών μέσω σεξουαλικής επαφής με μολυσμένο άτομο.
- 2.Από κοινού χρήση ή χρήση ήδη χρησιμοποιημένων βελόνων, συριγγών ή άλλων εργαλείων απαραίτητων στην προετοιμασία και χορήγηση ενέσιμων ουσιών.
3. Περιγεννητική μετάδοση από ια μολυσμένη μητέρα στο έμβρυο της κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του τοκετού ή στο βρέφος της κατά τη διάρκεια του θηλασμού,
- 4.Μετάγγιση ή άλλου είδους έκθεση σε μολυσμένο αίμα ή παράγωγό του, όργανα ή σπέρμα. [4,5,11]

3.1.1 Τρόποι μη μετάδοσης του ιού

Ο HIV δεν μπορεί να μεταδοθεί με τους ακόλουθους τρόπους:

1. Σίελος
2. Ιδρώτας
3. Δάκρυα
4. Ούρα ή Κόπρανα
5. Θάλασσα ή πισίνα
6. Κοινή χρήση τουαλέτας/ντους
7. Έντομα
8. Φαγητό
9. Χειραψία/Αγγιγμα
10. Χρήση κοινών αντικειμένων (π.χ. τηλέφωνα ή σκεύη φαγητού)
11. Φιλί [4,5,11]

3.1.2 Ποσοστά κινδύνου μετάδοσης

Μετάγγιση	→	90%
Τοκετός	→	25%
Κοινή χρήση βελόνων από χρήστες ναρκωτικών	→	0,67%
Παθητική πρωκτική σεξουαλική επαφή	→	0,50%
Τυχαίο τρύπημα βελόνας	→	0,30%
Παθητική κολπική σεξουαλική επαφή	→	0,10%
Ενεργητική πρωκτική σεξουαλική επαφή	→	0,06%
Ενεργητική κολπική σεξουαλική επαφή	→	0,5%
Παθητική στοματική σεξουαλική επαφή	→	0,01%
Ενεργητική στοματική σεξουαλική επαφή	→	0,005%

Ο κίνδυνος μετάδοσης εξαρτάται από τον τύπο έκθεσης αλλά και από παράγοντες όπως οι ακόλουθοι:

1. Μολυσματικότητα: Υψηλό ιικό φορτίο αυξάνει τον κίνδυνο. Για κάθε log μείωσης του ιικού φορτίου, ο κίνδυνος μόλυνσης μειώνεται 2,5 φορές.

2. Γεννητικά, στοματικά έλκη, ΣΜΝ ή αιμορραγίες αυξάνουν τον κίνδυνο σεξουαλικής έκθεσης.

3. Για τυχαία τραυτήματα από βελόνα το νωπό αίμα, το βαθύ τρύπημα ή η ενδοφλέβια ένεση αυξάνουν τον κίνδυνο μετάδοσης του HIV. [12]

3.1.3 Ποιός διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο

Κάποιες συμπεριφορές είναι περισσότερο επικίνδυνες από άλλες. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι ο παράγοντας επικινδυνότητα δεν είναι το άμεσο αίτιο της ασθένειας. Ο HIV προσβάλλει ανθρώπους σε κάθε σημείο του φάσματος επικινδυνότητας και πολλοί άνθρωποι που θεωρούνται ως "υψηλού κινδύνου" δεν μολύνονται ποτέ. Η κατανόηση του παράγοντα επικινδυνότητας μπορεί να σας βοηθήσει να εκτιμήσετε καλύτερα το ρίσκο σας.

Κάποιες από τις πιο επικίνδυνες συμπεριφορές είναι:

- Σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό (κολπική ή πρωκτική) με οροθετικό άτομο ή με άτομο που δεν γνωρίζει αν είναι HIV θετικό ή αρνητικό.
- Συχνή αλλαγή ερωτικών συντρόφων
- Σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό με επαγγελματίες
- Σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό με χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών
- Κοινή χρήση συριγγών
- Χρήση μη αποστειρωμένων βελονών για τρύπημα αυτιών και τατουάζ

Κάποιες από τις λιγότερο επικίνδυνες συμπεριφορές είναι:

- Σεξουαλική επαφή (κολπική ή πρωκτική) με προφυλακτικό
- Στοματικός έρωτας
- Άλλοι παράγοντες επικινδυνότητας:
- Κάποια άλλη σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος όπως έρπης, χλαμύδια, βλεννόρροια, τριχομονάδες ή ηπατίτιδα
- Να έχετε πέσει θύμα βιασμού
- Να έχετε κάνει έρωτα υπό την επήρεια ναρκωτικών ή αλκοόλ
- Να έχετε γεννηθεί από μητέρα που είχε HIV [12]

3.2 Συμπτώματα της Λοίμωξης

Μερικοί άνθρωποι (περίπου το 87%) που μολύνονται με HIV παρουσιάζουν πολύ έντονα συμπτώματα, ενώ άλλοι δεν αισθάνονται απολύτως τίποτα. Τα συμπτώματα εκδηλώνονται 2-4 εβδομάδες μετά την μόλυνση. Αυτή η περίοδος λέγεται **πρωτολοίμωξη ή οξεία HIV λοίμωξη**. Τα συμπτώματα της πρωτολοίμωξης μπορεί επίσης να είναι παρόμοια με άλλων σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων, όπως η λοιμώδης μονοπυρήνωση ή η ηπατίτιδα, που μεταδίδονται ευκολότερα. Επίσης το άγχος, ο φόβος και η ανασφάλεια μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα σε κάποιους ανθρώπους, ακόμα και αν δεν έχουν τίποτα.

Κυριότερα συμπτώματα (ποσοστά συχνότητας επί τις %):

Πυρετός (98%), Απώλεια βάρους
Πρήξιμο Λεμφαδένων (75%) – Λεμφαδενοπάθεια
Κ.Ν.Σ: Δυσφορία, Πονοκέφαλος (35%), Νευροπάθεια, Υπνηλία
Φαρυγγίτιδα (70%)
Στόμα: Άφθες, Πληγές
Οισοφάγος: Πληγές
Μύες: Πόνος, Μυαλγίες (60%)
Συκώτι - Σπλήνα διόγκωση
Αλλεργία στο δέρμα (50%)²
Ναυτία - Τάση για έμετο
[1,2]

3.3 Διάγνωση του AIDS

Ο προσδιορισμός των φορέων ή των πασχόντων από το ΣΕΑ επιτυγχάνεται με την ανεύρεση του ιού HIV στο αίμα και στα άλλα εκκρίματα τους ή με την ανίχνευση ειδικών αντισωμάτων. Αυτό μπορεί να γίνει, είτε με την καλλιέργεια και την απομόνωση του ιού, είτε με την ανίχνευση, με ορολογικές μεθόδους των αντισωμάτων. [5]

3.3.1 Πότε πρέπει να γίνεται η εξέταση

Η γρήγορη διάγνωση του ιού παίζει σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας κατά των ρετροϊών. Γι' αυτό το λόγο η εξέταση δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στα άτομα που κινδυνεύουν περισσότερο αλλά να συνιστάται σε όλα τα άτομα που πιθανώς να είχαν μια ύποπτη επαφή. Ο έλεγχος πρέπει να είναι εμπιστευτικός και να κινείται στα πλαίσια των σχετικών νόμων. Πολύ σημαντικό ρόλο παίζει η ενημέρωση του ατόμου πριν και μετά την εξέταση, ώστε να είναι βέβαιο ότι έχει αντιληφθεί τη σημασία και τις συνέπειες των αποτελεσμάτων.

Η διάγνωση της μόλυνσης από τον HIV τίθεται με την ανίχνευση στον ορό αντισώματος κατά του HIV με ενζυμική ανοσοαπορρόφηση (ELISA) και επιβεβαιώνεται με αποτύπωση Western. Οι μέθοδοι αυτές είναι πολύ ευαίσθητες από άποψη ανίχνευσης του αντισώματος κατά του HIV, αλλά στα άτομα με πρόσφατη μόλυνση το αποτέλεσμα μπορεί να είναι αρνητικό. Στην διάρκεια αυτής της περιόδου «παραθύρου» τα μολυσμένα άτομα έχουν στο πλάσμα τους ανιχνεύσιμο RNA του HIV. Σε περιπτώσεις πρόσφατης πιθανής επαφής με τον ιό και αρνητικής αρχικής ELISA, ενδείκνυται η επανάληψη της σε 6 εβδομάδες και σε 3 και 6 μήνες. Τα ψευδώς αποτελέσματα με την μέθοδο ELISA είναι σπάνια. Η θετικότητα της δοκιμασίας αποτύπωσης Western με χρησιμοποίηση τουλάχιστον δύο διαφορετικών πρωτεϊνών του HIV επιβεβαιώνει την διάγνωση. Σε άτομο που διατρέχει μεγάλο κίνδυνο επαφής με τον ιό HIV, μια ασαφής αντίδραση αποτύπωσης συχνά αντιπροσωπεύει αρχόμενη ορομετατροπή, οπότε η ανίχνευση RNA του HIV στο πλάσμα είναι ένδειξη οξείας λοίμωξης από τον HIV.

Τα βρέφη μολυσμένων μητέρων, οι οποίες δεν υποβάλλονται σε αντιρετροϊκή θεραπεία είναι μολυσμένα σε αναλογία 25-30%, αλλά η αντίδραση της ELISA είναι καθόλα θετική λόγω της παρουσίας στην κυκλοφορία τους των μητρικών αντισωμάτων, τα οποία εξαφανίζονται περί τον 9^ο-12^ο μήνα της ηλικίας. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η έγκαιρη διάγνωση της μόλυνσης από τον ιό μπορεί να επιτευχθεί με ευαίσθητες μεθόδους ανίχνευσης αντισωμάτων RNA ή DNA του HIV στο πλάσμα. Τέλος, υπάρχει και η εξέταση του στοματικού διδρώματος και των ούρων που αποτελεί αναίμακτο τρόπο ελέγχου και η εξέταση στο σπίτι προσφέρει έναν τρόπο ευκολότερης προσπέλασης. [1]

3.4 Μέθοδοι ανίχνευσης του HIV

3.4.1 Καλλιέργεια

Με την καλλιέργεια αναζητείται ο ιός του AIDS στα βιολογικά υγρά των ασθενών για την ανίχνευση των φορέων, για την συγκριτική μελέτη στελεχών του ιού και για την παρακολούθηση της πορείας της λοίμωξης καθώς και της θεραπείας. Το αντιγόνο του ιού ανευρίσκεται μόνο τις πρώτες 10 μέρες από την μόλυνση. Τέλος, η καλλιέργεια γίνεται σε πρωτογενή λεμφοκύτταρα ή ειδικές T-λεμφοκυτταρικές σειρές.

Μέθοδοι:

Η μικροσκοπηση με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο

Ο ανοσοφθορισμός της επιφάνειας των λεμφοκυττάρων

Η ανίχνευση της κυτταροπαθογόνου δράσεως της ανάστροφης τρανσκριπτάσης

Η ραδιοανοσολογική ανίχνευση [5]

3.4.2 Ανοσοενζυμική μέθοδος (ELISA)

Είναι η πιο ειδική, ευαίσθητη και πρακτική για καθημερινή χρήση μέθοδος και ανιχνεύει σχεδόν το σύνολο όσων έχουν αναπτύξει αντισώματα έναντι του ιού. Η μέθοδος επηρεάζεται από την παρουσία στον ορό αντισωμάτων προς HLA- αντιγόνα ή αντιγόνα επιφανείας λεμφοκυττάρων. Στην Ελλάδα ανιχνεύθηκαν με αυτή την μέθοδο αντισώματα προς τον HIV σε όλες τις περιπτώσεις AIDS και στο 88% των περιπτώσεων λεμφαδενικού συνδρόμου. Για την αποφυγή ψευδών θετικών αποτελεσμάτων χρησιμοποιείται η επιβεβαιωτική δοκιμασία Elisa, που βασίζεται στην ίδια αρχή και ανιχνεύει αντισώματα έναντι της πρωτεΐνης του περιβλήματος και του πυρήνα του HIV. [5,9]

3.4.3 Μέθοδος Western – blot

“Προσδιορίζει τα ειδικά πρωτεϊνικά κλάσματα, στα οποία είναι θετικός ο ορός. Αντιπροσωπεύει με την προσθήκη ειδικών αντισωμάτων τη μεταφορά σε χαρτί ηλεκτροφορητικά διαχωρισμένων πρωτεϊνών. Από τα αντισώματα αναγνωρίζεται η μοριακή φύση των αντιγόνων των ρετροϊών. Πάντως, σε θετικό αποτέλεσμα απαιτείται η επανάληψη μετά τρίμηνο ή επιβεβαίωση με την μέθοδο Ripa.” [5,9]

3.4.4 Μέθοδος Ripa

“Η ανίχνευση των ειδικών αντισωμάτων έναντι των δύο πρωτεϊνών του HIV με την μέθοδο αυτή βασίζεται στην σύνδεσή τους με τις σεσημασμένες με S³⁵ μεθειονίνη πρωτεΐνες του ιού. Με τη μέθοδο αυτή, που είναι ειδική, αλλά δεν μπορεί να χρησιμοποιείται καθημερινά, ανιχνεύονται αντισώματα και προς πρωτεΐνες υψηλού μοριακού βάρους.” [5]

3.4.5 Ιστοπαθολογική εικόνα σαρκώματος kaposi

Ανάλογη με την κλινική εμφάνιση των δερματικών βλαβών είναι και η ιστολογική εικόνα του σαρκώματος kaposi. Στο κηλιδώδες στάδιο παρατηρείται εικόνα κοκκιωματώδους ιστού. Χαρακτηριστικά σημεία αποτελούν η εναπόθεση αιμοσιδηρίνης, η πλασματοκυτταρική διήθηση και παρουσία πολλών διεσταλμένων αγγείων στο χόριο. Στο στάδιο των πλακών, που χαρακτηρίζεται από διάχυτη συμμετοχή του χορίου, παρατηρούνται αγγειακοί χώροι ποκίλου σχήματος και ατρακτοειδή κύτταρα μεταξύ των ινιδίων κολλαγόνου. Στο οζώδες στάδιο παρατηρούνται ανώμαλοι χώροι με ενδοθηλιακά κύτταρα, εσωτερικά και ατρακτοειδή κύτταρα γύρω από τα αγγεία ή διάσπαρτα μεταξύ των ινιδίων κολλαγόνου. [5]

3.4.6 OraSure test

Μία νέα δοκιμασία του SmithKline Beecham, ένα στοματικό σύστημα ανίχνευσης HIV-1 αντισώματος, το οποίο δίνει αποτελέσματα εντός 3 ημερών. [9]

3.4.7 Τα επίπεδα CD4(+) T λεμφοκυττάρων

Ο μειωμένος αριθμός T-κυττάρων αποτελεί ένδειξη HIV λοίμωξης. [2,9]

3.5 Θεραπεία HIV

Από το 1981 όπου παρατηρήθηκε κλινικά για πρώτη φορά το AIDS μέχρι σήμερα, 35 χρόνια αργότερα, ακόμα δεν έχει βρεθεί πλήρη ίαση για την HIV λοίμωξη. Η κύρια θεραπευτική κατεύθυνση στρέφεται στην αντιμετώπιση των ευκαιριακών λοιμώξεων από τις οποίες καταλήγουν συνήθως οι ασθενείς.

Παράλληλα δοκιμάζονται φάρμακα που παρεμποδίζουν τον πολλαπλασιασμό του ιού και ενισχύουν την αμυντική λειτουργία του οργανισμού, ενώ γίνονται προσπάθειες να παρασκευασθεί δραστικό προφυλακτικό εμβόλιο χωρίς θεραπεία προς το παρόν. Η θεραπευτική αγωγή διακρίνεται σε αντιμικροβιακή συμπτωματική θεραπεία των ευκαιριακών λοιμώξεων, σε ειδική θεραπεία έναντι του ίδιου του ιού και σε ανοσοτροποποιητική θεραπεία.

Η αντιρετροϊκή αγωγή μπορεί να επιβραδύνει την εξέλιξη της νόσου και να οδηγήσει σε ένα προσδόκιμο ζωής κοντά στο φυσιολογικό. Όλοι οι ασθενείς

με συμπτώματα του AIDS πρέπει να υποβάλλονται στην αντιρετροϊκή θεραπεία. Χωρίς αποτελεσματική αντιρετροϊκή θεραπεία οι ασθενείς με τα συμπτώματα του AIDS διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο θανάτου μέσα σε 3-8 μήνες. Μερικοί ειδικοί συνιστούν την υποβολή σε θεραπεία των ασθενών με τεκμηριωμένο ρετροϊκό σύνδρομο. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η εφαρμογή δραστικής αντιρετροϊκής θεραπείας σε αυτό το πρώιμο στάδιο είναι δυνατόν να οδηγήσει σε πλήρη αποκατάσταση της λειτουργίας του ανοσοποιητικού και να μειώσει το σταθερό σημείο του PVL σε επίπεδο συμβατό με μια μακροχρόνια μη εξελικτική πορεία της νόσου που προκαλεί ο HIV. Στις περισσότερες περιπτώσεις η θεραπεία πρέπει να αρχίζει όταν η λοίμωξη από τον HIV προκαλέσει συμπτώματα.

Σε όλες τις περιπτώσεις είναι κρίσιμο η έναρξη της θεραπείας να βασίζεται σε κοινή απόφαση του ενημερωμένου ασθενούς και του γιατρού. Έχει βασική σημασία να γνωρίζει ο ασθενής το θεραπευτικό σχήμα όσο είναι δυνατόν πληρέστερα και νωρίτερα πριν από την έναρξη της αντιρετροϊκής θεραπείας, η οποία πιθανώς να είναι ισόβια. Στόχος της είναι η εξασφάλιση της καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής στον ασθενή για το μεγαλύτερο δυνατό χρονικό διάστημα. Ο στόχος αυτός απαιτεί θεραπεία η οποία θα διατηρεί για μεγάλο διάστημα το PVL σε επίπεδα χαμηλότερα με τις πιο ευαίσθητες διατιθέμενες μεθόδους. Για να επιτευχθεί ο εν λόγω στόχος απαιτείται θεραπεία με συνδυασμό τουλάχιστον τριών αντιρετροϊκών φαρμάκων.

Όταν αρχίσει η εφαρμογή ενός αποτελεσματικού αντιρετροϊκού σχήματος σε ασυμπτωματικό ασθενή χωρίς να έχει προηγηθεί αντιρετροϊκή θεραπεία, το PLV θα πρέπει σε οχτώ εβδομάδες να ελαττωθεί απότομα, γενικά κατά 100 φορές και μέσα σε 16 βδομάδες να φτάσει σε μη ανιχνεύσιμα επίπεδα.

