



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:  
«ΟΡΟΘΕΤΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ:  
ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ  
ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΗ ΔΕΔΟΜΕΝΑ»



Επιμέλεια εργασίας: Κούστα Αγάθη

Υπεύθυνος καθηγητής: Τζεναλής Αναστάσιος

Αθήνα, 2020.

## **ΕΥΧΡΙΣΤΙΕΣ**

Η πτυχιακή αυτή εργασία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της ολοκλήρωσης των σπουδών μου στο Πανεπιστήμιο Πατρών (πρώην ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος) της σχολής Επαγγελμάτων Αποκατάστασης της Υγείας του τμήματος Νοσηλευτικής. Θα ήθελα να ευχαριστήσω αρχικά τον καθηγητή μου εισηγητή της πτυχιακής μου εργασίας, κύριο Τζεναλή Αναστάσιο, ο οποίος με τις γνώσεις και την καθοδήγησή του βοήθησε στην πραγματοποίησή της.

Αξιοσημείωτος παράγοντας στο ταξίδι αυτό ήταν το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον μου, οπού χωρίς την στήριξη και την υπομονή τους η διεκπεραίωση της εργασίας δεν θα ήταν εφικτή.

Με σεβασμό και εκτίμηση,

Κούστα Αγάθη

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο σκοπός της πτυχιακής αυτής εργασίας, είναι η μελέτη και παροχή επιστημονικών πληροφοριών σχετικά με τον HIV. Η ανάλυση θα γίνει από νοσηλευτική σκοπιά και θα παρουσιάζει την βαρύτητα του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της νόσου. Απαραίτητο είναι επίσης, να κατανοηθεί η σημαντικότητα της πρόληψης.

**ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ:** Ο HIV είναι ένας ιός που έχει προσβάλει αρκετό κόσμο ανά τις τελευταίες δεκαετίες, κάνοντας τον έτσι την τρίτη σε κατάταξη αίτια θανάτου παγκοσμίως. Είναι θανατηφόρος και η έκταση του είναι πανδημική. Αφού πρώτα «επιτεθεί» στο ανοσοποιητικό ρίχνοντας τις άμυνες του ως προς τις λοιμώξεις, προσβάλει σταδιακά και τα υπόλοιπα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού ανεξαιρέτως. Η φαρμακευτική αγωγή αποτελείται από έναν συνδυασμό τριών ή περισσότερων αντιρετροϊκών φαρμάκων(τα οποία καταστέλλουν την νόσο), ενώ δυστυχώς δεν υπάρχει ακόμα κάποιο εμβόλιο.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Η εργασία αυτή πραγματοποιήθηκε με την μέθοδο της έρευνας σε ιατρικές βάσεις δεδομένων, σε επιστημονικά βιβλία ή βιβλία του Πανεπιστημίου και διαδικτυακές πηγές επιστημονικού περιεχομένου. Πιο συγκεκριμένα, το υλικό που χρησιμοποιήθηκε για την υλοποίηση της πτυχιακής αποτελείται από την αναζήτηση μελετών που διεξήχθησαν από διεθνείς οργανισμούς υγείας ή επιστημονικά περιοδικά και πηγές όπως το PubMed και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.

## **ABSTRACT**

**GOALS:** The purpose of this dissertation is the study and provision of scientific information according HIV. The analysis will be given from the nursing point of view and it will present nurse's importance during the disease. It is also necessary be gotten through the importance of prevention.

**RETROSPECTION:** HIV is a virus that has infected a lot of people the last decades, making it the third cause of death globally. It is a deadly pandemic. It first attacks the immune system making it weak and vulnerable at infections, so that it can after that infect other systems of the human body. The drug treatment is a combination of three or more antiretroviral medicines (suppressing the sickness). Unfortunately, there is no vaccination discovered yet.

**METHODOLOGY:** This assignment it has been accomplished by the method of researching at medical data bases, scientific books or University books and scientific internet sources. More specifically, the information that is given has been collected from national health organization researches or scientific magazines and sources like PubMed and World Health Organization.

