

ΣΧΟΛΗ : Σχολή Επαγγελμάτων Αποκατάστασης Υγείας

ΤΜΗΜΑ : Νοσηλευτική

ΙΔΡΥΜΑ : Πανεπιστημίου Πατρών

ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**“Η διαδικασία προσαρμογής ατόμων με
HIV/AIDS μετά τη διάγνωσή τους ως
οροθετικοί”**

Ον/μο φοιτητή : Νικολάου Αλεξάνδρα

Επιβλέπων καθηγητής : Σαμαρτζή Κυριακή

**ΠΑΤΡΑ
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2019**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πάθηση HIV, γνωστή και σαν επίκτητη ανοσολογική ανεπάρκεια, έχει λάβει καθοριστικές διαστάσεις σε διεθνές επίπεδο, κυρίως τον τελευταίο αιώνα. Αφορά μια προσβολή του ανοσοποιητικού συστήματος από έναν ιό που έχει τη δυνατότητα να το καταστήλλει, ελαττώνοντας την αντίστασή του σε νοσογόνους παράγοντες. Η μετάδοση του εν λόγω ιού ως επί το πλείστον υλοποιείται περιγεννητικά, σεξουαλικά είτε μέσω μολυσμένου αίματος.

Η πάθηση του AIDS έχει γίνει στη σύγχρονη εποχή μια διεθνή απειλή η οποία εξαπλώνεται, παρά τις καθοριστικές ενέργειες πρόληψης. Η πάθηση αυτής της μορφής έχει την ευχέρεια να προσβάλει το ανοσοποιητικό σύστημα, προκαλώντας αισθητή ελάττωση των κυττάρων του και καθιστώντας τον ανθρώπινο οργανισμό εξαιρετικά ευάλωτο σε απλές λοιμώξεις (οι οποίες είναι εφικτό να γίνουν ακόμα και θανατηφόρες).

Αυτό το οποίο είναι σημαντικό να γνωρίζουμε είναι πως η ολιστική προσέγγιση του πάσχοντα, η ψυχολογική υποστήριξη αλλά και το ανθρώπινο ενδιαφέρον είναι ζωτικής σημασίας για μια νοσηλεία υψηλής ποιότητας. Γενικότερα, οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι σε ό,τι έχει να κάνει με τη συγκεκριμένη πάθηση, προκειμένου να προσφέρουν τη βέλτιστη εφικτή υποστήριξη στους νοσηλευόμενους πάσχοντες αλλά και να έχουν την ευχέρεια να αυτό-προστατευτούν αποδοτικά. Η πρόληψη εξακολουθεί να αποτελεί μέχρι τη σύγχρονη εποχή τη βασικότερη μέθοδο αντιμετώπισης αυτής της πάθησης.

ABSTRACT

HIV disease, also known as acquired immune deficiency, has taken decisive dimensions internationally, especially in the last century. It concerns an attack on the immune system by a virus that is capable of suppressing it, reducing its resistance to pathogenic agents. The transmission of this virus is mostly carried out perinatal, sexually or through infected blood.

AIDS has become an international threat in modern times, spreading in spite of the precautionary measures. This condition has the potential to invade the immune system, causing its cells to shrink and make the human body extremely vulnerable to simple infections (which can even be fatal).

What is important to know is that the holistic approaches of the sufferer, the psychological support as well as the human interest are vital to a high quality hospitalization. In general, nurses need to be adequately trained in what is relevant to this condition, in order to provide the best possible support to the hospitalized patient and to be able to self-protect effectively. Prevention is still the most basic method of dealing with this condition until today.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έννοια του AIDS εισχώρησε δυναμικά στη ζωή των ανθρώπων από το ξεκίνημα της δεκαετίας του '80, αναπτύσσοντας αρκετά ερωτηματικά, αγωνίες, φόβους και ανεξήγητες αντιδράσεις σε ό,τι είχε να κάνει με φορείς και πάσχοντες. Από τη φράση «σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας» κατανοεί κανείς πως αφορά μια πάθηση όπου η δράση του ανοσοποιητικού συστήματος του ανθρώπου βλάπτεται, μειώνοντας την αντίστασή του σε διαφορετικές νοσογόνες παραμέτρους. Προέρχεται από τον ιό HIV, που ως επί το πλείστον μεταδίδεται μέσω της σεξουαλικής επαφής είτε μέσω μολυσμένου μεταγγιζόμενου αίματος είτε διαφορετικών παραγώγων του.

Η πάθηση του AIDS λογίζεται πλέον ως μια από τις πιο μεγάλες απειλές στη δημόσια υγεία της σύγχρονης εποχής. Επομένως, έχει επέλθει μια άμεση επανεξέταση της ενημέρωσης σε αυτόν τον ευαίσθητο και πολυσυζητημένο τομέα. Κάποια άτομα είναι εφικτό να σοκάρονται είτε να προσβάλλονται από την ανοιχτή και ειλικρινή φύση των συζητήσεων, που αναγκαστικά περιέχονται στη δημόσια θεώρηση των λεπτομερειών της σεξουαλικής ζωής. Παρόλα αυτά, όμως, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερευνών συμφωνούν πως η ανοδική τάση των γνώσεων και της συνειδητοποίησης του κοινού έχει ξεκινήσει ήδη να έχει θετικά αποτελέσματα.

Η συγκεκριμένη πάθηση έχει πλέον λάβει διαστάσεις κοινωνικού ζητήματος, επηρεάζοντας σε μεγάλο βαθμό την καθημερινότητα και την όλη νοοτροπία και ως εκ τούτου δεν αποτελεί υπόθεση μονάχα των ειδικών ούτε έχει να κάνει απλώς με κάποια μιάσματα της κοινωνίας, που είναι σημαντικό να απομονωθούν είτε να εξοστρακιστούν. Με βασικότερο στόχο να αντιμετωπιστεί, να αναχαιτιστεί και εν τέλει να περιοριστεί η πάθηση αυτής της μορφής είναι σημαντικό ολόκληρη η κοινωνία σύμφωνα με τις αξίες της αλληλεγγύης, της ανθρωπιάς και της ανεκτικότητας και με όπλο την άμεση και έγκυρη ενημέρωση, να εστιάσει στο σύνολο του δυναμικού της.

Διαλέξαμε την εργασία με θέμα “Η διαδικασία προσαρμογής ατόμων με HIV/AIDS μετά τη διάγνωσή τους ως οροθετικοί” καθώς θεωρούμε πως προς τη

συγκεκριμένη κατεύθυνση ο νοσηλευτής θα διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο με την πείρα του, τις επιστημονικές του γνώσεις, τη συνεχή ενημέρωση του καθώς επίσης και την ειδίκευση του στον εν λόγω τομέα. Το πολιτιστικό επίπεδο ενός κράτους στη σημερινή εποχή κρίνεται από τη μέθοδο με την οποία αντιμετωπίζει μια τέτοια κατάσταση, και πιο συγκεκριμένα από την ψυχική και κοινωνική στήριξη των οροθετικών ανθρώπων.

Στόχος της συγκεκριμένης εργασίας αποτελεί η διεξοδική μελέτη και η εκτενής έρευνα για τον τρόπο με τον οποίο προσαρμόζονται οι πάσχοντες αυτής της νόσου ύστερα από τη διάγνωσή τους ως οροθετικοί και τον καθοριστικό ρόλο που διαδραματίζουν σε αυτήν την διαδικασία οι νοσηλευτές, μέσα από τις νοσηλευτικές τους παρεμβάσεις και τη νοσηλευτική διεργασία. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος θα υλοποιηθεί μια βιβλιογραφική ανασκόπηση μέσα από διεθνή, ελληνική αλλά και διαδικτυακή βιβλιογραφία.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ABSTRACT.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
ΔΟΜΗ.....	8
Κεφάλαιο	10
1.....	10
ΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΙΟΥ HIV	10
1.1 Αναπαραγωγή.....	10
1.2 Γονίδια HIV	12
1.3 Γενετική ετερογένεια	13
Κεφάλαιο	14
2.....	14
AIDS ΚΑΙ HIV	14
2.1 Βασικές έννοιες.....	14
2.2 Προέλευση ιού	17
2.3 Επιδημιολογία	18
2.4 Παθογένεια-Παθοφυσιολογία	20
Κεφάλαιο	23
3.....	23
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	23
3.1 Δομή ιού.....	23
3.2 Μετάδοση του ιού	25
3.3 Συμπτώματα	27
3.4 Πορεία νόσου	29
3.5 Σταδιοποίηση νόσου	30
Κεφάλαιο	33
4.....	33
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	33
4.1 Η σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και θεραπευτικής αντιμετώπισης.....	33
4.2 Διάγνωση	34
4.3 Κλινικά στάδια	37
4.4 Πρόληψη.....	39

4.5 Θεραπεία.....	40
Κεφάλαιο	43
5.....	43
ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΟΡΟΘΕΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	43
5.1 Προσαρμογή στη διάγνωση και συμμόρφωση του οροθετικού ασθενή.....	43
5.2 Η ηθική του ασθενούς στη διαδικασία της διάγνωσης.....	47
5.3 Επιπτώσεις από την έλλειψη συμμόρφωσης.....	49
5.4 Μέθοδοι αξιολόγησης της συμμόρφωσης.....	50
5.5 Μεταβολική προσαρμογή στην ελλιπή διαιτητική πρόσληψη.....	51
5.6 Δικαιώματα και υποχρεώσεις οροθετικών ασθενών.....	53
5.7 Κοινωνική και συναισθητική υποστήριξη	55
5.7.1 Σημασία συμβουλευτικής παρέμβασης.....	56
5.7.2 ψυχολογικές αντιδράσεις πασχόντων με AIDS.....	57
Κεφάλαιο	61
6.....	61
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ HIV ΛΟΙΜΩΞΗ.....	61
6.1 Εισαγωγή.....	61
6.2 Στόχοι νοσηλευτικής φροντίδας.....	63
6.3 Αρχές νοσηλευτικής δεοντολογίας.....	64
6.4 Διαχείριση και έλεγχος των πασχόντων με HIV/AIDS.....	66
6.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη.....	68
6.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την εισαγωγή του ασθενή με AIDS.....	70
6.7 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την παραμονή στην κλινική.....	71
6.8 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη μετανοδοκομειακή φροντίδα.....	73
6.9 Νοσηλευτική διεργασία.....	74
6.9.1 Περίπτωση 1.....	74
6.9.2 Περίπτωση 2.....	76
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	78
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	80
Ελληνική βιβλιογραφία.....	82
Διαδικτυακή βιβλιογραφία.....	83

ΔΟΜΗ

Γενικότερα, η εν λόγω εργασία ασχολείται με την περιγραφή της διαδικασίας προσαρμογής των συγκεκριμένων πασχόντων μετά τη διάγνωσή τους ως οροθετικοί και δομείται σε 6 κεφάλαια. Στο 1^ο κεφάλαιο μελετάμε την ιολογία, στο 2^ο την πάθηση HIV/AIDS, στο 3^ο τα κυριότερα χαρακτηριστικά αυτής της πάθησης, στο 4^ο κεφάλαιο μελετάμε τη διάγνωση και τη θεραπεία, στο 5^ο κεφάλαιο παρουσιάζουμε την προσαρμογή αυτών των πασχόντων ενώ στο 6^ο και τελευταίο κεφάλαιο θα μελετήσουμε τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Πιο αναλυτικά στο 1^ο κεφάλαιο της συγκεκριμένης εργασίας θα ασχοληθούμε με την ιολογία του ιού HIV. Στο εν λόγω κεφάλαιο θα μελετήσουμε την αναπαραγωγή, τι αφορά και πως ανακαλύφθηκε ο συγκεκριμένος ιός, το γονιδίωμα του ιού αυτής της μορφής (όπως για παράδειγμα τι περιέχει ο συγκεκριμένος ιός) καθώς επίσης και τη γενετική ετερογένεια.

Από την άλλη πλευρά στο 2^ο κεφάλαιο θα μελετήσουμε το AIDS και το HIV. Σε αυτό το κεφάλαιο θα γίνει εκτενής αναφορά στις κυριότερες έννοιες αυτών των παθήσεων, θα αναφέρουμε την προέλευση του εν λόγω ιού, την επιδημιολογία τους καθώς επίσης και την παθογένεια και την παθοφυσιολογία. Επί της ουσίας όπως θα δούμε σε αυτό το κεφάλαιο, ο HIV αποτελεί έναν ιό ο οποίος έχει τη δυνατότητα να επιφέρει στον άνθρωπο το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS).

Στο 3^ο κεφάλαιο θα παρουσιάσουμε τα κυριότερα χαρακτηριστικά των συγκεκριμένων παθήσεων, όπως είναι για παράδειγμα η δομή του ιού (πχ το ότι πρόκειται για ένα σφαιρικό σωματίδιο με διάμετρο μορίου σχεδόν 10nm), η μετάδοση της λοίμωξης (πχ μέσα από το αίμα, το σπέρμα, τα κολπικά υγρά καθώς επίσης και το μητρικό γάλα είτε το σάλιο, τα δάκρυα, τα ούρα, τον ιδρώτα καθώς επίσης και τα βρογχικά εκκρίματα), τα κυριότερα συμπτώματα (πχ πυρετός, απώλεια βάρους, δυσφορία, πονοκέφαλος, νευροπάθεια, υπνηλία, πληγές, μυαλγία, ναυτία, εμετοί, πρήξιμο λεμφαδένων κλπ), την εξέλιξη της πάθησης (πρωτογενής λοίμωξη, ασυμπτωματική, συμπτωματική, ανοσοκαταστολής) καθώς επίσης και τα κυριότερα στάδια.

Στο 4^ο κεφάλαιο θα παρουσιάσουμε τη διάγνωση και τη θεραπεία αυτών των παθήσεων. Σε αυτό το κεφάλαιο θα γίνει αναφορά για τον καθοριστικό ρόλο και τη σημασία της άμεσης διάγνωσης και της θεραπευτικής αντιμετώπισης, της διαγνωστικής δράσης, των κυριότερων κλινικών σταδίων, της πρόληψης καθώς επίσης και της θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Όπως θα δούμε στο εν λόγω κεφάλαιο η διάγνωση υλοποιείται μέσω ειδικών εξετάσεων αίματος, με τη μέτρηση του HIV RNA καθώς επίσης και με τη μέθοδο PCR. Επίσης, θα πρέπει να τονιστεί πως ο κυριότερος στόχος της θεραπείας είναι η καταστολή της αντιγραφής του συγκεκριμένου ιού. Λόγω του ότι ο συγκεκριμένος ιός είναι ρετροϊός, οι φαρμακευτικές αγωγές που χρησιμοποιούνται για αυτόν καλούνται αντιρετροϊκές. Ο συνδυασμός αυτών των αγωγών, σε περίπτωση που γίνει σωστή χρήση, σταματάει εντελώς τη μόλυνση των καινούριων κυττάρων, αλλά δεν επιφέρει καμία απολύτως επίδραση στα κύτταρα τα οποία έχουν ήδη μολυνθεί.

Στο 5^ο κεφάλαιο θα αναφερθούμε στην προσαρμογή των οροθετικών ασθενών, όπου θα εστιάσουμε στην προσαρμογή στη διάγνωση και τη συμμόρφωση των συγκεκριμένων πασχόντων, στην ηθική τους στη διαγνωστική δράση, στις κυριότερες συνέπειες από την έλλειψη συμμόρφωσης, στις κυριότερες τακτικές αξιολόγησης της συμμόρφωσης, στη μεταβολική προσαρμογή και στην ελλιπή διαιτητική πρόσληψη, στα βασικότερα δικαιώματα και στις υποχρεώσεις των συγκεκριμένων πασχόντων καθώς επίσης και στον καθοριστικό ρόλο που διαδραματίζει η κοινωνική καθώς επίσης και η συναισθηματική υποστήριξη.

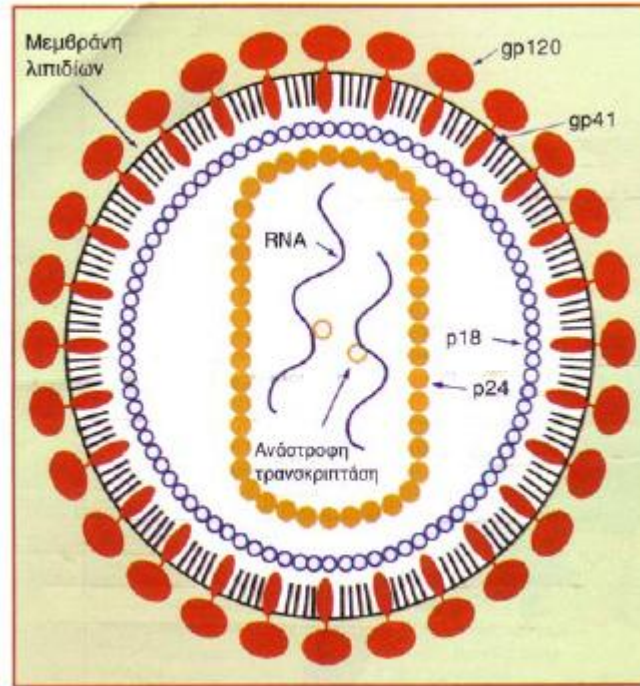
Στο 6^ο και τελευταίο κεφάλαιο θα μελετήσουμε το σημαντικό ρόλο που παίζουν οι νοσηλευτές στις συγκεκριμένες παθήσεις. Θα εστιάσουμε στους κυριότερους στόχους της νοσηλευτικής φροντίδας, στις βασικές αρχές της νοσηλευτικής δεοντολογίας, στη διαχείριση και τον έλεγχο των ασθενών αυτής της μορφής, ενώ σημαντικό είναι να τονιστεί και ο ρόλος που έχουν οι εν λόγω επαγγελματίες υγείας στην πρόληψη, κατά την εισαγωγή των πασχόντων στο νοσοκομείο, κατά την παραμονή τους στην κλινική καθώς επίσης και μετά από τη νοσοκομειακή φροντίδα την οποία θα λάβουν.

ΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΙΟΥ HIV

1.1 Αναπαραγωγή

Ο HIV-1 ανακαλύφθηκε την περίοδο του '83 ενώ ο HIV-2 δυο χρόνια αργότερα. Και οι δυο αυτές μορφές της εν λόγω πάθησης είναι βραδείς ρετροϊοί και κυτταροπαθολογόνοι για τα CD4 λεμφοκύτταρα. Ο συγκεκριμένος ιός είναι σφαιρικός. Το πυρήνιο περιλαμβάνει 2 αλυσούς RNA και 2 ανάστροφης μεταγραφάσης. Το πυρηνοκαψίδιο του με βασικές πρωτεΐνες περιβάλλεται από μεμβράνη, η οποία προέρχεται από τη μεμβράνη του κυττάρου ξενιστή, που περιέχεται από διπλό λιπιδικό επίπεδο και τη γλυκοπρωτεΐνη gp160. Η συγκεκριμένη γλυκοπρωτεΐνη έχει διαμεμβρανικό τμήμα, την gp41 καθώς επίσης και έξω-μεμβρανικό τμήμα που είναι η gp120 (Καλαϊτζιδάκη και Πανταζίδης, 2005).

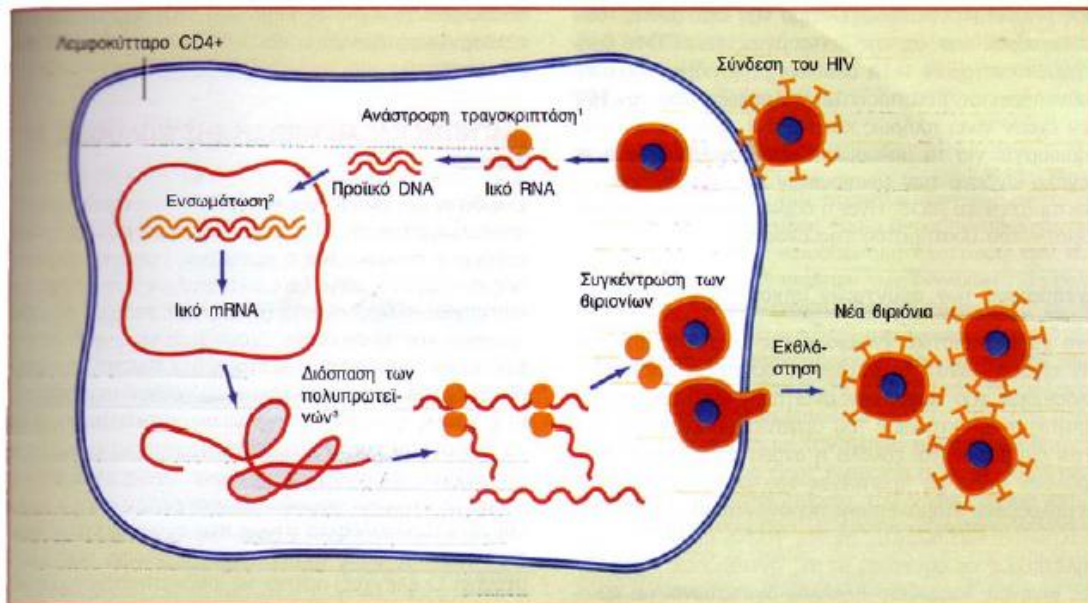
Η συγκεκριμένη πάθηση προσκολλάται με το έξω-μεμβρανικό τμήμα, που προαναφέρθηκε, του περιβλήματος του σε κύτταρα με μεμβρανικούς CD4 υποδοχείς και CCR5 είτε CXCR4 συν-υποδοχείς (επί της ουσίας αφορά τα T-βοηθητικά και επάγωγα λεμφοκύτταρα, τα μακροφάγα κλπ). Την προσκόλληση στο συγκεκριμένο τμήμα του ιού με τον CD4 υποδοχέα και τους παραπάνω συνυποδοχείς ακολουθεί η είσοδος της εν λόγω πάθησης στο κύτταρο ξενιστή, όπου υφίσταται διάλυση της μεμβράνης του HIV. Την ίδια ώρα το RNA μεταγράφεται σε γενετικό υλικό διαμέσου της RT (ανάστροφη μεταγραφάση). Στη συνέχεια, υφίσταται ο σχηματισμός διπλής έλικας γενετικού υλικού, που ενσωματώνεται στον ξενιστή, μέσω ενζύμου ιντεργκράσης. Η επαγωγή αυτής της μορφής οριοθετείται από πρωτεΐνες (Clark, 2002).



Εικόνα 1.1 : Δομή του HIV (Φιλίππου, 2002)

Σε ό,τι έχει να κάνει με τα κυριότερα στοιχεία του κύκλου αναδιπλασιασμού του συγκεκριμένου ιού και τις βασικότερες θέσεις των φαρμακευτικών αγωγών κατά των ρετροϊκών, θα πρέπει να τονιστεί πως ύστερα από τη σύνδεση και την εισχώρηση του συγκεκριμένου ιού στο κύτταρο του ξενιστή, το RNA του μεταγράφεται από την ιική ανάστροφη τρανσκριπτάση σε διπλής έλικας προϊκό γενετικό υλικό, που εντάσσεται στο γονιδίωμα του ξενιστή με αντίδραση, η οποία καταλύεται από την ιντεγράση του εν λόγω ιού (Kartikeyan et al., 2007).

Κατά την ενεργοποίησή του, το παραπάνω γενετικό υλικό μεταγράφεται προς παραγωγή γονιδιωματικού και αγγελιαφόρου RNA (mRNA) που τις περισσότερες φορές μεταφράζεται σε πολυπρωτεΐνες, οι οποίες έχουν την ευχέρεια να διασπαστούν από την πρωτεΐνάση του συγκεκριμένου ιού. Οι πιο μικρές πρωτεΐνες, οι οποίες υφίστανται, συγκεντρώνονται αναπτύσσοντας βιρίονια στη μεμβράνη του ξενίζοντος κυττάρου, που ολοκληρώνουν με εκβλάστηση τον κύκλο της ζωής του ρετροϊού (Καλαϊτζιδάκη και Πανταζίδης, 2005).



Εικόνα 1.2 : Στοιχεία του κύκλου αναδιπλασιασμού του ιού της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου και θέσεις δράσης των φαρμάκων (Φιλίππου, 2002)

1.2 Γονίδια HIV

Το συγκεκριμένο γονιδίωμα περιέχει 2 μακρές επαναλαμβανόμενες αλληλουχίες, τους γόνους, οι οποίοι έχουν την ευχέρεια κωδικοποίησης των δομικών αλλά και των ενζυματικών πρωτεϊνών *gag*, *pol*, *env*, γόνους οι οποίοι υπηρετούν κυρίως δράσεις του εν λόγω ιού και γόνους οι οποίοι διαφοροποιούν τον ιό αυτής της μορφής από τους ογκογόνους ρετροϊούς (Kartikayan et al., 2007).

Οι 3 παραπάνω γόνοι κωδικογραφούν αντίστοιχα τις πρωτεΐνες του πυρήνα του RT καθώς επίσης και του περιβλήματος του συγκεκριμένου ιού. Οι λειτουργικοί γόνοι (όπως είναι για παράδειγμα οι *vif*, *vpr*, *vpu* κλπ) με τις πρωτεΐνες τις οποίες αναπτύσσουν, οριοθετούν σε μεγάλο βαθμό τον κύκλο ζωής καθώς επίσης και την παθογένεια του συγκεκριμένου ιού. Η πρωτεΐνη *tat* αποτελεί έναν ενεργοποιητή της μεταγραφής του εν λόγω ιού. Από την άλλη πλευρά, η πρωτεΐνη *rev* αφορά έναν διακανονιστή της ιικής έκφρασης και τέλος η πρωτεΐνη *nef* λογίζεται σαν σημαντικός αναστολέας της μεταγραφής (Clark, 2002).

1.3 Γενετική ετερογένεια

Μέλη HIV-1 από διαφορετικές περιοχές, εμφανίζουν καθοριστικές διαφοροποιήσεις στο γονιδίωμα τους. Κατά τη δράση της αναπαραγωγής του συγκεκριμένου ιού υλοποιούνται σημαντικά λάθη σε ό,τι έχει να κάνει με την αντιγραφή είτε ακόμα και τη μεταγραφή του γονιδιώματος του ενώ δεν υφίσταται κάποιο σύστημα με στόχο την επιδιόρθωση αυτού του σφάλματος (Καλαϊτζιδάκη και Πανταζίδης, 2005).

Με αυτόν τον τρόπο, σταδιακά αναπτύσσεται ένα μεγάλο σύνολο από διαφορετικά είδη, από τα οποία επικρατούν όσα διαφοροποιούνται αντιγονικά και διαφεύγουν των συστημάτων ανοσολογικής άμυνας και όσα είναι ανθεκτικά στις αντί-ρετροϊκές φαρμακευτικές αγωγές. Η ετερογένεια αυτού του ιού (όπως για παράδειγμα διαφορετικοί υπότυποι και quasi-species) αποτελεί το βασικότερο ζήτημα με κυριότερο στόχο την ανάπτυξη εμβολίου σε σχέση με αυτόν τον ιό, αλλά και με στόχο την ανάπτυξη της απαιτούμενης αντοχής στις παραπάνω φαρμακευτικές αγωγές (Ανυφαντάκης, 2010).

AIDS ΚΑΙ HIV

2.1 Βασικές έννοιες

Ο HIV αποτελεί έναν ιό ο οποίος έχει τη δυνατότητα να επιφέρει στον άνθρωπο το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS). Ο συγκεκριμένος ιός προσβάλλει το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου, που είναι υπεύθυνο για την άμυνα του ανθρώπινου οργανισμού ενάντια στις λοιμώξεις. Τις περισσότερες φορές οδηγεί σε ανοσολογική ανεπάρκεια που είναι επίκτητη, δηλαδή δεν κληρονομείται αλλά αποκτιέται εξαιτίας της μόλυνσης από τον εν λόγω ιό (Clark, 2002).