Αν δεν επιτευχθεί μείωση αυτού του μεγέθους, ο γιατρός πρέπει να εξετάσει, μαζί με τον ασθενή, αν η προσήλωση στη θεραπεία υπήρξε επαρκής. Αν ήταν σχεδόν επαρκής >του 90% το σχήμα θα πρέπει να αντικατασταθεί με άλλο αποτελεσματικότερο. [5,10,12]

3.5.1 Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Χρήση Αντιρετροϊκών Φαρμάκων Αρχική Αξιολόγηση

Κάθε HIV-οροθετικός ασθενής που εντάσσεται στην κλινική, πρέπει να έχει ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό, μια φυσική εξέταση, μια εργαστηριακή αξιολόγηση, και την παροχή συμβουλών. Ο σκοπός είναι να επιβεβαιωθεί η παρουσία μόλυνσης με HIV, να ληφθεί η κατάλληλη ιστορική και εργαστηριακή αξιολόγηση, να καταλάβει ο ασθενής τι είναι η μόλυνση με HIV, και να αρχίσει η θεραπεία όπως συστήνεται από τις οδηγίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης HIV και από τις οδηγίες θεραπείας καιροσκοπικών λοιμώξεων. Οι αρχικές πληροφορίες έπειτα χρησιμοποιούνται για να καθορίσουν τους στόχους και τα μελλοντικά σχέδια.

Τα ακόλουθα τεστ πρέπει να γίνουν σε έναν νέο ασθενή κατά τη διάρκεια των αρχικών επισκέψεων:

- Επιβεβαίωση θετικής δοκιμασίας HIV αντισωμάτων
- HIV RNA πλάσματος (ϊικό φορτίο)
- Έλεγχος γονοτυπικής αντοχής και καθορισμός υποτύπου
- Απόλυτος αριθμός και εκατοστιαία αναλογία των CD4
- Ορολογικός έλεγχος σύφιλης
- Προσυμπτωματικός έλεγχος για ΣΜΝ

- Ορολογικός έλεγχος ηπατίτιδας A
- Έλεγχος ηπατίτιδας B
- Έλεγχος ηπατίτιδας C
- Ακτινογραφία θώρακος
- Δερμοαντίδραση φυματίνης, εάν ο αριθμός των CD4 > 400
- Ορολογικός έλεγχος για τον ιό της ανεμοβλογιάς-ζωστήρα
- Ορολογικός έλεγχος για ιλαρά/παρωτίτιδα
- Ορολογικός έλεγχος για τοξόπλασμα
- Ορολογικός έλεγχος για μεγαλοκυτταροϊό
- Γενική αίματος
- Αιμοσφαιρινοπάθειες
- G6PD
- Σύσταση σώματος Δείκτης μάζας σώματος
- Εκτίμηση καρδιαγγειακού κινδύνου (Framingham score)
- Αρτηριακή πίεση
- Λιπίδια TC, HDL-c, LDL-c, TG
- Γλυκόζη πλάσματος
- Ακτινογραφία θώρακος
- Νεφρική νόσος - Εκτίμηση κινδύνου
- Νεφρική νόσος - eGFR (aMDRD)
- Εξέταση ούρων με dipstick
- Ασβέστιο, φώσφορος, ALP
- Ερωτηματολόγιο ελέγχου Νευρογνωσιακής ανεπάρκειας [12]

3.5.2 Χορήγηση προφυλακτικής αντιρετροϊκής αγωγής

Post-Exposure Prophylaxis (PEP)

Η Προφύλαξη Μετά Την Έκθεση (PEP) περιλαμβάνει τη λήψη κοκτέιλ αντιρετροϊκών φαρμάκων όσο το δυνατόν συντομότερα (μέσα σε 72 ώρες) μετά από ένα πιθανολογούμενο γεγονός έκθεσης στον ιό HIV με στόχο να προσπαθήσουμε να μειώσουμε την πιθανότητα να γίνει κάποιος θετικός στον ιό HIV. Αυτά τα φάρμακα εμποδίζουν τον ιό HIV να δημιουργήσει αντίγραφα του εαυτού του και τον σταματούν από το να εξαπλωθεί στον ανθρώπινο οργανισμό.

Το ΚΕΕΛΠΝΟ συνέταξε τις Ελληνικές κατευθυντήριες οδηγίες για την χορήγηση προφυλακτικής αντιρετροϊκής αγωγής μετά από μη επαγγελματική έκθεση στον HIV.

Ορισμός της μη επαγγελματικής έκθεσης στον HIV:

Ως μη επαγγελματική έκθεση στον HIV ορίζεται κάθε επαφή με σωματικά υγρά (αίμα, σπέρμα κ.α.) ατόμου με κίνδυνο για λοίμωξη από τον HIV.

Η μη επαγγελματική έκθεση στον HIV χαρακτηρίζεται ως «υψηλού» και «χαμηλού» κινδύνου για τη μετάδοση του HIV/AIDS, με κριτήρια που αφορούν το είδος, τη διάρκεια και άλλα χαρακτηριστικά της επαφής.

Κάποιες από τις περιπτώσεις που αφορά η μη επαγγελματική έκθεση στον HIV είναι:

- η κάθετη μετάδοση του ιού από την μητέρα στο παιδί,
- τα τρυπήματα με αιχμηρά και τα κοψίματα με κοφτερά αντικείμενα,
- ο βιασμός και η σεξουαλική κακοποίηση,
- η στοματική σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό που συνοδεύεται από εκσπερμάτιση,
- η κολπική σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη ή με ρήξη του προφυλακτικού,
- η πρωκτική σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη ή με ρήξη του προφυλακτικού,
- η μετάγγιση μολυσμένου αίματος,
- η επαφή βλεννογόνων του σώματος με αίμα, σπέρμα, κολπικές εκκρίσεις, πρωκτικές εκκρίσεις, η χρήση ενδοφλέβιων ουσιών με κοινή σύριγγα, η κατανάλωση μητρικού γάλακτος οροθετικής μητέρας.
- η μεταμόσχευση μολυσμένου οργάνου [12]

3.5.3 Προφύλαξη Πριν την Έκθεση (PrEP)

Τι είναι η PrEP;

«PrEP» σημαίνει Pre-Exposure Prophylaxis, δηλαδή Προφύλαξη Πριν την Έκθεση. Η λέξη «Προφύλαξη» σημαίνει «πρόληψη ή έλεγχος της εξάπλωσης της λοίμωξης».

Η PrEP είναι ένας νέος τρόπος πρόληψης της HIV λοίμωξης για τους ανθρώπους που δεν έχουν τον ιό, λαμβάνοντας ένα χάπι κάθε μέρα. Το χάπι περιέχει 2 φάρμακα που χρησιμοποιούνται και στη θεραπεία των ατόμων που ήδη έχουν μολυνθεί. Εάν εκτεθείτε στον ιό HIV μέσω σεξουαλικής επαφής ή κοινής χρήσης ενέσιμων ναρκωτικών και έχετε πάρει PrEP, αυτά τα δύο φάρμακα μπορούν να σταματήσουν τον ιό από το να μολύνει τον οργανισμό σας. Μαζί με άλλες μεθόδους πρόληψης, όπως τα προφυλακτικά, η PrEP μπορεί να προσφέρει καλή προστασία έναντι του HIV, αν λαμβάνεται κάθε μέρα. [12]

Οποιοσδήποτε μπορεί να χρησιμοποιήσει PrEP;

Η PrEP δεν είναι για όλους. Το Κέντρο Ελέγχου Νοσημάτων των ΗΠΑ (CDC) συστήνει την PrEP στους ανθρώπους που είναι αποδεδειγμένα HIV αρνητικοί και βρίσκονται σε σημαντικό κίνδυνο για μόλυνση από τον ιό HIV. Αυτό περιλαμβάνει όσους:

- Είναι σε συνεχή ερωτική σχέση με σύντροφο που έχει HIV λοίμωξη
- Δεν είναι σε αμοιβαία μονογαμική σχέση με σύντροφο ο οποίος εξετάστηκε πρόσφατα και βρέθηκε HIV αρνητικός και είναι:
- ομοφυλόφιλος ή αμφιφυλόφιλος άνδρας που έχει κάνει σεξ χωρίς προφυλακτικό ή έχει διαγνωστεί με σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα κατά τους τελευταίους έξι μήνες
- ετεροφυλόφιλος άνδρας ή γυναίκα που δεν χρησιμοποιεί τακτικά προφυλακτικό με συντρόφους που βρίσκονται σε κίνδυνο να μολυνθούν με τον ιό HIV (π.χ. χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ή αμφιφυλόφιλος άνδρες άγνωστης κατάστασης HIV)
- Έχουν κάνει κατά τους τελευταίους έξι μήνες κοινή χρήση ενέσιμων ή ήταν σε πρόγραμμα θεραπείας για χρήση ενέσιμων ναρκωτικών.

- Για τα ετερόφυλα ζευγάρια όπου ο ένας σύντροφος έχει τον ιό HIV και ο άλλος όχι, η PrEP είναι μία από τις επιλογές για την προστασία του μη μολυσμένου συντρόφου κατά τη διάρκεια της σύλληψης και της εγκυμοσύνης.

Οι άνθρωποι που χρησιμοποιούν PrEP πρέπει να είναι σε θέση να παίρνουν το χάπι κάθε μέρα και να επισκέπτονται το γιατρό τους κάθε 3 μήνες για να κάνουν HIV τεστ, για να παίρνουν τη νέα συνταγή των χαπιών και για να παρακολουθούνται κλινικά.

Η PrEP είναι ένα πολύ ισχυρό εργαλείο για την πρόληψη του ιού HIV. Ωστόσο, για σεξουαλικά δραστήριους ανθρώπους, καμία στρατηγική πρόληψης δεν είναι 100% αποτελεσματική. Ως εκ τούτου, τα άτομα που θέλουν να λάβουν PrEP πρέπει να τη χρησιμοποιούν μαζί με άλλες αποτελεσματικές στρατηγικές πρόληψης του HIV.

Αυτές περιλαμβάνουν:

- Συστηματική και σωστή χρήση των προφυλακτικών με τους συντρόφους τους
- Κοινή εξέταση για HIV με τους συντρόφους τους
- Κοινή εξέταση για ΣΜΝ με τους συντρόφους τους
- Επιλογή λιγότερο επικίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών, όπως το στοματικό σεξ
- Αν γίνεται χρήση ενέσιμων ναρκωτικών, συνιστάται η συμμετοχή σε πρόγραμμα απεξάρτησης ή η χρήση αποστειρωμένου εξοπλισμού ένεσης του ναρκωτικού

Επίσης, η PrEP είναι μόνο για τους ανθρώπους που βρίσκονται σε συνεχή και σημαντικό κίνδυνο μόλυνσης από τον HIV. Για τους ανθρώπους που θέλουν να προλάβουν τη HIV λοίμωξη μετά από μία μόνο υψηλού κινδύνου πιθανή έκθεση, όπως το σεξ χωρίς προφυλακτικό, η κοινή χρήση ενέσιμων ναρκωτικών και η σεξουαλική επίθεση, υπάρχει μια άλλη επιλογή που ονομάζεται «Προφύλαξη Μετά την Έκθεση», ή PEP.

Η PEP πρέπει να αρχίσει μέσα σε 72 ώρες από την έκθεση στον ιό HIV. [12]

Η PrEP είναι εμβόλιο;

Όχι. Η PrEP δεν είναι μια ουσία που εγχύεται στο σώμα και δεν λειτουργεί με τον ίδιο τρόπο όπως ένα εμβόλιο. Επί του παρόντος, δεν υπάρχει κανένας εμβολιασμός για την πρόληψη της μόλυνσης από τον ιό HIV, αν και οι ερευνητές προσπαθούν να αναπτύξουν ένα. [12]

Ποια φάρμακα χρησιμοποιούνται στην PrEP;

Truvada Το χάπι που εγκρίθηκε από την αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) για την καθημερινή προφύλαξη των ανθρώπων που βρίσκονται σε πολύ υψηλό κίνδυνο μόλυνσης με τον ιό HIV, ονομάζεται Truvada. Το Truvada είναι ένας συνδυασμός δύο φαρμάκων κατά του HIV (του tenofovir και του emtricitabine). Τα φάρμακα αυτά δρουν διακόπτοντας σημαντικά μονοπάτια που χρησιμοποιεί ο ιός HIV για να πετύχει τη δημιουργία μιας μόλυνσης. Εάν παίρνετε καθημερινά PrEP, η παρουσία του φαρμάκου στο αίμα σας μπορεί να σταματήσει τον ιό HIV από την εξάπλωση στον οργανισμό σας. Εάν δεν παίρνετε κάθε μέρα PrEP, μπορεί να μην υπάρχει αρκετό φάρμακο στο αίμα σας για να εμποδίσει τον ιό. Η PrEP μπορεί να συνταγογραφείται μόνο από γιατρούς και πρέπει να λαμβάνεται

σύμφωνα με τις προκαθορισμένες κατευθυντήριες οδηγίες. Το ειδησεογραφικό site VICE διερευνά το μέλλον του Truvada και τον επαναστατικό αντίκτυπο που θα έχει στην καταπολέμηση του HIV/AIDS. [12]

Πόσο αποτελεσματική είναι η PrEP;

Σε αρκετές μελέτες για την PrEP, ο κίνδυνος εμφάνισης λοίμωξης HIV ήταν έως και 92% χαμηλότερος, για όσους έπαιρναν τα φάρμακα με συνέπεια. Η PrEP δεν λειτουργεί το ίδιο καλά, αν δεν λαμβάνεται καθημερινά.

Περιγραφή αυτών των μελετών μπορείτε να βρείτε στη σελίδα του CDC για την PrEP. [12]

Είναι η PrEP ασφαλής;

Μερικοί άνθρωποι σε κλινικές μελέτες της PrEP είχαν από πολύ νωρίς παρενέργειες, όπως στομαχικές διαταραχές ή απώλεια όρεξης, αλλά αυτές οι παρενέργειες ήταν ήπιες και συνήθως εξαφανίζονταν μέσα στον πρώτο μήνα. Μερικοί άνθρωποι είχαν επίσης έναν ήπιο πονοκέφαλο. Δεν αναφέρθηκαν και δεν παρατηρήθηκαν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες. Σε περίπτωση που αυτά ή άλλα συμπτώματα γίνουν σοβαρά ή επιμένουν συνιστάται η άμεση επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό. [12]

3.5.4 Κατευθυντήριες οδηγίες για τη χρήση της PrEP

Το Μάιο του 2014, η αμερικανική Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας και το CDC δημοσίευσαν τις κατευθυντήριες οδηγίες κλινικής πρακτικής για τη χρήση της PrEP στις ΗΠΑ. [12]

Που διατίθεται η PrEP;

Μέχρι στιγμής, η εφαρμογή της PrEP είναι αποσπασματική και ελλιπής. Ο ρυθμός και η ζήτηση για PrEP αυξάνεται στις Ηνωμένες Πολιτείες, όμως σε άλλες χώρες, συμπεριλαμβανομένων και ορισμένων όπου πραγματοποιήθηκαν έρευνες για την PrEP, υπάρχει περιορισμένη ή καθόλου πρόσβαση. Για να επιτευχθεί μεγαλύτερη διάδοση της PrEP, πρέπει να υπάρξει μια παγκόσμια στρατηγική με περισσότερες έρευνες και καθοδήγηση από τις παγκόσμιες υπηρεσίες υγείας.

Την ίδια στιγμή, οι έρευνες για νέα σκευάσματα PrEP, όπως οι τριμηνιαίες ενέσεις, θα μπορούσαν να βοηθήσουν στη βελτίωση της τήρησης και να επιτύχουν την πλήρη αποτελεσματικότητα της PrEP. Dr. Demetre Daskalakis Ο Δρ. Δημήτρης Δασκαλάκης, ιατρικός διευθυντής για το HIV/AIDS στο νοσοκομείο Mount Sinai της Νέας Υόρκης και μέλος στο πάνελ του FDA που συστήνει τη χορήγηση του Truvada για λόγους πρόληψης, λέει ότι «αν κάποιος άνδρας δεν θέλουν να χρησιμοποιούν προφυλακτικά, δεν θα το κάνουν. Πρέπει να ασχοληθούμε με το θέμα, αναγνωρίζοντας ότι μερικές φορές το σεξ χωρίς προφυλάξεις συμβαίνει, αλλά μπορούμε τώρα να αποτρέψουμε αυτές τις μολύνσεις με τον ιό HIV».

Η κοινότητα των οροθετικών που εργάζεται για την πρόληψη του ιού HIV, έχει καλέσει τους υπεύθυνους των Εθνικών Συστημάτων Υγείας να διαθέσουν άμεσα την PrEP σε όσους διατρέχουν τον υψηλότερο κίνδυνο μόλυνσης με τον ιό HIV.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι οργανώσεις των οροθετικών πιέζουν από κοινού τους υπεύθυνους του NHS για να επιταχυνθούν οι διαδικασίες έγκρισης της

PrEP, επισημαίνοντας ότι η συνέχιση των υψηλών ρυθμών νέων μολύνσεων κάνει επείγουσα την ανάγκη για βελτίωση της πρόληψης του HIV. Η πίεση ενισχύεται μετά από τις πρόσφατες ανακοινώσεις των αποτελεσμάτων της μελέτης PROUD που έγινε στο Ηνωμένο Βασίλειο και της μελέτης IPERGAY που έγινε στη Γαλλία και τον Καναδά. Οι μελέτες αυτές έχουν ολοκληρωθεί με επιτυχία και σε όλους τους συμμετέχοντες προσφέρεται πλέον PrEP. [12]

3.5.5 Εγκεκριμένα Αντιρετροϊκά Φάρμακα

Τότε:

Τέσσερα χρόνια μετά την εμφάνιση των πρώτων κρουσμάτων AIDS στις Η.Π.Α., η φαρμακευτική εταιρεία Burroughs Wellcome παρουσίασε τον Ιούνιο του 1985, για πρώτη φορά το AZT ως ένα νέο φάρμακο για την αντιμετώπιση της θανάσιμης ασθένειας του AIDS. Μετά από πίεση των ακτιβιστών του AIDS, το Food and Drug Administration (FDA) ενέκρινε την 1η φάση των κλινικών δοκιμών του φαρμάκου εντός μίας εβδομάδας από την αρχική αίτηση. Μετά από έξι μήνες, 282 ασθενείς έλαβαν εθελοντικά μέρος στην πρώτη κλινική δοκιμή του AZT. Από τους 137 ασθενείς στην ομάδα του placebo, πέθαναν οι 19, ενώ από τους 145 ασθενείς στην ομάδα του AZT, πέθανε μόνο 1 ασθενής. Τα αποτελέσματα ήταν αρκετά ενθαρρυντικά για το FDA κι έτσι τον Σεπτέμβριο του 1986, ενέκρινε τη θεραπεία όλων των ασθενών οι οποίοι ήθελαν να έχουν πρόσβαση σε AZT, πριν ακόμη δώσει επίσημα την άδεια κυκλοφορίας του AZT ως αντιρετροϊκού φαρμάκου.