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....</b>	<b>2</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</b>	<b>3</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>4</b>
<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....</b>	<b>5</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>7</b>
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....</b>	<b>8</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ</b>	
1.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ AIDS ΚΑΙ ΤΙ ΤΟ HIV;.....	9
1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	9
1.3 ΤΥΠΟΙ HIV.....	10
1.4 ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	11
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ</b>	
2.1 ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΤΟΥ HIV.....	13
2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	14
2.3 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	15
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΤΑΔΟΣΗ, ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ</b>	
3.1 ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	19
3.2 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ.....	20
3.3 ΛΟΙΠΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ.....	21
3.4 ΠΡΟΛΗΨΗ.....	22
3.5 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	24
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΟΡΟΘΕΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ</b>	
4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΟΡΟΘΕΤΙΚΟΥΣ.....	26
4.2 ΣΤΟΧΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	27

4.3 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS.....	28
4.4 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	30
4.5 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ.....	31
4.6 ΣΥΝΔΡΟΜΟ «BURN OUT».....	33
4.7 ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΤΟΥ HIV.....	35
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ AIDS</b>	
5.1 ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....	38
5.2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ AIDS.....	41
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....</b>	<b>44</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ</b>	
6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	45
6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ: ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1.....	48
6.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ : ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2.....	50
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>53</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>55</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο HIV είναι ο ιός που προκαλεί το Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας ή αλλιώς AIDS. Δρα καταστρέφοντας τα Τ-λεμφοκύτταρα τα οποία διαδραματίζουν κύριο ρόλο στην άμυνα του οργανισμού. Ο κύριος τρόπος μετάδοσης του είναι η απροφύλακτη σεξουαλική επαφή για αυτό και θεωρείται κατά κύριο λόγο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. Δεν μεταδίδεται μέσω της κοινωνικής-καθημερινής επαφής, των εντόμων ή του αέρα.

Η νόσος εκδηλώνεται με διάφορες ευκαιριακές λοιμώξεις, συνδυασμένες ή όχι με ορισμένους τύπους κακοήθων όγκων. Για την κυτταρική ανοσολογική ανεπάρκεια που παρατηρείται σ' όλες τις περιπτώσεις δεν βρέθηκε μέχρι σήμερα θεραπευτικό μέσο που να την βελτιώνει κι έτσι η θνησιμότητα παραμένει σε υψηλά επίπεδα. Τα επιδημιολογικά στοιχεία ενίσχυαν σοβαρά την υπόθεση ότι το σύνδρομο έπρεπε να οφείλεται σ' ένα παράγοντα μεταδοτικό κι όπως φαίνεται, ο παράγων αυτός είναι ρετροϊός. Ακόμη, παρά την ασάφεια στην παθογένεια και παρά την έλλειψη «προληπτικών» διαγνωστικών εργαστηριακών δοκιμασιών, οι πληροφορίες που διατίθενται είναι τόσο επαρκείς, ώστε να επιτρέπουν τις υγειονομικές αρχές στον καθορισμό των δεδομένων για την τελική εκτίμηση της συχνότητας της νόσου. Το σύνδρομο αυτό, που αποτελεί πια σε πολλές χώρες σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας με περιπλοκές διεθνείς, ελπίζεται ότι θα λυθεί σχετικά σύντομα, γιατί οι έρευνες είναι τεράστιες και προχωρούν θετικά, παρόλα τα προβλήματα που υπάρχουν και τα νεότερα που προκύπτουν (Eisinger, Fauci 2018).