Επί της ουσίας πρόκειται για έναν ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας. Με λίγα λόγια, αφορά έναν ιό ο οποίος προκαλεί την πάθηση του AIDS. Όπως γίνεται με όλους τους ιούς, προκειμένου να αναπαραχθεί χρησιμοποιεί το γενετικό σύστημα των κυττάρων που προσβάλλει. Ο ιός αυτής της μορφής έχει την ευχέρεια να μεταλλάσσεται άμεσα και να εξαπλώνεται με το περιφερικό αίμα ταχύτερα από άλλους ιούς. Όσο περισσότερο αυξάνει το ποσοστό του συγκεκριμένου ιού που περνάει στο αίμα, τόσο πιο κοντά βρίσκεται ο πάσχων στην εκδήλωση της πάθησης (Whiteside, 2017).

Η συγκεκριμένη λοίμωξη κατηγοριοποιείται σαν 3^ο σταδίου (AIDS) στην περίπτωση στην οποία εντοπίζεται ανοσοκαταστολή του προσβεβλημένου πάσχοντος (υπολογισμός του συνόλου των CD4 κυττάρων) και ο πάσχων νοσεί από ευκαιριακό παθογόνο. Το CDC περιέχει στην έκθεση επιτήρησής του σημαντικά στοιχεία για τον άνθρωπο, τα οποία διαγνώστηκαν με λοίμωξη αυτού του ιού, χωρίς να υφίσταται καμία απολύτως εξάρτηση από το στάδιο της πάθησης κατά το θάνατο (Selik et al., 2014).

Στο σημείο αυτό, είναι σημαντικό να τονιστεί πως ο εντοπισμός αντισωμάτων προς τον ιό της εν λόγω πάθησης σημαίνει μόλυνση από τον ιό κατά το παρελθόν. Ο ιός εγκαταστάθηκε στα λεμφοκύτταρα, πολλαπλασιάστηκε και ο ανθρώπινος οργανισμός ενεργεί με στόχο να καταφέρει να τον αποβάλλει με διαφορετικά αμυντικά συστήματα, αφού ο συγκεκριμένος ιός προκάλεσε καθοριστικές ζημιές στο ανοσοποιητικό του σύστημα (Kartikayan et al., 2007).

Στους κυριότερους αμυντικούς μηχανισμούς αυτής της μορφής περιέχεται και η ανάπτυξη αντισωμάτων που βρίσκονται στον ορό του πάσχοντα (ο οποίος καλείται οροθετικός). Οι συγκεκριμένοι πάσχοντες είναι εφικτό να μην εμφανίσουν ποτέ συμπτώματα και απλώς να είναι σε ολόκληρη τη ζωή τους φορείς του συγκεκριμένου ιού. Παρόλα αυτά, όμως, είναι μολυσματικοί για τους άλλους ανθρώπους, καταλήγοντας οι άνθρωποι αυτοί να μεταδίδουν τον ιό μέσω της σεξουαλικής επαφής, του αίματος είτε με τον τοκετό (προγεννητική μετάδοση) (Vinayaka and Ganjam, 2016).

Αυτός είναι και ο κυριότερος λόγος που ο εκάστοτε οροθετικός είναι ζωτικής σημασίας να προσαρμοστεί σε καινούριες συνήθειες και συνθήκες διαβίωσης με κυριότερο στόχο να κατορθώσει να αποτρέψει την εξέλιξη της πάθησης αλλά και με στόχο να καταφέρει να προστατέψει το οικογενειακό αλλά και το κοινωνικό του περιβάλλον. Η ζωή αυτών των πασχόντων είναι δυνατόν να συνεχιστεί δίχως σημαντικούς περιορισμούς στις καθημερινές τους δράσεις. Είναι σημαντική, όμως, η αποφυγή καταπονήσεων, ενώ η υγιεινή ζωή, η υγιεινή διατροφή καθώς επίσης και η ψυχολογική υποστήριξη έχουν την ευχέρεια να απομακρύνουν τον κίνδυνο εξέλιξης αυτής της πάθησης (Yarchoan, 2014).

Εκτός από τα παραπάνω, όμως, είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό πως ο εν λόγω ιός και η παραπάνω πάθηση δεν είναι το ίδιο πράγμα. Ο ιός αυτός προκαλεί το AIDS αλλά δεν υφίσταται ιός AIDS. Επίσης, η πάθηση αυτή δεν κολλάει, κολλάει όμως ο ιός HIV, που επιφέρει τη συγκεκριμένη πάθηση. Μια εξίσου σημαντική διαφορά αυτών των δυο εννοιών είναι πως σε περίπτωση που μολυνθεί κάποιος με αυτόν τον ιό, δεν σημαίνει απόλυτα πως αυτόματα έχει AIDS. Στις πιο πολλές περιπτώσεις, όμως, αργά ή γρήγορα θα εκδηλωθεί και αυτή η πάθηση (Zhang and Lewin, 2018).

Στην περίπτωση στην οποία ένας ασθενής κολλήσει τον συγκεκριμένο ιό, ο ιός έχει την ευχέρεια να επιβιώσει μέσα στον οργανισμό του πάσχοντα από 10 έως και 12 έτη, πριν εκδηλωθούν τα πρώτα συμπτώματα. Κατά την περίοδο αυτή θα δείχνει και θα αισθάνεται υγιής αλλά πιθανόν θα μεταδώσει τον ιό και σε άλλους ανθρώπους. Υφίσταται μονάχα μια μέθοδος να διαγνώσει με βεβαιότητα ο ιατρός εάν προσβληθεί ένας άνθρωπος από αυτόν τον ιό.

Η μέθοδος αυτή είναι η εξέταση των αντισωμάτων αυτού του ιού. Στην περίπτωση στην οποία οι εξετάσεις οι οποίες υλοποιηθούν δείξουν ότι έχει αντισώματα αυτού του ιού, δεν σημαίνει απόλυτα ότι νοσεί από το AIDS αλλά σημαίνει μονάχα ότι είναι φορέας. Για το εάν νοσεί από αυτήν την πάθηση είναι δυνατόν να αποφανθεί μόνο ο θεράπων ιατρός μετά από συγκεκριμένες εργαστηριακές εξετάσεις στις οποίες είναι σημαντικό να υποβληθεί (Bauer and Anderson, 2014).

Ο παραπάνω ιός εκδηλώνεται σιγά-σιγά. Στην αρχή θα μολυνθεί, στη συνέχεια εμφανίζονται τα πρώτα συμπτώματα και στη συνέχεια ο άνθρωπος νοσεί. Το αργότερα μπορεί να σημαίνει μερικές εβδομάδες, μήνες είτε ακόμα και αρκετά χρόνια. Από την ώρα που θα ξεκινήσει να εμφανίζει συμπτώματα θα υφίστανται περίοδοι όπου θα νοιώθει καλά στην υγεία του ενώ είναι πιθανόν σε άλλες περιόδους να νοιώθει αρκετά άρρωστος (Vinayaka and Ganjam, 2016).

Σταδιακά είναι εφικτό να επιδεινώνεται η κατάσταση του ανοσοποιητικού συστήματός του και θα ελαττώνεται αισθητά η αποδοτικότητά του στην αντιμετώπιση των παθήσεων. Επίσης, ο ασθενής σταδιακά θα διαπιστώσει πως κάθε φορά που νοσεί, η ανάρρωσή του θα γίνεται όλο και πιο δύσκολη. Αυτό κατά κύριο λόγο οφείλεται στο γεγονός πως ο ιός αυτής της μορφής σιγά-σιγά θα καταστρέφει ολοένα και πιο πολλά λευκά αιμοσφαίρια.

Με αυτόν τον τρόπο, θα γίνεται ολοένα και πιο δύσκολο να καταφέρει να αντιμετωπίσει το ανοσοποιητικό σύστημα τις παθήσεις και τις λοιμώξεις και να επιδράσουν οι διαφορετικές φαρμακευτικές αγωγές, (κάτι το οποίο συμβαίνει συχνά με τα αντιβιοτικά). Σιγά-σιγά θα καμφθούν οι περισσότερες αμυντικές δυνατότητες του ανθρώπινου οργανισμού. Τέλος, οι παθήσεις θα τον εξουθενώσουν και θα οδηγήσουν τον πάσχοντα στον θάνατο (Baxen and Breidlid, 2009).

2.2 Προέλευση ιού

Όπως έχει ήδη προαναφερθεί, υφίστανται οι ιοί HIV-1 και HIV-2. Και οι δυο ιοί αυτής της μορφής θεωρούνται πως έχουν προέλευση από μη-ανθρώπινα πρωτεύοντα θηλαστικά της Κεντρικής και Δυτικής Αφρικής και πως μεταφέρθηκαν στους ανθρώπους (δράση που καλείται με τον όρο ζωνοσσία) στο ξεκίνημα του προηγούμενου αιώνα (Bauer and Anderson, 2014).

Ο πρώτος εξ αυτών των ιών διακρίνεται να έχει κάνει για πρώτη φορά την εμφάνισή του στο νότιο Καμερούν μέσω της εξέλιξης του ιού της ανοσοανεπάρκειας του πιθήκου και ειδικότερα του SIV(cpz) (υποτύπου ο οποίος μολύνει τους άγριους χιμπατζήδες). Ο ιός αυτής της μορφής περιέχεται από την ενδημία του SIV(cpz) στο υποείδος χιμπατζήδων που καλείται Pan Troglodytes Troglodytes (Liamputtong , 2015).

Από την άλλη πλευρά, ο πιο στενής συγγενής του δεύτερου ιού είναι ο SIV (smm), δηλαδή ο υπότυπος του SIV ο οποίος έχει τη δυνατότητα να μολύνει το είδος πιθήκου Cercopithecus Alys Alys που αφορά έναν πίθηκο του Παλαιού Κόσμου, ο οποίος κατοικεί στη Δυτική Αφρική. Οι συγκεκριμένοι πίθηκοι είναι εξαιρετικά ανθεκτικοί στη λοίμωξη αυτής της μορφής, εξαιτίας της συγχώνευσης 2 γονιδίων ανθεκτικών στον εν λόγω ιό (Jennings, 2012).

Ο πρώτος εξ αυτών των ιών θεωρείται πως έχει υπερπηδήσει το φραγμό μεταδιδόμενος μεταξύ διαφορετικών ειδών σε τουλάχιστον 3 διαφορετικές περιστάσεις, κάτι το οποίο έχει οδηγήσει στην ύπαρξη 3 διαφορετικών γονιδιακών ομάδων του ιού, που είναι οι M, N και O. Υφίστανται ενδείξεις πως άτομα τα οποία έχουν ενεργό ρόλο σε δράσεις σχετικά με τη χρήση του κρέατος άγριων ζώων, σαν κυνηγοί ή σαν πωλητές του κρέατος, πολλές φορές μολύνονται με τον SIV.

Παρά το γεγονός αυτό, όμως, ο SIV αποτελεί έναν ασθενή ιό, ο οποίος τις περισσότερες φορές από τη λοίμωξη καταστέλλει το ανθρώπινο ανοσοποιητικό σύστημα μέσα σε λίγες εβδομάδες. Έρευνες όλα αυτά τα χρόνια αναφέρουν ότι απαιτούνται πολλές μεταδόσεις του SIV από άνθρωπο σε άνθρωπο σε γρήγορη εναλλαγή, προκειμένου να του δοθεί ο κατάλληλος χρόνος για να μεταλλαχθεί σε HIV (Baxen and Breidlid, 2009).

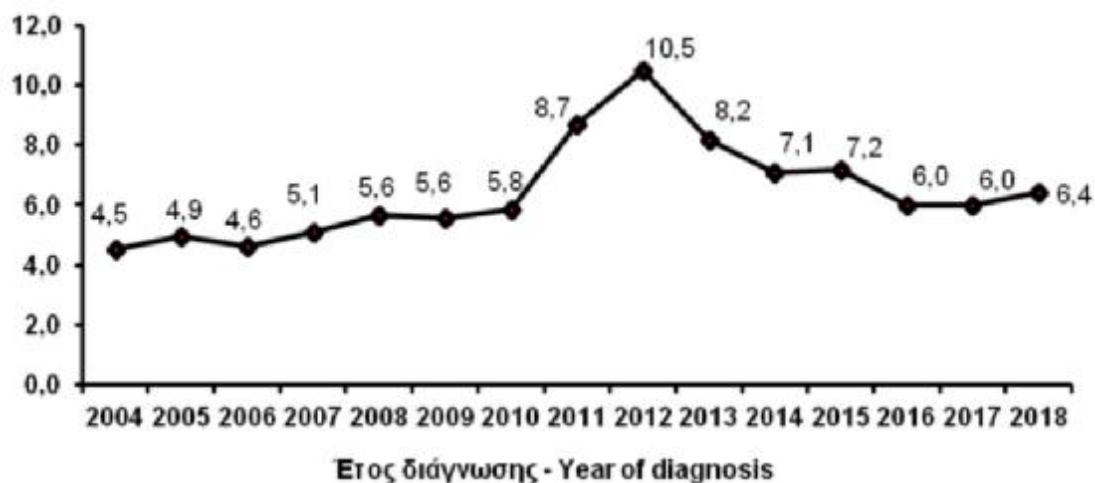
2.3 Επιδημιολογία

Η επίπτωση της συγκεκριμένης λοίμωξης εκφράζεται σαν το εκτιμώμενο σύνολο ανθρώπων που έχουν πρόσφατα μολυνθεί από τον εν λόγω ιό κατά τη διάρκεια καθορισμένης χρονικής περιόδου (όπως για παράδειγμα σε έναν χρόνο) είτε σαν ποσοστό το οποίο υπολογίζεται διαιρώντας το εκτιμώμενο σύνολο των καινούριων πασχόντων, οι οποίοι καταγράφονται σαν πρόσφατα μολυσμένοι από τον εν λόγω ιό κατά τη διάρκεια μιας καθορισμένης χρονικής περιόδου με το σύνολο των ανθρώπων οι οποίοι κινδυνεύουν από μια τέτοια λοίμωξη (Center for Disease Control and Prevention, 2017).

Η επίπτωση της λοίμωξης αυτής της μορφής ως επί το πλείστον αποτελεί μια διαφορετική έννοια από τις καινούριες διαγνώσεις. Η επίπτωση αυτή αναφέρεται στους καινούριους προσβαλλόμενους ανθρώπους από αυτόν τον ιό, ενώ οι καινούριοι διαγνωσμένοι πάσχοντες είναι εφικτό να έχουν προσβληθεί αρκετά έτη πριν τη διάγνωση. Η επίπτωση χρησιμεύει στην αντιμετώπιση των κεφαλαίων καθώς επίσης και στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παλαιότερων προγραμμάτων (Preedy and Watson, 2017).

Έρευνες αναφέρουν πως ο συγκεκριμένος επιπολασμός της πάθησης αυτής της μορφής αφορά το σύνολο των ανθρώπων, οι οποίοι ζουν με αυτή τη λοίμωξη σε έναν συγκεκριμένο πληθυσμό σε μια καθορισμένη χρονική περίοδο. Τα ποσοστά επικράτησης αναφέρονται πως είναι για κάθε 100 χιλιάδες ανθρώπους. Βάσει με τα δεδομένα που έχουν αντληθεί από το ΚΕΕΛΠΝΟ, στη χώρα μας κατά την περίοδο του 2016 δηλώθηκαν 616 καινούριες διαγνώσεις αυτού του ιού.

Από αυτές τις δηλώσεις οι 508 (σχεδόν 82%) ήταν άνδρες, 107 (σχεδόν 17%) γυναίκες και μόλις 1 (σχεδόν 0,1%) διεμφυλικός άνθρωπος. Από τα καινούρια περιστατικά, το 14,4% ήταν άνθρωποι οι οποίοι είχαν ήδη αναπτύξει είτε ανέπτυξαν κλινικά AIDS μέσα στην περίοδο του 2016. Σε ποσοστό που ανέρχεται σχεδόν στο 21% των περιστατικών αυτών δεν προσδιορίστηκε η μέθοδος μετάδοσης του ιού ενώ τα πιο πολλά περιστατικά άνηκαν στην ηλικιακή ομάδα των 30 έως 39 χρόνων ζωής κατά την περίοδο της διάγνωσης τους (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2017).



Εικόνα 2.1 : Διαγνώσεις HIV λοίμωξης για κάθε 100 χιλιάδες πληθυσμού στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2004-2018 (Θετική Φωνή, 2019)

Ο HIV εξακολουθεί να αποτελεί μείζον θέμα παγκόσμιας δημόσιας υγείας. Την περίοδο του 2017 εκτιμάται ότι 36,9 εκατομμύρια άνθρωποι ζούσαν με τον ιό HIV (συμπεριλαμβανομένων 1,8 εκατομμυρίων παιδιών) - με παγκόσμιο επιπολασμό του ιού HIV 0,8% μεταξύ ενηλίκων. Περίπου το 25% αυτών των ίδιων ανθρώπων δεν γνώριζαν ότι είχαν τον ιό.

Από την έναρξη της επιδημίας, περίπου 77,3 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV και 35,4 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν πεθάνει από ασθένειες που σχετίζονται με το AIDS. Το 2017, 940.000 άνθρωποι έχασαν τη ζωή τους από ασθένειες που σχετίζονται με το AIDS. Ο αριθμός αυτός μειώθηκε κατά περισσότερο από 51% (1,9 εκατομμύρια) από την κορυφή το 2004 και 1,4 εκατομμύρια το 2010. Η συντριπτική πλειοψηφία των ανθρώπων που ζουν με τον ιό HIV βρίσκονται στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, ενώ εκτιμάται ότι το 66% ζει στην υποσαχάρια Αφρική. Μεταξύ αυτών των ομάδων ζουν 19,6 εκατομμύρια στην Ανατολική και Νότια Αφρική, όπου σημειώθηκαν 800.000 νέες μολύνσεις από το HIV την περίοδο του 2017 (AVERT, 2018).

Πίνακας 2.1 : Διαγνώσεις HIV λοίμωξης κατά φύλο και εθνικότητα σε ανθρώπους μη ελληνικής εθνικότητας στην Ελλάδα

Εθνικότητα	Ανδρες Males		Γυναίκες Females		Σύνολο Total		Nationality
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Δυτική Ευρώπη	214	(10,0)	51	(4,4)	265	(8,0)	West Europe
Κεντρική Ευρώπη	593	(27,6)	210	(18,0)	803	(24,2)	Central Europe
Ανατολική Ευρώπη	307	(14,3)	216	(18,5)	523	(15,7)	East Europe
Υποσαχάρια Αφρική	434	(20,2)	567	(48,5)	1007	(30,3)	Sub Saharan Africa
Ανατολική Ασία - Ειρηνικός	5	(0,2)	5	(0,4)	10	(0,3)	East Asia - Pacific
Αυστραλία	4	(0,2)	1	(0,1)	5	(0,2)	Australia
Νότια - Ανατολική Ασία	257	(12,0)	40	(3,4)	297	(8,9)	South - East Asia
Βόρεια Αφρική - Μέση Ανατολή	198	(9,2)	18	(1,5)	216	(6,5)	North Africa - Middle East
Βόρεια Αμερική	38	(1,8)	7	(0,6)	45	(1,4)	North America
Καραϊβική	5	(0,2)	5	(0,4)	10	(0,3)	Caribbean
Λατινική Αμερική	40	(1,9)	19	(1,6)	59	(1,8)	Latin America
Άγνωστη	52	(2,4)	30	(2,6)	82	(2,5)	Unknown
	2.147	100,0	1.169	100,0	3.322	100,0	

Πηγή : Θετική Φωνή, 2019

2.4 Παθογένεια-Παθοφυσιολογία

Το ανοσοποιητικό σύστημα των ανθρώπων ως επί το πλείστον περιέχεται από όργανα του σώματος, τα οποία δρουν κάτω από διαφορετικά βιολογικά συστήματα με κυριότερο σκοπό την αποδοτικότερη άμυνα του ανθρώπινου οργανισμού συγκριτικά με τους κυριότερους παθογόνους παράγοντες. Δυο είναι οι βασικότερες κατηγορίες κυττάρων του ανθρώπινου ανοσοποιητικού συστήματος, που είναι τα Β και τα Τ λεμφοκύτταρα (Preedy and Watson, 2017).

Τα Τ4 βοηθητικά λεμφοκύτταρα αποτελούν μια υπό-ομάδα ανοσοποιητικών κυττάρων, που προσφέρουν τα κυτταρικά σήματα με κυριότερο στόχο την προσβολή από τον παθογόνο παράγοντα ενώ παράλληλα έχουν την ευχέρεια να συντονίζουν τις αμυντικές δράσεις, έτσι ώστε να υπάρξει η εξουδετέρωσή τους. Τα συγκεκριμένα κύτταρα αποτελούν τον βασικότερο στόχο του ιού που μελετάμε στη συγκεκριμένη εργασία (Juma and Klot, 2011).

Η εν λόγω πάθηση κατά κύριο λόγο προέρχεται από έναν ρετροϊό, ο οποίος καλείται HIV είτε ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας που εντάσσεται στην ομάδα των βραδέων ιών και περιλαμβάνει στον πυρήνα του 2 αντίγραφα από μονή έλικα

RNA σαν γενετικό υλικό αλλά και μια μεταγραφάση. Ο πυρήνας και το υπόστρωμα περιλαμβάνουν πρωτεΐνες, οι οποίες περιβάλλονται από διπλοστιβάδα λιπιδίων του κυττάρου ξενιστή (Volberding et al., 2012).

Οι γλυκοπρωτεΐνες του περιβλήματος αυτού του ιού που προβάλλουν από τη συγκεκριμένη στιβάδα εμφανίζουν ισχυρή προσκολλητική ευχέρεια στο μόριο CD4 της επιφάνειας των T-βοηθητικών λεμφοκυττάρων αλλά και άλλων κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος. Οι συγκεκριμένες πρωτεΐνες πολλές φορές μεταλλάσσονται, με κυριότερη συνέπεια να είναι δύσκολο να αναγνωριστούν από τα λεμφοκύτταρα.

Πολλές φορές η σύνδεσή τους με το CD4 είναι εφικτό να προκαλέσει συγχώνευση των μεμβρανών του κυττάρου και του ιού, ενώ ο πυρήνας και το πρωτεϊνικό υπόστρωμα του ιού ενσωματώνονται στο κυτταρόπλασμα. Παράλληλα, το RNA μεταγράφεται σε γενετικό υλικό και σταδιακά εντάσσεται στο γενετικό υλικό του κυττάρου ξενιστή με την υποστήριξη των υπολοίπων ενζύμων (Vinayaka and Ganjam, 2016).

Από εκείνη τη στιγμή, είναι δυνατόν το γενετικό υλικό να παραμείνει σε λανθάνουσα κατάσταση, δίχως μεταγραφή και έκφραση ικών πρωτεϊνών. Στην περίπτωση στην οποία ένας παράγοντας καταφέρει να ενεργοποιήσει τις 2 τελευταίες δράσεις, τότε αναπτύσσονται οι πρωτεΐνες του περιβλήματος του πυρήνα καθώς επίσης και του υποστρώματος του ιού (Doyal, 2012).

Τα παραπάνω δεδομένα έχουν την ευχέρεια να αναπτύξουν με συνένωση και βιοχημικές δράσεις (όπως είναι για παράδειγμα η γλυκοζυλίωση) καινούρια σωματίδια ιών (που καλούνται βιρίονια), τα οποία τις περισσότερες φορές εξέρχονται με εκβλάστηση από το T-κύτταρο, που λύεται όσο περισσότερο προχωρά ο παραγωγικός πολλαπλασιασμός των ιών.

Η συγκεκριμένη δράση της καταστροφής είναι εφικτό να κρατήσει περισσότερο χρονικό διάστημα (έως και μερικά έτη), καθιστώντας με αυτόν τον τρόπο τη συγκεκριμένη πάθηση μια εφ' όρου ζωής λοίμωξη. Η αντιγραφή του ιού αυτής της μορφής μέσα στα κύτταρα αναπτύσσει σχεδόν 10 δις καινούριους ιούς σε ημερήσια βάση. Για σχεδόν 8 έτη ο πάσχων είναι δυνατόν να παραμείνει

ασυμπτωματικός και η πάθηση αυτή να αρχίσει να εξελίσσεται στην περίπτωση στην οποία τα λεμφοκύτταρα πέσουν σε σύνολο κάτω από 200 για κάθε κυβικό χιλιοστό αίματος (Li and DeClercq, 2016).

Στη συγκεκριμένη φάση, η καταστροφή των λεμφοκυττάρων έχει προχωρήσει σε τεράστιο επίπεδο και η ανοσοποιητική δράση καταρρέει, καθιστώντας τον πάσχοντα εξαιρετικά ευάλωτο σε παθήσεις οι οποίες σε φυσιολογικές συνθήκες θα ήταν εφικτό να αντιμετωπιστούν άμεσα, όπως είναι για παράδειγμα διάφορες ευκαιριακές λοιμώξεις είτε ακόμα και παρασιτικές μολύνσεις (Bauer and Anderson, 2014).

Στο σημείο αυτό, είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι κάποιοι άνθρωποι είναι εφικτό να παρουσιάσουν μια μετάλλαξη στα T-λεμφοκύτταρα, τα οποία τους προσδίδει ανοσία σε σχέση με την προσβολή από τον συγκεκριμένο ιό. Ο ιός αυτής της μορφής είναι δυνατόν να μεταδοθεί από φορείς είτε από ασθενείς διαμέσου σεξουαλικής επαφής, περιγεννητικά είτε μέσω μολυσμένου αίματος (Anderson, 2014).

Οι φορείς του εν λόγω ιού είναι εξαιρετικά δύσκολο να αναγνωριστούν αφού δεν εμφανίζουν κανένα απολύτως σύμπτωμα της προσβολής, αλλά έχουν τη δυνατότητα να μολύνουν υγιείς ανθρώπους, οι οποίοι πάσχουν και παρουσιάζουν παθήσεις τις οποίες δεν θα εμφάνιζαν όταν ήταν υγιείς. Ένα εξαιρετικά καθοριστικό ζήτημα είναι οι μεταλλάξεις, οι οποίες υφίστανται στο γενετικό υλικό του ρετροϊού, οι οποίες έχουν σαν βασικότερη συνέπεια τη μεταβολή της λοιμογόνου τους δύναμης και με αυτόν τον τρόπο παρεμποδίζουν σε μεγάλο βαθμό την παραγωγή εμβολίου έναντι του ιού αυτής της μορφής (Li and DeClercq, 2016).

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

3.1 Δομή ιού

Αφορά ένα σφαιρικό σωματίδιο με διάμετρο μορίου σχεδόν 10nm. Έχει στη διάθεσή του ένα περίβλημα και ένα πυρηνοκαψίδιο. Το πρώτο εξ αυτών αφορά την πάχυνση της κυτταρικής μεμβράνης και περιλαμβάνει γλυκοπρωτεΐνες, που τις περισσότερες φορές διατάσσονται σε διαφορετικούς σχηματισμούς κορυνών αλλά και σε διάφορα άλλα ιογενή στοιχεία που ως προεξοχές εκφράζουν τους αντιγονικούς υποδοχείς, με σκοπό τη σύνδεση με τα κύτταρα στόχους (Καλαϊτζιδάκη και Πανταζίδης, 2005).

Το γενετικό υλικό αυτού του ιού περιέχεται από 9 διαφοροποιημένα γονίδια που βρίσκονται μεταξύ του Long Terminal Repeats, όπου δεν υφίσταται κωδικοποίηση της έκφρασης των γόνων του ιού. Τρία γονίδια έχουν τη δυνατότητα κωδικοποίησης της παραγωγής συστατικών του εν λόγω ιού. Αρχικά το γονίδιο gag είναι εκείνο που υλοποιεί τη συγκεκριμένη κωδικοποίηση με στόχο την παραγωγή των πρωτεϊνών του πυρήνα, η πιο καθοριστική εκ των οποίων είναι η P24 (Preedy and Watson, 2017).