Σήμερα:

Η θεραπεία για τον HIV συνήθως περιλαμβάνει 3 ή περισσότερα αντιρετροϊκά φάρμακα.

Ο ισχυρός αυτός συνδυασμός φαρμάκων που ονομάζεται HAART (αντιρετροϊκή θεραπεία υψηλής δραστηριότητας), έχει σκοπό την αναστολή της δημιουργίας ιϊκών αντιγράφων, προσπαθώντας να ελαχιστοποιήσει τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες καθώς και τον αριθμό των λαμβανομένων δισκίων.

Η Ευρωπαϊκή Εταιρεία του AIDS (EACS) συνιστά έναν από τους παρακάτω αρχικούς θεραπευτικούς συνδυασμούς για την αντιμετώπιση της HIV λοίμωξης:

Triumeq
Tivicay + Truvada
Stribild
Isentress + Truvada
Eviplera
Prezista/r + Truvada [12]

3.5.6 Κίτρινη Κάρτα

Η Κίτρινη Κάρτα είναι ένα μέσο για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων.

Οι επαγγελματίες υγείας (ιατροί, φαρμακοποιοί, νοσηλευτές) έχουν καθήκον να συμπληρώνουν την Κίτρινη Κάρτα κάθε φορά που υποψιάζονται ότι ένα φάρμακο μπορεί να έχει προκαλέσει μία ανεπιθύμητη ενέργεια.

Τι είναι ανεπιθύμητη ενέργεια ενός φαρμάκου;
Ανεπιθύμητη ενέργεια είναι η μη επιθυμητή ή και βλαπτική δράση που παρατηρείται όταν ένα φάρμακο χορηγείται στα καθορισμένα πλαίσια δοσολογίας του εφόσον υπάρχει υποψία ότι αυτή σχετίζεται με το φάρμακο άσχετα με το αν:

> είναι ήδη γνωστή η παρενέργεια αυτή ή

> είναι νέα και δεν έχει μέχρι τώρα συσχετισθεί με το φάρμακο

Η Κίτρινη Κάρτα συμβάλει στην ανίχνευση ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων.

Η επιτυχία του θεσμού της κίτρινης κάρτας στηρίζεται στην επαγρύπνηση των επαγγελματιών υγείας, στη θέληση και το ζήλο τους να γνωστοποιούν τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων. [12]

3.6 Η εξέλιξη της νόσου

Ο ιός HIV δεν εξελίσσεται πάντα στη νόσο του AIDS ούτε φτάνει πάντοτε σε μοιραίο αποτέλεσμα. Πολλοί από τους ασθενείς που προσβάλλονται από τον ιό είναι υγιείς για πολλά έτη με ή χωρίς συμπτώματα. Από τους ανωτέρω ασθενείς μερικοί μπορεί να διατηρηθούν σε καλή κατάσταση χωρίς συμπτώματα, άλλοι να αναπτύξουν λεμφαδενοπάθεια και άλλοι να υποστούν την πλήρη εξέλιξη της ασθένειας. Εντούτοις κάθε ασθενής που ανήκει σε οποιαδήποτε από τις ανωτέρω κατηγορίες μπορεί να μεταδώσει τον ιό. [1]

3.7 Πρόληψη και προστασία

Δεδομένου ότι δεν υπάρχει ακόμα απόλυτα αποτελεσματική θεραπεία του AIDS είναι απαραίτητη η εφαρμογή προληπτικών μέτρων που έχουν σα σκοπό την ελάττωση του ρυθμού εξάπλωσης της λοίμωξης. Τα μέτρα αυτά απευθύνονται στο κοινό και μάλιστα στις ομάδες υψηλού κινδύνου και στο υγειονομικό προσωπικό. Η σωστή ενημέρωση του κοινού και η σχολαστική τήρηση των προληπτικών μέτρων που συνιστώνται, συντελούν στην αποφυγή του πανικού και στον περιορισμό του μεγάλου προβλήματος δημόσιας υγείας.

Ο γενικός πληθυσμός πρέπει να γνωρίζει ότι η μετάδοση του ιού δε γίνεται εύκολα, παρόλα ταύτα θα πρέπει να αποφεύγεται η χρήση κοινών ξυριστικών μηχανών, οδοντόβουρτσων ή άλλων προσωπικών αντικειμένων των ασθενών. Επιπλέον απαγορεύεται η επαφή με εκκρίματα ή υγρά των ασθενών με AIDS. Κίνδυνο διατρέχουν και όσοι έχουν σεξουαλικές επαφές με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους, όσοι έχουν συχνές ερωτικές επαφές με ιερόδουλες που δεν υπόκεινται σε συχνό υγειονομικό έλεγχο καθώς και όσοι έρχονται σε επαφή με τυχαίους ερωτικούς συντρόφους. Τα προφυλακτικά περιορίζει σημαντικά τη μετάδοση του ιού αλλά δεν την αποκλείει.

Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στην ενημέρωση και εκπαίδευση από τη σχολική ηλικία, για την αποφυγή επικίνδυνων ερωτικών συμπεριφορών, καθώς και τη χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών που αυξάνουν τον κίνδυνο μετάδοσης της νόσου. Ο μόνος ασφαλής τρόπος για να αποφύγει κανείς τη μετάδοση μέσω της σεξουαλικής επαφής, είναι η αποχή από το σεξ ή η μονογαμική σχέση με κάποιον που δεν είναι φορέας του ιού. Γι' αυτό η χρήση

του προφυλακτικού είναι πια απαραίτητη σε οποιαδήποτε άλλη σεξουαλική επαφή.

Η επέκταση των προγραμμάτων αποτοξίνωσης των χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών, καθώς και τα προγράμματα δωρεάν παροχής συριγγών θα ελαττώσουν τον κίνδυνο μετάδοσης στην ομάδα αυτή.

Όλοι οι αιμοδότες πρέπει να ελέγχονται για HIV αντισώματα ώστε να αποφεύγεται η μετάδοση με τις μεταγγίσεις αίματος και παραγόντων του πλάσματος. Τα άτομα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου πρέπει να αποκλείονται από αιμοδότες ή δότες οργάνων, σπέρματος και μυελού.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για τον κίνδυνο μετάδοσης της νόσου. Πρέπει να γίνεται χρήση γαντιών και προστατευτικών γυαλιών, όπου χρειάζεται ώστε να αποφευχθεί τυχόν επαφή με μολυσμένο αίμα ή υγρά. [4,5,20]

Τα τυχόν μολυσμένα δείγματα πρέπει να έχουν ειδική σήμανση, να φυλάγονται και να πετάγονται σε ειδικά δοχεία όπως και οι βελόνες και οι σύριγγες.

β) Μέτρα πρόληψης σε περίπτωση κρούσματος:

- Το κρούσμα πρέπει να δηλώνεται αμέσως στην αρμόδια υγειονομική υπηρεσία.
- Πρέπει να λαμβάνονται όλα τα μέτρα για την πρόληψη των αιματογενώς μεταδιδόμενων νοσημάτων. Η απομόνωση του ασθενούς δεν είναι απαραίτητη και δεν προσφέρει τίποτα στην πρόληψη της νόσου.
- Τα μολυσμένα αντικείμενα από αίμα ή σωματικά υγρά του ασθενούς πρέπει να απολυμαίνονται.
- Ο ασθενής και οι σεξουαλικοί του σύντροφοι πρέπει να αποκλείονται από αιμοδότες, δωρητές οργάνων σώματος και σπέρματος. [4,5,20]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°

4.1 Ομάδες υψηλού κινδύνου

4.1.1 Ομοφυλόφιλοι-ετεροφυλόφιλοι

Σε παγκόσμιο επίπεδο οι επαφές που στις περισσότερες περιπτώσεις οδηγούν σε μετάδοση είναι οι ετεροσεξουαλικές και λιγότερο αυτές του ίδιου φύλου. Η ομοφυλοφιλική επαφή μπορεί να αποτελεί τον κύριο τρόπο μετάδοσης του ιού HIV στο δυτικό κόσμο, όμως είναι σημαντικό να πούμε ότι ο ιός προσβάλλει και τα δυο φύλα μέσω ετεροφυλικής επαφής όταν δεν υπάρχει προφύλαξη και ένας εκ των δυο έχει μολυνθεί.

Στατιστικά κινδυνεύουν περισσότερο οι ομοφυλόφιλοι αλλά και τα άτομα και των δυο φύλων με συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων που δεν χρησιμοποιούν προφυλάξεις στο σεξ. Αρκεί μία και μόνο επαφή για να κολλήσει κάποιος αν ο σύντροφός του είναι φορέας του ιού και δεν το γνωρίζει λόγω ασυμπτωματικής φάσεως της λοίμωξης.

Τα τελευταία χρόνια οι ομοφυλόφιλοι αποτελούν σταθερά τη μεγάλη πλειοψηφία των κρουσμάτων σε αναπτυσσόμενες χώρες. Η πιθανότητα μετάδοσης σε ζεύγος ομοφυλοφίλων υπολογίζεται σε 50%.

[2, 3]

4.1.2 Τοξικομανείς

Οι τοξικομανείς χρησιμοποιούν κοινές μολυσμένες σύριγγες ή βελόνες για ενδοφλέβια λήψη των ναρκωτικών. Η μετάδοση του ιού πιθανόν να οφείλεται στην παραμονή μικρών ποσοτήτων αίματος στις σύριγγες.

Η επιδημιολογική διερεύνηση της κατηγορίας αυτής, είναι πολύ δύσκολη διότι πολλοί πεθαίνουν από κατάχρηση ναρκωτικών πριν εμφανίσουν το σύνδρομο AIDS. [5,13]

4.1.3 Πολυμεταγγιζόμενοι

Ο κίνδυνος μετάδοσης του HIV είναι εξαιρετικά μικρός αλλά υπαρκτός διότι άτομα που έχουν μολυνθεί πρόσφατα από τον HIV είναι δυνατόν να προσφέρουν αίμα μέσα στις βδομάδες που μεσολαβούν μέχρι την ανάπτυξη ανιχνεύσιμων αντισωμάτων προς τον ιό (περίοδος παραθύρου). Μόλυνση με τον HIV-1 έχει παρατηρηθεί και σε εργαζομένους σε επαγγέλματα υγείας μετά από παρεντερική επαφή με το αίμα ασθενών μολυσμένων με τον ιό. Το ενδεχόμενο ότι οι μολυσμένοι εργαζόμενοι στα επαγγέλματα υγείας που εφαρμόζουν αιματηρές μεθόδους μπορούν να μεταδώσουν τον ιό σε ασθενείς έχει ερευνηθεί προσεκτικά. Ωστόσο ο κίνδυνος αυτός είναι εξαιρετικά μικρός.

Γενικότερα η μετάγγιση αίματος ενοχοποιείται σαν πηγή μόλυνσης στο 2% των κρουσμάτων AIDS στην Ευρώπη και την Αμερική. [5,14]

4.1.4 Μητέρα προς έμβρυο

Ο HIV μπορεί να μεταδοθεί στο παιδί από τη μολυσμένη μητέρα στη διάρκεια της κύησης, κατά τον τοκετό, με το θηλασμό. Από τα βρέφη οροθετικών μητέρων οι οποίες δεν υποβάλλονται σε θεραπεία κατά του ρετροϊού το 25-30% είναι επίσης μολυσμένο. Η συχνότητα της κάθετης

μετάδοσης μπορεί να μειωθεί στο 5% ή και χαμηλότερα με την προγεννητική και περιγεννητική αντιρετροϊκή θεραπεία της μητέρας και τη θεραπεία του βρέφους μετά τη γέννησή του.

Η συχνότητα προσβολής του νεογνού από φορέα μητέρα είναι 50%. Από το ποσοστό αυτό τα νεογνά που θα αναπτύξουν σύνδρομο AIDS μετά την προσβολή τους από τον ιό του AIDS είναι περίπου 50%. Έχουν επίσης αναφερθεί περιπτώσεις μόλυνσης του νεογνού από θηλασμό, δεδομένου ότι ο ιός έχει απομονωθεί στο μητρικό γάλα και γι αυτό απαγορεύεται ο θηλασμός σ' αυτές τις περιπτώσεις. Η ανεύρεση αντισωμάτων του ιού του AIDS στα νεογνά δε σημαίνει αποκλειστικά νόσηση από το σύνδρομο καθόσο τα αντισώματα αυτά σε ποσοστό μέχρι 45% ελαττώνονται μεταξύ 6^{ου} και 8^{ου} μήνα της ζωής του νεογνού επειδή είναι αντισώματα της μητέρας που μεταβιβάστηκαν στο παιδί με την κυκλοφορία του πλακούντα από τη μητέρα. [5,15]

Τεχνητή γονιμοποίηση HIV θετικών ατόμων

Σήμερα οι οροθετικοί ενήλικες ζουν ενεργά και παραγωγικά παρά τη νόσο τους και αυτό σε μεγάλο βαθμό οφείλεται στις πολύ αποτελεσματικές θεραπείες. Πολλοί από αυτούς βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία κι επιθυμούν να τεκνοποιήσουν. Έτσι αυτό που κάποτε ακουγόταν απαγορευτικό, δηλαδή η τεκνοποίηση ανθρώπων που πάσχουν από AIDS, σήμερα αποτελεί «ανθρώπινο δικαίωμα» σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρεία Γονιμότητας (AFS).

Οι τεχνικές της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, φαίνεται ότι ελαχιστοποιούν τους κινδύνους μετάδοσης της λοίμωξης στα ζευγάρια όπου ο ένας από τους δύο συντρόφους είναι οροθετικός. Τόσο η ενδομήτρια σπερματέγχυση όπου προηγείται πλύσιμο-καθαρισμός του σπέρματος, όσο και η μικρογονιμοποίηση στην εξωσωματική γονιμοποίηση, έχουν δοκιμαστεί σε ζευγάρια όπου ο άνδρας ήταν οροθετικός και ο κίνδυνος της μεταφοράς του ιού στη σύντροφο αποδείχθηκε ότι ήταν μηδενικός.

Πολλά κέντρα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική προσφέρουν τις θεραπείες αυτές (ενδομήτρια σπερματέγχυση και εξωσωματική γονιμοποίηση/μικρογονιμοποίηση) στα ζευγάρια όπου ο άνδρας είναι οροθετικός και η γυναίκα αρνητική.

Η τεχνητή γονιμοποίηση από σπέρμα HIV-θετικού άνδρα μπορεί να είναι ασφαλής, αποτελεσματική, και μπορεί να μην οδηγήσει σε μόλυνση από τον ιό HIV είτε της μητέρας ή του παιδιού.

Πάνω από 5.000 τέτοιες διαδικασίες έχουν διεξαχθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες και την Ευρώπη μεταξύ HIV οροασύμβατων ζευγαριών, και είχαν ως αποτέλεσμα τη γέννηση περισσότερων από 500 παιδιά χωρίς να υπάρξει καμία μετάδοση του ιού HIV.

Τελευταία, η εξωσωματική γονιμοποίηση με τη μέθοδο της μικρογονιμοποίησης φαίνεται ότι αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για την επίτευξη κύησης σε αυτά τα ζευγάρια, υπερισχύοντας της σπερματέγχυσης. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στην τήρηση των προδιαγραφών ασφάλειας στη λειτουργία των κέντρων αυτών, προκειμένου να εξασφαλιστεί η μη έκθεση σε κίνδυνο μετάδοσης του ιού, τόσο στο προσωπικό όσο και στα υπόλοιπα ζευγάρια που είναι αρνητικά. Οι κίνδυνοι μετάδοσης αφορούν και τη διαδικασία κατάψυξης γαμετών ή εμβρύων, που προέρχονται από οροθετικά ζευγάρια. [5,12]

Το νομοθετικό πλαίσιο στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τον νόμο Ν.3305/2005, άρθρο 4 πριν από την υποβολή σε μεθόδους Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (Ι.Υ.Α.) διενεργείται υποχρεωτικά έλεγχος για τον ιό HIV. Εάν τα πρόσωπα που μετέχουν στην εφαρμογή των μεθόδων Ι.Υ.Α. είναι οροθετικοί απαιτείται ειδική άδεια από την Εθνική Αρχή Ι.Υ.Α. του άρθρου 19.

Σύμφωνα με νεώτερη υπουργική απόφαση (ΦΕΚ Β 170/2008) για την διενέργεια εξωσωματικής γονιμοποίησης με γεννητικό υλικό οροθετικών ατόμων απαιτείται να πληρούνται οι παρακάτω προϋποθέσεις.

Τα οροθετικά άτομα μπορούν να συμμετέχουν σε Ι.Υ.Α. εφόσον:

- Ακολουθούν την ενδεδειγμένη αντιρετροϊκή θεραπεία (HAART)
- Υπάρχει σταθερή κατάσταση του/της ασθενούς
- Υπάρχει βεβαίωση του θεράποντος ιατρού ότι ο/η ασθενής παρακολουθείται τακτικά και συμμορφώνεται με την ενδεδειγμένη θεραπεία τουλάχιστον επί 1 έτος.
- Δεν διαπιστώνονται ευκαιριακές λοιμώξεις ή σοβαρές επιπλοκές που σχετίζονται με την HIV λοίμωξη
- Τα επίπεδα T4 λεμφοκυττάρων είναι άνω των 300 ανά mm και το ιϊκό φορτίο κάτω από 50 αντίγραφα/ml.
- Η εφαρμογή των μεθόδων Ι.Υ.Α. γίνεται σε ειδικό εργαστήριο με τον εξοπλισμό που προβλέπεται από το άρθρο 5.

Η άδεια της Εθνικής Αρχής Ι.Υ.Α. για την διενέργεια εξωσωματικής γονιμοποίησης με γεννητικό υλικό οροθετικών ατόμων ισχύει και για το εξωτερικό. [5,12]

4.2 Το νοσοκομείο και το AIDS

Το νοσοκομείο διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην ιατρική αντιμετώπιση των ασθενών αποτελεί ιδανικό χώρο συγκεντρώσεως γνώσεων και πληροφοριών, στον οποίο μπορούμε να υποδεχθούμε και να προσανατολίσουμε τους ασθενείς.

Το νοσοκομείο είναι ο κατ' εξοχήν χώρος των κλινικών ερευνών, όπου πραγματοποιούνται ειδικές θεραπευτικές δοκιμές, γεγονός που δημιουργεί ελπίδες σε ορισμένους ασθενείς ότι θα συμμετάσχουν σε κάποια μελέτη, η οποία ίσως καταλήξει στο σωτήριο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Το AIDS, ως νέα νόσος υποχρέωσε τα νοσοκομεία να αναμορφωθούν, να οργανώσουν νέες σχέσεις με τους ασθενείς και τους ιδιώτες ιατρούς, να δημιουργηθούν νέα εργαλεία της πληροφορικής για την εκτίμηση των διαφόρων παραμέτρων από ιατρικής, οικονομικής αλλά και διοικητικής πλευράς.