Το AIDS είναι το τελευταίο στάδιο της HIV λοίμωξης κατά το οποίο ο οργανισμός έχει αποδυναμωθεί σε τεράστιο βαθμό ώστε να καθιστά το άτομο επιρρεπές σε ευκαιριακές λοιμώξεις και συγκεκριμένους τύπους καρκίνου. Ο χρόνος που χρειάζεται από τη μόλυνση με τον HIV για να εκδηλωθεί το AIDS είναι διαφορετικός για κάθε οργανισμό. Με την χορήγηση κατάλληλης αντιρετροϊκής αγωγής αυξάνεται το προσδόκιμο ζωής του ατόμου καθώς και ο χρόνος που χρειάζεται για να την εκδήλωση του AIDS.

Οι ασθενείς που ζουν με τον HIV έχουν ίσα δικαιώματα και υποχρεώσεις με τον καθένα και δεν πρέπει να στιγματίζονται ούτε να περιθωριοποιούνται. Επιπλέον πρέπει να

έχουν τις ίδιες ευκαιρίες για επαγγελματική απασχόληση καθώς και να δημιουργήσουν την δική τους οικογένεια εάν το επιθυμούν.



## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### «ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ»

#### 1.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ AIDS ΚΑΙ ΤΙ ΤΟ HIV;

Ο HIV είναι ο Ιός της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας. Μερικοί ιοί, όπως π.χ. αυτοί που προκαλούν τη γρίπη παραμένουν κάποιες μέρες στο ανθρώπινο σώμα. Άλλοι ιοί, όπως το HIV, παραμένουν στο σώμα μας για πάντα. Προσβάλλει το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου, το οποίο είναι υπεύθυνο για την άμυνα του οργανισμού απέναντι στις λοιμώξεις. Με αυτόν τον τρόπο οδηγεί σε ανοσολογική ανεπάρκεια. Ο ιός χρησιμοποιεί τον γενετικό μηχανισμό των κυττάρων που προσβάλλει για να αναπαραχθεί και έχει την δυνατότητα να μεταλλάσσεται και να εξαπλώνεται ταχύτερα από άλλους ιούς. Όσο πιο πολύ αυξάνεται το ποσοστό του ιού που περνά στο αίμα, τόσο περισσότερο πλησιάζει ο ασθενής στην εκδήλωση της νόσου. Το άτομο που διαγιγνώσκεται θετικό στον ιό του HIV λέμε πως είναι HIV οροθετικός (Hassan et al. 2017).

Το AIDS (Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας) είναι η νόσος που προκαλείται από τον ιό του HIV και θεωρείται το τελικό στάδιο μετάλλαξης του ιού. Ο φορέας του HIV, ο οροθετικός, περνάει κάποια περίοδο, η οποία διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο (περίπου 2-12 χρόνια), κατά την οποία δεν εκδηλώνει τα συμπτώματα της ασθένειας του AIDS. Αυτό δεν σημαίνει ότι κατά τη διάρκεια αυτής περιόδου δεν μπορεί να μεταδώσει τον ιό. Αυτό μπορεί να το κάνει από την πρώτη κιόλας στιγμή της μόλυνσης του (WHO, 2020). Ο ιός επιτίθεται στα T-βοηθητικά λεμφοκύτταρα και με την απώλεια αυτών (κι αν είναι βραδεία είναι συνεχής) καθίσταται αδύνατον στο σώμα να αμυνθεί ενάντια σε μια μεγάλη λίστα ιών και βακτηρίων οδηγώντας έτσι τον άνθρωπο στον θάνατο. Ένας οροθετικός έχει τόσο αποδυναμωμένο ανοσοποιητικό σύστημα από τη δράση του HIV, που συνήθως αρρωσταίνει από μία ή περισσότερες ευκαιριακές λοιμώξεις, όπως πνευμονία (PCP) ή Σάρκωμα Kaposi (KS), Σύνδρομο Απίσχυσης (απώλεια βάρους) ή καρκίνο (HivAids 2014).