Από την άλλη πλευρά, το γονίδιο env είναι εφικτό να κωδικοποιήσει την παραγωγή γλυκοπρωτεϊνών του περιβλήματος. Επίσης το γονίδιο pol είναι αρμόδιο για την κωδικοποίηση της παραγωγής της ανάστροφης τρανσκριπτάσης. Τα υπόλοιπα 6 γονίδια αναπτύσσουν πρωτεΐνες που οριοθετούν την έκφραση των 3 παραπάνω δομικών γονιδίων είτε έχουν άμεση σχέση με τη λοιμογόνο δύναμη του συγκεκριμένου ιού.

Ως επί το πλείστον 3 είναι τα γονίδια μέσω των πρωτεϊνών που κωδικοποιούν και επιφέρουν καθοριστικές επιρροές και επιδράσεις σε ό,τι έχει να

κάνει με την οριοθέτηση του πολλαπλασιασμού του ιού αυτής της μορφής. Τα συγκεκριμένα γονίδια είναι το tat, το nef καθώς επίσης και το rev. Το πρώτο εξ αυτών παίζει σημαντικό ρόλο στην ανοδική τάση της έκφρασης των γονιδίων αυτού του ιού που είναι χίλιες φορές πιο μεγάλη από αυτή, η οποία εντοπίζεται από στελέχη του εν λόγω ιού που δεν έχουν το συγκεκριμένο γονίδιο (Ελληνική εταιρεία μελέτης και αντιμετώπισης του AIDS, 2000).

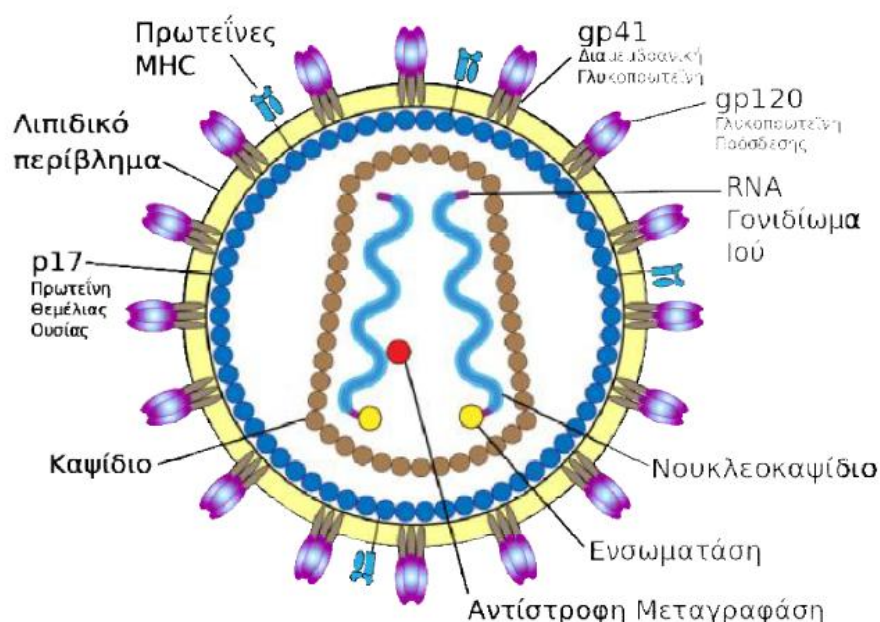
Τα προϊόντα τα οποία οριοθετούνται από το παραπάνω γονίδιο με θετική ανατροφοδότηση διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη συνολική ανοδική τάση της λειτουργίας του συγκεκριμένου γονιδίου. Επιφέρουν σημαντικές επιρροές και επιδράσεις και στο γονίδιο nef, του οποίου ενεργοποιούν τη δράση και με αυτόν τον τρόπο αναπτύσσονται πρωτεΐνες. Οι εν λόγω πρωτεΐνες κωδικοποιούνται από το συγκεκριμένο γονίδιο και λειτουργούν αρνητικά στην έκφραση και δράση του γονιδίου tat αλλά και του ίδιου του γονιδίου nef (Juma and Klot, 2011).

Επίσης, ένα εξίσου σημαντικό γονίδιο, το rev, έχει θετική επιρροή σε ό,τι έχει να κάνει με την έκφραση των δομικών γονιδίων και τον πολλαπλασιασμό του HIV. Η συνεχόμενη αλληλεπίδραση των προϊόντων των παραπάνω γονιδίων πολλές φορές είναι δυνατόν να οδηγήσει στην ανάπτυξη, τον πολλαπλασιασμό είτε ακόμα και στη λοιμογόνο δύναμη αυτού του ιού. Δυο εξίσου σημαντικά γονίδια είναι το vpr καθώς επίσης και το vrn, που έχουν ανακαλυφθεί αλλά μέχρι τη σημερινή εποχή δεν έχει οριοθετηθεί η ακριβής λειτουργία των πρωτεϊνών. Παράλληλα, υφίσταται και το γονίδιο vpx που έχει απομονωθεί μόνο από το HIV-2 (Li and DeClercq, 2016).

Γενικότερα, ο ιός αυτής της μορφής υπάγεται στην κατηγορία των ρετροϊών. Με αυτή την έννοια καλούμε τον ιό, ο οποίος έχει γενετικό υλικό RNA. Με βασικότερο στόχο να εκφραστεί και να αναπαραχθεί ο συγκεκριμένος ιός είναι σημαντικό το ένζυμο αντίστροφης μεταγραφάσης. Αυτό το ένζυμο έχει τη δυνατότητα να συνθέσει γενετικό υλικό σύμφωνα με το RNA του ιού (Anderson, 2014).

Το γενετικό υλικό του ιού, όπως και το χρήσιμο ένζυμο, που προαναφέρθηκε, περιλαμβάνονται σε ένα πρωτεϊνικής φύσεως περίβλημα το οποίο καλείται καψίδιο. Κυριότερος στόχος αυτού του περιβλήματος είναι η προστασία του γενετικού υλικού του συγκεκριμένου ιού. Γενικότερα, ο ιός αυτής της μορφής έχει

την ευχέρεια να προσβάλει και να καταστρέψει τα CD4 λεμφοκύτταρα, τα οποία είναι αρμόδια για την ανοσοβιολογική απόκριση. Έτσι, γίνεται σιγά-σιγά ανίκανος ο οργανισμός να αντιμετωπίσει όπως πρέπει τις λοιμώξεις (Φιλίππου, 2002).



Εικόνα 3.1 : Μοριακή δομή του ιού HIV (Ανυφαντάκης, 2010)

3.2 Μετάδοση του ιού

Ο συγκεκριμένος ιός, που μελετάμε στην εν λόγω εργασία, έχει απομονωθεί από το αίμα, το σπέρμα, τα κοιλικά υγρά καθώς επίσης και το μητρικό γάλα. Παράλληλα, έχει απομονωθεί από το σάλιο, τα δάκρυα, τα ούρα, τον ιδρώτα καθώς επίσης και τα βρογχικά εκκρίματα, δίχως όμως να έχει τονιστεί έως τη σύγχρονη εποχή περίπτωση μετάδοσης μέσω επαφής με τα παραπάνω βιολογικά υγρά (Nikolopoulos et al., 2008).

Προς τη συγκεκριμένη κατεύθυνση καθοριστικό ρόλο παίζει η περιεχόμενη σε αυτά ποσότητα του ιού αυτής της μορφής που είναι τόσο μικρή, προκειμένου να καθίσταται ανέφικτη η μετάδοση του σε άλλα άτομα, τα οποία ζουν μαζί με τους φορείς στην ίδια οικεία είτε έχουν απλή κοινωνική είτε ακόμα και εργασιακή σχέση.

Εξίσου καθοριστικό ρόλο, όμως, παίζει η τεράστια ευπάθεια αυτού του ιού στο εξωτερικό περιβάλλον.

Έτσι, παρά το γεγονός πως είναι εφικτή η επιβίωση λίγων ικών σωματίων στο εξωτερικό περιβάλλον για περίοδο μερικών ωρών, δεν είναι δυνατή η έμμεση μετάδοση αυτού του ιού από επαφή με αντικείμενα τα οποία έχουν μολυνθεί. Ο ιός αυτής της μορφής τις περισσότερες φορές αδρανοποιείται άμεσα σε υγρή θέρμανση στους 56 βαθμούς Κελσίου, όπως επίσης και με τη δράση της αποστείρωσης (Whiteside, 2017).

Όλα τα κοινά χημικά απολυμαντικά έχουν τη δυνατότητα να αδρανοποιήσουν άμεσα τον συγκεκριμένο ιό. Εξαιρετική σημασία έχει το οινόπνευμα σε πυκνότητα 70% καθώς επίσης και η κοινή χλωρίνη σε πρόσφατο διάλυμα 1/10. Τα κοινά πλυντήρια σκευών φαγητού και ρουχισμού έχουν την ευχέρεια να αδρανοποιήσουν σε σημαντικό επίπεδο τον εν λόγω ιό (Kartikayan et al., 2007)

Σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν παραπάνω προκύπτει πως ο ιός αυτός δεν είναι δυνατόν να μεταδοθεί για παράδειγμα από τα κουνούπια είτε το βήχα, το φτάρνισμα, την τυχαία επαφή, την κοινή χρήση πετσετών, τροφίμων κλπ. Απαιτείται πραγματικός εμβολιασμός τεράστιας ποσότητας ιού άμεσα από τον φορέα προς τον ευπαθή άνθρωπο, όπως γίνεται στη σεξουαλική επαφή και στις αιματογενώς μεταδιδόμενες παθήσεις (Anderson, 2014).

Επί της ουσίας, αυτό το οποίο είναι σημαντικό να γνωρίζουμε είναι πως ο συγκεκριμένος ιός τις περισσότερες φορές μεταδίδεται κατά την περίοδο της σεξουαλικής επαφής, μέσω της άμεσης επαφής με μολυσμένο αίμα καθώς επίσης και από τη μητέρα προς το μωρό. Με λίγα λόγια, υφίστανται τρόποι όπως είναι για παράδειγμα η σεξουαλική μετάδοση, η μετάδοση μετά από έκθεση σε μολυσμένο αίμα, η περιγεννητική και κάθετη μετάδοση αλλά και άλλες τακτικές μετάδοσης (όπως είναι για παράδειγμα η εισχώρηση μέσω αμυχών του δέρματος μικρής ποσότητας αίματος, εκκρινμάτων είτε άλλων βιολογικών υγρών που αποτελούν φορείς αυτής της πάθησης) (Li and DeClercq, 2016).

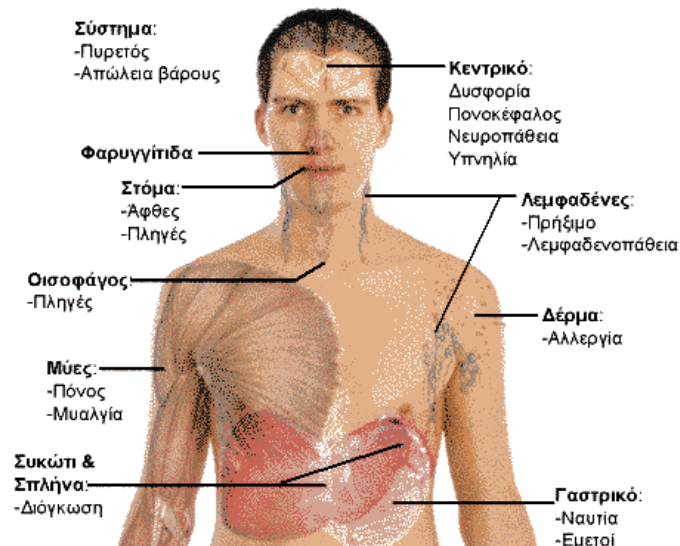
3.3 Συμπτώματα

Ο ιός που μελετάμε στη συγκεκριμένη εργασία αφορά μια υπό-κατηγορία ρετροϊών που καλούνται αργοί ιοί. Η εξέλιξη αυτής της λοίμωξης την οποία προκαλούν οι εν λόγω ιοί έχει σαν βασικό της γνώρισμα τη μεσολάβηση ενός τεράστιου χρονικού διαστήματος μεταξύ της αρχικής προσβολής και την εμφάνιση σοβαρών συμπτωμάτων είτε από τη μεγάλη περίοδο επώασης πριν από την παρουσία αυτής της πάθησης (Doyal, 2012).

Τα αρχικά συμπτώματα ως επί το πλείστον παρουσιάζονται στο 87% των ανθρώπων, οι οποίοι μολύνονται από αυτόν τον ιό και εκδηλώνονται μέσα σε διάστημα 2 έως και 4 εβδομάδων μετά τη μόλυνση και μοιάζουν με τα κυριότερα συμπτώματα του κοινού κρυολογήματος είτε της γρίπης (όπως είναι για παράδειγμα ο πυρετός, ο πονόλαιμος, ο πονοκέφαλος, η υπνηλία, η εξάντληση κλπ) (Li and DeClercq, 2016).

Τα βασικότερα συμπτώματα της πρωτολοίμωξης είναι εφικτό να μοιάζουν σε μεγάλο βαθμό με τα συμπτώματα άλλων σεξουαλικών μεταδιδόμενων παθήσεων και άλλων εξίσου σοβαρών λοιμώξεων, όπως είναι για παράδειγμα η λοιμώδης μονοπυρήνωση είτε η ηπατίτιδα, που είναι πιο συχνές και μεταδίδονται πιο εύκολα. Ακόμα, το στρες, οι φοβίες καθώς επίσης και η ανασφάλεια είναι δυνατόν να δημιουργήσουν σημαντικά συμπτώματα σε μερικά άτομα, ακόμα και στην περίπτωση που δεν νοσούν από αυτόν τον ιό (Vinayaka and Ganjam, 2016).

Κάποιοι άνθρωποι, οι οποίοι μολύνονται με τον εν λόγω ιό εμφανίζουν πολύ ισχυρά συμπτώματα, ενώ άλλοι δεν νοιώθουν τίποτα απολύτως. Όσοι παρουσιάζουν συμπτώματα τις περισσότερες φορές εμφανίζουν πυρετό, κόπωση είτε αρκετές αλλεργίες. Άλλα εξίσου σημαντικά και διαδεδομένα συμπτώματα αυτής της μορφής είναι εφικτό να είναι ο πονοκέφαλος, οι πρησμένοι αδένες αλλά και ο πονόλαιμος. Τα συγκεκριμένα συμπτώματα είναι δυνατόν να εμφανιστούν κάποιες ημέρες είτε ακόμα και εβδομάδες μετά τη μόλυνση με τον ιό. Η συγκεκριμένη περίοδος καλείται πρωτολοίμωξη είτε οξεία HIV λοίμωξη (Zhang and Lewin, 2018).



Εικόνα 3.2 : Κυριότερα συμπτώματα πρωτολοίμωξης (HIVIADS, 2018)

Ένας υγιής άνθρωπος τις περισσότερες φορές έχει 800 μέχρι και 1200 CD4+T κύτταρα για κάθε κυβικό χιλιοστό αίματος. Κατά την περίοδο της λοίμωξης αυτής της μορφής, το σύνολο των κυττάρων στο αίμα του προσβεβλημένου ανθρώπου ελαττώνεται προοδευτικά. Στην περίπτωση στην οποία το σύνολό τους πέσει κάτω από 200 για κάθε κυβικό χιλιοστό, το άτομο γίνεται εξαιρετικά ευάλωτο στις ευκαιριακές λοιμώξεις καθώς επίσης και στους καρκίνους οι οποίοι χαρακτηρίζουν το AIDS, στο τελικό επίπεδο της εν λόγω πάθησης (Volberding et al., 2012).

Τα άτομα τα οποία νοσούν από το AIDS πολλές φορές υποφέρουν από λοιμώξεις στα έντερα, στους πνεύμονες, στον εγκέφαλο, στα μάτια καθώς επίσης και σε άλλα όργανα είτε από εξουθενωτική απώλεια βάρους, διάρροια, νευρολογικές διαταραχές και καρκίνους, όπως είναι για παράδειγμα η αγγειοσαρκωμάτωση και τα λεμφώματα (Preedy and Watson, 2017).

Οι ευκαιριακές λοιμώξεις, που αναφέρθηκαν και παραπάνω, είναι διαδεδομένες και εξαιρετικά συχνές σε ανθρώπους με αυτήν την πάθηση και πολλές φορές προκαλούν σοβαρά συμπτώματα, όπως είναι για παράδειγμα ο βήχας, το λαχάνιασμα, οι ξαφνικές προσβολές, τα νοητικά συμπτώματα (όπως είναι για παράδειγμα η σύγχυση, η αμνησία κλπ), η επίμονη διάρροια, ο πυρετός, η απώλεια

όρασης, ο ισχυρός πονοκέφαλος, η απώλεια βάρους, η ισχυρή κούραση, η ναυτία, οι εμετοί, η απώλεια συντονισμού, το κώμα, οι κοιλιακές κράμπες, η δύσκολη είτε επίπονη κατάποση κλπ (Baxen and Breidlid, 2009).

Οι πιο πολλοί ερευνητές αναφέρουν πως ο ιός αυτός έχει την ευχέρεια να προκαλέσει το AIDS εξολοθρεύοντας άμεσα τα CD4+T κύτταρα και δίνοντας ερεθίσματα με παθολογική βάση, με στόχο το ξεκίνημα άλλων συμβάντων που εξασθενίζουν σταδιακά τη δράση του ανοσοποιητικού συστήματος του ανθρώπινου οργανισμού.

Για παράδειγμα, το δίκτυο των μορίων τα οποία οριοθετούν την ανοσολογική αντίδραση του ανθρώπινου οργανισμού ενός υγιούς ανθρώπου διαρρηγνύονται κατά την περίοδο της εν λόγω πάθησης και εξασθενίζει η δυνατότητα τους να αντιμετωπίζουν άλλες λοιμώξεις. Η καταστροφή των λεμφικών κόμβων καθώς επίσης και των αντίστοιχων ανοσολογικών οργάνων του πάσχοντα παίζει καθοριστικό ρόλο και στην ανοσοκαταστολή, η οποία εντοπίζεται στους ανθρώπους με αυτή την πάθηση (Jennings, 2012).

3.4 Πορεία νόσου

Αρχικά υφίσταται η πρωτογενής λοίμωξη. Αφορά το πρώτο επίπεδο της συγκεκριμένης πάθησης, το οποίο ακολουθεί τη μόλυνση από τον ιό και έχει σαν βασικό του γνώρισμα τα μη εξειδικευμένα κλινικά σημεία και τις εργαστηριακές ενδείξεις ιογενούς λοίμωξης. Το συγκεκριμένο επίπεδο διαρκεί τις περισσότερες φορές 1 έως και 2 εβδομάδες (Liamputtong , 2015).

Ακόμα, τις πρώτες 23 σχεδόν ημέρες της μόλυνσης ο πάσχον δεν αναπτύσσει αντισώματα κατά του συγκεκριμένου ιού. Αυτός είναι και ο βασικότερος λόγος που η εν λόγω περίοδος ονομάζεται σιωπηλό παράθυρο και αποτελεί την πιο σοβαρή και επικίνδυνη περίοδο από την οπτική πως ο φορέας έχει την ευχέρεια να μολύνει άλλους ανθρώπους, χωρίς να το γνωρίζει, ακόμα και στην περίπτωση που έχει κάνει μια τυπική εξέταση αίματος (Bauer and Anderson, 2014).

Στη συνέχεια υφίσταται το επίπεδο ασυμπτωματικής λοίμωξης αυτής της μορφής όπου ξεκινάει μια περίοδος αρκετών χρόνων, που καλείται ασυμπτωματική

είτε ενδιάμεση είτε χρόνια φάση. Οι συγκεκριμένοι άνθρωποι είναι ζωτικής σημασίας να αποτελούν αντικείμενο συχνής ιατρικής παρακολούθησης. Στους συγκεκριμένους πάσχοντες εντοπίζονται συχνά αντισώματα, αλλά με ελάχιστο είτε και καθόλου ιό στο αίμα. Στα πιο πολλά περιστατικά αυτής της μορφής, οι λεμφαδένες παραμένουν διογκωμένοι στο μέγεθος καρυδιού. Είναι εφικτό, όμως, να παρουσιάζουν μερικές διαταραχές σε εργαστηριακές εξετάσεις. Παρά το γεγονός πως ο πάσχον δεν παρουσιάζει συμπτώματα έχει τη δυνατότητα να μεταδώσει τον ιό (Zhang and Lewin, 2018).

Το 3^ο επίπεδο αφορά τη συμπτωματική λοίμωξη. Στο συγκεκριμένο επίπεδο αρχίζουν τα αρχικά συμπτώματα της εν λόγω πάθησης που είναι συνέπεια της αισθητής ελάττωσης της κυτταρικής ανοσίας, όπως είναι για παράδειγμα η στοματική καντιντίαση, η τριχωτή λευκοπλακία γλώσσας, ο εκτεταμένος έρπης ζωστήρας κλπ. Είναι εφικτό να υφίστανται παράλληλα με κεφαλαλγία, πυρετό, διάρροια, απώλεια βάρους, νυχτερινούς ιδρώτες και κατά κύριο λόγο λεμφαδενοπάθεια (Yarchoan, 2014).

Το τελευταίο επίπεδο αφορά το επίπεδο της ανοσοκαταστολής. Η καταστροφή του ανοσοποιητικού συστήματος από τη λειτουργία του ιού σε προχωρημένα επίπεδα κάνει τον άνθρωπο ευάλωτο σε ιούς, μύκητες, βακτήρια και παράσιτα, τα οποία υπό διαφορετικές συνθήκες δεν θα προσέβαλαν τον άνθρωπο είτε θα προκαλούσαν πολύ ήπιας μορφής πάθησεις (ευκαιριακές λοιμώξεις). Ακόμα, η απουσία επιτήρησης του οργανισμού από το ανοσοποιητικό του σύστημα για νεοπλασίες κάνει συχνή την ύπαρξη μερικών ειδών καρκίνου, όπως είναι για παράδειγμα το σάρκωμα Kaposi, το λέμφωμα, τον καρκίνο του στοματοφάρυγγα, του πρωκτού, του τραχήλου της μήτρας κλπ (Vinayaka and Ganjam, 2016).

3.5 Σταδιοποίηση νόσου

Το 1^ο στάδιο έχει σαν βασικό του γνώρισμα την πρωτολοίμωξη, που αναφέρθηκε και παραπάνω. Με αυτή την έννοια καλούμε το σύνολο των συμπτωμάτων που δυνητικά αναπτύσσεται ύστερα από τη μόλυνση από αυτόν τον ιό. Η οξεία συμπτωματική HIV-πρωτολοίμωξη αφορά το 50 έως και το 90% των περιστατικών αυτής της μορφής (Clark, 2002).

Η χρονική περίοδος από τη στιγμή της έκθεσης στον ιό έως και την εκδήλωση των συμπτωμάτων είναι 2 μέχρι και 6 εβδομάδες (έχοντας σαν μέση τιμή τις 21 ημέρες). Κατά τη διάρκεια της οξείας συμπτωματολογίας, το ανοσολογικό σύστημα του πάσχοντα έχει ήδη αναγνωρίσει τα αντιγόνα αυτού του ιού και έχει ξεκινήσει να αναπτύσσει δυνατή ανοσολογική απάντηση. Σε διάστημα 1 μέχρι και 3 εβδομάδων από το ξεκίνημα αυτών των συμπτωμάτων είναι δυνατός ο εντοπισμός των αντισωμάτων με τις διαδεδομένες τακτικές, που σήμερα αποτελούν τακτικές ρουτίνας (Li and DeClercq, 2016).

Η συμπτωματολογία αυτού του σταδίου πολλές φορές συγχέεται με εκείνη της λοιμώδους μονοπυρήνωσης (καθώς τις περισσότερες φορές παρουσιάζει πυρετό, λεμφαδενοπάθεια, φαρυγγίτιδα κλπ). Παρά το γεγονός αυτό, όμως, έρευνες αναφέρουν πως υφίσταται ένα μεγάλο σύνολο συμπτωμάτων και κλινικών ενδείξεων που έχει να κάνει με την εμφάνισή της (Anderson, 2014).

Ο πυρετός αποτελεί το πιο διαδεδομένο και σύνηθες σύμπτωμα αυτής της μορφής. Ακολουθεί η λεμφαδενοπάθεια, η φαρυγγίτιδα, το δερματικό εξάνθημα, η μυαλγία, η διάρροια καθώς επίσης και ο πονοκέφαλος. Τα συγκεκριμένα συμπτώματα τις περισσότερες φορές κάνουν την εμφάνισή τους μετά από 7 ημέρες είτε μετά από 1 μήνα. Κατά τη συγκεκριμένη περίοδο, οι άνθρωποι είναι πολύ μολυσματικοί και ο εν λόγω ιός εμφανίζει τεράστια συγκέντρωση στα γενετήσια εκκρίματα. Επίσης, θα πρέπει να τονιστεί πως η μέση διάρκεια των κλινικών εκδηλώσεων είναι σχεδόν 25 ημέρες για τους άνδρες και 32 ημέρες για τις γυναίκες (Vinayaka and Ganjam, 2016).

Σε ό,τι έχει να κάνει με το 2^ο επίπεδο, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως ο προσβεβλημένος άνθρωπος δεν εμφανίζει απολύτως κανένα κλινικό σύμπτωμα. Στην περίπτωση στην οποία ο άνθρωπος δεν υποβληθεί σε βιολογικό τεστ εντοπισμού της πάθησης αυτής της μορφής, δεν είναι εφικτό να γνωρίζει εάν είναι είτε όχι φορέας. Τις περισσότερες φορές η περίοδος της ασυμπτωματικής λοίμωξης εμφανίζει τεράστια διακύμανση.

Σε αυτό το επίπεδο, είναι εφικτό να μην εμφανιστεί κανένα απολύτως σύμπτωμα κατά την περίοδο 10 ετών για τους ενήλικες και 2 ετών για τα παιδιά τα οποία γεννιούνται με το συγκεκριμένο ιό, ενώ σε άλλες περιπτώσεις είναι δυνατόν να εμφανιστούν συμπτώματα μέσα σε λίγους μήνες. Κατά την περίοδο αυτού του

επιπέδου ο ιός αυτής της μορφής πολλαπλασιάζεται σημαντικά και έχει την ευχέρεια να μολύνει είτε ακόμα και να καταστρέφει κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος του πάσχοντα. Ο ιός ξεκινάει να αχρηστεύει είτε να καταστρέφει CD4 μόρια, δίχως να δημιουργήσει συμπτώματα (Yarchoan, 2014).

Το επόμενο επίπεδο αφορά την κλινική εικόνα την οποία παρουσιάζουν τα γάγγλια. Είναι πολλαπλά, επιφανειακά, ογκώδη ενώ κάποιες φορές είναι ευαίσθητα στην αφή και δεν έχουν σχέση με κανένα άλλο σύμπτωμα. Τις περισσότερες φορές η προσβολή λαμβάνει ριζικά διαφορετική μορφή κατά το συγκεκριμένο επίπεδο, που αποτελεί βασικό γνώρισμα της συμπτωματικής φάσης της πάθησης αυτής της μορφής (Bauer and Anderson, 2014).