Το γεγονός ότι το AIDS προσβάλλει διαφορετικά όργανα δυσχεραίνει την οργάνωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών που υποδέχονται τους ασθενείς. Ανέκυψε η ανάγκη να συγκεντρωθεί όλο το απαραίτητο δυναμικό σε εξειδικευμένες κλινικές. Τις περισσότερες φορές, οι ασθενείς προτιμούν να νοσηλευθούν σε αυτούς τους εξειδικευμένους χώρους, επειδή γνωρίζουν ότι εκεί θα βρουν φροντίδα στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο, αλλά και ότι θα έχουν τη δυνατότητα να συμμετάσχουν σε κάποιο θεραπευτικό πείραμα. Σε

περίπτωση υπερβολικού προσωπικού φόρτου πρέπει να παρέχεται η δυνατότητα εναλλακτικής νοσηλείας των ασθενών σε άλλα εξειδικευμένα σημεία ή σε κάποιο κέντρο αναρρώσεως, ή ακόμα και σε νοσηλευτικό περιβάλλον άλλου τύπου.

Όσο η ζωή στο νοσοκομείο παρουσιάζει δυσκολίες, παρά τις επιθυμίες για την καλή θέληση όλων. Ορισμένες από τις δυσκολίες αυτές οφείλονται άμεσα στο AIDS και άλλες απλώς αποκαλύπτονται από τη χρόνια αυτή πάθηση, η οποία υποχρεώνει τους ασθενείς και τους γύρω τους να εμπλέκονται σε μεγάλο βαθμό στη νοσηλευτική διαδικασία.

Όσο εξελίσσεται η νόσος, το νοσηλευτικό προσωπικό έχει όλο και μεγαλύτερο φόρτο εργασίας. Όλοι εμπλέκονται ψυχολογικά σε μεγάλο βαθμό και η προσπάθεια για επιμόρφωση πρέπει να είναι διαρκής.

Κατά την καθημερινή πρακτική, το νοσηλευτικό προσωπικό διατρέχει επίσης κίνδυνο να πληγωθεί με υλικό από μολυσμένο αίμα. Οι υπηρεσίες ενδονοσοκομειακής υγιεινής συνιστούν την εφαρμογή ειδικών κανόνων για την αποτελεσματική πρόληψη.

Οι κανόνες αυτοί πρέπει να εφαρμόζονται κατά την νοσηλεία όλων ανεξαιρέτως των ασθενών, όποια κι αν είναι η ορολογική τους κατάσταση.

Τα ατυχήματα παρατηρούνται ως επί των πλείστον είτε όταν υπάρχει υπερβολικός φόρτος εργασίας ή σε επείγοντα περιστατικά ή κατά τη νυχτερινή βάρδια, συνήθως κατά τις αιμοληψίες ή κατά την τοποθέτηση και την αφαίρεση καθετήρων.

Στον κίνδυνο μόλυνσεως του προσωπικού από τον ιό του AIDS πρέπει να προστεθεί και ο κίνδυνος των λεγόμενων ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, οι οποίες ενδημούν στα νοσοκομεία και μπορούν να προσβάλλουν τόσο το προσωπικό όσο και τους νοσηλευόμενους. Το AIDS σημαίνει ότι οι στοιχειώδεις κανόνες ενδονοσοκομειακής υγιεινής πρέπει να τηρούνται, ώστε να αποφεύγεται η εξάπλωση όλων των μικροβίων. [2,5]

4.3 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με τον ιό HIV

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. [10,21]

4.3.1 Στόχοι νοσηλευτικής φροντίδας

Η νοσηλευτική έχει ως στόχο την ολιστική φροντίδα εξατομικευμένη για κάθε ασθενή ή φορέα με HIV/AIDS, η οποία δεν επηρεάζεται από το φύλο, την ηλικία, τη θρησκεία και τις πολιτικές πεποιθήσεις του κάθε ασθενή.

Στόχοι:

- Προστασία του ασθενή από νέες λοιμώξεις και επιπλοκές
- Πρόληψη μετάδοσης του AIDS ή άλλων λοιμώξεων σε άλλα άτομα ή στο προσωπικό νοσηλείας.
- Ενίσχυση της άμυνας του ασθενή με κατάλληλη διατροφή και ενυδάτωση.

- Ανακούφιση του πόνου ή άλλων συμπτωμάτων με εφαρμογή θεραπευτικών και νοσηλευτικών μέτρων
- Διάλογος και συνεργασία με τον ασθενή
- Συστηματική παρακολούθηση της κατάστασης και της πορείας του ασθενή
- Ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή και την οικογένεια του
- Διδασκαλία αυτοπροστασίας, αυτοφροντίδας και προστασίας του περιβάλλοντος του
- Ενθάρρυνση και καθοδήγηση για να αναλάβει ο ίδιος ο ασθενής την ευθύνη και την φροντίδα της υγείας του. [8, 10, 21]

4.4 Αρχές νοσηλευτικής δεοντολογίας

Η 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.

Στόχοι:

- Να ενημερώνει το νοσηλευτή για τα επαγγελματικά του καθήκοντα και το επιβαλλόμενο τρόπο συμπεριφοράς του στο χώρο της εργασίας.
- Να βοηθάει τον νοσηλευτή να αναπτύσσει σωστές διαπροσωπικές σχέσεις τόσο με τους συνεργάτες του όσο και με τους ασθενείς και του συνοδούς τους.
- Να ευαισθητοποιήσει το νοσηλευτή να συνειδητοποιήσει τις ευθύνες που αναλαμβάνει.
- Να τον προσανατολίσει ώστε να βλέπει τον άρρωστο ως μια μοναδική ψυχοσωματική ολότητα με ανάγκες και δικαιώματα.
- Να του παρέχει βασικές γνώσεις και να τον οπλίζει για τα προβλήματα που προκύπτουν από την σύγκρουση των καθηκόντων και τα δεοντολογικά διλήμματα, στην καθημερινή πράξη. [10,22]

4.4.1 Δικαιώματα και υποχρεώσεις οροθετικών ασθενών

Οι οροθετικοί μπορεί να μην παρουσιάζουν το παραμικρό σύμπτωμα. Μπορεί να παραμείνουν υγιείς σε ολόκληρη τη ζωή τους, παραμένουν όμως μολυσματικοί για τους υπολοίπους. Γι' αυτό κάθε οροθετικός πρέπει να προσαρμοστεί σε νέες συνήθειες και συνθήκες διαβίωσης για να προστατέψει το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον. [5]

4.4.2 Δικαιώματα οροθετικών

Οι οροθετικοί δε μεταδίδουν τον ιό στο περιβάλλον εργασίας τους. Μπορεί να εργάζονται οπουδήποτε και δεν αποκλείονται από υγειονομικές νοσηλευτικές εκπαιδευτικές ή άλλες υπηρεσίες.

Είναι ελεύθεροι να ταξιδεύουν παντού για εργασία ή αναψυχή.

Δεν πρέπει να επιβάλλονται περιορισμοί στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή των οροθετικών. Δεν απαιτείται καμία ειδική μέριμνα για την κοινή χρήση σκευών φαγητού ή τουαλέτας. Χρειάζεται μόνο προσοχή στην ατομική χρήση

οδοντόβουρτσας, ξυριστικών μηχανών ή οποιοδήποτε άλλου αιχμηρού αντικειμένου που μπορεί διατρυπώντας κάποιον να μεταδώσει τον ιό.

Τα οροθετικά παιδιά μπορεί να εξακολουθήσουν να πηγαίνουν στο σχολείο τους αφού δεν αποτελούν κίνδυνο για τα υπόλοιπα.

Τέλος οι οροθετικοί πρέπει να έχουν κοινή ιατρική και οδοντιατρική περίθαλψη με τον υπόλοιπο υγιή πληθυσμό, υποχρεούνται όμως να ενημερώνουν το θεράποντα ιατρό που τους προσφέρει ιατρική φροντίδα προκειμένου ο ίδιος να τηρεί το απόρρητο. [5,22]

4.4.3 Υποχρεώσεις οροθετικών

Ο οροθετικός πρέπει να γνωρίζει ότι το ελαστικό προφυλακτικό είναι τελείως απαραίτητο προς αποφυγή μεταδόσεως της λοιμώξεως αφού ο ιός υπάρχει στο αίμα, στο σπέρμα και στα κοιλικά υγρά. Είναι αναγκασμένος να συμβουλευτεί ειδικούς για τους τρόπους ασφαλέστερης σεξουαλικής επαφής.

Υποχρεούνται να ενημερώνουν τους ερωτικούς τους συντρόφους διαφορετικά διαπράττουν παράπτωμα και μπορεί να δικαστούν ιδιαίτερα αν μολύνουν τον ερωτικό σύντροφο.

Απαγορεύεται η τεκνοποίηση όταν ένας από το ζευγάρι είναι οροθετικός. Όταν η έγκυος μολυνθεί υπάρχει πάνω από 50% πιθανότητα νοσήσεως του παιδιού αλλά και η έγκυος έχει μεγάλη πιθανότητα από φορέας να γίνει ασθενής.

Ο οροθετικός δεν πρέπει να συνεχίσει τη χρήση ναρκωτικών αφού επιταχύνει την εξέλιξη της νόσου. Με την κοινή χρήση της σύριγγας μπορεί να μολυνθεί με άλλους ιούς που μεταδίδονται με το αίμα. Μπορεί να μολυνθεί με άλλο στέλεχος του ιού του AIDS και επομένως να μεταπέσει ευκολότερα σε νόσο. Αν πρέπει να κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών θα πρέπει να χρησιμοποιήσει ατομική ή μιας χρήσεως σύριγγα.

Ο οροθετικός δε μπορεί να γίνει αιμοδότης, δωρητής γάλακτος, σπέρματος ή οποιοδήποτε οργάνου. [5,22]

4.5 Ενέργειες για την ασφαλή νοσηλεία των ασθενών με aids

1. Η νοσηλεία των ασθενών με aids θα πρέπει να γίνεται σε χωριστούς θαλάμους κυρίως για να αποφευχθεί η μετάδοση λοιμώξεων στο προσωπικό ή σε άλλους ασθενείς.
2. Το προσωπικό κατά την εκτέλεση των νοσηλευτικών ή θεραπευτικών παρεμβάσεων θα πρέπει να φορά ειδικές στολές, γάντια και μάσκα, τα οποία θα πρέπει να αλλάζονται αμέσως μετά. Καλό θα είναι να υπάρχει μέριμνα και για την προστασία των ματιών κατά την διάρκεια ειδικών θεραπευτικών επεμβάσεων.
3. Απαραίτητο θεωρείται το σχολαστικό πλύσιμο χεριών πριν και μετά την νοσηλεία.
4. Προσοχή θα πρέπει να καταβάλλεται για την αποφυγή τραυματισμών ή νύξεων με βελόνα ή άλλα αιχμηρά αντικείμενα ή με εργαλεία μολυσμένα με εκκρίματα των ασθενών.
5. Η διάθεση των βελόνων και άλλων υλικών που χρησιμοποιείται για την νοσηλεία των ασθενών θα πρέπει να γίνεται σε ειδικούς αδιάτρητους σάκους. Πριν από την αποκομιδή τους θα πρέπει να αποστειρώνονται και να καίγονται.

6. Εργαλεία που χρησιμοποιούνται για νοσηλεία θα πρέπει να αποστειρώνονται μετά από καλό πλύσιμο και να απολυμαίνονται. Κατά το πλύσιμο θα πρέπει να χρησιμοποιούνται χονδρά και αδιάτρητα γάντια.
7. Απαιτείται συστηματικός καθαρισμός και απολύμανση επιφανειών που ήλθαν σε επαφή με αίμα και διάφορα βιολογικά υλικά. Ειδική φροντίδα θα πρέπει να λαμβάνεται για την καλή καθαριότητα των δαπέδων και τη απολύμανση τους με διάλυμα χλωρίνης.
8. Σπασμένα γυάλινα αντικείμενα δεν πρέπει να πιάνονται με τα χέρια για την απομάκρυνση τους
9. Θα πρέπει να γίνεται ειδική ενημέρωση των εργαστηριακών από τους κλινικούς επί υποψία λοιμώξεως από HIV. Αλλά και άμεση ενημέρωση των κλινικών επί ανευρέσεως θετικού εργαστηριακού αποτελέσματος.
10. Η αποστολή δειγμάτων για εργαστηριακό έλεγχο πρέπει να γίνεται σε πλαστικά σωληνάρια ή σκεύη με καπάκι. Αυτά θα πρέπει να τοποθετούνται σε μεγαλύτερα πλαστικά με βιδωτό καπάκι. Στη συνέχεια να τοποθετούνται σε πλαστική διάφανη σακούλα.
11. Ειδική φροντίδα πρέπει να λαμβάνεται κατά τη νοσηλεία ασθενών ομοφυλόφιλων, τοξικομανών, αιμορροφιλικών, Αφρικανών ή των ερωτικών τους συντρόφων μέχρι να διαπιστωθεί ότι δεν έχουν anti-HIV. [5,10]

4.6 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Η νοσηλευτική αποσκοπεί στην ολιστική φροντίδα εξατομικευμένη για κάθε ασθενή ή φορέα HIV/AIDS. Ο κάθε ασθενής έχει ανάγκες σωματικές, ψυχικές, πνευματικές και κοινωνικές, οι οποίες χρειάζονται άτομα με δεξιότητες, ικανότητα, γνώσεις πάνω στην HIV λοίμωξη και να εμπνέουν εμπιστοσύνη στον ασθενή-φορέα. Έτσι, ο νοσηλευτής θα καταφέρει να υλοποιήσει τις ανάγκες του ασθενή και να του προσφέρει υψηλή ποιότητα φροντίδας.

Οι κυριότερες βιολογικές ανάγκες των ασθενών με AIDS που πρέπει να αντιμετωπίζονται με ιδιαίτερη προσοχή είναι:

1. Ικανοποιητική διατροφή, ενυδάτωση
2. Ικανοποιητική διούρηση και κένωση
3. Ελεγχόμενη θερμοκρασία σώματος
4. Κίνηση και κινητοποίηση
5. Ασφαλές περιβάλλον
6. Ατομική υγιεινή
7. Έκφραση – Επικοινωνία – Ψυχαγωγία
8. Ψυχική ισορροπία
9. Θρησκευτικές ανάγκες
10. Μεταφυσικές ανησυχίες [2,10,20]

4.6.1 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών του HIV

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.

Οι βασικοί στόχοι της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η προστασία του ασθενούς από νέες λοιμώξεις και επιπλοκές, η πρόληψη μεταδόσεως τυχόν υπάρχουσας λοιμώξεως και του AIDS σε άλλα άτομα ή στο προσωπικό νοσηλείας, η συστηματική παρακολούθηση της κατάστασεως και της πορείας του με λήψη ζωτικών σημείων κ.ά. η ενίσχυση της άμυνας του 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.

Τέλος, τα κριτήρια ποιότητας και αποτελεσματικότητας νοσηλευτικής φροντίδας είναι ο ασθενής να μην παρουσίασε άλλη φλεγμονή ή, αν παρουσίασε, 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, να ακολουθεί υγιεινό τρόπο ζωής, εφαρμόζει τις αναγκαίες προφυλάξεις, τηρεί το πρόγραμμα θεραπείας του, υπερνικά τα αισθήματα φόβου και αβεβαιότητας και έχει αισιόδοξες προοπτικές για τη ζωή και να προστατεύει υπεύθυνα και ενεργητικά την όλη υγεία του. [2,10]

4.6.2 Νοσηλευτική φροντίδα φορέων στο νοσοκομείο

Το Νοσοκομείο διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην ιατρική αντιμετώπιση των ασθενών με AIDS. Αποτελεί ιδανικό χώρο συγκεντρώσεως πληροφοριών στον οποίο μπορούμε να υποδεχθούμε και να προσανατολίσουμε τους ασθενείς. Γι' αυτό το λόγο στο νοσοκομείο πρέπει να οργανωθεί συντονισμός της νοσηλείας του ασθενή από ομάδα που συμπεριλαμβάνει: τα μέλη της Επιτροπής Λοιμώξεων, Διαιτολόγο, Ψυχολόγο και Κοινωνικό Λειτουργό. Ενώ παράλληλα από την Διοίκηση του Νοσοκομείου πρέπει να οριστεί η φιλοσοφία της φροντίδας του ασθενή, με την οποία θα ταυτιστεί το προσωπικό υγείας, ο ασθενής και η οικογένειά του.

Μια τέτοια φιλοσοφία πρέπει να περιλαμβάνει τα δικαιώματα του κάθε ασθενή που σε άλλες χώρες έχουν ορισθεί με κώδικα, τα οποία εγγυούνται στους ασθενείς τα εξής:

1. Δικαίωμα επείγουσας θεραπείας όταν χρειάζεται (παθολογική ή χειρουργική).
2. Δικαίωμα νοσηλείας με πραγματικό ενδιαφέρον, σεβασμό και αξιοπρέπεια απ' όλο το προσωπικό, ανεξάρτητα από τη σωματική ή ψυχική του κατάσταση.
3. Το δικαίωμα να γνωρίζει το όνομα, τον τίτλο και τη θέση που έχει ο καθένας από το προσωπικό που τον φροντίζει.
4. Το δικαίωμα να πληροφορείται για την κατάσταση της υγείας του σε γλώσσα που να μπορεί να καταλάβει.
5. Το δικαίωμα να δώσει ή να αρνηθεί συγκατάθεση μετά από εξήγηση στη θεραπεία του να επιλέξει αν είναι εφικτό τη θεραπεία του, με διευκρίνιση των συνεπειών.

6. Δικαίωμα εχεμύθειας συμβατή με την ιατρονοσηλευτική φροντίδα του.
7. Δικαίωμα έγκαιρης ενημέρωσης για τον προγραμματισμό εξόδου του από το Νοσοκομείο.
8. Δικαίωμα εμπιστευτικότητας
9. Δικαίωμα άρνησης για συμμετοχή σε έρευνα.
10. Δικαίωμα να ζητήσει συμβούλιο, φροντίδα ή θεραπεία από άλλο γιατρό που θεωρεί καταλληλότερο απ' αυτόν στον οποίο έχει ανατεθεί υπηρεσιακά.
11. Δικαίωμα σαν πολίτης και ασθενής να εκφράσει παράπονα και να συστήσει αλλαγές σε κανονισμούς και υπηρεσίες. [2,10,21]

4.6.3 Νοσηλευτική φροντίδα φορέων εκτός νοσοκομείου

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

Ο ασθενής που νοσηλεύεται στο σπίτι δεν αποχωρίζεται το γνώριμο και αγαπημένο περιβάλλον του, περνά την ασθένεια και τις δυσκολίες της ανάμεσα σε αγαπημένα πρόσωπα, αυτό του δίνει ψυχική ασφάλεια και τον βοηθάει να χρησιμοποιεί όλες τις εσωτερικές του δυνάμεις για την προσαρμογή στην ασθένεια.