#### 1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Μέχρι και σήμερα ο ιός του HIV (Human Immunodeficiency Virus) θεωρείται μια από τις μεγαλύτερες πανδημίες που έχει αντιμετωπίσει ο άνθρωπος κατέχοντας μια από τις πρώτες θέσεις στους διεθνείς πίνακες δεικτών θνησιμότητας. Οι επιστήμονες πιστεύουν ότι η

εξάπλωση του ιού ξεκίνησε γύρω στο 1930 από τους χιμπατζήδες κατά την κυνηγετική περίοδο στο Κονγκό, πιο συγκεκριμένα μέσω του αίματος των χιμπατζήδων που μπορεί να έρχονταν σε επαφή οι κυνηγοί. Ο πρώτος επιβεβαιωμένος θάνατος από το AIDS, που διαγνώστηκε αργότερα με μελέτες βασισμένες στους ιστούς του θύματος, σημειώθηκε το 1959 στην Αφρική και υποστηρίζεται ότι ακολούθησε ένας δεύτερος την ίδια περίοδο στην Αγγλία (Sabin & Lundgren 2013).

Ωστόσο αν και ο ιός είχε κάνει την εμφάνιση του νωρίτερα, έγινε γνωστός μετά το 1980. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα πρώτα κρούσματα του ιού εμφανίστηκαν με την συμπτώματα βαριάς πνευμονίας (PCP) ή του Σαρκώματος Karosi. Λόγω της έλλειψης επαρκών στοιχείων και της ένδειξης κρουσμάτων σε συγκεκριμένα άτομα η επιστημονική κοινότητα πίστευε πως μεταδίδεται μεταξύ κάποιων ομάδων, πιο συγκεκριμένα ανάμεσα στους: ομοφυλόφιλους, αιμοφιλικούς, στους χρήστες ηρωίνης και τους Αϊτινούς. Μετά το 1984 όπου οι επιστήμονες άρχισαν να μελετούν τον τρόπο μετάδοσης του ιού διαπίστωσαν ότι ο ιός μπορεί να μεταδοθεί σε όλη την κοινότητα ανεξαιρέτως. Το 1986 καθιερώνεται το όνομα ιού: «ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας». Έως το 1995 ο ιός του AIDS ήταν η πρώτη αιτία θανάτου στην Αμερική με το 49% του ποσοστού να αποτελείται από Αφροαμερικανούς (Greene 2007).

### 1.3 ΤΥΠΟΙ HIV

Υπάρχουν δύο κύριοι τύποι του ιού που έχουν ταυτοποιηθεί: ο HIV-1 και ο HIV-2 οι οποίοι είναι ρετροϊοί και ανήκουν στην οικογένεια των βραδυϊών. Ο HIV-1, ο οποίος ανιχνεύθηκε πρώτος, ταξινομείται στις παρακάτω ομάδες: M (main) που είναι η κύρια, O (outlier) , και στις δύο νεότερες N και P. Στην πρώτη έχουν βρεθεί τουλάχιστον εννέα ταυτοποιημένες υποκατηγορίες-υπότυποι: A, B, C, D, F, G, H, J και K. Ως κυρίαρχος υπότυπος θεωρείται ο “C”. Σε ασθενείς που έχουν μολυνθεί με περισσότερους από έναν υπότυπους έχουν παρατηρηθεί φαινόμενα γενετικού ανασυνδυασμού και η συχνότητα των ανασυνδυασμένων αυτών ιών οδηγεί στην εξάπλωση της επιδημίας (Sharp & Hahn 2011).

Ο HIV-1 έχει πανδημικό χαρακτήρα ενώ ο HIV-2 είναι πιο συνηθισμένος στην στη Δυτική Αφρική. Ωστόσο υπάρχουν ελάχιστες περιπτώσεις δειγμάτων και στην Γαλλία, την Πορτογαλία, την Αγγλία και άλλες ευρωπαϊκές χώρες. (Ανυφαντάκης 2010).