Το επίπεδο αυτό, χωρίζεται σε αρκετές υπό-κατηγορίες, που αναλογούν σε διαφορετικά είδη κλινικών εκδηλώσεων. Τον πρώτο καιρό, ο πάσχον παρουσιάζει μολύνσεις, που ονομάζονται ευκαιριακές, οι οποίες είναι εφικτό να είναι οξείες (όπως συμβαίνει για παράδειγμα με την πνευμονική φυματίωση) είτε ακόμα και χρόνιες, που εξασθενίζουν ελάχιστα τον ανθρώπινο οργανισμό (όπως για παράδειγμα γίνεται με την καντιδίαση κλπ). Στο εν λόγω επίπεδο, υφίσταται η δυνατότητα να παρουσιαστούν μη εξειδικευμένα συμπτώματα, όπως είναι για παράδειγμα ο πυρετός είτε η ανεξήγητη διάρροια (Zhang and Lewin, 2018).

Τέλος, στο 4^ο και τελευταίο επίπεδο πολλές φορές παρουσιάζονται 1 είτε πιο πολλά καθοριστικά κλινικά συμπτώματα, που τις περισσότερες φορές αποτελούν βασικό γνώρισμα αυτής της πάθησης, όπως είναι για παράδειγμα ευκαιριακές λοιμώξεις (πνευμονοκύστωση, εγκεφαλική τοξοπλάσμωση κλπ), εγκεφαλοπάθειες από το συγκεκριμένο ιό καθώς επίσης και κακοήθεις όγκοι, αγγειοσαρκωμάτων, λεμφώματα κλπ (Volberding et al., 2012).

Ενώ βρίσκονται στη 2^η είτε ακόμα και στην 3^η φάση, δίχως κανένα απολύτως προειδοποιητικό σύμπτωμα, κάποιοι πάσχοντες είναι εφικτό να περάσουν άμεσα στο συγκεκριμένο σοβαρό συμπτωματικό επίπεδο. Τα γενικά συμπτώματα αυτής της μορφής και κάποιες δευτερεύουσες ευκαιριακές λοιμώξεις, οι οποίες ως επί το πλείστον εντοπίζονται είναι εφικτό να επιφέρουν σοβαρές αλλοιώσεις του ανοσοποιητικού συστήματος, που σταδιακά επιδεινώνονται και είναι δυνατόν να καταλήξουν στην πάθηση του AIDS (Juma and Klot, 2011).

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

4.1 Η σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και θεραπευτικής αντιμετώπισης

Ο έλεγχος του ευρύτερου πληθυσμού με υλοποίηση προληπτικών ιατρικών εξετάσεων, η άμεση διάγνωση της συγκεκριμένης μόλυνσης καθώς επίσης και το άμεσο ξεκίνημα της θεραπευτικής αντιμετώπισης παίζουν καθοριστικό ρόλο στην αποφυγή της μετάδοσης του εν λόγω ιού σε άλλους ανθρώπους. Τις περισσότερες φορές η εξέταση αυτής της μορφής υλοποιείται με αιματολογική εξέταση είτε μέσω ενός εξειδικευμένου τεστ σε βιολογικό δείγμα αίματος είτε σιέλου (τεστ εντοπισμού των αντισωμάτων αυτού του ιού) (Preedy and Watson, 2017).

Η ιατρική παρακολούθηση για αυτόν τον ιό είναι πάντοτε εμπιστευτική, εθελοντική και υλοποιείται μετά από την πλήρη, απλή αλλά και κατανοητή ενημέρωση του ανθρώπου, ο οποίος θέλει να προβεί στην εξέταση. Επίσης, είναι εφικτό να υλοποιηθεί τηρώντας την ανωνυμία, εφόσον ζητηθεί από τον ίδιο τον πάσχοντα είτε υλοποιείται στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας, στα Κέντρα Αναφοράς και Ελέγχου του AIDS, σε ιδιωτικές δομές και σε δομές στην κοινότητα (Ελληνική εταιρεία μελέτης και αντιμετώπισης του AIDS, 2000).

Οι διαγνώσεις οροθετικών στη χώρα μας περιέχουν κατά κύριο λόγο ανθρώπους που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 30-40 χρόνων ζωής, με ταυτόχρονη ανοδική τάση στις ηλικιακές ομάδες των 50-65 χρόνων ζωής, όπως αποτυπώνονται στις καταγραφές του ΚΕΕΛΠΝΟ. Βάσει με τα αποτελέσματα σύγχρονων ιατρικών ερευνών έχει εντοπιστεί πως με το άμεσο ξεκίνημα της θεραπείας, οι φορείς αυτής της μορφής είχαν κατά 53% πιο λίγες πιθανότητες να

παρουσιάσουν αυτήν την πάθηση, να νοσήσουν βαριά είτε να χάσουν τη ζωή τους (ΚΕΕΛΠΙΝΟ, 2017).

Παρά το γεγονός αυτό, όμως, έρευνες αναφέρουν πως οι πιο πολλοί πολίτες της χώρας μας, οι οποίοι είχαν μια ύποπτη σεξουαλική επαφή, δεν θέλουν να εξεταστούν, ούτε υλοποιούν συχνούς ελέγχους για παρόμοιες λοιμώξεις. Οι υπόλοιποι, οι οποίοι εν τέλει προσέρχονται προς εξέταση, δυστυχώς το υλοποιούν αρκετά αργά, καθώς ήδη έχουν παρουσιάσει αυτή την πάθηση, ενώ θα ήταν σημαντικό να έχουν εξεταστεί έως και 1 μήνα μετά την ύποπτη επαφή που είχαν, προκειμένου να καταφέρουν να αποτρέψουν την ύπαρξη μιας τέτοιας πάθησης (Nikolopoulos et al., 2008).

4.2 Διάγνωση

Με βασικότερο στόχο να διαγνωσθεί εάν κάποιος άνθρωπος νοσεί από αυτόν τον ιό, φτάνει ο εντοπισμός του ιού στο αίμα είτε εναλλακτικά ο εντοπισμός αντισωμάτων σε σχέση με αυτόν τον ιό, σύμφωνα με το εκάστοτε επίπεδο στο οποίο βρίσκεται η συγκεκριμένη πάθηση. Ο εντοπισμός αντισωμάτων στο αίμα μωρών οροθετικών μανάδων δεν σημαίνει πάντοτε πάθηση από αυτό το σύνδρομο, καθώς τα συγκεκριμένα αντισώματα είναι εφικτό να μειωθούν έως τον 8^ο μήνα, καθώς πρόκειται για αντισώματα της μητέρας τα οποία έχουν μεταφερθεί στο μωρό μέσω του πλακούντα (Liamputtong , 2015).

Η άμεση διάγνωση είναι ζωτικής σημασίας για τη θεραπεία αυτής της πάθησης. Επίσης, είναι σημαντικό ο έλεγχος να μην υλοποιείται μονάχα στους ανθρώπους, οι οποίοι έχουν άμεση πιθανότητα να νοσήσουν, αλλά και σε όλους τους άλλους με τους οποίους ήρθε σε ύποπτη επαφή, φροντίζοντας να είναι πάντοτε σε εμπιστευτικά πλαίσια και σύμφωνα με τη νομοθεσία (Jennings, 2012).

Ο εντοπισμός αντισωμάτων στον ορό του αίματος έναντι του συγκεκριμένου ιού είναι εφικτό να υλοποιηθεί με την τακτική της ενζυμικής ανοσοαπορρόφησης (τακτική ELISA) και μετέπειτα υλοποιείται επιβεβαίωση με ανοσοαποτύπωση Western. Οι δυο τακτικές αυτής της μορφής έχουν υψηλότερη ευαισθησία αλλά είναι δυνατόν να αναδείξουν ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα στην περίπτωση στην οποία

η μόλυνση είναι πολύ πρόσφατη, και στο αίμα υφίσταται μονάχα το RNA του εν λόγω ιού (Yarchoan, 2014).

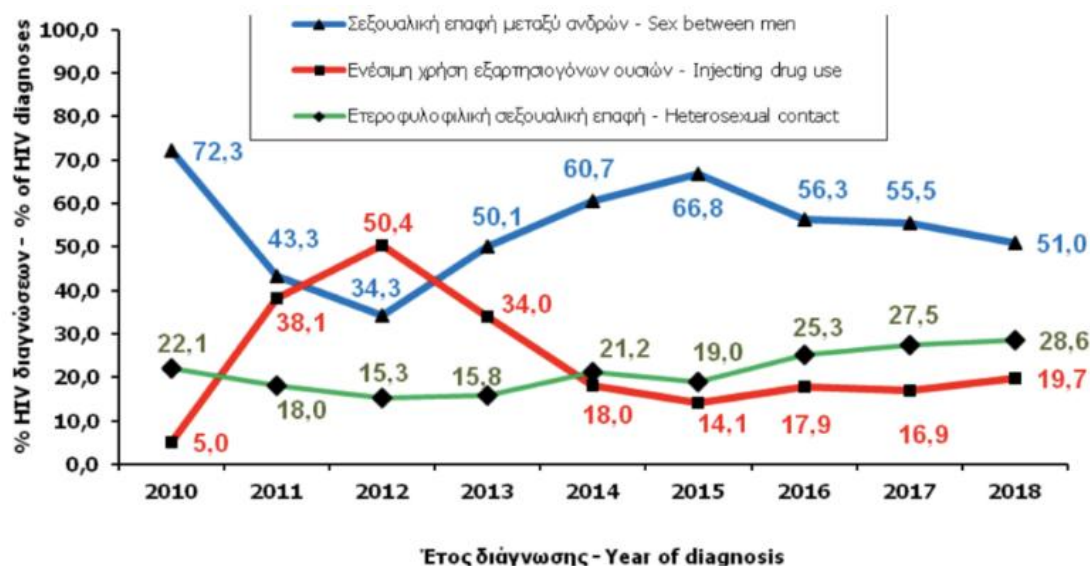
Η τακτική ELISA αποτελεί την πιο εξειδικευμένη, εύχρηστη αλλά και ευαίσθητη τακτική η οποία χρησιμεύει σε μεγάλο βαθμό. Μάλιστα στη χώρα μας έχει διαγνώσει όλα τα περιστατικά αυτής της πάθησης και το 90% σχεδόν των περιστατικών με λεμφαδενικό σύνδρομο. Παράλληλα, υφίσταται και η επιβεβαιωτική εξέταση αυτής της μορφής που αφορά περιστατικά όπου εντοπίζονται ψευδώς θετικά αποτελέσματα. Επίσης εντοπίζονται και τα αντισώματα του πυρήνα και του πρωτεϊνικού περιβλήματος του ιού (Ανυφαντάκης, 2010).

Στην περίπτωση στην οποία η τακτική αυτής της μορφής είναι αρνητική, συνίσταται η επανάληψή της σε 6 εβδομάδες και ξανά σε 3 μήνες και τέλος σε 6 μήνες. Ψευδώς θετικά αποτελέσματα είναι εξαιρετικά σπάνια με την τακτική αυτή.. Στο σημείο αυτό, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι σε ανθρώπους οι οποίοι είναι εξαιρετικά πιθανόν να έχουν μολυνθεί και η αντίδραση αποτύπωσης είναι ασαφής, το πιο πιθανόν είναι ότι η ορομετρατροπή τους τότε αρχίζει, και είναι εφικτό να εντοπιστεί μονάχα το RNA του ιού στο πλάσμα του πάσχοντα, που αποτελεί σημαντική ένδειξη οξείας πρωτολοίμωξης (Zhang and Lewin, 2018).

Επίσης, τα μωρά τα οποία γεννιούνται από οροθετικές μητέρες, η τακτική αυτή έχει την ευχέρεια να αποβεί αρνητική καθώς στο αίμα τους κυκλοφορούν τα μητρικά αντισώματα, που παρουσιάζονται μονάχα μετά το πέρας των πρώτων 9 μηνών ζωής. Σε παρόμοια περιστατικά, η διαγνωστική δράση της μόλυνσης από τον ιό αυτής της μορφής υλοποιείται με τις πιο ευαίσθητες τακτικές εντοπισμού του γενετικού υλικού τους στο πλάσμα, ενώ παράλληλα είναι εφικτό να υλοποιηθεί και η εξέταση στο στοματικό δίδρωμα και στα ούρα, τακτικές προσπελάσιμες ακόμη και σε λήψη δείγματος στο σπίτι (Kartikayan et al., 2007).

Από την άλλη πλευρά, σε ό,τι έχει να κάνει με την ανοσοαποτύπωση Western είναι σημαντικό να τονιστεί πως οριοθετούνται τα πρωτεϊνικά κλάσματα όπου ο ορός του πάσχοντα είναι θετικός. Η δράση αυτής της μορφής περιέχει ηλεκτροφόρηση διαχωρισμένων πρωτεϊνών. Τα αντισώματα τα οποία εντοπίζονται τις περισσότερες φορές αναδεικνύουν τη φύση των αντιγόνων. Σε περίπτωση θετικών

αποτελεσμάτων χρειάζεται η επιβεβαίωση με επαναληπτική εξέταση σε 3 μήνες είτε ακόμα και άμεσα με εξέταση Ripa (Whiteside, 2017).



Εικόνα 4.1 : Ποσοστιαία αναλογία διαγνώσεων HIV με γνωστό τρόπο μετάδοσης κατά κατηγορία μετάδοσης και έτος διάγνωσης (Θετική Φωνή, 2019)

Η συγκεκριμένη εξέταση έχει τη δυνατότητα εντοπισμού εξειδικευμένων αντισωμάτων έναντι 2 πρωτεϊνών του ιού, με χρήση της σύνδεσής τους με πρωτεΐνες, οι οποίες περιλαμβάνουν σεσημασμένη πρωτεΐνη. Η συγκεκριμένη τακτική δεν είναι κατάλληλη για καθημερινή χρήση αλλά είναι δυνατόν να εντοπίσει και αντισώματα έναντι πρωτεϊνών, τα οποία έχουν τεράστιο μοριακό βάρος (Whiteside, 2017).

Η καλλιέργεια πρωτογενών λεμφοκυττάρων είτε εξειδικευμένων T-λεμφοκυτταρικών σειρών αποτελεί μια εξαιρετικά σημαντική τακτική εντοπισμού του εν λόγω ιού. Τα κύτταρα προέρχονται από βιολογικά υγρά των πασχόντων και την καλλιέργεια ακολουθεί παρατήρηση με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο ή ανοσοφθορισμός ή εντοπισμός της δράσης της ανάστροφης τρανσκριπτάσης ή ραδιοανοσολογική διερεύνηση (Li and DeClercq, 2016).

Μια εξίσου σημαντική και συχνή εργαστηριακή τακτική εντοπισμού της προσβολής από τον ιό αυτής της μορφής είναι το Orasure test που εντοπίζει

στοματικά ένα αντίσωμα σε σχέση με αυτόν τον ιό και έχει τη δυνατότητα να δώσει χρήσιμα αποτελέσματα μέσα σε διάστημα 3 ημερών. Ακόμα, με μια τυπική εξέταση αίματος είναι εφικτό να ελεγχθεί η περίπτωση στην οποία υφίστανται χαμηλότερα επίπεδα T-λεμφοκυττάρων, μια σημαντική ένδειξη δηλαδή για HIV λοίμωξη (Vinayaka and Ganjam, 2016).

Τέλος, στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να τονιστεί πως στην πρόωμη διάγνωση αυτής της πάθησης καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει η αναγνώριση καθορισμένων παθολογικών οντοτήτων που έχουν άρρηκτη σχέση με αυτήν την πάθηση, όπως συμβαίνει για παράδειγμα με το σάρκωμα Kaposi και διάφορα άλλα είδη λεμφωμάτων και καρκίνων (Jennings, 2012).

4.3 Κλινικά στάδια

Η 1^η φάση αφορά την πρωτογενή προσβολή. Οι πιο πολλοί άνθρωποι δεν εμφανίζουν κανένα σύμπτωμα κατά την περίοδο της αρχικής προσβολής από μια τέτοια πάθηση, ενώ μερικοί άλλοι παρουσιάζουν συμπτώματα τα οποία μοιάζουν με εκείνα της γρίπης έναν είτε και δυο μήνες μετά την προσβολή. Είναι εφικτό να υπάρξει πυρετός, ισχυρός πονοκέφαλος, αδιαθεσία κλπ.

Τις περισσότερες φορές τα παραπάνω συμπτώματα φεύγουν μετά από 1 εβδομάδα είτε 1 μήνα και πολλές φορές έχουν άμεση σχέση με κάποια άλλη ίωση. Κατά την περίοδο αυτής της φάσης, οι άνθρωποι είναι εξαιρετικά μολυσμένοι και η εν λόγω πάθηση εμφανίζει τεράστια συγκέντρωση στα γενετήσια εκκρίματα. Και στις δυο περιπτώσεις, κατά τη συγκεκριμένη φάση, που κρατάει το μέγιστο κάποιες εβδομάδες, η απόκριση σε μια βιολογική δοκιμασία είναι θετική (Chin and Gillies, 2016).

Από την άλλη πλευρά, στο 2^ο επίπεδο, ο προσβεβλημένος άνθρωπος δεν εμφανίζει κανένα κλινικό σύμπτωμα. Στην περίπτωση στην οποία ο ασθενής δεν υποβληθεί άμεσα σε βιολογική δοκιμασία εντοπισμού αυτής της πάθησης, δεν είναι εφικτό να γνωρίζει εάν είναι ή όχι φορέας. Η περίοδος της μη συμπτωματικής λοίμωξης εμφανίζει τεράστια χρονική διακύμανση (Clark, 2002).

Παρόλα αυτά, είναι δυνατόν να μην εμφανιστεί κανένα σύμπτωμα στη διάρκεια μιας δεκαετίας για τους ενήλικες και μιας δεκαετίας για τα παιδιά τα οποία αναπτύσσονται με τον συγκεκριμένο ιό. Αντίθετα σε άλλες περιπτώσεις είναι δυνατόν να υπάρξουν συμπτώματα μέσα σε κάποιους μήνες. Κατά την περίοδο αυτή της φάσης, ο συγκεκριμένος ιός πολλαπλασιάζεται άμεσα και έχει την ευχέρεια να μολύνει και να καταστρέψει κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος. Ο εν λόγω ιός αρχικά αχρηστεύει είτε ακόμα και καταστρέφει τα CD4 μόρια, δίχως να δημιουργήσει συμπτώματα (Kartikayan et al., 2007).

Το 3^ο επίπεδο, αναλογεί στην κλινική εικόνα την οποία παρουσιάζουν τα γάγγλια. Πολλαπλά, επιφανειακά, ογκώδη, κάποιες φορές ευαίσθητα στην αφή που δεν έχει σχέση με άλλα συμπτώματα. Η προσβολή λαμβάνει διαφοροποιημένες μορφές κατά το συγκεκριμένο επίπεδο, που έχει σαν βασικό του γνώρισμα τη συμπτωματική φάση αυτής της πάθησης (Baxen and Breidlid, 2009).

Το επίπεδο αυτό χωρίζεται σε αρκετές μικρότερες ομάδες, που αναλογούν σε διαφοροποιημένα είδη κλινικών εκδηλώσεων. Τις πρώτες μέρες ο πάσχων παρουσιάζει μολύνσεις, που ονομάζονται ευκαιριακές και είναι εφικτό να είναι οξείες (όπως για παράδειγμα πνευμονική φυματίωση) είτε ακόμα και χρόνιες, που λίγο μόνο εξασθενίζουν τον οργανισμό (όπως συμβαίνει για παράδειγμα με τη στοματική καντιντίαση κλπ). Στο συγκεκριμένο επίπεδο είναι δυνατόν, παράλληλα, να υπάρξουν μη εξειδικευμένα συμπτώματα, όπως είναι για παράδειγμα ο πυρετός είτε ανεξήγητη διάρροια, που κρατάει περισσότερο από 1 μήνα είτε ακόμα και καθοριστική απίσχναση (Anderson, 2014).

Στο τελευταίο επίπεδο υφίστανται 1 είτε πιο πολλά καθοριστικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν αυτή την πάθηση. Πρόκειται για ευκαιριακές λοιμώξεις (όπως είναι για παράδειγμα η πνευμονοκύστωση, η εγκεφαλική τοξοπλάσμωση κλπ), οι εγκεφαλοπάθειες από το συγκεκριμένο ιό καθώς επίσης και διάφοροι κακοήθεις όγκου, λεμφώματα κλπ.

Παρά το γεγονός αυτό, η παραπάνω προοδευτική χρονική ακολουθία σε ορισμένες περιπτώσεις διαταράσσεται ενώ βρίσκονται στο 2^ο είτε στο 3^ο στάδιο, δίχως κανένα προειδοποιητικό σύμπτωμα, καθώς κάποιοι πάσχοντες είναι εφικτό να περάσουν απότομα στο τελευταίο επίπεδο. Τα γενικότερα συμπτώματα αυτής της

φάσης και μερικές δευτερεύουσες ευκαιριακές λοιμώξεις, οι οποίες υφίσταται μαρτυρούν μια καθοριστική αλλοίωση του ανοσοποιητικού συστήματος του πάσχοντα, που πολλές φορές επιδεινώνεται για να καταλήξει στο AIDS (Chin and Gillies, 2016).

4.4 Πρόληψη

Εξαιτίας της θεραπευτικής μη αποδοτικής χρήσης των φαρμακευτικών αγωγών και της τεράστιας μεταδοτικότητας της πάθησης, εύλογα κάθε ελπίδα για την καταπολέμησή της ανατίθεται στην προληπτική αγωγή κατά της μετάδοσης, εστιάζοντας στο γεγονός πως στη σημερινή εποχή δεν διατίθεται κάποιο δραστικό εμβόλιο (Nikolopoulos et al., 2008).

Οι κυριότερες αρχές αυτής της αγωγής έχουν άρρηκτη σχέση με την πρόληψη, η οποία είναι σημαντικό να ασκείται τόσο στους φορείς και στους πάσχοντες όσο και σε ανθρώπους της κοινωνίας. Ο εκάστοτε άνθρωπος και ο εκάστοτε οργανισμός, κρατικός είτε ιδιωτικός, που έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει ανασταλτικώς στη μετάδοση, θα πρέπει να διακατέχεται από πνεύμα υπευθυνότητας με κυριότερο σκοπό να παίζει καθοριστικό ρόλο στη διαδικασία πρόληψης αυτής της πάθησης (Preedy and Watson, 2017).

Η βάση της πρόληψης αποτελεί την εμπειριστατωμένη διαφώτιση για τη μετάδοση καθώς επίσης και την καθοδήγηση για την αποσόβησή της. Και αυτά χρειάζεται να γίνονται κατά τις υποδείξεις των διεθνών και εθνικών ειδικών για αυτή την πάθηση. Η ενημέρωση είναι καθοριστικό να υλοποιείται βάσει με τις βασικές αρχές της ανθρώπινης επικοινωνίας καθώς επίσης και με πνεύμα καλόβουλης συνεργασίας. Η στήριξη αυτών των δράσεων στην πλήρη γνώση της επιδημιολογίας αυτής της πάθησης είναι αυτονόητο και ζωτικής σημασίας κριτήριο (Clark, 2002).

Σημαντικές δράσεις αυτής της μορφής είναι η πρόληψη σεξουαλικής μετάδοσης, η πρόληψη μετάδοσης με αίμα και παράγωγα του πλάσματος, η ενημέρωση του υγιούς πληθυσμού (ενημέρωση από τα ΜΜΕ, ενημερωτικά φυλλάδια, διαδίκτυο, αφίσες, οργάνωση σεμιναρίων και διαλέξεων, έρευνα κλπ), οι προφυλάξεις για τους ίδιους τους ασθενείς (τήρηση κανόνων υγιεινής, λήψη

φαρμακευτικών αγωγών, αποφυγή κούρασης, προφύλαξη από λοιμώξεις κλπ), προφυλάξεις για το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό κλπ (Vinayaka and Ganjam, 2016).

Στα κυριότερα μέτρα αυτού του είδους είναι η κατάλληλη ενημέρωση και κατάρτιση, η επέκταση των προγραμμάτων αποτοξίνωσης των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών, ο έλεγχος των αιμοδοτών καθώς επίσης και η προσοχή στο ιατρικό και στο νοσηλευτικό προσωπικό για τον κίνδυνο μετάδοσης αυτής της πάθησης (χρήση γαντιών, προστατευτικών γυαλιών κλπ). Σε περίπτωση κρούσματος το κρούσμα είναι σημαντικό να δηλωθεί άμεσα, θα πρέπει να ληφθούν όλα τα κατάλληλα μέτρα (απομόνωση του πάσχοντα κλπ) και τα μολυσμένα αντικείμενα είναι σημαντικό να απολυμανθούν ενώ τέλος όλοι οι σεξουαλικοί σύντροφοί του είναι σημαντικό να αποκλείονται από αιμοδότες, δωρητές οργάνων σώματος και σπέρματος (Chin and Gillies, 2016).

4.5 Θεραπεία

Ο κυριότερος στόχος της θεραπείας είναι η καταστολή της αντιγραφής του συγκεκριμένου ιού, επιτρέποντας με αυτόν τον τρόπο στο ανθρώπινο σώμα να καταφέρει να αποκαταστήσει άμεσα το ανοσοποιητικό σύστημα αναπληρώνοντας τα λεμφοκύτταρα τα οποία έχουν καταστραφεί. Με κυριότερο στόχο να οριοθετηθεί η αντοχή αυτού του ιού στις φαρμακευτικές αγωγές τις περισσότερες φορές υλοποιείται εξέταση αίματος, που δείχνει ποια πιθανά αντιρετροϊκά φάρμακα είναι μη αποδοτικά σε σχέση με καθορισμένα στελέχη του συγκεκριμένου ιού.

Η αντιρετροϊκή θεραπευτική μέθοδος αντιμετώπισης είναι εφικτό να αποτρέψει τον εν λόγω ιό να εξελιχθεί σε AIDS, παίζοντας σημαντικό ρόλο για το σώμα προκειμένου να κατορθώσει να αντιμετωπίσει απειλητικές για την ανθρώπινη ζωή λοιμώξεις. Λογίζεται ως ζωτικής σημασίας ο πάσχον να λαμβάνει όλες τις φαρμακευτικές αγωγές στις συνιστώμενες από τον θεράπον ιατρό δόσεις, καθώς στην περίπτωση στην οποία σταματήσει τη θεραπεία είτε σε περίπτωση που οι δόσεις παραλείπονται ο ιός γίνεται ακόμα πιο ανθεκτικός και ιδιαίτερα επιθετικός (Zhang and Lewin, 2018).

Πίνακας 4.1 : Εξετάσεις στις οποίες είναι σημαντικό να υποβάλλεται κάθε οροθετικός πάσχων κατά την είσοδό του στο νοσοκομείο

Ορολογικός έλεγχος ηπατίτιδας Α	Λιπίδια TC, HDL-c, LDL-c, TG
Έλεγχος ηπατίτιδας Β	Γλυκόζη πλάσματος
Έλεγχος ηπατίτιδας C	Ακτινογραφία θώρακος
Ακτινογραφία θώρακος	Νεφρική νόσος - Εκτίμηση κινδύνου
Δερμοαντίδραση φυματίνης, εάν ο αριθμός των CD4 > 400	Νεφρική νόσος - eGFR (aMDRD)
Ορολογικός έλεγχος για τον ιό της ανεμοβλογιάς-ζωστήρα	Εξέταση ούρων με dipstick
Ορολογικός έλεγχος για ιλαρά/παρωτίτιδα	Ασβέστιο, φώσφορος, ALP
Ορολογικός έλεγχος για τοξόπλασμα	Ερωτηματολόγιο ελέγχου Νευρογνωσιακής ανεπάρκειας
Ορολογικός έλεγχος για μεγαλοκυτταροϊό	Επιβεβαίωση θετικής δοκιμασίας HIV αντισωμάτων
Γενική αίματος	HIV RNA πλάσματος (ικό φορτίο)
Αιμοσφαιρινοπάθειες	Έλεγχος γονοτυπικής αντοχής και καθορισμός υποτύπου
G6PD	Απόλυτος αριθμός και εκατοστιαία αναλογία των CD4
Σύσταση σώματος Δείκτης μάζας σώματος	Ορολογικός έλεγχος σύφιλης
Εκτίμηση καρδιαγγειακού κινδύνου (Framingham score)	Προσυμπτωματικός έλεγχος για ΣΜΝ
Αρτηριακή πίεση	

Πηγή : Ελληνική εταιρεία μελέτης και αντιμετώπισης του AIDS, 2000

Ο χρονικός καθορισμός για το ξεκίνημα της θεραπευτικής μεθόδου αντιμετώπισης έχει σαν βασικό του γνώρισμα σημαντικούς παράγοντες όπως είναι για παράδειγμα η σωστή δράση του ανοσοποιητικού συστήματος, η ποσότητα ιικού φορτίου στο αίμα, οι παλαιότερες παθήσεις που έχουν άμεση σχέση με αυτή τη νόσο καθώς επίσης και πιθανή εγκυμοσύνη (Juma and Klot, 2011).