Μελέτες που έχουν γίνει στις οικογένειες των ασθενών έδειξαν ότι εφόσον τηρούνται βασικές προφυλάξεις, τα μέλη δεν έχουν σεξουαλική επαφή με τον ασθενή δεν υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης. Οι οικογένειες εφόσον η γενική κατάσταση του ασθενή το επιτρέπει πρέπει να ενθαρρύνονται να νοσηλεύουν τους ασθενείς με AIDS στο σπίτι, δίνοντας όλη τη στοργή και θαλπωρή όπως θα έκαναν σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο, ψυχικά ή άλλα νοσήματα. Υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που ρυθμίζουν κατά πόσο ο ασθενής μπορεί να νοσηλευθεί στο σπίτι ή όχι.

Οι παράγοντες αυτοί είναι:

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

Εφόσον αποφασιστεί η νοσηλεία του ασθενή στο σπίτι θα πρέπει τα άτομα που θα αναλάβουν τη φροντίδα του να ακολουθούν συγκεκριμένα προφυλακτικά μέτρα όπως:

- Ατομική υγιεινή (καθαρισμός χεριών πριν και μετά τα γεύματα).
- Τα προσωπικά αντικείμενα του ασθενή δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται από άλλα άτομα (οδοντόβουρτσα).
- Τα είδη εστίασεως να πλένονται κατά το συνηθισμένο τρόπο και στη συνέχεια να παραμένουν σε διάλυμα 10% για 15 λεπτά.
- Ο ακάθαρτος ιματισμός να πλένεται στο πλυντήριο στους 900 C ή στο χέρι υπό την προϋπόθεση ότι θα χρησιμοποιούνται γάντια για την αποφυγή μόλυνσης μέσω αμυχών του δέρματος.
- Για τα έπιπλα δεν χρειάζεται ειδική φροντίδα ενώ για τα ιατρικά μηχανήματα και συσκευές ισχύει η ίδια φροντίδα με το νοσοκομείο.

- Τα αιχμηρά αντικείμενα συλλέγονται με προσοχή για την αποφυγή ατυχημάτων και να καίγονται με τα υπόλοιπα απορρίμματα εφόσον είναι δυνατόν αλλιώς να παραδίδονται στο αυτοκίνητο συλλογής απορριμμάτων την τελευταία στιγμή.
- Για την πρόληψη διασποράς βιολογικών υγρών και την καθαριότητα του χώρου ισχύει ότι και στο νοσοκομείο.
- Με τον τρόπο αυτόν και με τη σωστή πληροφόρηση, ελπίζεται ότι μπορεί να επιτευχθεί σωστή φροντίδα των ασθενών με AIDS στο οικείο τους περιβάλλον, ώστε και τα νοσοκομεία να αποσυμφορηθούν αλλά και οι άρρωστοι να έχουν ανθρώπινη και αξιοπρεπή μεταχείριση μέχρι το τέλος. [2, 3]

4.6.4 Νοσηλευτική φροντίδα στο τελευταίο στάδιο του ασθενή.

Η τελική φάση χαρακτηρίζεται από την επιδείνωση της υγείας του ασθενή και την τροποποίηση των στόχων παρέμβασης του προσωπικού υγείας που δεν αποβλέπει στη θεραπεία ή τον έλεγχο της αρρώστιας αλλά στην ανακουφιστική φροντίδα του ασθενή ενόψει του επικείμενου θανάτου. Η διάρκεια και η πορεία της τελικής φάσης εξαρτάται από τη φύση και εξέλιξη της αρρώστιας, από τις παρεμβάσεις του προσωπικού υγείας και από τον ίδιο τον ασθενή και το άμεσο περιβάλλον του.

Ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που φροντίζει τον ασθενή που πεθαίνει είναι αρχικά υποστηρικτικός, με την παρουσία του και τη διαθεσιμότητα που παρέχει στον ασθενή και στην οικογένειά του ασφάλεια, που έχουν ανάγκη σ' αυτή τη φάση της ασθένειας. Πολλές φορές επικρατεί η λανθασμένη πεποίθηση ότι ο ρόλος του προσωπικού υγείας είναι να προστατεύσει τον ασθενή από τη συνειδητοποίηση του επικείμενου θανάτου, άλλωστε ενισχύεται η πεποίθηση ότι ο ρόλος του προσωπικού υγείας είναι να βοηθήσει τον ασθενή να αποδεχθεί και να συμφιλιωθεί με την πραγματικότητα ή να τον βοηθήσει να πεθάνει. Στην πραγματικότητα το σημαντικότερο που μπορεί να προσφέρει το προσωπικό υγείας είναι να βοηθήσει τον ασθενή να ζήσει μέχρι να πεθάνει, εξασφαλίζοντας το απαραίτητο κλίμα αξιοπρέπειας και την ποιότητα στις συνθήκες διαβίωσής του. Κανείς δεν μπορεί να πιέσει τον ασθενή να αποδεχτεί το θάνατο του όταν ο ίδιος το αρνείται, ούτε να τον αρνηθεί όταν συνειδητοποιήσει και θέλει να συζητήσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του σχετικά με τον επικείμενο θάνατο.

Για μερικούς ασθενείς ο θάνατος είναι καλοδεχούμενος, γίνεται αντιληπτός ως λύτρωση ενώ για άλλους, η συνειδητοποίηση του θανάτου συνοδεύεται από έντονο άγχος, φόβο, θυμό, κατάθλιψη που συχνά αποτελούν μια ευρύτερη διεργασία θρήνου εν όψει του επικείμενου θανάτου.

Το προσωπικό υγείας παρέχει ουσιαστική στήριξη όταν αποδέχεται τόσο την οργανική και ψυχική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής σε μια δεδομένη στιγμή όσο και το θάνατο γενικότερα. Την αποδοχή του την εκφράζει όταν προσφέρεται να συνοδεύσει τον ασθενή στην πορεία του, αφήνοντας τον ίδιο να καθοδηγήσει τον επαγγελματία της υγείας.

Όταν ο στόχος κάθε παρέμβασης δεν είναι η θεραπεία του ασθενή αλλά η επιδίωξη ανακούφισης και μέγιστης δυνατής άνεσης τότε οι υπηρεσίες υγείας ανταποκρίνονται στις ιδιαίτερες ανάγκες του ατόμου που εκδηλώνονται σε:

1. οργανικό,

2. ψυχολογικό
3. κοινωνικό
4. πνευματικό επίπεδο. [2,10]

4.6.5 Νοσηλευτική φροντίδα σε παιδιά με HIV

Το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS) που προκαλείται από τον ιό (HIV) εξασθενίζει την ανοσία του παιδιού για αρκετές ευκαιριακές λοιμώξεις όπως η πνευμονία από *Pneumocystis Carinii*, ο κυτταρομεγαλοϊός, οι ερπητοϊοί και το Σάρκωμα Kaposi. Αυτό ενέχει κίνδυνο για λοίμωξη που οφείλεται στην ανοσοκαταστολή.

Θα πρέπει να εκτιμηθεί το παιδί για πυρετό, εξάνθημα, βήχα, πυώδη εκροή και αλλαγές στην συμπεριφορά όπως κόπωση και ευερεθιστότητα. Αυτά τα σημεία για τον νοσηλευτή μπορεί να είναι ένδειξη λοίμωξης η οποία απαιτεί την χορήγηση αντιβιοτικών. Επιπλέον, ο νοσηλευτής οφείλει να απομονώνει το παιδί προς αποφυγή έκθεσης του σε άλλη λοίμωξη. Δεν επιτρέπεται σε άτομα με γνωστή λοίμωξη να το επισκέπτονται. Σε περίπτωση που υπάρχει διαταραχή της αυτοεκτίμησης του παιδιού η οποία οφείλεται σε στιγματισμό και απομόνωση λόγω της αρρώστιας, το παιδί θα δείξει βελτιωμένη αυτοεκτίμηση αν ο νοσηλευτής του εξηγήσει με κατάλληλους όρους τη φύση της νόσου, την ανάγκη για απομόνωση αν υπάρχει και φυσικά να το ενθαρρύνει να εκφράσει τα συναισθήματά του. Αυτές οι εξηγήσεις θα το βοηθήσουν να αποκτήσει πλήρη επίγνωση της κατάστασής του και θα αυξήσουν την αυτοεκτίμηση του.

Επιπλέον ανακουφίζεται από το φόβο, τα άγχη του, και τις ανησυχίες και αναπτύσσει αίσθημα ελέγχου.

Κατά την διάρκεια της νοσηλείας θα πρέπει να καταγράφονται τα εξής στοιχεία:

- Η κατάσταση του παιδιού και η εκτίμηση των ευρημάτων κατά την εισαγωγή.
- Οι αλλαγές στην κατάσταση του παιδιού.
- Τα σχετικά εργαστηριακά και διαγνωστικά ευρήματα.
- Η πρόληψη και απέκκριση υγρών.
- Η λήψη τροφής.
- Η ανταπόκριση του παιδιού στην θεραπεία.
- Οι αντιδράσεις του παιδιού και των γονέων στην χρόνια νόσο και την νοσηλεία στο νοσοκομείο.
- Οι οδηγίες στον ασθενή και την οικογένεια του.
- Οι οδηγίες για τη σχεδιαζόμενη έξοδο από το νοσοκομείο. [11,12]

4.7 ψυχολογικές αντιδράσεις ασθενών με aids

Η καλή ψυχολογική κατάσταση παίζει σημαντικό ρόλο στη πορεία της εξέλιξης της νόσου. Είναι όμως δύσκολο κάποιος ο οποίος πάσχει από AIDS ειδικά στο πρώτο άκουσμα της διάγνωσης να δεχτεί και να αντιμετωπίσει την όλη κατάσταση με ψυχραιμία.

Η πρώτη αντίδραση του αρρώστου στην αναγγελία ότι πάσχει από AIDS είναι ταραχή και έκπληξη, που συνοδεύεται από άλλα αισθήματα αγωνίας και ανασφάλειας, καθώς και από ψυχοκινητικά συμπτώματα όπως ψυχοκινητική

ανησυχία, ταχυκαρδία, ιδρώτες , τρόμο, κλάμα, αφηρημάδα, ανικανότητα, συγκέντρωση κτλ. Ορισμένοι που είναι θετικοί ασυμπτωματικοί φορείς για μεγάλο διάστημα και ζουν με αβάσταχτη αγωνία μήπως εκδηλώσουν τη νόσο, εμφανίζονται (όσο και αν φαίνεται παράδοξο) ανακουφισμένοι, όταν τεθεί η διάγνωση και συνεργάζονται ψύχραιμα με τους θεραπευτές.

Αντίθετη στάση έχουν συχνά όσοι αρνούνται την πραγματικότητα, εθελοτυφλούν και αμφισβητούν τα ιατρικά ευρήματα. Αυτοί δεν συνεργάζονται όσο και αν θέλουν να παρουσιάζονται ήρεμοι, γιατί ο χαρακτήρας τους δεν αντέχει την σκληρή πραγματικότητα. Χρειάζεται υπομονή και σταδιακή προώθηση στο θέμα από πλευράς γιατρού και νοσηλευτών.

Η οργή για την κακοτυχία είναι συνηθισμένη αντίδραση σε πολλούς αρρώστους με σοβαρή πάθηση ή αναπηρία. Οι έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις παρατηρούνται σε άτομα με πολύ προγραμματισμένη κατεύθυνση στη ζωή τους, που ως εκ τούτου είναι δυσπροσάρμοστα ή ανίκανα να δεχθούν οποιαδήποτε ματαίωση των επιθυμιών τους. Πάντως, τόσο η οργή όσο και η άρνηση , υποκρύπτουν άγχος και αδυναμία να αντέξουν το βάρος μιας τέτοιας χρονιάς νόσου. Η οργή αποτελεί προβολή προς τα έξω και η άρνηση αυταπάτη και απόκρυψη από τον ίδιο τον εαυτό τους , στάσεις που ούτως ή αλλιώς δε βοηθούν στη συνεργασία ασθενούς με το προσωπικό υγείας.

Μερικοί άρρωστοί μένουν εμβρόντητοι στην αναγγελία της διάγνωσης του AIDS, με συνέπεια να εγκαταλείπουν τα πάντα, και είναι τόσο απογοητευμένοι που δεν θέλουν να φάνε, να μιλήσουν κτλ.

Μετά από τις αντιδράσεις του αρχικού σταδίου , εκείνο το οποίο επικρατεί περισσότερο είναι μια αγχώδης κατάθλιψη. Αυτή έχει διάφορες διαστάσεις και εκδηλώνεται κατά ποικίλους τρόπους, που πρέπει να έχει υπ' όψη ο θεράπων για να κάνει τους σωστούς χειρισμούς. Η διαρκής αγχώδης αναμονή χρωματίζει την όλη συμπεριφορά του αρρώστου. Διακατέχεται από φόβους για την έκβαση της κατάστασης, τρέμει μπροστά στην πιθανότητα μιας νέας εκδήλωσης ή επιπλοκής, αισθάνεται ότι χάνει το τιμόνι της ζωής του, αφού ανακύπτουν προβλήματα οικογενειακά , επαγγελματικά, κοινωνικά κτλ. Ένα συναίσθημα ανασφάλειας διαποτίζει τη συναισθηματική του ζωή με κυρίαρχους φόβους , ότι η οικογένεια ή ο εραστής θα τον εγκαταλείψουν ή ότι οι φίλοι πιθανώς θα τον αποφύγουν.

Η κατάθλιψη , όπως και το άγχος , συνοδεύεται από πολλά σωματικά συμπτώματα, τα οποία μπορεί να εκληφθούν ως επιδείνωση από τον άρρωστο, που έτσι και αλλιώς αγωνιά διαρκώς για κάθε νέα εκδήλωση για τη σωματική του εμφάνιση, την επανεισαγωγή του σε νοσοκομείο ή σε κάποιο άλλο ίδρυμα.

Η ανορεξία της κατάθλιψης , «οι κομμάρες», η απώλεια βάρους, η ζάλη, οι ψυχοσωματικές διαταραχές από το γαστρεντερικό κ.α μπορεί να θεωρηθούν μέρος της κλινικής εικόνας του AIDS και να απογοητεύσουν ακόμη περισσότερο τον άρρωστο. Κατά ανάλογο τρόπο, επειδή ο άρρωστος πληροφορείται ότι με το χρόνο εμφανίζονται συμπτώματα από το αναπνευστικό σύστημα, το γαστρεντερικό, το νευρικό , το δέρμα κλπ, αποδίδει συμπτώματα αγχώδους σειράς, όπως δυσχέρεια αναπνοής , ναυτία, διάρροιες, δυσχέρεια συγκέντρωσης, και ανησυχί ακόμη περισσότερο. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφέρουμε ότι η ψυχική κατάσταση του αρρώστου επιβαρύνεται επιπλέον εξαιτίας της προσβολής του ίδιου του εγκεφάλου. Με τη πάροδο του χρόνου, γίνεται δυστυχώς αντιληπτό πόσοι νέοι άνθρωποι

καταλήγουν σε μια «γεροντική» νόσο, την άνοια (όπως παλαιότερα με τη σύφιλη). Η άνοια επιφέρει σοβαρές διαταραχές στις διανοητικές λειτουργίες του ατόμου, κυρίως στην πρόσφατη μνήμη, τη συγκέντρωση και την κρίση.

Πολλοί ασθενείς στο τελικό στάδιο έχουν συμφιλιωθεί με τη νόσο τους και αντιμετωπίζουν το μεγάλο αυτό πρόβλημα που κλήθηκαν να φέρουν σε πέρας με θάρρος. Οι νοσούντες ακολουθούν τις ιατρικές οδηγίες και την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη που τους έχουν δοθεί πιστά, γιατί ζουν με την ελπίδα ότι έτσι θα καταφέρνουν να νικήσουν τον μεγαλύτερο αυτό «εχθρό» που απειλεί τη ζωή τους. Τρέφονται με αισθήματα στοργής και αλτρουισμού. Διακατέχονται από υψηλά ιδανικά και στόχους για το μέλλον.

[5,10,17]

4.8 Ψυχολογική υποστήριξη σε ασθενείς με HIV και στο περιβάλλον τους

Ο άρρωστος με AIDS, γνωρίζοντας ότι έχει μια θανατηφόρα αρρώστια, περνά από διάφορα στάδια ψυχικής κατάστασης και χρειάζεται ψυχολογική στήριξη και συμπαράσταση και από το προσωπικό υγείας και από τα μέλη της οικογένειάς του. Οι δυσκολίες εντείνονται και από το γεγονός ότι το AIDS είναι συνδεδεμένο με τρόπους ζωής που η κοινωνία απορρίπτει, γι' αυτό συχνά δημιουργούνται ακόμη και οικογενειακά προβλήματα άρνησης και αντίθεσης προς τον άρρωστο. Αυτό, βέβαια, δεν είναι σωστό, γιατί πολύ συχνά ο άρρωστος μπορεί να μην φταίει ο ίδιος. Η οικογένεια που φροντίζει τον άρρωστο, βρίσκεται ήδη στην τετελεσμένη κατάσταση της αρρώστιας. Πρέπει, λοιπόν να παραμερίσουν τα δικά τους αισθήματα και να προσπαθήσουν όσο καλύτερα μπορούν να τον στηρίξουν και να του συμπαρασταθούν.

Η ενημέρωση με απλά λόγια του άρρωστου για την ακριβή κατάσταση του δημιουργεί προϋποθέσεις για συνεργασία, διότι αλλιώς ο άρρωστος φοβάται ότι ο γιατρός εκφράζει απλώς παρηγορητικά λόγια και τότε δεν ακολουθεί τις οδηγίες του. Η διάλυση διαφόρων λαθεμένων αντιλήψεων, η πληροφόρηση του αρρώστου για το τι μπορεί να εκτελεί, ώστε να μην εισέλθει σε αναπηρική νοοτροπία, τα περιθώρια σεξουαλικής δραστηριότητας που ακόμη υπάρχουν, οι τρόποι για να μην μεταδώσει την πάθηση σε αγαπητά του πρόσωπα, του ξαναβάζουν ένα αισιόδοξο πλαίσιο για να συνεχίσει τη ζωή του. Η διάλυση της αβεβαιότητας είναι ένα μεγάλο βήμα.

Η οργάνωση της ζωής του είναι το επόμενο βήμα, γι' αυτό θα πρέπει να συζητηθούν οι φορείς, από τους οποίους, πέρα από τις ιατρικές υπηρεσίες, θα μπορέσει να έχει ψυχική υποστήριξη.