Η Γιάννου υποστηρίζει πως και οι δύο τύποι έχουν προέλθει από μη- ανθρώπινα πρωτεύοντα μολυσμένα από τον ιό της ανοσοανεπάρκειας του πιθήκου (SIV= Simian

Immunodeficiency Virus). Πιο συγκεκριμένα, ο HIV-1, προέρχεται από μετάδοση του CPZ στελέχους του SIV, το οποίο βρίσκεται στο γένος πιθήκων με την ονομασία «Pan troglodytes» ,ή αλλιώς ο κοινός χιμπατζής, σε περιοχές της Κεντροδυτικής Αφρικής και είναι υπεύθυνος για την πλειοψηφία των HIV λοιμώξεων παγκοσμίως. Ο HIV-2 προέρχεται από μόλυνση με το SM του SIV που μολύνει το γένος πρωτευόντων “Sooty mangabey”, ένα είδος πιθήκων που απαντάται στη Γουινέα, στη Γκαμπόν και στο Καμερούν, και η δράση του περιορίζεται στη Δυτική Αφρική. Ο HIV-2 διαφέρει από τον HIV-1 καθώς οι ασθενείς που έχουν μολυνθεί με τον πρώτο παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ιικού φορτίου, αργή πτώση των T- βοηθητικών λεμφοκυττάρων , χαμηλότερο ποσοστό μετάδοσης και μικρότερη πιθανότητα εξέλιξης του ιού σε AIDS. Ακόμα μια σημαντική διαφορά του HIV-2 από τον HIV-1 είναι η ανθεκτικότητα του πρώτου σε μία κατηγορία φαρμάκων, τους μη νουκλεοσιδικούς αναστολείς της αντίστροφης μεταγραφάσης (Γιάννου 2019).

#### **1.4 ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

Βάσει των εκτιμήσεων του UNAIDS, το 2017, ζούσαν με τον HIV 36,9 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο, ενώ κατά τη διάρκεια του ίδιου έτους ο αριθμός των νέων μολύνσεων και των σχετιζόμενων με το AIDS θανάτων ανήλθε σε 1,8 και 1 εκατομμύριο, αντίστοιχα. Η Αφρική αντιμετωπίζει το μεγαλύτερο πρόβλημα, καθώς το 53% των ατόμων με HIV λοίμωξη παγκοσμίως κατοικούν στη συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή. Σε περιοχές υψηλής επίπτωσης (όπως η ανατολική και νότιος Αφρική), οι νεαρές γυναίκες παραμένουν σε μη αποδεκτά υψηλό κίνδυνο μόλυνσης με τον HIV. Αντίθετα, σε περιοχές χαμηλής επίπτωσης, η πλειοψηφία των HIV μολύνσεων συμβαίνει σε πληθυσμούς που υιοθετούν συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, όπως είναι οι χρήστες ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών, τα εκδιδόμενα άτομα, τα διεμφυλικά άτομα, οι έγκλειστοι σε φυλακές, οι άνδρες που έχουν σεξουαλικές επαφές με άνδρες και οι σεξουαλικοί σύντροφοι των παραπάνω ομάδων (UnAids 2017).

Σε περιοχές εκτός της Αφρικής, οι ομάδες υψηλού κινδύνου και οι σεξουαλικοί σύντροφοί τους αντιπροσώπευαν το 47% των νέων HIV λοιμώξεων το 2017. Στην Ευρώπη καταγράφηκαν 160.453 νέες διαγνώσεις HIV το 2016. Ακολουθώντας την τάση της τελευταίας δεκαετίας, οι αναλογίες και οι απόλυτες τιμές των ατόμων που διαγνώστηκαν με HIV ήταν υψηλότερες στις χώρες τη Ανατολικής Ευρώπης (50,23 ανά 100.000 πληθυσμού), χαμηλότερες στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης και των χωρών της (EE/ONE) (6,2 και 5,9 ανά