Η αντιρετροϊκή θεραπεία, που αναφέρθηκε παραπάνω, είναι σημαντικό να λαμβάνεται σε ολόκληρη τη ζωή του πάσχοντα. Από την ώρα του ξεκινήματος της θεραπείας είναι εξαιρετικά πιθανό να μην υφίσταται εντοπίσιμο ιικό φορτίο μέσα στους αρχικούς 6 μήνες. Αυτό έχει σαν βασικότερη συνέπεια πως το επίπεδο συγκέντρωσης του ιού στο αίμα είναι εξαιρετικά χαμηλό αλλά εξακολουθεί να υφίσταται (Doyal, 2012).

Μη εντοπίσιμο ιικό φορτίο αποτελεί βασική ένδειξη της αποδοτικότητας της εκάστοτε αγωγής που επιλέχθηκε. Οι δυο βασικότερες ικανότητες της θεραπείας αυτής της μορφής είναι τόσο η αισθητή ελάττωση της θνησιμότητας καθώς επίσης και της νοσηρότητας όσο και η καθοριστική βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που έχουν μολυνθεί από το συγκεκριμένο ιό.

Τέλος, είναι σημαντικό να τονιστεί πως πάσχοντες οι οποίοι βίωσαν γεγονός που είχε υψηλό κίνδυνο να τους εκθέσει στο συγκεκριμένο ιό, έχουν την ευχέρεια να

λάβουν ένα προφυλακτικό κοκτέιλ αντιρετροϊκών φαρμακευτικών αγωγών μέσα σε 72 ώρες από το συμβάν, με κυριότερο σκοπό να καταφέρουν να περιορίσουν την εξάπλωση του εν λόγω ιού στον οργανισμό τους, με στόχο να αποφύγουν την οροθετικότητα (Chin and Gillies, 2016).

ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΟΡΟΘΕΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

5.1 Προσαρμογή στη διάγνωση και συμμόρφωση του οροθετικού ασθενή

Ο πάσχον ο οποίος καλείται να αντιμετωπίσει τη διάγνωση μιας χρόνιας οργανικής είτε ακόμα και ψυχικής πάθησης, έρχεται αντιμέτωπος με ένα μεγάλο σύνολο διαφοροποιημένων και δύσκολων αισθημάτων, ως επί το πλείστον πόνου, φοβιών, θυμού, θλίψης, ενοχών, απελπισίας καθώς επίσης και χαμηλής αυτοπεποίθησης. Παρόμοιες παθήσεις είναι ο καρκίνος, η σκλήρυνση κατά πλάκας, τα εγκεφαλικά επεισόδια, το AIDS, η άνοια, η σχιζοφρένεια κλπ (Kartikayan et al., 2007).

Ο πάσχον παρόμοιων νοσημάτων υπόκειται σε μια συνεχόμενη δράση αναπροσαρμογής στα ανατρεπτικά δεδομένα της πάθησης, που τις περισσότερες φορές βιώνονται ως εκτός ελέγχου του, κάτι που είναι δυνατόν να απειλήσει είτε ακόμα και να κατακερματίσει την αίσθηση του ανθρώπου σε υγιές, ενεργό και αυτόνομη οντότητα. Η αναμενόμενη επιδείνωση μιας τέτοιας πάθησης και η αβεβαιότητα που έχει άμεση σχέση με την πρόγνωση και την εξέλιξή της, θέτουν τον πάσχον και την οικογένειά του σε μια συνεχόμενη αναδιαπραγμάτευση της οπτικής τους σε σχέση με την ανθρώπινη ζωή και τον θάνατο (Anderson, 2014).

Ειδικότερα, η προσαρμογή ενός ανθρώπου στη διάγνωση της πάθησης που μελετάμε σε αυτήν την εργασία αποτελεί μια συνεχόμενη δράση διαπραγμάτευσης καθοριστικών μεταβολών και απωλειών που επιφέρουν σημαντικές επιρροές και επιδράσεις στον άνθρωπο σε όλα τα επίπεδα (σωματικό, νοητικό, συναισθηματικό, πνευματικό, κοινωνικό κλπ). Οι εν λόγω πάσχοντες πολλές φορές τίθενται σε επανεξέταση ολόκληρης της ύπαρξής τους, της ζωής τους, της σεξουαλικότητάς τους,

τους σκοπούς και τα όνειρά τους, ενόψει των καινούριων δεδομένων στη ζωή τους (Yarchoan, 2014).

Είναι σημαντικό να προσαρμοστούν σε πιθανές απώλειες ικανοτήτων, σε καθοριστικές μεταβολές είτε ακόμα και καθοριστικούς περιορισμούς στη λειτουργικότητά τους, στην αυτοεκτίμησή τους καθώς επίσης και στις σχέσεις τους με τους υπόλοιπους ανθρώπους. Αυτή αποτελεί μια εξαιρετικά δυσμενή κατάσταση στην οποία τόσο ο ίδιος ο πάσχον όσο και οι κοντινοί του άνθρωποι, έρχονται σε επαφή με τους ιδιαίτερους προβληματισμούς τους, τις φοβίες τους, το θυμό, τη θλίψη κλπ (Li and DeClercq, 2016).

Πολλές φορές, η αλληλεπίδραση, οι ρόλοι αλλά και η επικοινωνία μεταξύ των μελών μιας οικογενείας είτε άλλων συγγενών προσώπων, υπόκεινται σε καθοριστικές μεταβολές και δεν είναι καθόλου απίθανο το περιβάλλον σύστημα του πάσχοντα να βρίσκεται, αρχικά τουλάχιστον, σε σύγχυση και αποδιοργάνωση. Για την πιο ομαλή προσαρμογή και διαχείριση μιας παρόμοιας κατάστασης είναι σημαντικό ο πάσχον (αλλά και οι συγγενείς του), να λαμβάνει την ενημέρωση και την υποστήριξη που έχει ανάγκη (Doyal, 2012).

Αυτό προσφέρεται τόσο από τον θεράπον γιατρό ο οποίος διέγνωσε τη νόσο όσο και από τους εξειδικευμένους γιατρούς, οι οποίοι προσφέρουν την απαιτούμενη φαρμακοθεραπεία και ελέγχουν την εξέλιξη της πάθησης. Οι συγκεκριμένοι πάσχοντες είναι σημαντικό να ενημερώνονται αναλυτικά για τη φύση της πάθησης, τα κυριότερα συμπτώματα που αυτή περιέχει, τα βασικότερα αίτια της, την εξέλιξη και την πρόγνωση αυτής της πάθησης, προκειμένου να έχουν μια συνολική εικόνα για την αντιμετώπιση των ζητημάτων που υφίστανται σε αυτή την πάθηση (Chin and Gillies, 2016).

Καθορισμένα δεδομένα για την κατάλληλη θεραπεία με φαρμακευτική αγωγή, τις πιθανότερες παρενέργειες της καθώς επίσης και τη βέλτιστη εφικτή καταπολέμησή τους, είναι χρήσιμες για τη συνεργασία του πάσχοντα στη θεραπεία του. Ο ρόλος των συγγενών του πολλές φορές είναι ζωτικής σημασίας σε ό,τι έχει να κάνει με την εξασφάλιση της συχνής τήρησης της θεραπείας από τον πλευρά του πάσχοντα καθώς επίσης και τη σωστή συνεργασία του με τους θεράποντες ιατρούς και τους νοσηλευτές (Volberding et al., 2012).

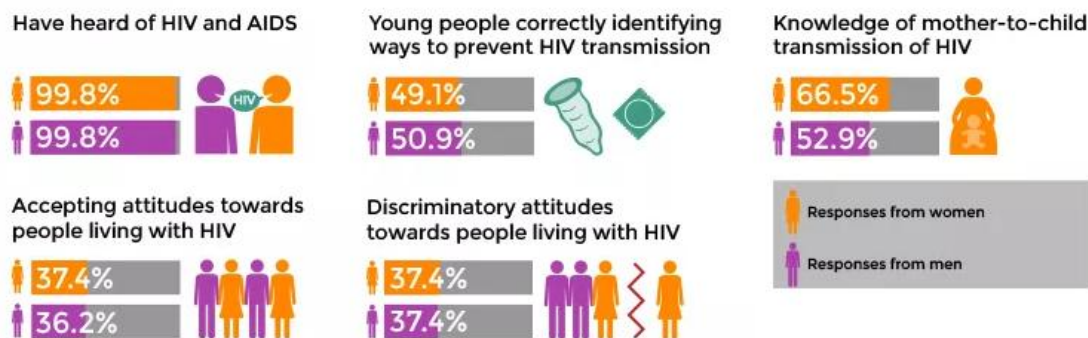
Ο άνθρωπος ο οποίος διαγιγνώσκεται με το συγκεκριμένο ιό είναι σημαντικό να έχει περισσότερη στήριξη από κάποιον ειδικό (όπως για παράδειγμα ψυχολόγο, ψυχοθεραπευτή κλπ) προκειμένου να καταφέρει να διερευνήσει τη σημασία της πάθησης για τον εαυτό του. Η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση η οποία παρέχεται σε έναν τέτοιο πάσχοντα είναι εφικτό να διαφέρει από μια απλή συμβουλευτική, στην περίπτωση στην οποία ο πάσχων δείχνει να έχει μια λιγότερο περίπλοκη δράση προσαρμογής σε αυτή την πάθηση, όσο και σε δυναμική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία μακράς διάρκειας, στην περίπτωση στην οποία η ισορροπία και η λειτουργικότητα του εαυτού του έχουν καθοριστικά απειληθεί (Juma and Klot, 2011).

Λόγω του ότι ο εν λόγω ιός αποτελεί μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη πάθηση, το να γίνει κάποιος φορέας της, πλήττει τον άνθρωπο στο κέντρο της ζωτικότητάς του, της σεξουαλικής του ταυτότητας, του τρόπου με τον οποίο συνδέεται εις βάθος με τον εαυτό του και τους γύρω του. Ακόμα, λόγω του ότι αυτή η πάθηση είναι στατιστικά πιο συχνή στους ομοφυλόφιλους ανθρώπους, η ψυχολογική αντιμετώπιση αυτής της πάθησης δέχεται καθοριστικές επιρροές και επιδράσεις από θέματα που έχουν να κάνουν με τον πιθανό στιγματισμό που ο άνθρωπος έχει εισπράξει, εσωτερικεύσει είτε προβάλλει τους γύρω του για τη σεξουαλική του ταυτότητα (Preedy and Watson, 2017).

Πολλές φορές η εσωτερικευμένη ομοφοβία τόσο του ίδιου του πάσχοντα όσο και των γύρω του, ακόμα και των επαγγελματιών υγείας με τους οποίους ο πάσχων έρχεται σε καθημερινή επαφή, επιφέρουν καθοριστικές επιρροές και επιδράσεις στη γενικότερη προσαρμογή του πάσχοντα στη συγκεκριμένη πάθηση. Η αποδοχή της πάθησης αυτής της μορφής αλλά και η γενικότερη συμμόρφωση στη φαρμακοθεραπεία, δέχεται σημαντικές επιρροές και επιδράσεις από το επίπεδο και τη μέθοδο με την οποία ο άνθρωπος έχει αποδεχθεί τη σεξουαλικότητά του και κυρίως την ομοφυλοφιλία του, και την έχει εντάξει στην ταυτότητά του (Baxen and Breidlid, 2009).

Τα συστήματα άμυνας τα οποία ο εκάστοτε άνθρωπος υιοθετεί σε περιστατικά διαφοροποιημένων ψυχοπνευστικών καταστάσεων, όπως είναι για παράδειγμα μια τέτοια διάγνωση, διαφέρουν σύμφωνα με την ιδιοσυγκρασία και την ανθεκτικότητά του, όμως, τις περισσότερες φορές έχουν την τάση να είναι εκείνοι οι

οποίοι χρησίμευαν και παλαιότερα από τον άνθρωπο σε περιστατικά ισχυρού άγχους και στρες (Jennings, 2012).



Εικόνα 5.1 : Συμπεριφορά αντρών και γυναικών στο HIV και ανθρώπων που ζουν με αυτόν τον ιό¹

Πολλές φορές οι πρώτες φυσιολογικές αντιδράσεις σε μια παρόμοια κατάσταση είναι το σοκ, η άρνηση και ο θυμός. Μετέπειτα, όμως, μερικοί πάσχοντες επιτυγχάνουν να εξελίξουν την εμπειρία τους περνώντας μέσα από το στάδιο του πένθους, στην αποδοχή και τη μεταμόρφωση του εαυτού τους. Κάποιοι άλλοι, όμως, δεν έχουν την ευχέρεια να ενσωματώσουν την καινούρια εμπειρία στην προσωπική τους ιστορία, ενεργώντας με πρωτόγονους μηχανισμούς άμυνας οι οποίοι περιλαμβάνουν καταστροφικότητα και δεν έχουν τη δυνατότητα να αντιμετωπίσουν αποδοτικά το ψυχικό τραύμα το οποίο υφίσταται σε παρόμοιες περιπτώσεις (Liamputtong , 2015).

Η συμμόρφωση με τις σύγχρονες εξελιγμένες ιατρικές θεραπείες αλλά και η επεξεργασία των ψυχολογικών προεκτάσεων της συγκεκριμένης πάθησης τις περισσότερες φορές ενισχύουν μια ενεργή, υγιή αντιμετώπιση που απομυθοποιεί την πάθηση και παρέχει πιο μεγάλη αίσθηση ελέγχου και νοήματος στη ζωή των πασχόντων. Με αυτόν τον τρόπο, ενισχύεται η αυτοεκτίμηση τους και ανακουφίζεται

¹[<http://www.southsudan.biz/thousands-of-pregnant-women-screened-for-hiv-aids-in-sudan-capital-2/>]

το αίσθημα της αποξένωσης και του στίγματος που πολλές φορές είναι σύμφυτα με το ψυχικό τραύμα μιας τέτοιας πάθησης.

Το βασικότερο θέμα είναι ο πάσχον να κατορθώσει να ζήσει με ό,τι τραυματικό βιώνει, δίχως όμως να κατακλύζεται από ανυπόφορα συναισθήματα και δίχως να απομονώνεται και να περιθωριοποιείται. Μια πιο ώριμη αποτίμηση του τι σημαίνει η πάθηση στην καθημερινότητα του πάσχοντα και της οικογενείας του, περιέχει την αποδοχή και την προσαρμογή στους περιορισμούς και τις μεταβολές οι οποίες απαιτούνται, συντηρώντας ταυτόχρονα μερικούς ρεαλιστικούς σκοπούς και θετικές προσδοκίες για το μέλλον (Bauer and Anderson, 2014).

5.2 Η ηθική του ασθενούς στη διαδικασία της διάγνωσης

Το άτομο το οποίο προσέρχεται στις υπηρεσίες υγείας έχει το δικαίωμα του σεβασμού της προσωπικότητας, της αξιοπρέπειας, του απορρήτου, της ενημέρωσης καθώς επίσης και της ελεύθερης απόφασης. Παρόλα αυτά, και το ίδιο το άτομο είναι σημαντικό να ακολουθεί ορισμένους κανόνες ηθικής. Το δικαίωμα του πάσχοντα στην άρνηση διαγνωστικών εξετάσεων έρχεται σε σύγκρουση με την ευχέρεια του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού να μπορεί να προστατευθεί σε περίπτωση υπαρξης της πάθησης (Καρακώστας, 2008).

Ακόμα, ένα εξίσου σημαντικό ερώτημα είναι εάν έχει το δικαίωμα μια έγκυος μητέρα να μη δεχτεί να της γίνει η διαγνωστική εξέταση για τον ιό που μελετάμε σε αυτήν την εργασία, έτσι ώστε να λάβει θεραπεία με στόχο να παρεμποδιστεί η μετάδοση της πάθησης στο ίδιο της το παιδί. Σε αρκετές περιπτώσεις ένας πάσχον δεν δέχεται να υποβληθεί σε διαγνωστικές εξετάσεις, με αποτέλεσμα την αδυναμία οριοθέτησης του κυριότερου αίτιου της συγκεκριμένης πάθησης (Κρεμαλής, 2011).

Η μη αποδοχή αυτής της μορφής είναι εφικτό να προέρχεται από την υποψία του πάσχοντα πως έχει μολυνθεί από τον εν λόγω ιό και την επιθυμία του να μην επιβεβαιωθούν οι ανησυχίες του, κάτι το οποίο πιθανόν θα μεταβάλλει ριζικά το κοινωνικό του προφίλ και θα στιγματίσει το πρόσωπό του στο άμεσο και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Ένα θετικό τεστ αυτής της μορφής θα τον εντάξει

στην κατηγορία του πάσχοντα. Έναν πάσχοντα, δηλαδή τον οποίο η ίδια η κοινωνία τον δέχεται σαν απειλή διασποράς μιας ανίατης πάθησης, και όχι σαν έναν άνθρωπο ο οποίος νοσεί από μια χρόνια πάθηση (Καρακώστας, 2008).

Στη σημερινή εποχή, ο πάσχον είναι σημαντικό να κατανοήσει την κατάσταση στην οποία βρίσκεται όσο γίνεται πιο άμεσα και να αποδεχθεί την πάθηση για το καλό το δικό του όσο και των γύρω του. Ο στιγματισμός αλλά και η περιθωριοποίηση είναι ζητήματα τα οποία απαντώνται όχι μονάχα στα σύγχρονα αναπτυσσόμενα κράτη αλλά και στις κοινωνίες του Δυτικού κόσμου (Ψαρούλης και Βούλτσος, 2010).

Οι ενέργειες οι οποίες είναι σημαντικό να υλοποιηθούν θα πρέπει να εστιάζουν στην ενημέρωση του πληθυσμού, ότι η πάθηση αυτής της μορφής με την κατάλληλη θεραπευτική μέθοδο αντιμετώπισης είναι μια σημαντική χρόνια πάθηση και όχι μια θανατηφόρος πάθησης. Με την κατάλληλη κατάρτιση είναι δυνατόν να μεταβληθούν τα δεδομένα, προκειμένου αυτός ο οποίος πιθανόν να έχει μολυνθεί να μην νοιώθει φόβο να αναζητήσει ιατρική υποστήριξη και να δώσει απαντήσεις στα ερωτήματά του.

Με την ανάπτυξη της αντιρετροϊκής θεραπείας, είναι σημαντικό να παροτρύνεται ο πάσχον να συναινέσει στη διαγνωστική και θεραπευτική δράση, καθώς με αυτόν τον τρόπο βελτιστοποιείται η πρόγνωση, αλλά πολλές φορές παρεμποδίζεται και η διασπορά της συγκεκριμένης πάθησης. Στη σημερινή εποχή το Κέντρο Ελέγχου Λοιμώξεων των ΗΠΑ κάνει χρήση 2 διαφοροποιημένων τακτικών εφαρμογής διαγνωστικών ελέγχων που καλούνται Opt-in και Opt-out (Chin and Gillies, 2016).

Και οι δυο αυτές τακτικές ως επί το πλείστον χρησιμεύουν σε μεγάλο βαθμό στη διάγνωση για το εάν κάποιος είναι οροθετικός είτε όχι. Η κυριότερη διαφορά τους εντοπίζεται στο γεγονός ότι στην 1^η τακτική είναι ο πάσχον να συναινέσει γραπτώς, ενώ στην 2^η τακτική εντάσσεται σε έναν ευρύτερο εργαστηριακό έλεγχο, με κυριότερη συνέπεια η μη αποδοχή του πάσχοντα να λογίζεται σαν συγκατάθεση (Κρεμαλής, 2011).

Στη σημερινή εποχή, είναι ζωτικής σημασίας η προσαρμογή της νομοθεσίας, με βασικότερο στόχο να διευκρινίζεται πότε το τεστ είναι χρήσιμο ακόμα και δίχως τη συγκατάθεση του πάσχοντα. Καθοριστικό, επίσης είναι το ανθρώπινο δυναμικό να είναι ειδικό και κατάλληλα καταρτισμένο, έτσι ώστε να καταφέρει να διαχειριστεί μια κατάσταση. Σε αυτήν την περίπτωση η προστασία του απορρήτου είναι ζωτικής σημασίας ενώ σε διαφορετική περίπτωση υφίσταται τεράστια κίνδυνος κοινωνικού αποκλεισμού, να χάσει κάποιος τη δουλειά του είτε ακόμα και μελλοντικές επαγγελματικές ευκαιρίες, να πέσει θύμα λεκτικής είτε ακόμα και σωματικής βίας κλπ (Ψαρούλης και Βούλτσος, 2010).

5.3 Επιπτώσεις από την έλλειψη συμμόρφωσης

Τα χαμηλά επίπεδα συμμόρφωσης στη συνιστώμενη φαρμακευτική αγωγή, αποτελούν σημαντικό ζήτημα στην κλινική πρακτική. Επιπλέον, το αποτέλεσμα της μη θετικής κλινικής έκβασης, σαν συνέπεια χαμηλότερων επιπέδων συμμόρφωσης, φέρει καθοριστικό χρηματοοικονομικό αντίκτυπο. Σχεδόν το 1/4 της κατ' οίκον νοσηλείας και το 10% ενδο-νοσοκομειακής νοσηλείας στις ΗΠΑ, αποτελεί συνέπεια χαμηλότερων επιπέδων συμμόρφωσης στη συνιστώμενη φαρμακευτική αγωγή (Chin and Gillies, 2016).

Οι ετήσιες δαπάνες για τις κυριότερες επιπτώσεις της έλλειψης συμμόρφωσης υπολογίζονται να είναι σε αρκετές εκατοντάδες δις δολάρια. Οι εκτιμήσεις του κόστους νοσηλείας εξαιτίας έλλειψης συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή είναι αρκετά υψηλότερες καθώς ξεπερνούν τα 13 δις δολάρια σε ετήσια βάση (μόνο στις ΗΠΑ). Εκτός από τις πιο προφανείς άμεσες δαπάνες μη τήρησης της συγκεκριμένης αγωγής, παράλληλα, αποτελεί καθοριστικό παράγοντα κινδύνου για ένα μεγάλο σύνολο αρνητικών εκβάσεων που έχουν άρρηκτη σχέση με διαφορετικά νοσήματα, περιέχοντας και 125 χιλιάδες θανάτους σε ετήσια βάση (Ανυφαντάκης, 2010).

5.4 Μέθοδοι αξιολόγησης της συμμόρφωσης

Η ερευνητική βιβλιογραφία σε ό,τι έχει να κάνει με το ζήτημα της συμμόρφωσης των πασχόντων είναι εκτεταμένη. Κατά τα τελευταία 50 έτη, υπήρξαν περισσότερες από 33 χιλιάδες αντίστοιχες αναφορές στο PubMed και περισσότερες από 10 χιλιάδες αναφορές στο PsychLit. Από τις συγκεκριμένες αναφορές, περισσότερα από 2 χιλιάδες άρθρα αφορούν εμπειρικές μελέτες, οι οποίες έχουν άμεση σχέση με τη δράση της αξιολόγησης και της τήρησης καθορισμένων σχημάτων (φαρμακευτική αγωγή, διατροφή, άσκηση, μεταβολές στην καθημερινότητα των πασχόντων κλπ) (Anderson, 2014).

Το 1^ο στάδιο με στόχο τη βελτίωση της συμμόρφωσης των πασχόντων με ακρίβεια περιέχει εκτίμηση του κατά πόσον είτε όχι οι εν λόγω πάσχοντες έχουν ακολουθήσει πιστά τη θεραπεία η οποία είχε καθοριστεί από τον θεράπον ιατρό. Η ακριβής εκτίμηση της συμμόρφωσης των συγκεκριμένων πασχόντων δεν αποτελεί μια εύκολη δράση, αφού η πλήρης κατανόηση του εάν και γιατί κάθε πάσχον επιλέγει να έχει την ευχέρεια να τηρήσει τη θεραπεία του είναι εξαιρετικά πολύ-παραγοντική (Doyal, 2012).

Στις σύγχρονες ερευνητικές μελέτες καθώς επίσης και στην κλινική πράξη, η συμμόρφωση μετρείται με διαφορετικές τακτικές, περιέχοντας τη λήψη χαπιών, αυτό-αναφορών, ημερολογίων πασχόντων, εκθέσεις γιατρών, εκθέσεις από την οικογένεια, ηλεκτρονικά μέτρα (όπως για παράδειγμα δοσιμετρικές συσκευές εισπνοής είτε ηλεκτρονικές καταγραφές διανομής οφθαλμικών σταγόνων κλπ) (Vinayaka and Ganjam, 2016).

Οι παραπάνω διαφοροποιημένες τακτικές ως επί το πλείστον χρησιμεύουν σε ένα μεγάλο σύνολο διαφορετικών παθολογικών συνθηκών τόσο οξείων όσο και χρόνιων. Οι τακτικές αξιολόγησης διαφοροποιούνται κυρίως στο επίπεδο της υποκειμενικότητας καθώς επίσης και στην ειδίκευση και τις περισσότερες φορές κυμαίνονται από τις απλές αυτό-αναφορές έως τα πιο τεχνολογικά εστιασμένα μέσα (όπως είναι για παράδειγμα το σύστημα ελέγχου της φαρμακοθεραπείας-MEMS, μια καινοτόμα τακτική με στόχο τον υπολογισμό της προσήλωσης στη φαρμακοθεραπεία όπου ένα κρυφό μικροτσίπ καταγράφει το χρόνο και την ημερομηνία όπου ο πάσχον ανοίγει ένα κουτί με χάπια και αφαιρεί ένα εξ αυτών.

Με μέσα όπως αυτά που προαναφέρθηκαν, στην εκάστοτε δόση του φαρμάκου που αφαιρείται, στέλνεται ένα ηλεκτρονικό μήνυμα στον θεράπον γιατρό με την ημερομηνία και την ώρα που άνοιξε η συσκευή, προσφέροντας ένα αξιόπιστο δείκτη της πρόσβασης στη φαρμακευτική αγωγή (παρόλο που υπάρχει πάντα η πιθανότητα η δόση να είχε αφαιρεθεί, αλλά επί της ουσίας να μην είχε ληφθεί όπως έπρεπε) (Whiteside, 2017).

Άμεση παρατήρηση ενός πάσχοντα που λαμβάνει μια τέτοια φαρμακευτική αγωγή είναι μια άλλη, παρόλο που είναι εξαιρετικά ενεργοβόρα τακτική, η οποία στόχο έχει την αξιολόγηση της εφαρμογής της εν λόγω μορφής θεραπείας. Σε αυτήν την τακτική γίνεται χρήση αρχείων φαρμακείων που αφορούν μια διαφορετική πηγή με στόχο τον υπολογισμό της εφαρμογής της φαρμακοθεραπείας (Bauer and Anderson, 2014).