Είναι προτιμότερο ο ίδιος να συμφωνήσει σε ποια άτομα, συγγενικά ή ερωτικά, θα αποκαλυφθεί η διάγνωση και να προγραμματιστεί ένας τρόπος καθημερινής ζωής. Η εχεμύθεια του γιατρού στερεώνει τη σχέση και τελικά ο άρρωστος νιώθει πιο άνετα να ανακοινώσει την πάθηση ο ίδιος στην οικογένεια ή στο σεξουαλικό του σύντροφο, από όπου περιμένει βοήθεια και στοργή.

Οι κατάλληλες ενέργειες πρέπει να γίνονται στον κατάλληλο χρόνο, για να είναι αποτελεσματικές. Αυτό επιτυγχάνεται με τη διαρκή επαφή με τον θεράποντα ή με έναν ψυχοθεραπευτή, ώστε οι βαθύτερες σκέψεις του αρρώστου (φόβοι, ιδέες αυτοκτονίας, ενοχές κλπ.) να έρχονται στην επιφάνεια.

Γι' αυτό πρέπει να αφιερώνεται αρκετή ώρα από οποιονδήποτε αναλάβει το συμβουλευτικό αυτό ρόλο.

Έτσι οι χειρισμοί αυτοί θα αποτρέψουν σε μεγάλη έκταση το άγχος, τους φόβους και την απογοήτευση. Είναι σημαντικό να δείξουμε στον άρρωστο ότι αυτά είναι συναισθήματα αναμενόμενα σε μια τόσο σοβαρή πάθηση, για να μην τα φοβάται και επιτείνεται δευτερογενώς το άγχος. Για την ελάττωση του άγχους, την αποφυγή της κατάθλιψης, την αποφυγή της αϋπνίας κ.α., μπορούμε να χορηγήσουμε ήπια αντιαγχώδη, αντικαταθλιπτικά ή υπναγωγά. Οι αντιδράσεις του πρέπει να γίνονται σεβαστές και πρέπει να διευκολύνονται και να επιτρέπονται ακόμη και οι εκφράσεις θυμού. Η άρνηση βέβαια δεν πρέπει να ενθαρρύνεται και οι ερωτήσεις πρέπει να απαντώνται με εντιμότητα. Έτσι αν βοηθηθεί σωστά από τους γύρω του, βρίσκει τον τρόπο να ελέγχει τον εαυτό του και να ψάχνει για ανθρώπους υποστήριξης. Καμία φορά, ανάλογα με το άτομο ο άρρωστος επικαλείται τη θρησκευτική πίστη του που μπορεί να βοηθήσει το πνευματικό του άγχος. Αυτό πρέπει να ενθαρρύνεται.

Τελικά η ψυχική στήριξη των πασχόντων από AIDS επιτυγχάνεται, όταν υπάρξει πολύπλευρη αντιμετώπιση (συμβουλευτική, ψυχοθεραπευτική, φαρμακευτική κλπ) με ενδιαφέρον και ειλικρίνεια προς τον άρρωστο και ένα δίκτυο υπηρεσιών, ιατρικών και κοινωνικών, που θα είναι στη διαρκή διάθεση του άρρωστου και των δικών του. [5,10,17]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

5.1 Η Ελληνική κοινωνία απέναντι στο AIDS

Τα στιγματισμένα άτομα αντιμετωπίζονται αρνητικά από την κοινωνία και αποδοκιμάζονται ηθικά ενώ τους αποδίδεται άμεσα ευθύνη για την κατάσταση τους χωρίς να εξετάζονται άλλοι παράγοντες. Το AIDS από την εμφάνισή του χρησιμοποιήθηκε ως μέσο κοινωνικού στιγματισμού και αποκλεισμού. Ο φόβος μπροστά στην ασθένεια και το θάνατο, ο φόβος μπροστά στο άγνωστο, ή άγνοια γύρω από το AIDS, η άγνοια για την αιτιολόγηση της κατάστασης την προβλεψημότητα της και την πορεία της, η μισαλλοδοξία, η έλλειψη ανοχής, τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις σχετικά με διάφορους τρόπους ζωής και διαφορετικές επιλογές, η προσκόλληση σε συντηρητικές παραδοσιακές ιδέες, η ανάγκη διαφοροποίησης η ανάγκη αποστασιοποίησης από κάτι που θεωρείται επικίνδυνο και μπορεί να έχει επιπτώσεις στη ζωή, οδήγησαν πολύ γρήγορα στο στιγματισμό και την κοινωνική διάκριση των οροθετικών ατόμων. Καθώς εμφανίστηκε με μεγάλη συχνότητα σε ορισμένες ομάδες ή άτομα με ιδιαίτερους τρόπους ζωής, δημιούργησε αποδιοπομπαίους τράγους αποδίδοντας την ευθύνη της νόσου σε κοινωνικές ομάδες όπως οι ομοφυλόφιλοι και οι χρήστες τοξικών ουσιών, που ονομαστήκαν ομάδες υψηλού κινδύνου και μετατράπηκαν σε ομάδες υψηλής ενοχής.

Παρόλο που μέχρι σήμερα προσπάθειες ενημέρωσης αντιτίθενται σε μια τέτοια κατηγοριοποίηση της HIV λοίμωξης, εξακολουθεί από πολλούς να υπάρχει η αντίληψη ότι το AIDS αφορά μόνο συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες οδηγώντας τους έτσι και σε έναν επισφαλή εφησυχασμό που όπως δείχνουν τα επιδημιολογικά στοιχεία έχει αποβεί μοιραίος γιατί όπως είναι γνωστό το AIDS αφορά όλους ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία, την σεξουαλικότητα, τις επιλογές. Οι οροθετικοί σημειώνονται κοινωνικά ως οι διαφορετικοί, αυτοί που δεν ανήκουν σε εμάς, αυτοί που φέρουν το κακό, αυτοί που είναι κακοί γιατί μπορούν να μολύνουν. Οι συνέπειες του στιγματισμού στα οροθετικά άτομα είναι πολύμορφες, στο ψυχολογικό επίπεδο συνδυάζονται με κατάθλιψη, έλλειψη αυτοεκτίμησης, απελπισία. Στο κοινωνικό επίπεδο ο στιγματισμός και οι προκαταλήψεις οδηγούν στη διάκριση των οροθετικών ατόμων και στον αποκλεισμό τους από κοινωνικές διεργασίες. Ο φόβος του στιγματισμού και της περιθωριοποίησης οδηγεί τι περισσότερες φορές τα οροθετικά άτομα να κρατάνε κρυφή την ασθένειά τους ακόμα και από τα πιο κοντινά τους πρόσωπα όπως η οικογένεια ή ο ερωτικός σύντροφος. Στο άγχος της πορείας της ασθένειας προστίθεται το μεγαλύτερο άγχος, αυτό της αποκάλυψης. Υπάρχουν περιπτώσεις που το άγχος αυτό οδηγεί ακόμα και στην πλήρη εγκατάλειψη του ίδιου του εαυτού. Ο ασθενής αρνείται να επισκεφθεί τον γιατρό. Άτομα που ανησυχούν ότι μπορεί να έχουν μολυνθεί αποφεύγουν να υποβληθούν στην διαδικασία μιας εξέτασης. Ο φόβος για το τι μπορεί να ακολουθήσει, ο φόβος του στιγματισμού, της απομόνωσης, της διάκρισης, του αποκλεισμού γίνεται μεγαλύτερος από τον φόβο του ίδιου του θανάτου. Η ιατρική έχει οδηγήσει σε θεαματικά αποτελέσματα σε ότι αφορά στην αντιμετώπιση της HIV λοίμωξης. Σχεδόν έχουμε σταματήσει να μιλάμε για μια θανατηφόρα ασθένεια. Ο βιολογικός θάνατος των οροθετικών ατόμων έχει τοποθετηθεί μακριά στο μέλλον. Ο κοινωνικός τους θάνατος όμως είναι καθημερινός.

Η αποκάλυψη της οροθετικότητας σημαίνει σε πολλές περιπτώσεις την απώλεια μιας εργασιακής θέσης. Σημαίνει να απολύεσαι από τον στρατό με

συνοπτικές διαδικασίες. Αν είσαι μαθητής, σημαίνει την δυσκολία εύρεσης σχολείου. Σημαίνει ακόμα και την άρνηση παροχής υπηρεσιών στις οποίες έχουν δικαίωμα όλοι οι πολίτες. Σημαίνει σε κάποιες περιπτώσεις την δυσκολία να βρεθεί γιατρός να σε χειρουργήσει. Στον προσωπικό κύκλο σημαίνει ίσως την απώλεια των φίλων, του ερωτικού συντρόφου, η της οικογένειας. Η σιωπή γύρω από το AIDS και την σεξουαλικότητα με την οποία αυτό άμεσα συνδέεται, αποτελεί και αυτή ένα είδος διάκρισης. Το AIDS είναι μία ασθένεια που μεταδίδεται και σεξουαλικά. Για να μπορέσουμε να μιλήσουμε αποτελεσματικά για μέτρα πρόληψης θα πρέπει να είμαστε σε θέση να μιλήσουμε ανοικτά για το σεξ και τα διάφορα είδη σεξουαλικότητας. Πολλές πολιτικές πρόληψης αποδείχθηκαν ανεπιτυχείς όταν περιόρισαν τον διάλογο σε έναν ιατρικό μονόλογο, αποφεύγοντας να μιλήσουν για θέματα που εξαιτίας της σεμνοτυφίας της κοινωνίας θεωρούνται ταμπού. Όμως το στίγμα δεν περιορίζεται μόνο στα οροθετικά άτομα μεταφέρεται και στους ανθρώπους που ζουν γύρω τους. Η οικογένεια χάνει το όνομα της είναι πλέον η οικογένεια με το οροθετικό παιδί ή με τον οροθετικό σύντροφο. Μιλάμε τότε για ένα δευτερογενές στίγμα που έχει ανάλογες επιπτώσεις στην ζωή του ατόμου. Ο στιγματισμός που οδηγεί στην διάκριση και αυτή με την σειρά της στην καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων αποτελεί για τα οροθετικά άτομα ένα φαύλο κύκλο από τον οποίο δύσκολα μπορούν να ξεφύγουν είτε γιατί ο φόβος και η απελπισία τα σπρώχνουν να ενταχθούν σε αυτόν είτε γιατί ο περίγυρος συνεχίζοντας να λειτουργεί στιγματιστικά, δεν τους αφήνει κάποια διέξοδο. Οι επιπτώσεις αυτού του φαύλου κύκλου δεν αφορούν μόνο στην προσωπική ζωή των οροθετικών ατόμων αλλά αποτελούν και τροχοπέδη για όλες τις ενέργειες που γίνονται για την αντιμετώπιση της επιδημίας. Στην διακήρυξη δέσμευσης του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών για τον HIV και AIDS επισημαίνεται στο άρθρο 13: «Ο στιγματισμός, η σιωπή, οι διακρίσεις και η άρνηση καθώς και η έλλειψη εμπιστευτικότητας, υπονομεύουν τις προσπάθειες πρόληψης και θεραπείας και αυξάνουν τις επιπτώσεις της επιδημίας σε άτομα, οικογένειες, κοινότητες και έθνη».

Σύμφωνα με τον Mann, έχει πλέον αναγνωριστεί ότι σε όλες τις κοινωνίες υπάρχουν τρεις φάσεις της επιδημίας του AIDS:

Η πρώτη φάση αφορά στην επιδημία της HIV λοίμωξης. Αυτό γίνεται σιωπηλά και χωρίς προειδοποίηση.

Η δεύτερη φάση αρχίζει όταν εμφανίζονται τα συμπτώματα και τα κρούσματα είναι ορατά. Τότε μιλάμε για την επιδημία του AIDS.

Η τρίτη φάση αποτελεί την επιδημία του στιγματισμού, της διάκρισης, της ντροπής και της άρνησης. Αυτή η φάση είναι η πιο δύσκολα αντιμετωπίσιμη και εμποδίζει την επιτυχή αντιμετώπιση και των δύο προηγούμενων.

Ενώ στο κομμάτι της ιατρικής έχουν γίνει θεαματικά άλματα σε ότι αφορά την αντιμετώπιση του AIDS, το κομμάτι της κοινωνικής αντιμετώπισης εξακολουθεί να είναι τεράστιο και ίσως παραμελημένο. Δεν είναι τυχαίο ότι οι εκστρατείες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την 1η Δεκεμβρίου εστιάζουν σε αυτό κυρίως το κομμάτι που το θεωρούν αναπόσπαστο για μια επιτυχή αντιμετώπιση της επιδημίας. Μόνο η ιατρικοκεντρική προσέγγιση της HIV λοίμωξης δεν αρκεί ώστε να έχουμε τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Από την στιγμή που το AIDS έχει να κάνει με την ανθρώπινη συμπεριφορά, με τους κοινωνικούς παράγοντες που την επηρεάζουν, από την στιγμή που δημιουργεί στάσεις, και επηρεάζει την κοινωνική θέση του ατόμου, η

κοινωνική προσέγγιση οφείλει να παίξει έναν καθοριστικό ρόλο στην όλη πολιτική για την HIV λοίμωξη. [18,22]

5.2 Κατευθύνσεις για μείωση του στιγματισμού και της περιθωριοποίησης των οροθετικών ατόμων.

- Προσωπική ενίσχυση των οροθετικών ατόμων και του περιγύρου τους, ώστε να πιστέψουν στην ύπαρξη ενός καλύτερου μέλλοντος
- Αποστολή θετικών μηνυμάτων υπογραμμίζοντας την σημασία της ενεργοποίησης στην καθημερινή ζωή και της υπεράσπισης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων
- Ενδυνάμωση της θέλησης για ζωή ανεξάρτητα από την HIV λοίμωξη
- Ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης σε θέματα συμπεριφοράς προς τα οροθετικά άτομα
- Αποικοδόμηση προκαταλήψεων και μύθων γύρω από το AIDS
- Ανοιχτός διάλογος για το AIDS και την σεξουαλικότητα
- Ανοιχτός διάλογος για την διαφορετικότητα και τις διαφορετικές επιλογές
- Υπογράμμιση των κοινών σημείων με τα στιγματισμένα άτομα και όχι των διαφορών
- Ευαισθητοποίηση υπηρεσιών, θεσμών και κέντρων αποφάσεων κοινωνικής πολιτικής [18,22]

5.3 Επιδημιολογικά Δεδομένα για το HIV/AIDS στην Ελλάδα κατά έτος

Η επιδημία του HIV συνεχίζει να αποτελεί μία πρόκληση για τα συστήματα υγείας σε ολόκληρο τον κόσμο. Ωστόσο η γνώση που έχουμε σήμερα για τη βιολογία του ιού και τους τρόπους μετάδοσής του, αλλά και οι θεραπευτικές δυνατότητες των σύγχρονων αντιρετροϊκών φαρμάκων μας επιτρέπουν να ατενίζουμε σχετικά αισιόδοξα το μέλλον.

Το επιδημιολογικό δελτίο για την πορεία της HIV/AIDS λοίμωξης στην Ελλάδα εκδίδεται σε ετήσια βάση από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. [15]

**5.3.1 Διαγνώσεις HIV κατά έτος διάγνωσης στην Ελλάδα
(Μέχρι 31/12/15)**

[15]

ΕΤΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ HIV	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ	ΕΤΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ HIV	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ
1981	1	1999	485
1982	3	2000	465
1983	15	2001	410
1984	72	2002	403
1985	115	2003	430
1986	117	2004	496
1987	172	2005	541
1988	194	2006	505
1989	238	2007	559
1990	294	2008	614
1991	345	2009	612
1992	421	2010	642
1993	361	2011	958
1994	345	2012	1147
1995	441	2013	871
1996	472	2014	761
1997	451	2015	691
1998	574	ΣΥΝΟΛΟ	15221

5.3.2 Συνολικός αριθμός οροθετικών ατόμων κατά έτος στην Ελλάδα
(Μέχρι 31/12/15) [15]

Δηλωθέντα οροθετικά HIV άτομα	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ	Δηλωθέντα οροθετικά HIV άτομα	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ
1984	7	2000	492
1985	9	2001	406
1986	42	2002	397
1987	63	2003	433
1988	112	2004	441
1989	147	2005	565
1990	221	2006	573
1991	260	2007	520
1992	304	2008	659
1993	299	2009	611
1994	245	2010	612
1995	332	2011	969
1996	447	2012	1188
1997	518	2013	921
1998	663	2014	802
1999	1176	2015	691
ΣΥΝΟΛΟ	15125		

**5.3.3 Διαγνώσεις AIDS κατά έτος διάγνωσης στην Ελλάδα
(Μέχρι 31/12/15)**

[15]

Διαγνώσεις AIDS	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ	Διαγνώσεις AIDS	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ
1981	1	1999	133
1982	2	2000	134
1983	4	2001	93
1984	5	2002	99
1985	14	2003	98
1986	25	2004	89
1987	65	2005	104
1988	72	2006	90
1989	107	2007	93
1990	143	2008	109
1991	185	2009	103
1992	191	2010	103
1993	172	2011	101
1994	216	2012	122
1995	217	2013	137
1996	236	2014	117
1997	174	2015	121
1998	127	ΣΥΝΟΛΟ	3802

**5.3.4 Θάνατοι σε άτομα με AIDS κατά έτος θανάτου στην Ελλάδα
(Μέχρι 31/12/15)**

[15]

ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΝΑ ΕΤΟΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ	ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΝΑ ΕΤΟΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ
1983	1	2000	71
1984	6	2001	50
1985	6	2002	39
1986	10	2003	61
1987	30	2004	26
1988	33	2005	49
1989	52	2006	38
1990	68	2007	42
1991	73	2008	31
1992	107	2009	30
1993	108	2010	48
1994	149	2011	53
1995	151	2012	50
1996	154	2013	42
1997	98	2014	45
1998	65	2015	43
1999	61		
ΣΥΝΟΛΟ	1909		

**5.4 Δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα ανά κατηγορία μετάδοσης
(2009-2015)**

[15]

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ΟΜΟΦΥΛΟΦΙΛΙΚΗ	176	240	340	304	307	354	350
ΕΤΕΡΟΦΥΛΟΦΙΛΙΚΗ	69	76	148	130	122	139	109
ΕΝΕΣΙΜΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ	10	12	241	522	262	106	70
ΠΟΛΥΜΕΤΑΓΓΙΖΟΜΕΝΟΙ	0	0	0	0	0	0	0
ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ	1	0	1	0	1	0	0
ΚΑΘΕΤΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ	0	2	4	0	1	1	0
ΑΚΑΘΟΡΙΣΤΟ	206	189	220	224	227	202	161
ΣΥΝΟΛΟ	462	519	954	1180	920	802	691

**5.5 Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά παιδιά ανά ηλικιακή ομάδα
(2009-2015)**

[15]

Δηλωθέντα οροθετικά HIV παιδιά	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
0-11 ΜΗΝΩΝ	15	16	19	-	-	-	-
1-4 ΕΤΩΝ	32	33	35	-	-	-	-
5-9 ΕΤΩΝ	15	15	14	-	-	-	-
10-12 ΕΤΩΝ	18	18	18	-	-	-	-
ΣΥΝΟΛΟ	80	82	86	0	0	0	0

5.6 Παγκόσμια ημέρα κατά του AIDS

Η 1^η Δεκεμβρίου καθιερώθηκε ως Παγκόσμια ημέρα κατά του AIDS το 1988, με απόφαση της Παγκόσμιας οργάνωσης υγείας και στη συνέχεια της Γενικής συνέλευσης του Ο.Η.Ε.