100.000 πληθυσμού, αντίστοιχα), ενώ στην Κεντρική Ευρώπη ήταν στα πιο χαμηλά επίπεδα (2,9 ανά 100.000 πληθυσμού). Κύριος τρόπος μετάδοσης του HIV μεταξύ των χωρών της ΕΕ/ΟΝΕ ήταν η σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών, ενώ η ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή και η από κοινού χρήση ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών αποτέλεσαν τους βασικούς τρόπους μετάδοσης του ιού στην Ανατολική Ευρώπη. Παρότι ο αριθμός των κρουσμάτων AIDS μειώνεται σταθερά στις χώρες της ΕΕ/ΟΝΕ και της Δυτικής Ευρώπης, στην Ανατολική Ευρώπη έχει σχεδόν διπλασιαστεί κατά την τελευταία δεκαετία (ΕΟΔΥ 2017) (ΕΟΔΥ 2016).

Στην Ελλάδα, η επιδημιολογική επιτήρηση της HIV λοίμωξης βασίζεται στο σύστημα υποχρεωτικής δήλωσης των διαγνώσεων HIV, των κρουσμάτων AIDS και των θανάτων. Βάσει του συστήματος αυτού, μέχρι την 31η Δεκεμβρίου 2020, έχουν καταγραφεί στον ΕΟΔΥ 18.574 περιστατικά HIV λοίμωξης με το 82,61% αυτών να είναι άνδρες. Από το σύνολο των ατόμων αυτών, 4.414 έχουν εμφανίσει AIDS και 11.044 βρίσκονται υπό αντιρετροϊκή αγωγή. Ο συνολικός αριθμός των θανάτων ανέρχεται στους 3.078. Σύμφωνα με τα δεδομένα του 2017 ο συνολικός αριθμός δηλωθέντων περιστατικών HIV (συμπεριλαμβανομένων των περιπτώσεων AIDS) είχε ανέλθει σε 16.669, εκ των οποίων το 82,84% αφορούσε σε άνδρες (Κοσκινά 2020).

Από το σύνολο των ατόμων αυτών, οι 4.094 έχουν εκδηλώσει AIDS. Από τις διαγνώσεις (628), το 46,5% αφορούσε σε άνδρες που έχουν σεξουαλικές επαφές με άνδρες, ενώ το 22,1% και το 13,7% είχε μολυνθεί μέσω σεξουαλικής επαφής χωρίς προφυλάξεις και χρήσης ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών, αντίστοιχα. Ο συνολικός αριθμός των σχετιζόμενων με το AIDS θανάτων είχε φτάσει σε 2.745 (ΕΟΔΥ 2017).

Το 2011 και το 2012 παρατηρήθηκε μία εξαιρετικά σημαντική αύξηση των περιστατικών HIV που δηλώθηκαν στο σύστημα καταγραφής, η οποία επικεντρώθηκε στους χρήστες ναρκωτικών (ενδοφλέβιων) ουσιών. Συγκρίνοντας τα περιστατικά που δηλώθηκαν και 34 αφορούσαν σε χρήστες, το 2011 σε σχέση με τα αντίστοιχα του 2010, παρατηρήθηκε μία αυξητική μεταβολή σε ποσοστό 1600% (Κοσκινά 2020). Ενώ μέχρι το 2010, κύριο τρόπο μετάδοσης του HIV στην Ελλάδα, από την αρχή της επιδημίας, αποτελούσε η σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών, για πρώτη φορά το 2012 οι τοξικομανείς αποτέλεσαν την πληθυσμιακή ομάδα με τον μεγαλύτερο αριθμό δηλώσεων HIV περιστατικών, με ποσοστό 44,2%. Από το 2014 και μετά, η πορεία στη συγκεκριμένη ομάδα είναι πτωτική, με την πλειοψηφία των νέων HIV διαγνώσεων να αφορούν σε άτομα που μολύνθηκαν μέσω απροφύλακτης σεξουαλικής επαφής, κυρίως μεταξύ ανδρών (ΕΟΔΥ 2014) (ΕΟΔΥ 2012).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### «ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ»