5.5 Μεταβολική προσαρμογή στην ελλιπή διαιτητική πρόσληψη

Η υποθρεψία αποτελεί μια από τις πιο βασικές επιπλοκές του AIDS. Η απώλεια βάρους είναι πολλές φορές μια από τις πιο πρώιμες κλινικές εκδηλώσεις της πάθησης αυτής της μορφής και πιθανόν να καταλήξει σε καχεξία. Αποτελεί τη βασικότερη αιτία της νοσηρότητας, εξαρτώμενης από την έλλειψη επαρκούς ανοσολογικής δράσης και διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην αισθητή ελάττωση του προσδόκιμου επιβίωσης και στην υποβάθμιση της ποιότητας ζωής των πασχόντων (Liamputtong , 2015).

Η πρωτεϊνική-θερμιδική υποθρεψία αποτελεί την αρχική αιτία ανοσοανεπάρκειας στα μη αναπτυσσόμενα κράτη. Η ανάπτυξη αυτής της επιπλοκής είναι εφικτό να προκαλέσει κλινική δυσλειτουργία της ανοσολογικής αντίδρασης και είναι δυνατόν να αποτελέσει έναν ακόμα εξίσου σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα σε ό,τι έχει να κάνει με την εξέλιξη της συγκεκριμένης πάθησης (Baxen and Breidlid, 2009).

Για συντήρηση του βάρους, η ολική ενεργειακή κατανάλωση είναι σημαντικό να ισούται με τη θερμιδική πρόσληψη. Σε περίπτωση που η θερμιδική

πρόσληψη υπερβαίνει την ολική ενεργειακή κατανάλωση, το περίσσειμα των θερμίδων αποθηκεύεται σαν κυτταρική μάζα ή σαν λίπος. Από την άλλη πλευρά, σε περίπτωση που η συγκεκριμένη κατανάλωση ξεπερνά τις θερμίδες οι οποίες λαμβάνονται, τότε υφίσταται καθοριστικό ενεργειακό έλλειμμα που πολλές φορές είναι εφικτό να προκαλέσει καταβολισμό των πρωτεϊνών είτε του λίπους προς παραγωγή ενέργειας (Juma and Klot, 2011).

Στους ανθρώπους, η έλλειψη ενέργειας που προέρχεται από ημι-υποσιτισμό καταπολεμάται με ολοκληρωτική απάντηση προσαρμογής. Η ορμονική απάντηση πολλές φορές προκαλεί εξοικονόμηση της κυτταρικής μάζας και χρησιμοποίηση της λιπώδους μάζας για παραγωγή ενέργειας. Η εν λόγω προσαρμογή κατά τη διάρκεια μακροπρόθεσμης νηστείας σε πειραματόζωα, παρέχει μερικά σημαντικά δεδομένα με στόχο την προσαρμοστική ευχέρεια ενός οργανισμού στη νηστεία είτε σε περίπτωση ημι-υποσιτισμού (Volberding et al., 2012).

Ύστερα από ένα μικρό χρονικό διάστημα προσαρμογής, που μοιάζει με εκείνο στους ανθρώπους, η κινητοποίηση των πρωτεϊνών ελαττώνεται σημαντικά και το μεγαλύτερο ποσοστό της ενέργειας έχει προέλευση από τα λίπη. Το συγκεκριμένο γεγονός αποτελεί έναν καθοριστικό παράγοντα, ο οποίος διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην ευχέρεια του οργανισμού να αντέχει πιο μεγάλες περιόδους νηστείας (Chin and Gillies, 2016).

Ένα 3^ο και τελικό επίπεδο, στην περίπτωση που έχει χαθεί περίπου το 50% της ποσότητας της κυτταρικής μάζας, υφίσταται τεράστια πιθανότητα θανάτου. Η συγκεκριμένη χρονική περίοδος έχει σαν βασικό της γνώρισμα την αισθητή ανοδική τάση της οξειδωσης πρωτεϊνών μόλις πριν επέλθει ο θάνατος. Στους ανθρώπους, ο λιπώδης ιστός αποτελεί μια καθοριστική αποθήκη ενέργειας που είναι δυνατόν να παίξει καθοριστικό ρόλο σε περίπτωση προφύλαξης της κυτταρικής μάζας σε περίπτωση έλλειψης ενεργειακής ισορροπίας. Κατά το επίπεδο του υποσιτισμού στους ανθρώπους, ο θάνατος επέρχεται στην περίπτωση που η απώλεια βάρους φτάσει στο 45% του ιδανικού σωματικού βάρους (Jennings, 2012).

5.6 Δικαιώματα και υποχρεώσεις οροθετικών ασθενών

Οι συγκεκριμένοι πάσχοντες είναι εφικτό να μην εμφανίζουν κανένα σύμπτωμα είτε ένδειξη. Είναι δυνατόν να παραμείνουν υγιείς σε ολόκληρη τη ζωή τους. Είναι, όμως, μολυσματικό για τους γύρω τους. Αυτός είναι και ο βασικότερος λόγος που ο εκάστοτε ασθενής αυτής της πάθησης είναι σημαντικό να προσαρμοστεί σε καινούριες συνήθειες και συνθήκες διαβίωσης με στόχο να καταφέρει να προστατέψει το οικογενειακό αλλά και το κοινωνικό του περιβάλλον. Έχει, συνεπώς, κάποια δικαιώματα και καθορισμένες υποχρεώσεις.

Σε ό,τι έχει να κάνει με τα δικαιώματα αυτών των πασχόντων, είναι σημαντικό να τονιστεί πως οι εν λόγω πάσχοντες δεν μεταδίδουν τον ιό αυτής της μορφής στο εργασιακό τους περιβάλλον. Είναι εφικτό να δουλεύουν σε κατάσταση τροφίμων, επιχειρήσεις σίτισης κλπ. Επίσης, δεν αποκλείονται από υγειονομικές, νοσηλευτικές, εκπαιδευτικές είτε άλλες υπηρεσίες αυτού του τύπου (Li and DeClercq, 2016).

Οι συγκεκριμένοι πάσχοντες είναι ελεύθεροι να ταξιδεύουν παντού για εργασία είτε ακόμα και για διασκέδαση. Είναι άδικη και παράλληλα μη αποδοτική η επιβολή περιορισμών μεταναστεύσεως είτε απλής μετακινήσεως σε κάποια κράτη. Είναι σημαντικό να μην υφίστανται περιορισμοί στην οικογενειακή είτε στην κοινωνική ζωή αυτών των ανθρώπων (Anderson, 2014).

Δεν χρειάζεται καμία απολύτως εξειδικευμένη φροντίδα για την κοινή χρήση σκευών φαγητού είτε τουαλέτας. Θα πρέπει, όμως, να είναι προσεκτικοί με την ατομική χρήση οδοντόβουρτσας, ξυριστικών μηχανών είτε άλλων αντικειμένων τα οποία είναι εφικτό διατρυπώντας το δέρμα είτε τους βλεννογόνους να εμβολιαστούν με αίμα είτε άλλα εκκρίματα του πάσχοντα σε άλλον άνθρωπο του κοντινού τους περιβάλλοντος (Καρακώστας, 2008).

Αυτά, όμως, αποτελούν μερικά βασικά μέτρα υγιεινής τα οποία είναι σημαντικό πάντοτε να εφαρμόζονται από τον κάθε άνθρωπο και όχι μονάχα από αυτούς τους πάσχοντες. Παράλληλα, τα παιδιά που νοσούν από μια τέτοια πάθηση είναι εφικτό να εξακολουθήσουν να πηγαίνουν κανονικά στο σχολείο τους καθώς δεν αποτελούν κίνδυνο για τα υπόλοιπα παιδιά.

Οι πάσχοντες αυτοί, επίσης, είναι σημαντικό να απολαμβάνουν παρόμοια δικαιώματα για ιατρική και οδοντιατρική φροντίδα που χρειάζονται κατά περίπτωση. Είναι αναγκασμένοι, όμως, να προειδοποιούν τον εκάστοτε γιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό που θα πρέπει να τον φροντίσει προκειμένου να τηρηθούν τα κατάλληλα μέτρα και φυσικά να τηρηθεί το απόρρητο (Ψαρούλης και Βούλτσος, 2010).

Από την άλλη πλευρά, σε ό,τι έχει να κάνει με τις υποχρεώσεις των συγκεκριμένων πασχόντων, είναι σημαντικό να επισημανθεί πως από τη στιγμή που ο εν λόγω ιός υφίσταται στο αίμα, στο σπέρμα καθώς επίσης και στα κολπικά υγρά, κάθε μορφής σεξουαλική επαφή είναι δυνατόν να τα μεταφέρει στον ερωτικό σύντροφο, είναι δυνατόν να επιφέρει μολύνσεις κλπ. Η ομοφυλοφιλική σεξουαλική επαφή είναι πιο επικίνδυνη καθώς είναι περισσότερο τραυματική και το επιθήλιο του εντέρου περισσότερο διαβατό (Κρεμαλής, 2011).

Αυτός είναι και ο κυριότερος λόγος που ασχέτως φύλου είναι καθοριστικό να γνωρίζει πως το ελαστικό προφυλακτικό είναι εξαιρετικά χρήσιμο με στόχο την αποφυγή μετάδοσης της συγκεκριμένης λοίμωξης. Οι πάσχοντες αυτοί είναι ζωτικής σημασίας να συμβουλευθούν ειδικούς για τις μεθόδους πιο ασφαλούς σεξουαλικής επαφής. Είναι αναγκασμένοι, ακόμα, να ενημερώνουν τους συντρόφους τους, καθώς σε διαφορετική περίπτωση υλοποιούν παράπτωμα και υφίσταται η δυνατότητα να καταδικαστούν κυρίως σε περίπτωση που μολύνουν τον σύντροφό τους.

Επίσης, δεν επιτρέπεται η τεκνοποίηση στην περίπτωση στην οποία ο ένας σύντροφος από ένα ζευγάρι έχει αυτή την πάθηση. Στην περίπτωση στην οποία η έγκυος μολυνθεί υφίσταται μεγαλύτερη πιθανότητα από το 1/2 πάθησης του παιδιού. Αλλά και η πιθανότητα εξελίξεως από φορέα σε πάσχοντα είναι πιο μεγάλη κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης (Ψαρούλης και Βούλτσος, 2010).

Οι συγκεκριμένοι πάσχοντες είναι σημαντικό να μην συνεχίσουν τη χρήση ναρκωτικών ουσιών, καθώς με αυτόν τον τρόπο υφίσταται η δυνατότητα να επισπεύσουν την εξέλιξη της πάθησης. Με την κοινή χρήση σύριγγας είναι εφικτό να μολυνθεί με άλλους ιούς οι οποίοι μεταδίδονται διαμέσου του αίματος. Είναι δυνατόν, επίσης, να υπάρξει μόλυνση με άλλου στέλεχος του ιού αυτής της μορφής (Κρεμαλής, 2011).

Ακόμα, υπάρχει η δυνατότητα να μεταπέσει πιο εύκολα σε πάθηση. Αυτός είναι και ο κυριότερος λόγος που στη χρήση ναρκωτικών ουσιών είναι σημαντική η ατομική χρήση σύριγγας. Με αυτόν τον τρόπο θα είναι συνεπής στην υποχρέωση να προφυλάσσει τους γύρω του. Οι συγκεκριμένοι πάσχοντες είναι σημαντικό να μην γίνονται αιμοδότες καθώς επίσης και δωρητές σπέρματος είτε οποιουδήποτε οργάνου (Καρακώστας, 2008).

5.7 Κοινωνική και συναισθητική υποστήριξη

Η κοινωνική υποστήριξη κατά κύριο λόγο αφορά την υποστήριξη την οποία λαμβάνουν οι συγκεκριμένοι πάσχοντες με στόχο να αναπτύξουν δεσμούς και κοινωνικές σχέσεις, διαμέσου των οποίων οι άνθρωποι νοιώθουν πως εντάσσονται σε ένα σύνολο, έχουν αξία, αναγνωρίζονται και με αυτόν τον τρόπο αποκτά ένα μεγαλύτερο νόημα η ζωή τους (Ανυφαντάκης, 2010).

Η κοινωνική υποστήριξη την οποία τυγχάνει να έχουν οι άνθρωποι ενισχύει σε σημαντικό επίπεδο την προσαρμογή τους σε καταστάσεις της καθημερινότητας που τους δημιουργούν άγχος και στρες, αφού δρα σαν ένα είδος ασπίδας είτε σαν ενδιάμεσο φίλτρο το οποίο έχει την ευχέρεια να απορροφήσει τις επιρροές των παραμέτρων που προαναφέρθηκαν (Καλαϊτζιδάκη και Πανταζίδης, 2005).

Η τεχνική είτε λειτουργική υποστήριξη, όπως για παράδειγμα η σωματική υποστήριξη, η χρηματοοικονομική βοήθεια, η βοήθεια στις καθημερινές δράσεις κλπ παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ενίσχυση του ανθρώπου, στην ανοικοδόμηση της ζωής του κυρίως μετά από μια αγχογόνα κατάσταση, όπως είναι το γεγονός να μάθει κάποιος πως είναι οροθετικός.

Σε ό,τι έχει να κάνει με τη συναισθηματική υποστήριξη, έρευνες τονίζουν πως στην υποστήριξη αυτής της μορφής την οποία λαμβάνει ένας ασθενής και που του προσφέρει την ευχέρεια να μετατρέψει τα αρνητικά συναισθήματά του σε θετικά και να νοιώσει πως κάποιος του παρέχει σημαντική υποστήριξη και περίθαλψη την οποία χρειάζεται. Επίσης είναι σημαντικό να γνωρίζουν οι άνθρωποι πως κάποιοι ενδιαφέρονται για αυτούς. Η υποστήριξη αυτής της μορφής παίζει καθοριστικό ρόλο

στη βελτίωση της αυτοεκτίμησης και της αυτό-εικόνας του πάσχοντα, κυρίως όταν πρόκειται για πάσχοντα από AIDS (Volberding et al., 2012).

5.7.1 Σημασία συμβουλευτικής παρέμβασης

Τόσο η προληπτική όσο και η υποστηρικτική συμβουλευτική είναι εφικτό να ασκούνται οπουδήποτε γίνεται είτε είναι εφικτό να γίνει συζήτηση για τη συγκεκριμένη πάθηση. Περιέχονται κλινικές φροντίδες υγείας, κέντρα σεξουαλικά μεταδιδόμενων παθήσεων, οργανισμοί οι οποίοι προσφέρουν περίθαλψη πριν αλλά και μετά τον τοκετό, υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού, κοινοτικά κέντρα υγείας, σχολικές μονάδες, ναοί καθώς επίσης και όλες οι προσεγγίσιμες υπηρεσίες φροντίδας υγείας (Clark, 2002).

Η παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης είναι εφικτό να προσφερθεί ως επί το πλείστον από ειδικούς και ειδικότερα από ιατρούς, ψυχολόγους καθώς επίσης και κοινωνικούς λειτουργούς. Από την άλλη πλευρά, υφίσταται η δυνατότητα και από άλλους ανθρώπους, όπως είναι για παράδειγμα οι εκπαιδευτικοί, οι εκπαιδευτές υγείας, οι κοινοτικοί αλλά και οι θρησκευτικοί ηγέτες κλπ να καταρτιστούν κατάλληλα με στόχο την παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης προκειμένου να έχουν την ευχέρεια να προσφέρουν υπηρεσίες προληπτικής αλλά και υποστηρικτικής συμβουλευτικής μονάχα όμως όταν υφίσταται ένα απλό θέμα (Φιλίππου, 2002).

Η συμβουλευτική έχει άρρηκτη σχέση με την πρόληψη αυτής της πάθησης και της μετάδοσής της σε άλλα άτομα. Η άσκηση της συμβουλευτικής διαφοροποιείται από κράτος σε κράτος αλλά και μεταξύ των διαφορετικών κοινωνικών ομάδων. Οι διαθέσιμοι πόροι, οι συμβατικοί είτε οι παραδοσιακές τακτικές με τις οποίες οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται την εκάστοτε πάθηση καθώς επίσης και οι τακτικές με τις οποίες ζητούνται και προσφέρονται συμβουλές και υποστήριξη, επιφέρουν σημαντικές επιρροές και επιδράσεις στα πρότυπα και στις μεθόδους της συμβουλευτικής (Nikolopoulos et al., 2008).

Παρά το γεγονός αυτό, όμως, υφίστανται μερικά καθοριστικά γνωρίσματα τα οποία είναι κοινά σε όλες τις καταστάσεις και οι οποίες απαιτούν τη συμβουλευτική υποστήριξη. Παρόμοια γνωρίσματα είναι ο χρόνος, η αποδοχή, η

πρόσβαση, η συνέπεια, η ακρίβεια καθώς επίσης και η εμπιστευτικότητα που αποτελεί μια από τις κυριότερες παραμέτρους στη σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στο σύμβουλο και στον πάσχοντα (Ανυφαντάκης, 2010).

5.7.2 ψυχολογικές αντιδράσεις πασχόντων με AIDS

Η καλή ψυχολογική κατάσταση διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην πορεία της συγκεκριμένης πάθησης. Είναι εξαιρετικά δύσκολο, όμως, κάποιος που νοσεί από μια τέτοια πάθηση κυρίως στο πρώτο άκουσμα της διάγνωσης να δεχτεί και να αντιμετωπίσει την όλη κατάσταση με ψυχραιμία. Η πρώτη αντίδραση του πάσχοντα στην αναγγελία πως νοσεί από αυτή την πάθηση είναι η ταραχή και η έκπληξη, οι οποίες τις περισσότερες φορές συνοδεύονται από άλλα αισθήματα όπως είναι για παράδειγμα η αγωνία, η ανασφάλεια αλλά και από ψυχοκινητικά συμπτώματα, όπως είναι για παράδειγμα η ψυχοκινητική ανησυχία, η ταχυκαρδία, οι ιδρώτες, ο τρόμος, το κλάμα κλπ (Καλαϊτζιδάκη και Πανταζίδης, 2005).

Κάποιοι οι οποίοι είναι θετικοί ασυμπτωματικοί φορείς για μεγάλη χρονική περίοδο και ζουν με τεράστια αγωνία μήπως παρουσιάσουν τη συγκεκριμένη πάθηση, πολλές φορές παρουσιάζονται (όσο και εάν ακούγεται παράδοξο) ανακουφισμένοι, στην περίπτωση στην οποία τεθεί η διάγνωση και συνεργάζονται ψύχραιμα με τους εκάστοτε θεραπευτές τους (Li and DeClercq, 2016).

Διαφορετική στάση τις περισσότερες φορές έχουν όσοι δεν δέχονται την πραγματικότητα, εθελουφλούν και αμφισβητούν τα ιατρικά αποτελέσματα. Εκείνοι δεν έχουν άμεση συνεργασία όσο και εάν επιθυμούν να δείχνουν ήρεμοι, καθώς ο χαρακτήρας τους δεν αντέχει τη σκληρή πραγματικότητα. Απαιτείται τεράστια υπομονή και προώθηση στο ζήτημα που θα επέλθει από τη μεριά του ιατρού και των νοσηλευτών, αλλά θα γίνει σιγά-σιγά.

Η οργή για την κακοτυχία είναι συνηθισμένο φαινόμενο σε αρκετούς πάσχοντες αυτής της μορφής. Οι ισχυρές συναισθηματικές αντιδράσεις εντοπίζονται ως επί το πλείστον σε ανθρώπους με πολύ προγραμματισμένη κατεύθυνση στη ζωή τους, οι οποίοι δεν είναι ικανοί να αποδεχθούν οποιαδήποτε ματαίωση των θέλω τους. Παρόλα αυτά, τόσο η οργή όσο και η άρνηση, υποκρύπτουν τεράστιο άγχος και

αδυναμία να καταφέρουν να αντέξουν το βάρος μιας παρόμοιας χρόνιας πάθησης. Η οργή αποτελεί προβολή προς τα έξω και η άρνηση αυταπάτη και απόκρυψη από τον ίδιο τον εαυτό τους, στάσεις οι οποίες δεν βοηθούν σε μεγάλο βαθμό στη συνεργασία του πάσχοντα με το προσωπικό υγείας (Chin and Gillies, 2016).

Κάποιοι πάσχοντες μένουν εμβρόντητοι στην αναγγελία πως είναι οροθετικοί, με κυριότερη επίπτωση πολλές φορές να εγκαταλείπουν τα πάντα και είναι τόσο απογοητευμένοι που δεν θέλουν ούτε να φάνε αλλά ούτε και να μιλήσουν με τους γύρω τους. Ύστερα από τις αντιδράσεις των πρώτων σταδίων, αυτό το οποίο κυριαρχεί κατά κύριο λόγο είναι μια αγχώδης κατάθλιψη. Αυτή παρουσιάζει διαφορετικές διατάσεις και εμφανίζεται με διαφορετικές μεθόδους, που είναι σημαντικό να γνωρίζει ο θεράπων ιατρός με κυριότερο στόχο να κάνει τους κατάλληλους χειρισμούς (Volberding et al., 2012).

Η διαρκής αγχώδης αναμονή χρωματίζει την όλη συμπεριφορά των συγκεκριμένων πασχόντων. Διακατέχεται από φοβίες για την έκβαση της κατάστασης, τρέμει μπροστά στην πιθανότητα μιας καινούριας εκδήλωσης είτε επιπλοκής, νοιώθει πως χάνει το τιμόνι της ζωής του, καθώς υφίσταται ζητήματα οικογενειακά, επαγγελματικά, κοινωνικά κλπ. Ένα συναίσθημα ανασφάλειας κυριαρχεί στη συναισθηματική του ζωή με σημαντικές φοβίες, πως η οικογένειά του είτε η σύντροφός του θα τον εγκαταλείψουν είτε πως οι γύρω του θα τον αποφεύγουν (Yarchoan, 2014).

Το φαινόμενο της κατάθλιψης όπως επίσης και το άγχος έχει άμεση σχέση με αρκετές σωματικά συμπτώματα, που είναι δυνατόν να εκληφθούν σαν επιδείνωση από τον πάσχοντα, που έτσι κι αλλιώς έχει αγωνία για κάθε καινούρια εκδήλωση (για τη σωματική του εμφάνιση, την επανεισαγωγή του στο νοσοκομείο κλπ) (Li and DeClercq, 2016).

Η ανορεξία της κατάθλιψης, οι κομμάρες, η απώλεια σωματικού βάρους, οι ζαλάδες, οι ψυχοσωματικές διαταραχές από το γαστρεντερικό κλπ, είναι εφικτό να λογιστούν όσο καθοριστικό κομμάτι της κλινικής εικόνας αυτών των πασχόντων. Όλα όσα προαναφέρθηκαν είναι εφικτό να επιφέρουν μεγαλύτερη απογοήτευση στον πάσχοντα.

Κατά παρόμοιο τρόπο, λόγω του ότι ο πάσχων ενημερώνεται πως με το χρόνο παρουσιάζονται συμπτώματα από το αναπνευστικό, το γαστρεντερικό και το νευρικό σύστημα είτε ακόμα και στο δέρμα, υφίστανται συμπτώματα αγχώδους σειράς όπως για παράδειγμα δυσκολία αναπνοής, ναυτίες, διάρροιες, δυσκολία συγκέντρωσης κλπ (Zhang and Lewin, 2018).

Στο συγκεκριμένο σημείο είναι σημαντικό να τονιστεί πως η ψυχική κατάσταση αυτών των πασχόντων πολλές φορές επιβαρύνεται περισσότερο λόγω της προσβολής του ίδιου του εγκεφάλου. Με το πέρασμα των ετών γίνεται δυστυχώς αντιληπτό πόσα νέα άτομα καταλήγουν σε μια γεροντική πάθηση, όπως είναι για παράδειγμα η άνοια (είτε σε παλαιότερες εποχές η σύφιλη κλπ). Μια πάθηση αυτής της μορφής είναι εφικτό να επιφέρει σημαντικές διαταραχές ως επί το πλείστον στις διανοητικές δράσεις των ανθρώπων και κατά κύριο λόγο στην πρόσφατη μνήμη, τη συγκέντρωση είτε ακόμα και στην κρίση (Vinayaka and Ganjam, 2016).

Στη σύγχρονη εποχή, υφίστανται αρκετές έρευνες, βάσει με τις οποίες ο εν λόγω ιός έχει την ευχέρεια να προσβάλει τον ανθρώπινο εγκέφαλο, τη μικρογλοία καθώς επίσης και τα ολιγοδενδροκύτταρα και γενικότερα έχει τη δυνατότητα να επιφέρει μια απομυελινωτική κατάσταση, που αποτελεί τη βάση της ανοικτής έκπτωσης των δράσεων. Σε άλλες καταστάσεις, μια μονοπυρήνωση είτε άλλη περιπίπτουσα πάθηση (όπως είναι για παράδειγμα η τοξοπλάσμωση, η εγκεφαλίτιδα από έρπητα κλπ) είναι δυνατόν να προσφέρει σημεία από το κεντρικό νευρικό σύστημα την εικόνα οξέος οργανικού συνδρόμου (Whiteside, 2017).

Αρκετοί ερευνητές τα τελευταία χρόνια αναφέρουν πως υφίστανται ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά πασχόντων αυτής της μορφής οι οποίοι εμφανίζουν ένα είδος διανοητικής έκπτωσης (ένα ποσοστό σχεδόν 50%), αλλά αναφέρουν παράλληλα πως καθοριστικό είναι και το ποσοστό μεταξύ των θετικών και των μη συμπτωματικών φορέων αυτής της μορφής (το συγκεκριμένο ποσοστό ανέρχεται στο 15%). Παρόλα αυτά, αρκετοί πάσχοντες στο τελικό στάδιο έχουν καταφέρει να συμφιλιωθούν με την εν λόγω πάθηση και αντιμετωπίζουν το τεράστιο αυτό ζήτημα το οποίο κλήθηκαν να φέρουν σε πέρας με θάρρος (Preedy and Watson, 2017).

Οι περισσότεροι νοσούντες καλούνται να ακολουθήσουν και να εφαρμόσουν τις ιατρικές οδηγίες που λαμβάνουν καθώς επίσης και την ιατροφαρμακευτική αγωγή

που τους έχει δοθεί πιστά, καθώς ζουν με την ελπίδα πως με αυτόν τον τρόπο θα κατορθώσουν να νικήσουν τον πιο μεγάλο αντίπαλό τους που απειλεί την ίδια τους τη ζωή. τρέφονται με αισθήματα στοργής αλλά και αλτρουισμού ενώ την ίδια ώρα διακατέχονται από υψηλά ιδανικά και στόχους για το μέλλον (Καλαϊτζιδάκη και Πανταζίδης, 2005).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ HIV ΛΟΙΜΩΞΗ

6.1 Εισαγωγή

Οι νοσηλευτές παίζουν καθοριστικό ρόλο στους συγκεκριμένους πάσχοντες, οι οποίοι εισέρχονται στο νοσοκομείο. Ακόμα, στα νοσοκομεία υφίσταται δυνατότητα να συγκεντρωθούν γνώσεις και δεδομένα για την πάθηση αλλά και να υλοποιηθούν διαφορετικές θεραπευτικές τεχνικές και έρευνες. Η ύπαρξη μιας τέτοιας λοίμωξης ανάγκασε το περιβάλλον των νοσοκομείων να διαμορφωθεί ξανά προκειμένου να υποστηρίξει αυτούς τους πάσχοντες, προστατεύοντας παράλληλα από τη μετάδοση όλους τους άλλους.

Παράλληλα, στα σύγχρονα νοσοκομεία σε διεθνές αλλά και σε εθνικό επίπεδο, με την ύπαρξη μιας τέτοιας πάθησης άλλαξαν οι υπηρεσίες οργάνωσης σε ό,τι έχει να κάνει με τα ιατρικά χρηματοοικονομικά αλλά και διοικητικά ζήτημα και διαφοροποιήθηκε σε τεράστιο επίπεδο η κατανομή του προσωπικού αλλά και οι σχέσεις τους με τους πάσχοντες (Chin and Gillies, 2016).