Με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα κατά του AIDS, την 1η Δεκεμβρίου 2016, με πρωτοβουλία του Συλλόγου Οροθετικών Ελλάδος «Θετική Φωνή», η Βουλή των Ελλήνων φωταγωγήθηκε για πρώτη φορά στην ιστορία της με την κόκκινη κορδέλα που συμβολίζει τον αγώνα κατά της ασθένειας. [27]

5.7 Σύλλογος οροθετικών Ελλάδος «Θετική Φωνή»

Η θετική φωνή είναι ο σύλλογος οροθετικών Ελλάδος. Ο σύλλογος ιδρύθηκε 2009 με σκοπό την προάσπιση των δικαιωμάτων των οροθετικών, την αντιμετώπιση της εξάπλωσης του HIV/AIDS, καθώς και τον περιορισμό των κοινωνικών και οικονομικών επιπτώσεων του στην Ελλάδα.

Ο σύλλογος οροθετικών Ελλάδος Θετική Φωνή ανακηρύχτηκε «Ευρωπαϊός Πολίτης της Χρονιάς» για το 2016 επιτυγχάνοντας μια σπουδαία διάκριση από το Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Τηλέφωνο: 210-8627572

Fax: 211-8001051

Email: info@positivevoice.gr

Διεύθυνση: Αγίων Αναργύρων 13, 10554, Αθήνα

[19]

5.8 Συμβουλευτική τηλεφωνική γραμμή για τον ιό HIV

1. ΚΕΕΛΠΝΟ ΑΘΗΝΑΣ (τηλ. Κέντρο 210- 5212000)

-ΚΕ.ΠΙΧ. Τηλ. 210-5212054 (24^η λειτουργία)

-Γραφείο HIV και ΣΜΝ (08:00-16:00 καθημερινά εκτός αργιών και σαββατοκύριακων) 210-521-2127/2133

-Συμβουλευτικός Σταθμός για το AIDS (09:00-15:00 εκτός αργιών και σαββατοκύριακων) 210-7239945

-Τηλεφωνική γραμμή για το AIDS (καθημερινές 09:00-21:00 εκτός αργιών και σαββατοκύριακων) 210-7222222

Για ιατρικές πληροφορίες 210-5212154

2.ΚΕΕΛΠΝΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ (08:00-16:00 εκτός αργιών και σαββατοκύριακων) 2310-229139/ 2310-243363

3. Ελληνική Εταιρία Μελέτης & Αντιμετώπισης του AIDS (Ε.Ε.Μ.Α.Α)

P.O. BOX. 14085

11521 Αθήνα

E-mail: eemaa@aidshellas.gr

τηλ/fax: 210-6983945

[15]

5.9 Κέντρα αναφοράς & ελέγχου AIDS

ΑΘΗΝΑ

Εθνικό κέντρο αναφοράς σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων & AIDS νοσοκομείο «Α.ΣΥΓΓΡΟΣ»

Υπεύθυνη: Β. Καφιμάλη, Υπεύθυνη καθηγήτρια Ιατρικής σχολής- Υπεύθυνη Διαγνωστικού εργαστηρίου STDs & AIDS

Τηλ: 210 7265148/ Fax: 2107243579

Διαδικτυακός τόπος: [www.syggros-hosp.gr/?p=tmima-seksoualikos-metedidomenonnosimatou-\(SMN\)-kai-HIV-loimoksis](http://www.syggros-hosp.gr/?p=tmima-seksoualikos-metedidomenonnosimatou-(SMN)-kai-HIV-loimoksis)

Εθνικό κέντρο αναφοράς Ρετροϊών

Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας & Ιατρικής Στατιστικής

Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Υπεύθυνος: Μαρία Καντζανού, Επίκουρη Καθηγήτρια

Υπεύθυνη ιατρός Βιοπαθολόγος, Εθνικού Κέντρου Αναφοράς ρετροϊών

Τηλ: 210 7462199, 210 7462066/ fax: 210 7462058

Διαδικτυακός τόπος: www.nrrc.gr

Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS Νοτίου Ελλάδας- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής

Υπεύθυνη: Μ. Κοτσιανοπούλου, Βιολόγος

Τηλ: 213 2010372, 213 2010374/ fax: 210 6444870

Διαδικτυακός τόπος: [www. Esdy.edu.gr](http://www.Esdy.edu.gr)

e-mail: aidslab@keelpno.gr

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Κέντρο Αναφοράς AIDS Βορείου Ελλάδος (Μικροβιολογικό εργαστήριο Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης)

Υπεύθυνη: Ν. Μαλισιόβας- Καθηγήτρια Μικροβιολογίας Πανεπιστημίου
Θεσσαλονίκης

Λ.Σκούρα- Επικ. Καθηγήτρια Μικροβιολογίας- Βιοπαθολογίας, Διεύθυντρια
μικροβιολογικού Εργαστηρίου ΑΧΕΠΑ

Δημήτριος Χατζηδημητρίου, Λέκτορας Ιατρικής Βιοπαθολογίας-
Μικροβιολογίας, ΑΠΘ.

Τηλ: 2310 999161/ fax: 2310 999149

Διαδικτυακός τόπος: www.med.auth.gr

ΠΑΤΡΑ

Κέντρο Αναφοράς AIDS Νοτιοδυτικής Ελλάδος Νοσοκομείο Πατρών «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»

Υπεύθυνοι: Π. Τσέλιου, Διευθύντρια Βιοπαθολόγος, Επιστημονικά υπεύθυνη

Γ. Ζαχαρόπουλος, Βιολόγος Κέντρου Αναφοράς

Θ.Βανδαράκη, Παρασκευάστρια Κέντρου Αναφοράς

Τηλ: 2610 227974, 2610 227075, 6976277932/ fax: 2610 227075

Διαδικτυακός τόπος: www.agandreashosp.gr

ΚΡΗΤΗ

Κέντρο Αναφοράς AIDS Κρήτης

Γενικό νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης «BENIZELIO- ΠΑΝΑΝΕΙΟ»

Υπεύθυνη: Α.Σφυριδάκη, Δ/ντρια Αιμοδοσίας

Τηλ: 2810 368482, 2810 368042/ fax: 2810 368047

Διαδικτυακός τόπος: www.venizeleio.gr

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Υπεύθυνη: Ε.Ζερβού, Συντονίστρια- Διευθύντρια Αιμοδοσίας

Τηλ: 26510 99456, 26510 99457/ fax: 26510 99459

Διαδικτυακός τόπος: www.uhi.citronis.gr

[15]

5.10 Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις στο χώρο του AIDS

Οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (Μ.Κ.Ο.) στο χώρο του AIDS ξεκίνησαν αρχικά στις Η.Π.Α., στην Ευρώπη και εν συνεχεία στην Ελλάδα, προκειμένου να καλύψουν ανάγκες για τις οποίες είτε δεν υπήρχαν οι κατάλληλες κρατικές υπηρεσίες είτε οι υπάρχουσες ήταν ανεπαρκείς ή δεν μπορούσαν να ανταποκριθούν λόγω του ιδιαίτερου χαρακτήρα των αναγκών.

Στο παρελθόν οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις στο χώρο του AIDS είχαν θεωρηθεί ισχυροί αντίπαλοι για τις Κυβερνήσεις, αφού διεκδικούσαν με δυναμικούς τρόπους τα δικαιώματα των ανθρώπων που ζουν με το AIDS .

Στις μέρες μας ο ρόλος των Μ.Κ.Ο. είναι πολύ σημαντικός. Ειδικότερα:

- Σε όλη την Ευρώπη οι Μ.Κ.Ο. διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο αφού αναλάμβαναν ακόμη και υπηρεσίες που παραδοσιακά παρείχε το κράτος, όπως: τον κοινωνικό τομέα, την απασχόληση κ.λ.π.

- Στην Ελλάδα οι Μ.Κ.Ο. από «αντίπαλοι» του παρελθόντος έχουν αρχίσει να γίνονται «συνομιλητές» και «συνεργάτες» στη διαμόρφωση πολιτικής και νομοθεσίας με τους κρατικούς φορείς. Η άμεση και συχνή επαφή των Μ.Κ.Ο. με τους ανθρώπους που ζουν με το AIDS, τους δίνει τη δυνατότητα να γνωρίζουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν καθημερινά και στη συνέχεια

στόχος είναι η προβολή των προβλημάτων αυτών στους αρμόδιους κρατικούς φορείς για την επίλυσή τους.

- Οι Μ.Κ.Ο. έχουν το προνόμιο της «ευελιξίας» λόγω έλλειψης γραφειοκρατικών διαδικασιών, διαθέτουν τη δυνατότητα της γρήγορης αντιμετώπισης των προβλημάτων σε ατομικό επίπεδο.

- Ένας ακόμη τελευταίος πολύ σημαντικός ρόλος των Μ.Κ.Ο. είναι η συμβολή τους στην ενημέρωση και διαμόρφωση της κοινής γνώμης. Ιδιαίτερα στο χώρο του AIDS όπου ο φόβος, το στίγμα και ο κοινωνικός αποκλεισμός ήταν και είναι συχνά φαινόμενα, όπου η γνώση είναι το μόνο όπλο που μπορεί να αλλάξει τις νοοτροπίες των ανθρώπων και να βοηθήσει στη μείωση της εξάπλωσης του ιού της ανοσολογικής ανεπάρκειας.

Στο πλαίσιο των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων που υπάρχουν στον

Ελλαδικό χώρο είναι:

1. Το Κέντρο Ζωής

2. Το ACT UP

3. Η Εταιρεία Συλλογικής Υποστήριξης κατά του AIDS. Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Υποστήριξης Φορέων του ιού του AIDS «ΕΛΠΙΔΑ»

5. AIDS – Προστασία – Σύλλογος Συμπαράστασης Φορέων και Ασθενών με AIDS

6. AIDS – Πανελλήνιος – Σύλλογος Πρόληψης και Συμπαράστασης φορέων με AIDS

Ωστόσο θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο κατάλογος των Μ.Κ.Ο δεν πρέπει να θεωρηθεί πλήρης ούτε δεδομένος ως αναγράφεται, γιατί ενδέχεται κάποιοι σύλλογοι να διαλύθηκαν ή να επαναδιαθρώθηκαν.

[15]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 Περιστατικά εισαγωγής ασθενή στο νοσοκομείο με διάγνωση κινδύνου λοίμωξης που οφείλεται στην ανασοκαταστολή

Πρώτη Περίπτωση Εισαγωγής Ασθενή

ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ηλικία: 25

Φύλο: θηλ.

Ασφαλιστικός Φορέας: ΙΚΑ

Θρησκεία: Χριστιανή Ορθόδοξη

Επάγγελμα: Σερβιτόρα

Καταγωγή: Αχαΐα

Τόπος Κατοικίας: Πάτρα

Ημ. Εισόδου: 20/01/17

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Νέα ασθενής εισήλθε στα Επείγοντα του Γ.Ν.Π Άγιος Ανδρέας με ψηλαφητή εκχυμωτική κηλίδα του δέρματος στα άκρα πόδια, Σάρκωμα Kaposi. Αυτή η ένδειξη σχετίζεται με HIV λοίμωξη. Έγινε λήψη αίματος για αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις και στάλθηκαν εργαστηριακά για να γίνει δοκιμασία ανίχνευσης HIV αντισωμάτων. Διαγνώσθηκε HIV λοίμωξη. Εξετάστηκαν τα στοιχεία της εισαγωγής, ελέγχθηκε το οικογενειακό περιβάλλον και αποδόθηκε η κατάλληλη φροντίδα μέσα από την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ

Σάρκωμα Kaposi, οφειλόμενο σε HIV λοίμωξη.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Μητέρα: Ελεύθερο

Πατέρας: Ελεύθερο

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Παρόντα νοσήματα: Σάρκωμα Kaposi

Παρελθόντα νοσήματα: Όχι

Εμβόλια: Πολιομυελίτιδα, Τριπλό D.P.T., Εμβόλιο κατά του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων

Αλλεργίες: Δεν αναφέρει

Πρόσφατη χρήση φαρμάκων: Όχι

Χειρουργικές επεμβάσεις: Δεν αναφέρει

Χρήση απαγορευμένων ουσιών: Όχι

Κατανάλωση Αλκοόλ: Όχι

Καπνιστής: Ναι

Οικογενειακή κατάσταση: Ελεύθερη

Σεξουαλική Επαφή: Ναι

Σεξουαλική Συμπεριφορά: Ετεροφυλοφιλική

Επικίνδυνη επαφή: Ναι

Χρήση προφυλακτικού ή άλλης προστασίας: Όχι

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Θερμοκρασία: 38,2 °C

Αρτηριακή Πίεση: 120/70 mmHg

Αναπνοές: 130/min

SpO₂: 97%

Κινητικότητα: Δυσκαμψία αυχένα

Διανοητική - Ψυχική κατάσταση: Αγχώδης

Ομιλία: Δυσκολία λόγω έντονου βήχα

Ακοή: Φυσιολογική

Αναπνευστικό: Αναπνευστική Δυσχέρεια

Καρδιαγγειακό: Φυσιολογικό

Μυοσκελετικό: Μυαλγίες, Κεφαλαλγία

Ενδοκρινολογικό: Φυσιολογικό

Γενετικό-Αναπαραγωγικό: Φυσιολογικό

Πεπτικό: Φυσιολογικό

Έμετοι: Δεν αναφέρει

Κενώσεις: Ελάχιστες διαρροϊκές

Ούρηση: Φυσιολογική

Δέρμα: Κηλίδες στα άκρα των ποδιών

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Αιματολογικές: Σημαντική μείωση των CD4⁺ (159/mm³)

Τα IgG αντισώματα ήταν θετικά

Ηίν αντισώματα: Θετικά

Καλλιέργειες (αίματος, ούρων, κοπράνων, πτυέλων): Αρνητικές

Διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς : Φυσιολογικό

Αξονική τομογραφία (Τραχήλου-Θώρακα-κοιλίας): Φυσιολογική

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

<u>ΑΝΑΓΚΕΣ/ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</u>
ΠΥΡΕΤΟΣ	Απαλλαγή του ασθενή από τον πυρετό	Χορήγηση αντιπυρετικών βάση οδηγίας του θεράποντα ιατρού	Έγινε χορήγηση αντιπυρετικών	Θερμοκρασία ασθενή 36,6°C
ΑΝΑΙΜΙΑ >25%	Απαλλαγή του ασθενή από το σύμπτωμα της αναιμίας	Μετά από αίτημα διασταύρωσης αίματος, χορήγηση αίματος μετά από οδηγία του αρμόδιου ιατρού	Διασταυρώθηκε το αίμα και έγινε η χορήγηση	Αιματοκρίτης 36%
Λοίμωξη HIV	Προσπάθεια σταθεροποίησης της κατάστασης και πρόληψης μετάβασης της ασθένειας σε AIDS	Χορήγηση αντιρετροϊκής αγωγής βάσης ιατρικής οδηγίας	Άρχισε η χορήγηση αντιρετροϊκών φαρμάκων	Σταθεροποίηση της νόσου, η ασθενής παραμένει ασυμπτωματική

Δεύτερη Περίπτωση Εισαγωγής Ασθενή

ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ηλικία: 66
Φύλο: Άρρεν
Ασφαλιστικός Φορέας: ΟΓΑ
Θρησκεία: Χριστιανός Ορθόδοξος
Επάγγελμα: Αγρότης
Καταγωγή: Αχαΐα
Τόπος Κατοικίας: Πάτρα
Ημ. Εισόδου: 20/01/17

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Νέος ασθενής εισήλθε στην παθολογική κλινική του Γ.Ν.Π Άγιος Ανδρέας για διερεύνηση πυρετού, ο οποίος συνοδευόταν από λεμφαδενοπάθεια και ηπατοσπληνομεγαλία. Ο ασθενής είχε υψηλό πυρετό από πριν 15 μέρες, άφθονους νυκτερινούς ιδρώτες και απώλεια σωματικού βάρους 10 kg. Διεγνώσθη με HIV λοίμωξη προ 18 μηνών με αριθμό $CD4^+ = 199/mm^3$. Έκτοτε λάμβανε τριπλή αντιρετροϊκή θεραπεία zidovudine, lamivudine, indinavir καθώς και προφυλακτική αγωγή με κοτριμοξαζόλη, η οποία διεκόπη. Το δέρμα δεν είχε παθολογικές βλάβες αλλά υπήρχε μυκητίαση στοματοφάρυγγα και της βάλανου του πέους. Ο ασθενής παρουσίασε εκσεσημασμένη τραχηλική, μασχαλιαία και βουβωνική λεμφαδενοπάθεια >2cm. Μελετήθηκαν τα ευρήματα της εισαγωγής και αποδόθηκε η κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα μέσα από την διαδικασία της νοσηλευτικής διεργασίας.