Η νοσηλεία των εν λόγω πασχόντων δεν είναι εύκολη υπόθεση, καθώς η ίδια η πάθηση έχει σημαντικές ιδιαιτερότητες, οι οποίες εμφανίζονται άμεσα ή ακόμα και κατά την εξέλιξή της. Αυτό πολλές φορές οδηγεί τους κωντινούς ανθρώπους του πάσχοντα να περιέχονται σε αρκετά επίπεδα και φάσεις της νοσηλευτικής φροντίδας, φέρνοντάς τους πολλές φορές αντιμέτωπους με το νοσηλευτικό προσωπικό (Stanhope and Lancaster, 2009).

Ακόμα, όσο οι φάσεις της εν λόγω πάθησης προχωρούν, ο φόρτος εργασίας για τους νοσηλευτές είναι πιο μεγάλος, και ακόμα πιο μεγάλη κατά την εξέλιξη της πάθησης είναι η ψυχολογική φόρτισή τους. Σημαντικό είναι πολλές φορές να αναπτύσσονται μικρότερες ομάδες νοσηλευτών, οι οποίοι θα ελέγχουν ένα

καθορισμένο αριθμό κλινών, με κυριότερο στόχο να μοιράζεται η νοσηλευτική φροντίδα. Εάν υφίσταται δυσκολία και σε αυτήν την περίπτωση, σημαντικό είναι να υπάρχει και μια εναλλακτική νοσηλεία.

Είναι σημαντικό, παράλληλα, να υφίσταται η απαιτούμενη πρόληψη του άμεσου κίνδυνου που διατρέχουν οι νοσηλευτές να μολυνθούν από τη συγκεκριμένη πάθηση. Ο κίνδυνος για ατυχήματα στα οποία είναι εφικτό ένας νοσηλευτής να πληγωθεί με μολυσμένο υλικό ενός τέτοιου πάσχοντα, παρουσιάζει ανοδική τάση σε περιόδους αυξημένου φόρτου εργασίας αλλά και κατά τις βραδινές ώρες, στις αιμοληψίες καθώς επίσης και στις περιπτώσεις χειρισμού με τους καθετήρες (Maina et al., 2016).

Παράλληλα, με τον κίνδυνο μετάδοσης της συγκεκριμένης πάθησης σε αυτούς τους επαγγελματίες υγείας, υφίσταται και ο κίνδυνος για μετάδοση όλων των ευκαιριακών λοιμώξεων που έχουν άρρηκτη σχέση με αυτούς τους πάσχοντες. Με κυριότερο σκοπό την αποδοτικότερη πρόληψη, έχουν συσταθεί εξειδικευμένοι κανονισμοί από τις υπηρεσίες ενδο-νοσοκομειακής υγιεινής (Marranzano, 2013).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες για τη φροντίδα αυτής της μορφής αυτών των πασχόντων, έχουν συσταθεί από τον ΠΟΥ σε άμεση συνεργασία με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών και περιέχουν συστάσεις για τα δικαιώματα και τις κυριότερες αρμοδιότητες και ευθύνες των συγκεκριμένων επαγγελματιών υγείας. Ειδικότερα, οι νοσηλευτές βάσει με αυτές τις οδηγίες θα πρέπει να διασφαλίζουν την εμπιστοσύνη των πασχόντων και να τηρούν την εχεμύθεια για τη συγκεκριμένη πάθηση (Minnaar, 2005).

Ακόμα, είναι σημαντικό να βοηθούν το περιβάλλον του πάσχοντα προκειμένου να αντιμετωπίσουν όλα τα ζητήματα τα οποία υφίστανται από την ύπαρξη της εν λόγω λοίμωξης. Παράλληλα, το Συμβούλιο που αναφέρθηκε παραπάνω έχει αναλάβει την ενημέρωση αυτών των επαγγελματιών υγείας για αυτές τις λοιμώξεις αλλά και τη στήριξη του ΠΟΥ στις προσπάθειες που γίνονται, τα τελευταία χρόνια, για καλύτερη ενημέρωση του ευρύτερου κοινού καθώς επίσης και των φροντιστών (Durham, 2009).

Οι πιο πολλές κατευθυντήριες οδηγίες αφορούν τις μεθόδους μετάδοσης του ιού καθώς επίσης και την πρόληψη στο νοσοκομειακό περιβάλλον, τις κυριότερες αρχές της νοσηλευτικής φροντίδας για τους συγκεκριμένους πάσχοντες και το περιβάλλον τους, την κατάρτιση ως προς την άσκηση πρόληψης και σε διαφορετικές συμβουλές και τις οδηγίες στους ανθρώπους οι οποίοι πάσχουν, με κυριότερο στόχο να υφίσταται η βέλτιστη εφικτή αντιμετώπιση αναλόγως με το επίπεδο της πάθησης που βρίσκεται ο εκάστοτε πάσχων (Stanhope and Lancaster, 2009).

Πιο συγκεκριμένα, εντός των νοσοκομείων, οι κυριότεροι στόχοι οι οποίοι είναι σημαντικό να επιτευχθούν είναι η παροχή πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον εκάστοτε πάσχοντα, ισότιμα, χωρίς να υφίσταται καμία απολύτως εξάρτηση από την καταγωγή του καθώς επίσης και την κοινωνική είτε οικονομική του κατάσταση. Τέλος, στα ιδρύματα αυτά είναι σημαντικό να αναπτύσσεται αλλά και να προάγεται η βιο-κοινωνική μελέτη, η οποία παίζει καθοριστικό ρόλο στη θεραπευτική προσέγγιση αυτής της πάθησης αλλά και να σχεδιάζονται επιμορφωτικά σεμινάρια για νοσηλευτές και φροντιστές αυτής της πάθησης αλλά και για το ευρύτερο κοινό (Maina et al., 2016).

6.2 Στόχοι νοσηλευτικής φροντίδας

Οι κυριότεροι στόχοι της νοσηλευτικής φροντίδας εστιάζουν κατά κύριο λόγο στην προστασία του πάσχοντα από καινούριες λοιμώξεις και επιπλοκές, στην πρόληψη της μετάδοσης των υπαρχόντων λοιμώξεων και του AIDS σε άλλους ανθρώπους είτε στο νοσηλευτικό προσωπικό, ο συστηματικός έλεγχος της κατάστασης και της εξέλιξης της πάθησης καθώς επίσης και η ενίσχυση της άμυνας του πάσχοντα με την κατάλληλη διατροφή και ενυδάτωση (Marranzano, 2013).

Εξίσου σημαντικοί στόχοι, όμως, είναι η ανακούφιση του πόνου και των υπολοίπων συμπτωμάτων με εφαρμογή θεραπευτικών είτε νοσηλευτικών μέτρων, ο διάλογος, η συνεργασία και η καλή επικοινωνία με τον πάσχοντα, η ψυχολογική υποστήριξη καθώς επίσης και η ενίσχυση του πάσχοντα και των συγγενών του, η κατάρτιση αυτοπροστασίας, αυτό-φροντίδας είτε η προστασία του περιβάλλοντος καθώς επίσης και η ενθάρρυνση και η καθοδήγηση, με κυριότερο στόχο να καταφέρει

να αναλάβει ο ίδιος ο πάσχων την ευθύνη και τη φροντίδα της υγείας του (Stanhope and Lancaster, 2009).

Συνεπώς, η φροντίδα αυτής της μορφής ως επί το πλείστον στοχεύει στην ολιστική φροντίδα εξατομικευμένη στον εκάστοτε πάσχοντα είτε τον φορέα αυτής της λοίμωξης. Η εν λόγω φροντίδα έχει ανάγκη από δεξιότητες, δεξιότητα, εμπιστοσύνη και τις περισσότερες φορές εστιάζει στις γνώσεις παθοφυσιολογίας αυτής της λοίμωξης και στη σύγχρονη νοσηλευτική επιστήμη, στόχος της οποίας είναι η προσφορά υψηλότερης ποιότητας φροντίδας σε όλους τους πάσχοντες, χωρίς να υφίσταται καμία εξάρτηση από το φύλο, την ηλικιακή ομάδα που ανήκει κάποιος, τη φυλή, τη θρησκεία κλπ (Minnaar, 2005).

Η ορθή διοίκηση της νοσηλευτικής είναι το ίδιο καθοριστική με την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στους πάσχοντα. Η νοσηλευτική διοίκηση είναι υπεύθυνη για την κάλυψη των υπηρεσιών με επαρκείς και κατάλληλο προσωπικό, το σχεδιασμό, τη συμβουλευτική, την καθιέρωση πολιτικής και δράσεων ρουτίνας αλλά και την ανάπτυξη κλίματος και φιλοσοφίας που εστιάζει στο σεβασμό της ανθρώπινης αξίας, που ευνοούν και προωθούν σε μεγάλο βαθμό την παροχή υψηλότερου επιπέδου φροντίδας που όλοι οι πάσχοντες δικαιούνται (Maina et al., 2016).

6.3 Αρχές νοσηλευτικής δεοντολογίας

Η δεοντολογία αυτή αποτελεί έναν κώδικα συμπεριφοράς που έχει άμεση σχέση με τους νοσηλευτές. Ο κώδικας αυτός είναι αποδεκτός οικειοθελώς και δεν έχει επιβληθεί με επίσημη νομοθεσία σε καμία χώρα. Πιο συγκεκριμένα, πρόκειται για το σύνολο γνώσεων και κανονισμών οι οποίοι οριοθετούν τη συμπεριφορά των νοσηλευτών σε ό,τι έχει να κάνει με την άσκηση των επαγγελματικών τους αρμοδιοτήτων και γενικότερα οριοθετούν τις εκδηλώσεις τους, τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό βίο, προκειμένου να καταφέρουν να ανταποκριθούν στην υψηλή αποστολή τους και να δικαιώνονται κοινωνικά (Li and DeClercq, 2016).

Στη δεοντολογία αυτή είναι σημαντική η ενημέρωση του νοσηλευτή (για τα επαγγελματικά του καθήκοντα αλλά και για τον επιβαλλόμενο τρόπο συμπεριφοράς

του στο περιβάλλον εργασίας του), είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να βοηθούν στην ανάπτυξη ορθότερων και καλύτερων διαπροσωπικών σχέσεων τόσο με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας όσο και με τους πάσχοντες και την οικογένειά τους, είναι σημαντική η ευαισθητοποίηση των νοσηλευτών προκειμένου να συνειδητοποιήσουν τις ευθύνες που καλούνται να αναλάβουν, είναι καθοριστική η εστίαση προκειμένου να βλέπουν τον πάσχοντα σαν μια μοναδική ψυχοσωματική οντότητα με απαιτήσεις και δικαιώματα ενώ τέλος είναι καθοριστικό να προσφέρονται οι απαιτούμενες γνώσεις και να οπλίζουν τους νοσηλευτές για τα ζητήματα τα οποία υφίσταται από τη σύγκρουση των αρμοδιοτήτων και των δεοντολογικών διλημμάτων που θα κληθούν να αντιμετωπίσουν στην καθημερινή πράξη (Marranzano, 2013).

Επομένως, στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να επισημανθεί πως ο Διεθνής Κώδικας Ηθικών Καθηκόντων Διπλωματούχων Νοσηλευτών παρουσιάζει το μοντέλο νοσηλευτικού επαγγέλματος το οποίο επικρατεί στη σύγχρονη εποχή σε παγκόσμιο επίπεδο. Υφίστανται ηθικοί κανόνες με ευρύτερη ισχύ στους οποίους είναι σημαντικό να ανατρέχουν οι νοσηλευτές με στόχο να μπορέσουν να επιλύσουν ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζουν (Durham, 2009).

Μερικές από τις κυριότερες οδηγίες που καλείται να εφαρμόσει το νοσηλευτικό προσωπικό με στόχο την ασφάλεια νοσηλεία των συγκεκριμένων πασχόντων, είναι πως η νοσηλεία τους είναι καθοριστικό να γίνεται σε διαφορετικούς θαλάμους, οι νοσηλευτές θα πρέπει να φοράνε ειδικές μπλούζες, γάντια, μάσκες κλπ, είναι καθοριστικό το σχολαστικό πλύσιμο χεριών ενώ ζωτικής σημασίας είναι η αποφυγή τραυματισμών είτε νύξεων με βελόνα είτε άλλα αιχμηρά αντικείμενα (Minnaar, 2005).

Επίσης, είναι σημαντικό η διάθεση των βελόνων και των υπολοίπων υλικών να υλοποιείται σε εξειδικευμένους αδιάτρητους σάκους. Εξίσου καθοριστική είναι η αποστείρωση των εργαλείων, ο συστηματικός καθαρισμός των επιφανειών, η ειδική ενημέρωση των εργαστηριακών από τους κλινικούς, η αποστολή δειγμάτων που θα γίνεται σε πλαστικά σωληνάρια είτε σκεύη που περιέχουν καπάκι καθώς επίσης και το γεγονός πως σε περιπτώσεις ομοφυλόφιλων, τοξικομανών κλπ θα πρέπει να

δίνεται ειδική φροντίδα έως ότου διαπιστωθεί πως δεν έχουν anti-HIV (Maina et al., 2016).

6.4 Διαχείριση και έλεγχος των πασχόντων με HIV/AIDS

Η αποβολή της εκάστοτε προκατάληψης είτε των φοβιών και η διάθεση σημαντικών γνώσεων της παθογένειας των μεθόδων μετάδοσης, της διάγνωσης, των κλινικών εκδηλώσεων καθώς επίσης και της θεραπείας της πάθησης αποτελούν καθοριστικά κριτήρια με στόχο την κατάλληλη αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων (Li and DeClercq, 2016).

Στην περίπτωση που ένας άνθρωπος διαγνωστεί με αυτή τη λοίμωξη, ενημερώνεται από τον θεράπον ιατρό του για τα αποτελέσματα των εξετάσεων. Στο συγκεκριμένο επίπεδο ο ιατρός γνωστοποιεί με πλήρη ειλικρίνεια στον πάσχοντα κατ' ιδίαν τα αποτελέσματα, δίχως πίεση χρόνου. Είναι καθοριστικό να τονιστεί πως ο ιατρός είναι σημαντικό να ενισχύσει τον ψυχισμό του πάσχοντα ενώ είναι ζωτικής σημασίας να δηλώσει ρητά στον πάσχοντα πως τα διαθέσιμα έως σήμερα φάρμακα δεν έχουν την ευχέρεια για την ίαση αυτής της λοίμωξης, αλλά χρησιμεύουν με στόχο την επιβράδυνση της εξέλιξης αυτής της πάθησης (Stanhope and Lancaster, 2009).

Στη συνέχεια ακολουθεί η ανώνυμη δήλωση του περιστατικού στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων διαμέσου της συμπλήρωσης ειδικού εντύπου όπου καταγράφονται τα αρχικά του ονοματεπώνυμου του πάσχοντα καθώς επίσης και η ημερομηνία γέννησης. Επίσης, οι απαιτούμενες ιατρικές πληροφορίες για την εν λόγω λοίμωξη (όπως για παράδειγμα υλοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων κλπ) προσφέρονται με τη χρησιμοποίηση των αρχικών του ονόματος και του επωνύμου του πάσχοντα και ενός κωδικού αριθμού (Anderson, 2014).

Είναι σημαντικό ο πάσχον να ενημερωθεί για τους τρόπους μετάδοσης, την κατάλληλη χρήση προφυλακτικού που μειώνει αισθητά τον κίνδυνο μετάδοσης κλπ. Σε ό,τι έχει να κάνει με τη νοσηλεία των συγκεκριμένων πασχόντων, είναι σημαντικό να τονιστεί πως οι πάσχοντες αυτοί είναι δυνατόν να νοσηλευτούν σε οποιοδήποτε τμήμα του νοσοκομείου και να υποβληθούν σε κάθε είδους εξέταση είτε θεραπευτική παρέμβαση, έχοντας σαν βασικότερο κριτήριο την τήρηση των απαιτούμενων μέτρων

πρόληψης αιματογενούς μετάδοσης (χρήση γαντιών μιας χρήσης, χρήση μάσκας, γυαλιών και ειδικών στολών, απόρριψη βελόνων σε ειδικούς πλαστικούς κάδους, αποστείρωση με θέρμανση των συσκευών κλπ) (Maina et al., 2016).

Παράλληλα, σε περίπτωση που κατά τη νοσηλεία των συγκεκριμένων πάσχοντος κάποιος από το νοσηλευτικό είτε το ιατρικό προσωπικό τραυματιστεί με βελόνα είτε άλλο αιχμηρό αντικείμενο μολυσμένο με αίμα κάποιου οροθετικού πάσχοντα είναι ζωτικής σημασίας να εφαρμοστούν άμεσο πλύσιμο και απολύμανση του σημείου με απολυμαντικά τα οποία έχουν σαν βάση την αιθυλική αλκοόλη, αιματολογική εξέταση με στόχο τον εντοπισμό αντισωμάτων και επαναληπτική εξέταση σε 6 εβδομάδες, σε 12 εβδομάδες καθώς επίσης και σε 6 μήνες, καταγραφή συμβάντος καθώς επίσης και αντιρετροϊκή χημειοπροφύλαξη μέσα στις πρώτες 2 ώρες ύστερα από την έκθεση είτε τουλάχιστον μέσα στις πρώτες 2 ημέρες (Marranzano, 2013)

Με κυριότερο στόχο τη βέλτιστη εφικτή αντιμετώπιση αυτής της πάθησης και της βελτίωσης της υγείας των συγκεκριμένων ασθενών χρειάζεται να διασφαλισθεί η συνεργασία του και να προληφθεί η ύπαρξη των επιπλοκών. Για αυτό το λόγο ο πάσχον είναι σημαντικό να ενημερωθεί για τη χρήση αλλά και την ένδειξη της εξειδικευμένης αντιρετροϊκής αγωγής καθώς επίσης και για τον καθοριστικό ρόλο της καλής συμμόρφωσης, την αναγκαιότητα αποφυγής επί-λοιμώξεως από άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα καθώς οι συγκεκριμένοι ασθενείς κινδυνεύουν να μολυνθούν από καινούριο πιο παθογόνο είτε ανθεκτικό στις φαρμακευτικές αγωγές στέλεχος του εν λόγω ιού καθώς επίσης και για τον καθοριστικό ρόλο των εμβολιασμών και της ανοσοπροφύλαξης σε σχέση με διαφορετικές λοιμώξεις αφού οι συγκεκριμένοι ασθενείς πολλές φορές παρουσιάζουν καθοριστικές επιπλοκές. Εξαιρουμένων των εμβολίων ζώντων εξασθενημένων βακτηρίων είτε ιών (όπως είναι για παράδειγμα της φυματίωσης, ιλαράς κλπ) όλα τα άλλα εμβόλια είναι ασφαλή για τους εν λόγω πάσχοντες. Παρόλα αυτά εντοπίζεται αισθητά ελαττωμένη απόκριση των εμβολίων και αμεσότερη ελάττωση του προστατευτικού τίτλου αντισωμάτων σε αυτούς τους ασθενείς (Durham, 2009).

Τέλος, είναι καθοριστικό να τονιστεί πως αποτελεί ζωτικής σημασίας τόσο ο κλινικός έλεγχος αυτών των πασχόντων όσο και το άμεσο ξεκίνημα της

αντιρετροϊκής αγωγής. Οι συγκεκριμένοι πάσχοντες χρειάζεται να παραπέμπονται στην πλησιέστερη Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων και να ελέγχονται από ιατρό που έχει μεγάλη πείρα στην καταπολέμηση παρόμοιων παθήσεων (Anderson, 2014).

Η αγωγή αυτή έχει άμεση σχέση με την κλινική συμπτωματολογία από το επίπεδο της εν λόγω λοίμωξης είτε το σύνολο των CD4 κυττάρων και από τον ποσοτικό καθορισμό του HIV-RNA. Ακόμα, η τριπλή αντιρετροϊκή αγωγή έχει να κάνει με ανθρώπους με αυτή την πάθηση είτε σοβαρά συμπτώματα αυτής της λοίμωξης χωρίς να υφίσταται εξάρτηση από το σύνολο των συγκεκριμένων κυττάρων και του ιικού φορτίου ενώ γίνεται χρήση και από μη συμπτωματικούς πάσχοντες με λιγότερα από 200 κύτταρα/ml, ανεξαρτήτως ιικού φορτίου (Stanhope and Lancaster, 2009).

6.5 Ο ρόλος του νοσηλευτική στην πρόληψη

Καθοριστικός είναι ο ρόλος που παίζουν οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες υγείας στην κατάρτιση των ανθρώπων αλλά και της κοινωνίας σε ό,τι έχει να κάνει με την εν λόγω επιδημία και την πρόληψη της διασποράς της. Όλοι οι σεξουαλικά ενεργοί άνθρωποι είναι ζωτικής σημασίας να γνωρίζουν τις μεθόδους με τις οποίες μεταδίδεται η συγκεκριμένη λοίμωξη (Marranzano, 2013).

Οι πιο ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές είναι η αποχή από τη σεξουαλική επαφή, η μακροχρόνια αμοιβαία μονογαμική σεξουαλική επαφή μεταξύ δυο ανθρώπων οι οποίοι δεν έχουν προβληθεί από αυτόν τον ιό καθώς επίσης και η απουσία άμεσης σεξουαλικής επαφής (αμοιβαίος αυνανισμός). Οι πάσχοντες που έχουν σεξουαλικές επαφές είναι σημαντικό να γνωρίζουν τις πρακτικές του ασφαλούς σεξ που παρουσιάζονται στη συνέχεια (Minnaar, 2005).

Αρχικά, η σχέση είναι καθοριστικό να είναι αμοιβαία μονογαμική καθώς σε διαφορετική περίπτωση χρειάζεται να περιοριστεί το σύνολο των σεξουαλικών συντρόφων. Επίσης, είναι σημαντικό να μην υφίσταται σεξουαλική επαφή δίχως προστατευτικά μέτρα, κυρίως στην περίπτωση στην οποία δεν είναι γνωστή η κατάσταση του εκάστοτε συντρόφου σε ό,τι έχει να κάνει με μια τέτοια λοίμωξη. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε πως ένας άνθρωπος που είναι μολυσμένος είναι

δυνατόν να μεταδώσει τη συγκεκριμένη λοίμωξη έως και για 6 μήνες πριν γίνει οροθετικός (Anderson, 2014).

Στην περίπτωση στην οποία αρχίζει μια καινούρια μονογαμική σχέση και οι δυο σύντροφοι είναι σημαντικό να εξεταστούν για αυτή τη λοίμωξη. Στην περίπτωση στην οποία τα αποτελέσματα δεν είναι θετικά καλό είναι να απέχουν από το σεξ για διάστημα 6 μηνών και να επανέλθουν ξανά για εξέταση. Στην περίπτωση στην οποία και η επόμενη εξέταση δεν είναι θετική είναι δυνατόν να λογιστεί πως η σεξουαλική τους δράση είναι ασφαλής (Durham, 2009).

Κατά τη σεξουαλική επαφή θα πρέπει να γίνεται χρήση προφυλακτικού από latex και να αποφεύγεται η χρησιμοποίηση προφυλακτικών από φυσικά υλικά είτε από δέρμα ζώου καθώς προσφέρουν τη δυνατότητα της εισχώρησης του συγκεκριμένου ιού. Κατά την κολπική είτε την πρωκτική επαφή είναι σημαντική η επάλειψη του προφυλακτικού με το σπερματοκτόνο παράγοντα nonoxynol-9 για περισσότερη προστασία.

Επίσης, είναι σημαντικό να μη γίνεται χρήση από ελαιώδη λιπαντικά (όπως για παράδειγμα βαζελίνη κλπ) καθώς υφίσταται η δυνατότητα να δημιουργήσουν φθορά στο προφυλακτικό. Αντίθετα, τα υδατοδιαλυτά λιπαντικά λογίζονται ως αποδεκτά. Οι γυναίκες, παράλληλα, είναι σημαντικό να έχουν μαζί τους και να χρησιμοποιούν γυναικείο προφυλακτικό (Zhang and Lewin, 2018).

Εξίσου χρήσιμες οδηγίες είναι η αποφυγή κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών είτε οιοπνεύματος, η αποφυγή χρήσης κοινών βελονών, ξυραφιών κλπ, ενώ στην περίπτωση που κάποιος ασθενής βγει θετικός σε μια τέτοια εξέταση θα πρέπει άμεσα να ενημερώσει τους σεξουαλικούς συντρόφους του, να ενημερώσει το προσωπικό φροντίδας κλπ (Whiteside, 2017).

Στους πάσχοντες οι οποίοι είναι θετικοί σε αυτή τη λοίμωξη χρειάζεται να δίνονται οι κατάλληλες οδηγίες προκειμένου να απέχουν από τη δωρεά αίματος, οργάνων είτε σπέρματος. Είναι σημαντικό τους εξηγούν οι νοσηλευτές τις καλύτερες μεθόδους πρόληψης της έκθεσης άλλων ανθρώπων στα σωματικά υγρά τους, με την αποφυγή για παράδειγμα της κοινής χρήσης βελονών, ξυριστικών κλπ. χρειάζεται, επίσης, να επισημαίνεται η σημασία της ενημέρωσης σε ό,τι έχει να κάνει με τη

διάγνωση αυτής της πάθησης οποιουδήποτε μέλους του υγειονομικού προσωπικού που προσφέρει άμεση φροντίδα και κυρίως αυτών που καλούνται να εκτελέσουν οδοντιατρικές, χειρουργικές είτε ακόμα και μαιευτικές επεμβατικές πρακτικές (Maina et al., 2016).

Το προσωπικό φροντίδας είναι εφικτό πλέον να προλάβει τις πιο πολλές περιπτώσεις έκθεσης στο συγκεκριμένο ιό με την τήρηση των συνηθισμένων μέτρων προφύλαξης. Όσο η παρακολούθηση συνεχίζει να είναι προαιρετική δεν είναι εφικτό να αναγνωριστεί ο εκάστοτε πάσχων ο οποίος έχει μια τέτοια λοίμωξη. Από τη στιγμή, όμως, που τηρούνται οι συνηθισμένοι κανόνες προφύλαξης για όλους αντιμετωπίζονται όλοι οι πάσχοντες με τον ίδιο τρόπο και δεν υφίσταται με αυτόν τον τρόπο ανάγκη να γνωρίζει την κατάσταση τους κανένας (Marranzano, 2013).

Όλα τα σωματικά υγρά τα οποία είναι αυξημένου κινδύνου είναι σημαντικό να αντιμετωπίζονται κατά τη μεταφορά τους ως μολυσμένα. Χρειάζεται, ακόμα, να λαμβάνονται μέτρα με κυριότερο στόχο την προστασία του δέρματος και των βλεννογόνων καθώς επίσης και με στόχο την αποφυγή διαδερμικής έκθεσης σε αυτά. Στο προσωπικό φροντίδας υγείας το οποίο έχει υποστεί τραυματισμό από βελόνα είναι σημαντικό να υλοποιηθεί ο απαιτούμενος έλεγχος και προσφέρεται ψυχολογική υποστήριξη. από μερικούς ιατρούς, μάλιστα, καθώς επίσης και από αρκετά νοσηλευτικά ιδρύματα συνιστάται μετά από τυχαίο τραυματισμό με βελόνα είτε μετά από εκτίναξη σταγονιδίων σωματικών υγρών, η προφυλακτική αγωγή με AZT, παρά το γεγονός πως η εν λόγω θεραπεία είναι σημαντικό να ξεκινάει αμέσως ενώ η αποδοτικότητά της έχει αμφισβητηθεί από αρκετές μελέτες των τελευταίων ετών (Whiteside, 2017).

6.6 Ο ρόλος του νοσηλευτική κατά την εισαγωγή του ασθενή με AIDS

Κατά την αρχική επαφή του νοσηλευτή με τον πάσχοντα, ο νοσηλευτής είναι σημαντικό να συλλέξει τα απαραίτητα στοιχεία από το ιστορικό υγείας και τη φυσική εξέταση που θα υλοποιήσει στον πάσχων. Από το ιστορικό υγείας ο νοσηλευτής συλλέγει καθορισμένα στοιχεία που έχουν άμεση σχέση με σημαντικούς παράγοντες κινδύνου. Επί της ουσίας λαμβάνονται στοιχεία για σεξουαλικές επαφές δίχως χρήση

προστατευτικών μέτρων, μεταγίσεις, τραυματισμοί από βελόνα, λοιμώξεις (όπως για παράδειγμα αφροδίσια νοσήματα κλπ), φαρμακευτικές αγωγές που λαμβάνονται, ταξίδι στο εξωτερικό, χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, κατοικίδια κλπ (Stanhope and Lancaster, 2009).

Αντίθετα, από τη φυσική εξέταση του πάσχοντα, οι νοσηλευτές συλλέγουν δεδομένα όπως είναι για παράδειγμα το ύψος, το σωματικό βάρος, η θρέψη, το δέρμα και οι βλεννογόνοι, η όραση, οι λεμφαδένες, οι αναπνευστικοί ήχοι, η ευαισθησία στην κοιλιά, η μυϊκή ισχύς, ο συντονισμός κινήσεων, η λειτουργία των εγκεφαλικών νευρών, το βάδισμα, τα τενόντια αντανακλαστικά, το ουρογεννητικό σύστημα, η διανοητική κατάσταση του πάσχοντα κλπ (Maina et al., 2016).

6.7 Ο ρόλος του νοσηλευτική κατά την παραμονή στην κλινική

Οι συγκεκριμένοι πάσχοντες οι οποίοι νοσηλεύονται στην κλινική είναι εφικτό να εμφανίσουν αρκετά και διαφορετικά ζητήματα. Ένα εξ αυτών είναι η ύπαρξη διαταραχών της ακεραιότητας του δέρματος όπου καθοριστικό ρόλο παίζουν η ξηροδερμία, οι διαταραχές θρέψης, η ακινησία εξαιτίας εύκολης κόπωσης καθώς επίσης και οι κακώσεις του δέρματος στα σημεία όπου ασκείται τεράστια πίεση (Minnaar, 2005).

Σε ό,τι έχει να κάνει με τη βλάβη της ακεραιότητας του δέρματος του πάσχοντα, θα πρέπει να τονιστεί πως η συντήρηση της συνέχειας του δέρματος είναι εξαιρετικά καθοριστική λόγω της προοδευτικής και εξουθενωτικής φύσης της πάθησης, μιας και το δέρμα αποτελεί την 1^η γραμμή άμυνας απέναντι στις λοιμώξεις αυτής της μορφής ενώ παράλληλα αποτελεί θέση ανάπτυξης δευτεροπαθών εκδηλώσεων της πάθησης, όπως συμβαίνει για παράδειγμα με το σάρκωμα Karosi κλπ (Durham, 2009).

Οι κυριότερες νοσηλευτικές παρεμβάσεις αυτής της μορφής περιέχουν καθορισμένα στάδια όπως είναι η συχνή παρακολούθηση του δέρματος, ο συχνός έλεγχος των δερματικών βλαβών για πιθανή ύπαρξη σημείων λοιμώξεων είτε καθυστέρηση επούλωσης, η αλλαγή θέσης του πάσχοντα ανά 2 ώρες είτε ακόμα πιο συχνά, η χρήση συσκευών άρσης της πίεσης, η συντήρηση του δέρματος καθαρού και

στεγνού με τη χρήση σαπουνιού το οποίο δεν ξηραίνει το δέρμα καθώς επίσης και η διενέργεια μαλάξεων γύρω αλλά όχι από πάνω από τις περιοχές στις οποίες ασκείται πίεση, προκειμένου να αυξηθεί η κυκλοφορία του αίματος (Whiteside, 2017).

Εξίσου σημαντικές νοσηλευτές παρεμβάσεις είναι η σύσταση στον πάσχων να αποφεύγει να ξύνεται, η αποφυγή χρησιμοποίηση θερμών είτε σφιχτών επιδέσμων, σε περίπτωση φυσαλίδων είναι σημαντικό να αφήνονται ανέπαφες και να καλύπτονται με υδροκολλοειδή επιθέματα, η πρόληψη του διαχωρισμού του δέρματος, η ενθάρρυνση της κινητοποίησης του πάσχοντα αλλά και ο έλεγχος της πρόσληψης τροφής και των επιπέδων λευκοματίνης στον ορό (Stanhope and Lancaster, 2009).

Εξίσου σημαντικές, όμως, είναι και οι διαταραχές θρέψης, η μη επαρκής κάλυψη των απαιτήσεων του οργανισμού κλπ. πολλοί παράγοντες οι οποίοι έχουν άμεση σχέση με αυτή τη λοίμωξη περιέχοντας και τις κλινικές εκδηλώσεις της εν λόγω πάθησης θέτουν τον πάσχων σε σοβαρό κίνδυνο παρουσίας διαταραχών θρέψης και απώλειας βάρους. Η διάρροια καθώς επίσης και η ανορεξία είναι εξαιρετικά πιθανόν να αποτελούν εκδηλώσεις της πάθησης είτε συνέπεια της αντιρετροϊκής αγωγής (Marranzano, 2013).

Η χρόνια διάρροια καθώς επίσης και το σύνδρομο απίσχνασης αποτελούν διαδεδομένες εκδηλώσεις στα όψιμα στάδια της συγκεκριμένης λοίμωξης. Το σύνδρομο αυτής της μορφής παρουσιάζεται με ακούσια απώλεια βάρους που ξεπερνά το 10-15% του αρχικού σωματικού βάρους, με έντονη διάρροια, ισχυρό πυρετό, χρόνια κόπωση αλλά και αδυναμία. Η διάρροια και η κόπωση διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ύπαρξη ενός τέτοιου συνδρόμου όπως επίσης και η ανοδική τάση του ρυθμού μεταβολισμού που έχει άρρηκτη σχέση με τον πυρετό, παρόλο που η ακριβής αιτία του συγκεκριμένου συνδρόμου τις περισσότερες φορές δεν είναι ξεκάθαρη.

Εξίσου καθοριστικό ρόλο παίζει και η καντιτίαση του στόματος καθώς επίσης και του οισοφάγου αλλά και το σάρκωμα Kaposi του πεπτικού σωλήνα που είναι εφικτό να επιφέρουν ισχυρούς πόνους κατά την κατάποση αναπτύσσοντας καθοριστικά ζητήματα σε ό,τι έχει να κάνει με τη σίτιση. Αυτά τα ζητήματα παίζουν σημαντικό ρόλο στην ύπαρξη ανορεξίας (Stanhope and Lancaster, 2009).

Οι κυριότερες νοσηλευτές παρεμβάσεις σε αυτές τις περιπτώσεις είναι η αξιολόγηση της κατάστασης θρέψης του πάσχοντα λαμβάνοντας στοιχεία όπως το σωματικό βάρος, ο δείκτης μάζας κλπ, η αναγνώριση των πιθανών αιτιών της διαταραχής θρέψης, η παροχή αντί-διαρροϊκών φαρμακευτικών αγωγών μετά τις κενώσεις και αντιεμετικών πριν από τα γεύματα, η χορήγηση φαρμακευτικών αγωγών με στόχο την καντιτίαση και τις άλλες παθολογικές εκδηλώσεις βάσει με τις οδηγίες καθώς επίσης και η προσοχή στη χορήγηση τροφίμων με τεράστια περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες (Maina et al., 2016).

Εξίσου σημαντικές δράσεις αυτής της μορφής είναι η παροχή της κατάλληλης διαίτας με υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες και θερμίδες, η προσφορά μαλακών τροφίμων σε μικρότερες μερίδες, ο σχεδιασμός γευμάτων μαζί με την οικογένεια του πάσχοντα, η υποστήριξη του πάσχοντα στη σίτιση, η παροχή συμπληρωματικών βιταμινών, η στοματική υγιεινή καθώς επίσης και η χορήγηση διεγερτικών της όρεξης βάσει με τις οδηγίες που έχουν δοθεί από τον θεράπων ιατρό (Durham, 2009).

6.8 Ο ρόλος του νοσηλευτική στη μετανοδοκομειακή φροντίδα

Η φροντίδα αυτής της μορφής περιέχει επί της ουσίας την κατ' οίκον φροντίδα του πάσχοντα κατά την περίοδο της οποίας οι απαιτήσεις για κατάρτιση τόσο του πάσχοντα όσο και των υπόλοιπων μελών της οικογενείας είναι ζωτικής σημασίας. Κυριότερος σκοπός της κατάρτισης είναι η ενημέρωση σε ό,τι έχει να κάνει με τη συγκεκριμένη πάθηση, με τις μεθόδους μετάδοσης καθώς επίσης και την αναμενόμενη εξέλιξή της (Whiteside, 2017).

Ο πάσχων και οι συγγενείς του είναι σημαντικό να λαμβάνουν την απαιτούμενη ενημέρωση σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα, έτσι ώστε να διαμορφώσουν ρεαλιστικές προσδοκίες για το μέλλον και να ξεδιαλύνουν πιθανούς μύθους, παρεξηγήσεις καθώς επίσης και λοιπές προκαταλήψεις σε ό,τι έχει να κάνει με την εν λόγω πάθηση (Marranzano, 2013).

Στο πλαίσιο της προετοιμασίας για τη φροντίδα αυτής της μορφής είναι σημαντικό να συζητηθούν με τον πάσχοντα και τους συγγενείς του καθορισμένα

ζητήματα όπως είναι οι πιο ασφαλείς πρακτικές στο σεξ, η θρέψη, η ξεκούραση, η άσκηση, η ελάττωση του άγχους, τα κυριότερα μέτρα πρόληψης της μετάδοσης της συγκεκριμένης λοίμωξης, η σημασία του συχνού ιατρικού ελέγχου της ανοσολογικής κατάστασης του πάσχοντα καθώς επίσης και η σωστή χορήγηση των φαρμακευτικών αγωγών που πρέπει να λαμβάνει και η ενημέρωση για τις πιθανές παρενέργειες που μπορεί να περιέχουν (Minnaar, 2005).

Εξίσου σημαντικές πληροφορίες για τη συγκεκριμένη συζήτηση είναι οι κυριότερες τακτικές χρήσης και φροντίδας των εμφυτευμένων συσκευών φλεβικής προσπέλασης, οι φαρμακευτικές αγωγές οι οποίες λαμβάνονται ενδοφλεβίως, το σταμάτημα του καπνίσματος, του αλκοόλ και των παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, οι υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι, τα ιδρύματα για πάσχοντες οι οποίοι είναι στο τελικό στάδιο της πάθησης καθώς επίσης και κοινοτικές υπηρεσίες (όπως είναι για παράδειγμα ομάδες υποστήριξης, κοινωνικοί λειτουργοί κλπ) (Maina et al., 2016).

6.9 Νοσηλευτική διεργασία

6.9.1 Περίπτωση 1

Ιστορικό με γυναίκα ασθενή, 42 χρονών, η οποία προσήλθε σε Γενικό Νοσοκομείο με δυσκολία στην αναπνοή αναφέροντας αίσθημα παλμών, βήχα και αδυναμία. Από τη φυσική εξέταση εντοπίστηκε ταχυκαρδία, υποξία και απίσχναση. Η ασθενής κατά τη διαδικασία λήψης του ιστορικού επισήμανε πως είναι οροθετική. Η θερμοκρασία ήταν 39 βαθμούς Κελσίου, οι σφυγμοί 114 ανά λεπτό, 24 αναπνοές το λεπτό, η αρτηριακή πίεση 90/75mmHg. Η εν λόγω ασθενής εισήχθη στην παθολογική κλινική με τη διάγνωση της λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού, που αποδόθηκε στην *Pneumocystis jirovecii*. Παράλληλα, υπήρξε αίσθημα καύσου και κνησμού στα γεννητικά όργανα.

Πίνακας 6.1 : Νοσηλευτικές διεργασίες 1^{ου} περιστατικού

Ανάγκες	Σκοπός	Σχεδιασμός	Εφαρμογής	Αξιολόγηση
Δυσκολία στην αναπνοή και βήχας	Ανακούφιση του πάσχοντα από τον πόνο που επιφέρει συχνό βήχα. Λήψη καλλιέργειών πτυέλων και αίματος για αποστολή στο μικροβιολογικό εργαστήριο	Χορήγηση βρογχοδιαστολής	Έγινε χορήγηση βρογχοδιασταλτικού φαρμάκου βάσει με τις ιατρικές οδηγίες	Η ασθενής εμφάνιζε λιγότερη ενόχληση και ανακούφιση
Λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού	Η ασθενής να μη νοσεί πλέον από την ευκαιριακή λοίμωξη και να σταματήσει να έχει ισχυρό βήχα	Χορήγηση αντιβιοτικών με στόχο την αντιμετώπιση του μικροβίου	Χορήγηση septrin βάσει με τις ιατρικές οδηγίες	Η ασθενής παρουσίασε σημαντική βελτίωση
Η ασθενής εμφάνιζε πυρετό 39 βαθμών Κελσίου	Η θερμοκρασία ήταν σημαντικό να είναι σε φυσιολογικά επίπεδα	Χορήγηση αντιπυρετικού και τοποθέτηση κομπρεσών με στόχο την ανακούφιση του πάσχοντα	Παροχή apotel ενδοφλεβίως και τοποθέτηση κομπρεσών	Η ασθενής είχε θερμοκρασία σε φυσιολογικά επίπεδα
Αίσθημα κνησμού στην περιοχή των γεννητικών	Έπρεπε να σταματήσει η ασθενής να έχει το συγκεκριμένο	Λήψη καλλιέργειας κοιλιακού επιχρίσματος και χορήγηση	Χορήγηση αντιμυκητιασικής αγωγής από το στόμα καθώς επίσης και	Η ασθενής σταμάτησε να παρουσιάζει

οργάνων	αίσθημα	ανάλογης αγωγής με στόχο την καταπολέμηση του προβλήματος και των συμπτωμάτων	κολπικό υπόθετο	κνησμό στην εν λόγω περιοχή
---------	---------	---	-----------------	-----------------------------

6.9.2 Περίπτωση 2

Ιστορικό με άντρα ασθενή που ήταν 59 χρονών και ο οποίος προσήλθε σε ιδιωτική κλινική υγείας. Ο συγκεκριμένος πάσχον παρουσίαζε κνηστώδες εξάνθημα στα άνω άκρα και ναυτία. Ο εν λόγω πάσχον κατά τη διαδικασία λήψης του ιστορικού του από τους νοσηλευτές ενημέρωσε ότι είναι οροθετικός και πως τη συγκεκριμένη ημέρα πιθανόν να έφαγε κάτι το οποίο του δημιούργησε μια αλλεργική αντίδραση. Από τη φυσική εξέταση η οποία υλοποιήθηκε εντοπίστηκε θερμοκρασία 37,8 βαθμών Κελσίου, σφυγμοί 90 ανά λεπτό, 12 αναπνοές ανά λεπτό και αρτηριακή πίεση 120/70.

Πίνακας 6.2 : Νοσηλευτικές διεργασίες 2^{ου} περιστατικού

Ανάγκες	Σκοπός	Σχεδιασμός	Εφαρμογής	Αξιολόγηση
Ναυτία και εμετός	Ανακούφιση του πάσχοντα από την τάση για έμετο και την πρόληψη του ελλείμματος όγκου υγρών	Χορήγηση αντιεμετικής αγωγής και ενδοφλέβιων υγρών καθώς επίσης και καταγραφή των εμέτων	Ενδοφλέβια χορήγηση μετακλοπραμίδης μετά από ιατρική οδηγία	Ο πάσχον μετά την χορήγηση των αντιεμετικών ανέφερε πως ελαττώθηκε αισθητά η ναυτία και σταμάτησε να κάνει εμετούς
Κνηστώδες	Ανακούφιση του	Χορήγηση	Χορήγηση	Ο πάσχον μετά

εξάνθημα	πάσχοντα από τον κνησμό και υποχώρηση του εξανθήματος	κορτιζόνης και αντισταμινικού φαρμάκου βάσει με τις ιατρικές οδηγίες και συμβατά με την αγωγή που λαμβάνει για τη συγκεκριμένη λοίμωξη	κορτιζόνης και αντισταμινικού φαρμάκου βάσει με τις ιατρικές οδηγίες	την χορήγηση κορτιζόνης και αντισταμινικού φαρμάκου παρουσίασε καθοριστική βελτίωση και υποχώρησε σε σημαντικό επίπεδο το εξάνθημα
----------	---	--	--	--

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η HIV λοίμωξη και το AIDS αποτελεί μια επικίνδυνη και σε πολλές περιπτώσεις θανατηφόρα πάθηση. Δυστυχώς, διαθέσιμο εμβόλιο δεν υφίσταται μέχρι σήμερα παρά το γεγονός πως η αντιρετροϊκή θεραπευτική μέθοδος αντιμετώπισης η οποία εφαρμόζεται στη σύγχρονη εποχή παρουσιάζει καθοριστικά αποτελέσματα. Επίπτωση όλων αυτών είναι η αισθητή ανοδική τάση του προσδόκιμου επιβίωσης για τον πληθυσμό των πασχόντων αυτής της μορφής.

Το AIDS εξαπλώνεται εδώ και αρκετά χρόνια αγνοώντας εθνικά, γεωγραφικά, φυλετικά, κοινωνικά είτε ακόμα και ηλικιακά όρια και εμπόδια. Κανένα κράτος, καμία πληθυσμιακή ομάδα και κανένας άνθρωπος δεν έχει την ευχέρεια να αγνοήσει την εν λόγω πάθηση. Δυστυχώς, στην Ελλάδα όλα αυτά τα χρόνια το ποσοστό των φορέων και των πασχόντων όπως επίσης και ο κίνδυνος λοιμώξεως αυτής της μορφής συνεχώς παρουσιάζει ανοδική τάση.

Στην προσαρμογή των πασχόντων οι οποίοι μαθαίνουν πως είναι οροθετικοί, καθοριστικό ρόλο παίζουν όλοι οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι είναι σημαντικό να είναι κατάλληλα καταρτισμένοι. Στη σημερινή εποχή, όλοι οι επαγγελματίες υγείας όσο και οι υπόλοιποι φορείς θα πρέπει να αυξήσουν την ενημέρωση του κοινού για τη συγκεκριμένη πάθηση και να αναπτύξουν περισσότερες ευκαιρίες συνάντησης πρόσωπο με πρόσωπο με περισσότερους ασθενείς αυτής της μορφής.

Επίσης, είναι σημαντικό να ενημερώνονται οι νέοι για ευσυνείδητη ορθή συμπεριφορά και να τους παρέχεται η οικογενειακή θαλπωρή, η οποία θα τους οπλίσει με πνευματική ανοσία και αντίσταση στους σημερινούς πειρασμούς. Οι επαγγελματίες υγείας σαν πολίτες είναι σημαντικό να διαλέγουν το υπεύθυνο πρότυπο ζωής και να δείχνουν αλληλεγγύη, βοηθώντας τους ασθενείς ενώ σαν επιστήμονες είναι σημαντικό να εντείνουν σε μεγάλο βαθμό τις ενέργειές τους και να σεβαστούν τα δικαιώματα των πασχόντων.

Έναν από τους καθοριστικότερους ρόλους για την προσαρμογή αυτών των πασχόντων παίζουν οι νοσηλευτές. Οι νοσηλευτές είναι εκείνοι οι οποίοι έρχονται σε καθημερινή επαφή με τους πάσχοντες και θα πρέπει να αντιμετωπίσουν σημαντικές προκλήσεις, αφού η ψυχολογία των πασχόντων αυτών είναι εξαιρετικά ευάλωτη. Οι συγκεκριμένοι πάσχοντες απαιτούν ιδιαίτερη σωματική φροντίδα καθώς επίσης και

ψυχοκοινωνική υποστήριξη, έτσι ώστε να κατορθώσουν να ανταπεξέλθουν από αυτή την πάθηση, να έχουν όσο γίνεται ποιοτικότερη ζωή και να φτάσουν στο θάνατο με αξιοπρέπεια.

Όπως είδαμε από την εν λόγω εργασία, το κυριότερο συμπέρασμα το οποίο μπορούμε να αντλήσουμε είναι πως τον καθοριστικότερο ρόλο σε όλα αυτά διαδραματίζει η πρόληψη κυρίως των ευάλωτων ομάδων πληθυσμού που εντάσσονται στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Ο ΠΟΥ επιθυμώντας να εστιάσει στον καθοριστικό ρόλο της ενημέρωσης και να ενισχύσει το συντονισμό των ενεργειών, με στόχο να σταματήσει η εξάπλωση αυτής της πάθησης, ρίχνει σε ετήσια βάση στη μάχη ένα σύνθημα, για να καταφέρει να ενεργοποιήσει τους αρμόδιους δημόσιους φορείς καθώς επίσης και τις μη Κυβερνητικές Οργανώσεις για περισσότερη δράση σε όλους τους τομείς αυτής της πάθησης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Διεθνής βιβλιογραφία

- Ø Anderson J., (2014), *HIV and AIDS: Symptoms, Testing, Treatment, Risk Factors, Preventions, Nutrition, Marriage, Having Children, Legal Issues*, CreateSpace Independent Publishing Platform.
- Ø AVERT, (2018), *Global HIV and AIDS statistics*, Available at : <https://www.avert.org/global-hiv-and-aids-statistics>
- Ø Bauer G., Anderson J.S., (2014), *Gene Therapy for HIV - From Inception to a Possible Cure*, Springer-Verlag New York.
- Ø Baxen J., Breidlid A., (2009), *HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: Understanding the Implications of Culture and Context*, 1st Edition, United Nations University Press.
- Ø Center for Disease Control and Prevention, (2017), *Terms, Definitions, and Calculations Used in CDC HIV Surveillance Publications*, Available at : <https://www.cdc.gov/hiv/statistics/surveillance/terms.html>
- Ø Chin J., Gillies A., (2016), *The AIDS pandemic: The collision of epidemiology with political correctness*, CRC Press, USA.
- Ø Clark H.R., (2002), *Cure for HIV and AIDS*, B Jain Publishers Pvt Ltd.
- Ø Doyal L., (2012), *Living with HIV and Dying with AIDS - Diversity, Inequality and Human Rights in the Global Pandemic*, 1st Edition, Routledge.
- Ø Durham J., (2009), *The Person with HIV/AIDS: Nursing Perspectives*, 4th Edition, Springer.
- Ø HIVIADS, (2018), *Τι είναι ο HIV και το AIDS;*, Διαθέσιμο στο : <http://www.hiv aids.gr/i/pliroforisi/hiv aids>
- Ø Jennings C., (2012), *HIV/AIDS - The Facts and The Fiction*, Health Alert Communications.

- Ø Juma M.K., Klot J., (2011), *HIV/AIDS, gender, human security and violence in Southern Africa*, Africa Institute of South Africa, South Africa.
- Ø Kartikeyan S., Barmal R.N., Tiwari R.P., Bisen P.S., (2007), *HIV and AIDS: Basic Elements and Priorities*, Springer Netherlands.
- Ø Li G., DeClercq E., (2016), *HIV Genome-Wide protein associations: A review of 30 years of research*, *Microbiol MolBiol*, 80(4), pp. 680-730.
- Ø Liamputtong P., (2015), *Stigma, discrimination and living with HIV/AIDS: A cross-cultural*, Springer.
- Ø Maina G., Mill J., Chaw-Kant J., Caine V., (2016), *A systematic review of best practices in HIV care*, *J HIV AIDS Soc Serv*, 15(1), pp. 112–128.
- Ø Marranzano M., Ragusa R., Platania M., Faro G., Coniglio M., (2013), *Knowledge, attitudes and practices towards patients with HIV/AIDS in staff nurses in one university hospital in Sicily*, *EBPH*, 10(1), pp. 37-56.
- Ø Minnaar A., (2005), *HIV/AIDS issues in the workplace of nurses*, *Curationis*, 28(3), pp. 21-38.
- Ø Nikolopoulos G., Paraskevis D., Hatzakis A., (2008), *HIV epidemiology in Greece*, *Future Microbiol*, 3(5), pp. 502-519.
- Ø Preedy V.R., Watson R.R., (2017), *HIV/AIDS: Oxidative stress and dietary antioxidants*, Academic Press.
- Ø Selik R.M., Mokotoff E.D., Branson B., Owen M.S., Whitmore S., Hall I.H., (2014), *Revised Surveillance Case Definition for HIV Infection, Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), Division of HIV/AIDS Prevention, National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention, CDC*.
- Ø Stanhope M., Lancaster J., (2009), *Κοινωνική Νοσηλευτική, Τόμος 2, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα*.
- Ø Whiteside A., (2017), *HIV & AIDS: A Very Short Introduction (Very Short Introductions)*, 2nd Edition, Oxford University Press.

- Ø Yarchoan R., (2014), *Cancers in People with HIV and AIDS - Progress and Challenges*, Springer-Verlag New York.
- Ø Vinayaka R.P., Ganjam V.K., (2016), *HIV Protocols*, Humana Press.
- Ø Volberding P., Greene W., Lange J.M.A., (2012), *Sande's HIV/AIDS Medicine: Medical management of AIDS 2013*, Elsevier Canada, Canada.
- Ø Zhang L., Lewin S.R., (2018), *HIV Vaccines and Cure - The Path Towards Finding an Effective Cure and Vaccine*, Springer Singapore.

Ελληνική βιβλιογραφία

- Ø Ανυφαντάκης Β., (2010), *Εξέλιξη της λοίμωξης HIV/AIDS υπό διαφορετικές θεραπευτικές αγωγές*, Διδακτορική διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
- Ø Ελληνική εταιρεία μελέτης και αντιμετώπισης του AIDS, (2000), *Η σωστή ενημέρωση είναι ζωή μάθε για το AIDS*, 4η Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Θεσσαλονίκη.
- Ø Θετική Φωνή, (2019), *Η επιδημιολογική εικόνα του HIV στην Ελλάδα το 2018*, Διαθέσιμο στο : <https://positivevoice.gr/6854>
- Ø Καλαϊτζιδάκη Μ., Πανταζίδης Γ., (2005), *Βιολογία, Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων*, Αθήνα.
- Ø Καρακώστας Ι., (2008), *Ιατρική Ευθύνη. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα & νομική διάσταση κανόνων ιατρικής δεοντολογίας*, Έκδοση νομική βιβλιοθήκη, Αθήνα.
- Ø ΚΕΕΛΠΝΟ, (2017), *HIV/AIDS, Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας*, Διαθέσιμο στο : <https://eody.gov.gr/>
- Ø Κρεμαλής Κ., (2011), *Δίκαιο της Υγείας. Γενικές Αρχές Κοινωνικών Υπηρεσιών Υγείας*, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα.
- Ø Φιλίππου Χ.Μ., (2002), *AIDS - Διατροφή - Βασικές αρχές υγιεινής*, Διπλωματική εργασία, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα.

- Ø Ψαρούλης Δ., Βούλτσος Π., (2010), *Ιατρικό Δίκαιο. Στοιχεία Βιοηθικής*, 1η Έκδοση, University Studio Press, Θεσσαλονίκη.

Διαδικτυακή βιβλιογραφία

- Ø <http://www.southsudan.biz/thousands-of-pregnant-women-screened-for-hiv-aids-in-sudan-capital-2/>