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ

Διερεύνηση πυρετού, ο οποίος συνοδευόταν από λεμφαδενοπάθεια και ηπατοσπληνομεγαλία

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Μητέρα: Ελεύθερο
Πατέρας: Ελεύθερο

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Παρόντα νοσήματα: Πυρετός, ο οποίος συνοδευόταν από λεμφαδενοπάθεια και ηπατοσπληνομεγαλία
Παρελθόντα νοσήματα: Διάγνωση HIV λοίμωξης προ 18 μήνες
Εμβόλια: Πολιομυελίτιδα
Αλλεργίες: Δεν αναφέρει
Πρόσφατη χρήση φαρμάκων: Τριπλή αντιρετροϊκή θεραπεία zidovudine, lamivudine, indinavir, και προφυλακτική αγωγή με κοτριμοξαζόλη.
Χειρουργικές επεμβάσεις: Δεν αναφέρει
Χρήση απαγορευμένων ουσιών: Όχι
Κατανάλωση Αλκοόλ: Ναι
Καπνιστής: Ναι
Οικογενειακή κατάσταση: Ελεύθερος

Σεξουαλική Επαφή: Όχι
Επικίνδυνη επαφή στο παρελθόν: Ναι
Σεξουαλική συμπεριφορά: Αμφιφυλοφιλική
Χρήση προφυλακτικού ή άλλης προστασίας: Όχι

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Θερμοκρασία: 39°C
Αρτηριακή Πίεση: 120/80 mmHg
Αναπνοές: 20/min
SpO₂: 98 %
Κινητικότητα: Δεν υπήρχε αυχενική δυσκαμψία
Διανοητική- Ψυχική κατάσταση: Φυσιολογική
Ομιλία: Φυσιολογική
Ακοή: Φυσιολογική
Αναπνευστικό: Φυσιολογικό
Καρδιαγγειακό: Φυσιολογικό
Μυοσκελετικό: Μυαλγίες, Κεφαλαλγία
Ενδοκρινολογικό: Φυσιολογικό
Νευρολογικό: Φυσιολογικό
Γενετικό-Αναπαραγωγικό: Μυκητίαση βάλανου του πέους
Πεπτικό: Φυσιολογικό
Έμετοι: Δεν αναφέρει
Κενώσεις: Φυσιολογικές
Ούρηση: Φυσιολογική
Δέρμα: Ωχρο
Βλεννογόνοι: Ωχροί

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Αιματολογικές: Υπήρχε σημαντικού βαθμού αναιμία
Σημαντική μείωση των CD4⁺ (159/mm³)
Τα IgG αντισώματα ήταν θετικά

Καλλιέργειες (αίματος, ούρων, κοπράνων, πτυέλων): Αρνητικές

Διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς : Φυσιολογικό

Αξονική τομογραφία (Τραχήλου-Θώρακα-κοιλίας): Λεμφαδενοπάθεια και ηπατοσπληνομεγαλία.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

<u>ΑΝΑΓΚΕΣ/ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</u>
ΠΥΡΕΤΟΣ	Απαλλαγή του ασθενή από τον πυρετό	Χορήγηση αντιπυρετικών βάση οδηγίας του θεράποντα ιατρού	Έγινε χορήγηση αντιπυρετικών	Θερμοκρασία ασθενή 36,6°C
ΜΥΑΛΓΙΕΣ, ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΕΣ	Απαλλαγή του ασθενή από τον πόνο	Χορήγηση αναλγητικών βάση οδηγίας του θεράποντα ιατρού	Έγινε χορήγηση αναλγητικών	Ο ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο
ΑΝΑΙΜΙΑ	Απαλλαγή του ασθενή από το σύμπτωμα της αναιμίας	Μετά από αίτημα διασταύρωσης αίματος, χορήγηση αίματος μετά από οδηγία του αρμόδιου ιατρού	Διασταυρώθηκε το αίμα και έγινε η χορήγηση	Αιματοκρίτης 36%
Λοίμωξη HIV	Προσπάθεια σταθεροποίησης της κατάστασης και πρόληψης μετάβασης της ασθένειας σε AIDS	Χορήγηση αντιρετροϊκής αγωγής βάση ιατρικής οδηγίας	Άρχισε η χορήγηση αντιρετροϊκών φαρμάκων	Σταθεροποίηση της νόσου, ο ασθενής παραμένει ασυμπτωματικός

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Κύριος στόχος της παρούσας εργασίας ήταν να καταγράψουμε τη νοσηλευτική φροντίδα που ακολουθείται σε ασθενείς με ανθρωπίνη ανοσοανεπάρκεια . Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης προκύπτουν τα ακόλουθα συμπεράσματα. Δεδομένου ότι το AIDS είναι μάστιγα της εποχής με ταχύτατη εξάπλωση στα νοσοκομεία και δει το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι άριστα κατηρτισμένο ώστε να αντιμετωπίζει τους πάσχοντες. Σημαντική παράμετρος για την αποτελεσματικότερη και ορθότερη συμπεριφορά του προσωπικού προς τους ασθενείς για την ομαλή διεξαγωγή της θεραπείας τους, θεωρούνται οι ομαλές και ουσιαστικές σχέσεις των εργαζομένων μέσα στο χώρο του νοσοκομείου, όχι μόνο με συναδέλφους αλλά και με τους ίδιους τους ασθενείς. Η ασθένεια του AIDS αποτελεί σύνθετο πρόβλημα όπου τα ιατρικά προβλήματα συνυπάρχουν με τα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής. Επομένως η παρακολούθηση του ατόμου δεν μπορεί να επιτευχθεί μόνο από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αλλά σε συνεργασία με κάποιο ειδικό (Ψυχολόγο, Κοινωνικό Λειτουργό, Ψυχίατρο). Η προσωπικότητα του ατόμου επηρεάζεται κατά τη διάγνωση της νόσου καθώς οι περισσότεροι αντιδρούν με τρόμο και πανικό μαζί με ανάμεικτα συναισθήματα απόγνωσης, απελπισίας, θυμού, άρνησης κ.ά. Παράλληλα αναμένουν πως η συμπεριφορά των άλλων θα διαφοροποιηθεί απέναντι τους. Κατά την ανακοίνωση της οροθετικότητας το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με την απόρριψη απ' το ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Σύμφωνα με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, η διάγνωση της ασθένειας επηρεάζει πολύ την προσωπικότητα των φορέων, καθώς νοιώθουν πως το κοινωνικό τους περιβάλλον τους αποδέχεται με επιφυλακτικότητα ή τους απορρίπτει. Εδώ χρειάζεται το νοσηλευτικό προσωπικό που με τις γνώσεις και την εμπειρία του θα βοηθήσει να ξεπεράσει ο ασθενής ανώδυνα τουλάχιστον τον κοινωνικό στιγματισμό.

Εν κατακλείδι οι νοσηλευτές είναι αυτοί που έχουν πολύ σημαντικό έργο αφού έρχονται σε επαφή με τον πάσχοντα βοηθώντας τον σε κάθε πτυχή ψυχολογική και σωματική πάντα με την κατάλληλη θεραπεία.

Σύμφωνα με στοιχεία έρευνας του ΚΕΛΠΝΟ, όσον αφορά τις διαγνώσεις HIV στην Ελλάδα παρατηρούμε ότι ενώ το 1981 έτος σταθμός καταγράφηκε 1 περιστατικό HIV, δέκα χρόνια μετά το 1991 ο συνολικός αριθμός έφτασε τους 345 με αποκορύφωμα το έτος 2012 που ο αριθμός ξεπέρασε κατά 4 φορές το έτος 1991 δηλαδή 1147 διαγνώσεις HIV. Το 2015 όμως ο συνολικός αριθμός έπεσε στο μισό δηλαδή 691. Το 1983 καταγράφηκε στην Ελλάδα ο πρώτος θάνατος από AIDS. Δέκα χρόνια μετά το 1993 είχαμε αύξηση 100% σε θανάτους (108). Έκτοτε και μέχρι σήμερα ο αριθμός διαρκώς μειώνεται με τελευταία καταγραφή 43 θάνατοι εν έτη 2015. Όσον αφορά τις κατηγορίες μετάδοσης, η ομοφυλοφιλική κατέχει τα ινία στη μετάδοση της νόσου και ακολουθεί η κατηγορία με χρήση ενέσιμων ουσιών. Τέλος παιδιά ηλικίας 0 έως 12 ετών με νόσο HIV συνέχιζαν να καταγράφονται μέχρι και το έτος 2011. Μετά από αυτό το έτος και μέχρι σήμερα δεν έχουμε καταγραφή κανενός οροθετικού παιδιού.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνηθούν όλα όσα αφορούν στη νόσο του AIDS και να αναπτυχθεί η νοσηλευτική φροντίδα που ακολουθείται σε ασθενείς με Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας. Από τα ευρήματα προκύπτει ότι το επίπεδο γνώσης των νοσηλευτών όσον αφορά τη νόσο του AIDS είναι ικανοποιητικό, μπορεί όμως να βελτιωθεί ακόμα περισσότερο με συγκεκριμένες ενέργειες. Θα πρέπει οι νοσηλευτές να ενθαρρύνονται από το νοσοκομείο μέσω κινήτρων ώστε να λαμβάνουν εκπαίδευση υψηλότερης βαθμίδας. Ο υψηλότερος μισθός θα αποτελέσει κίνητρο προς αυτή την κατεύθυνση. Επιπλέον, οι νοσηλευτές θα πρέπει να ενθαρρύνονται τόσο μέσω του νοσοκομείου όσο και του κράτους να συμμετέχουν σε σεμινάρια και ημερίδες που σχετίζονται με το AIDS. Όση περισσότερη γνώση θα κατέχουν, τόσο πιο πιθανό είναι να επιδεικνύουν ακόμα πιο θετική στάση στους ασθενείς. Παράλληλα, θα πρέπει όλοι οι νοσηλευτές να περνούν από τη διαδικασία της φροντίδας των ασθενών με AIDS έτσι θα αποκτούν μεγαλύτερη εμπειρία και θετική στάση. Απαραίτητη είναι η παρουσία ψυχολόγου στα νοσοκομεία προκειμένου να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη όχι μόνο στους πάσχοντες αλλά και στο νοσηλευτικό προσωπικό ώστε να γνωρίζει τρόπους συμπεριφοράς και να βοηθά κάθε ψυχολογική και σωματική τους ανάγκη με την κατάλληλη θεραπεία. Η ασθένεια του AIDS επηρεάζει εξίσου σημαντικά τόσο το ίδιο το άτομο όσο και την οικογένειά του. Γι αυτό η ψυχολογική υποστήριξη είναι αναγκαία. Για να επιτευχθεί αυτό χρειάζονται ειδικά στελεχωμένες υπηρεσίες. Στον ελλαδικό χώρο είναι ελάχιστες έως ανύπαρκτες οπότε χρειάζεται η δημιουργία περισσότερων. Καθοριστική είναι η συμβολή της πολιτείας για την αποφυγή τυχών διακρίσεων και προκαταλήψεων προς τα άτομα με HIV λοίμωξη. Η έλλειψη σωστής ενημέρωσης για τον ιό είναι ένας από τους κυριότερους λόγους απόρριψης του ασθενούς από το κοινωνικό περιβάλλον. Είναι σημαντικό η πολιτεία να μπει σε μια διαδικασία, ώστε να κάνει ειδικές εκστρατείες ενημέρωσης του ευρύτερου πληθυσμού. Το σχολείο ένας από τους σημαντικότερους φορείς της κατέχει σημαντικό ρόλο όσον αφορά την πρόληψη της ασθένειας εφόσον μέσω της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης επιτυγχάνεται η μείωση νέων κρουσμάτων. Η Πολιτεία έχει υποχρέωση να διασφαλίζει τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις ατομικές ελευθερίες προσώπων που έχουν μολυνθεί από τον ιό του AIDS, εφόσον δεν τίθεται σε διακινδύνευση η δημόσια υγεία. Η οικογένεια και η κοινότητα έχουν υποχρέωση να εκπαιδεύουν τα μέλη τους για την πρόληψη από την μόλυνση. Τα μέλη τους που ζουν με τον ιό του AIDS δεν πρέπει να τα εγκαταλείπουν, αλλά να τα περιβάλλουν με φροντίδα και υποστήριξη. Οι γονείς έχουν εξίσου την ευθύνη να εκπαιδεύουν όλα τα μέλη της οικογένειάς τους, ώστε να κατανοούν την έννοια της πρόληψης, της φροντίδας, της ανεκτικότητας, της σύμπνοιας και της αρχής της μη διάκρισης προς τους ανθρώπους που ζουν με τον ιό του AIDS. Οι εργαζόμενοι με οποιαδήποτε ασθένεια, συμπεριλαμβανομένης και της μόλυνσης από τον ιό του AIDS, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με κατανόηση και να τους επιτρέπεται να εργάζονται ανάλογα με τις δυνατότητές τους.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το AIDS έχει καταλήξει να είναι μια από τις μεγαλύτερες απειλές για τη υγεία και έχει πάρει τεράστιες διαστάσεις. Εξαπλώνεται σαρωτικά χωρίς να λαμβάνει υπ όψιν του εθνικά, γεωγραφικά, φυλετικά, κοινωνικά και ηλικιακά όρια και εμπόδια. Κανείς δε μπορεί να το αγνοήσει. Στη χώρα μας δυστυχώς ο αριθμός των φορέων και των ασθενών και ο κίνδυνος των λοιμώξεων συνεχώς αυξάνεται. Αυτό συνεπάγεται και την αύξηση των προκαταλήψεων με εκδηλώσεις αδικίας, διάκρισης, έλλειψης εμπιστοσύνης και ομόνοιας και συνάμα καταπάτησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ελευθεριών.

Το νοσηλευτικό προσωπικό με την ευαισθησία που το διακρίνει στα κοινωνικά θέματα θεωρεί ότι η συγκεκριμένη ασθένεια μπορεί να δώσει το έναυσμα στα ανθρωπιστικά μας αισθήματα ώστε όλοι να βοηθήσουμε και να συμπαρασταθούμε στους πάσχοντες.

Το AIDS μπορεί να ενώσει τις προσπάθειες όλων μας για μια πιο δίκαιη, ανθρώπινη και κυρίως ενημερωμένη κοινωνία.

Για να επιτευχθεί αυτό χρειάζεται τόσο οι επαγγελματίες υγείας όσο και οι υπόλοιποι φορείς να αυξήσουν την πληροφόρηση του κοινού για τη νόσο φέρνοντας το σε επαφή με τους πάσχοντες.

Είναι σημαντικό να ενημερώνουμε τους νέους για σωστή σεξουαλική συμπεριφορά καθοδηγώντας τα και σπλιζοντάς τα με πνευματική ανοσία σε οποιονδήποτε πειρασμό.

Τέλος, σαν απλοί πολίτες να επιλέξουμε το υπεύθυνο πρότυπο ζωής, να δείξουμε αλληλεγγύη και να βοηθήσουμε τους πάσχοντες. Ως επιστήμονες, να εντείνουμε τις προσπάθειές μας και να σεβαστούμε τα δικαιώματα των ασθενών. Ως κοινωνικά και πολιτικά υπεύθυνα άτομα να αναλάβουμε θαρραλέες πρωτοβουλίες και να συνεργαστούμε με εθελοντικές οργανώσεις αλλά και με τον κάθε πολίτη.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας θέλοντας να δώσει έμφαση στη σημασία της ενημέρωσης και να ενισχύσει τον συντονισμό των προσπαθειών, ώστε να σταματήσει η εξάπλωση του AIDS, ρίχνει κάθε χρόνο στη μάχη ένα σύνθημα ώστε να ενεργοποιήσει τους δημόσιους φορείς αλλά και τις μη Κυβερνητικές Οργανώσεις για περισσότερη δράση στη καταπολέμηση του AIDS.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Andreoli, Thomas E.(2003) Cecil Βασική Παθολογία Επιμέλεια Χ. Μουτσόπουλος- 5^η έκδοση- Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- 2) Luc Montagnier(1995), Ιοί και άνθρωποι AIDS: Γεγονότα, Έρευνες και Προβληματισμοί Επιμέλεια Χάρης Καζλαρή-1^η Ελληνική Έκδοση Οκτώβρης 1995-Αθήνα- Εκδόσεις Κάτοππο.
- 3) Παγκόσμιος οργανισμός Υγείας, Εθνικό Κέντρο Αναφοράς AIDS.(1990), AIDS και Πρώτες Βοήθειες στους χώρους Εργασίας-Οδηγίες, Αθήνα - Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- 4) Ιωάννης Δ. Στρατηγός- Γιώργος Χ. Λάσκαρης(1996), Έγχρωμος Άτλας- AIDS Εκδηλώσεις στο δέρμα και το στόμα, Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα.
- 5) Marsia Stanhope, Jeanette Laucaster(2009), Κοινωνική Νοσηλευτική Γενική Επιμέλεια Ευτυχία Γκεσούλη-Βολτυράκη, Μαρία Νούλα, 2^{ος} Τόμος, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- 6) Δέσποινα Σαπουντζή- Κρέπια(2010), Χρόνια Ασθένεια & Νοσηλευτική φροντίδα, 2^η Έκδοση, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.
- 7) Kathleen Morgan Speer, Rn, PhD, CPNP, Παιδιατρική Νοσηλευτική- Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας-3^η Έκδοση.
- 8) Αγραφιώτης Δημοσθένης,(1997), AIDS:Εγκάρσια Σκιά, Εκδόσεις Υψιλον.
- 9) Jones Lewellyn D.,(1990) Σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, Εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα.
- 10) Ανευλαβής Ε.(1990), Κλινική Λοιμωξιολογία, Εκδόσεις Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη.
- 11) Τσαρούχας Κ. (2001), AIDS: Όλη η αλήθεια, Εκδόσεις Αλήθεια.
- 12) Το Ελληνικό Κλινικό site για το HIV/AIDS-Online ενημέρωση σχετικά με την επιδημία του HIV/AIDS στην Ελλάδα. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.hiv aids.gr/> (27/01/17)
- 13) Θετική φωνή-Σύλλογος Οροθετικών Ελλάδος. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://positivevoice.gr/> τελευταία σύνδεση στις 27/01/17
- 14) Global information and education on HIV and AIDS,History of HIV and AIDS. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.avert.org/professionals/history-hiv-aids/overview> (27/01/17)
- 15) Κέντρο ελέγχου και πρόληψης νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ)-HIV ΛΟΙΜΩΞΗ- AIDS. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.keelpno.gr/portals/0/Αρχεία/HIV/2016/epidemiologiko_2015_HIV.pdf (27/01/17)
- 16) ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, Κέντρο Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων, Μαρία Χατζηβασιλείου – Παππά, Φίλιππος Κουκουριτάκης, HIV /AIDS & άλλα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα. Πηγή από το Διαδίκτυο: www.keel.org.gr [Πρόσβαση: 25/01/2017]
- 17) Praxis (2007) AIDS DAY FESTIVAL! Φεστιβάλ Ενημέρωσης για την

- Παγκόσμια Ημέρα κατά του AIDS, 30 Νοεμβρίου – 2 Δεκεμβρίου 2007 «Η Αγκαλιά μεταδίδει Αγάπη...το Προφυλακτικό Ασφάλεια». Πηγή από το Διαδίκτυο: <http://www.praksis.gr/el> [Πρόσβαση: 27/01/2017]
- 18)** Αντωνίου Ε. (2007) Μικρές αλήθειες για το AIDS. Πηγή από το Διαδίκτυο: <http://my.aegean.gr/web/article2614.html> [Πρόσβαση: 25/02/2017]
- 19)** UNAIDS, Joint Nations Programme on HIV/AIDS, 2013. AIDS by the numbers. Available at: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC257_1_AIDS_by_the_numbers_en.pdf [Πρόσβαση: 25/06/2012]
- 20)** UNAIDS, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2013α. UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. [Ηλεκτρονικό] Available at: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf [Πρόσβαση: 25/02/2017]
- 21)** UNICEF,WHO,UNAIDS, 2009. POSITION STATEMENT: Condoms and HIV prevention. [Ηλεκτρονικό] Available at: http://www.unicef.org/aids/files/2009_position_paper_condoms_en.pdf [Πρόσβαση: 25/02/2017]
- 22)** USAIDS UNITED STATES AGENCY INTERNATIONAL DEVELOPMENT, 2010. [Ηλεκτρονικό] Available at: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADL992.pdf[Πρόσβαση: 25/02/2017]