#### 2.1 ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΤΟΥ HIV

Ο ιός HIV προσβάλλει τα T λεμφοκύτταρα με το να συνδέεται στο κυτταρικό τους τοίχωμα μέσω της πρωτεΐνης CD<sub>4</sub>, η οποία μεταφέρει τον ιό στο κυτόπλασμα. Κατά την είσοδό του ιού στο κυτόπλασμα το γενετικό του υλικό (RNA) «μεταφράζεται» σε διπλή έλικα DNA, μέσω του ειδικού ενζύμου ανάστροφη τρανσκριπτάση, επιτρέποντάς του να εισέλθει στον πυρήνα. Εκεί ενσωματώνεται με το γενετικό υλικό του ανθρώπινου κυττάρου και αναπαράγεται, συνεπώς δημιουργούνται αντίγραφα του ιού και προκαλείται μόλυνση των νέων κυττάρων και διασπορά (Naif 2013).

Ως προς τη μορφολογία του ο ιός έχει σφαιρικό σχήμα με κεντρικό πυρήνα που περιέχει το RNA του ιού, το οποίο περιβάλλεται από μια πρωτεΐνη και το ένζυμο rT. Ο πυρήνας του περιβάλλεται από μία πρωτεΐνη μεγαλύτερου μοριακού βάρους. Περιφερειακά του ιού, βρίσκεται το περίβλημά του, το οποίο αποτελείται από ένα διπλό στρώμα λιπιδίων και από γλυκοπρωτεΐνη. Το μεγαλύτερο μέρος των στελεχών διαφέρει ως προς το εξωτερικό περίβλημα το οποίο αποτελεί το πρώτο σημείο αναγνώρισης από το ανοσοποιητικό σύστημα. Ο HIV έχει την ικανότητα να μεταβάλλει την πρωτεϊνική σύνθεση του εξωτερικού του περιβλήματος προκαλώντας έτσι εμπόδια στη παρασκευή εμβολίου (Richman 2000).

Κατά κύριο λόγο ο HIV είναι λεμφοτρόπος ιός που προσβάλλει σημαντικά τα T-λεμφοκύτταρα τα οποία παίζουν καθοριστικό ρόλο στη ρύθμιση των ανοσολογικών μηχανισμών του ανθρώπου και φέρουν στην επιφάνειά τους το μόριο CD<sub>4</sub>. Το μόριο αυτό ανήκει στο σύμπλεγμα του υποδοχέα των T-λεμφοκυττάρων και παίζει σημαντικό ρόλο για την κινητοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος. Τα μακροφάγα προσλαμβάνουν τα μακρομοριακά αντιγόνα του ιού και τα διασπούν σε πεπτίδια 6 έως 12 αμινοξέων και τα παρουσιάζουν στην επιφάνειά τους σε συνδυασμό με μόρια του συμπλέγματος μείζονος ιστοσυμβατότητας-κατηγορίας II. Τα T-λεμφοκύτταρα αναγνωρίζονται μέσω των πολυμορφικών α και β αλυσαιών του TCR. Για να συνδεθεί σταθερά το TCR με το MHC-II απαιτείται η συμμετοχή του μορίου CD<sub>4</sub>. Η σύνδεση αυτή θα δώσει το σήμα για την ενεργοποίηση του T-λεμφοκυττάρου την οποία θα βοηθήσει η ιντερλεφκίνη 1 που εκκρίνεται από το μακροφάγο (Χανιώτης Φ. & Δ. 2015) (Naif 2013).

## 2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η έγκαιρη διάγνωση είναι πολύ σημαντική για την θεραπεία της νόσου, και καλό είναι ο έλεγχος να μη γίνεται μόνο στα άτομα που έχουν άμεση πιθανότητα να νοσούν, αλλά και σε όποιον άλλον ήρθε σε κάποια ύποπτη επαφή με αυτά.

Ο ιός προκαλεί στον ανθρώπινο οργανισμό χρόνια λοίμωξη μακράς διαδρομής. Στα πλαίσια αυτής της λοίμωξης συνυπάρχουν ο ιός -είτε στην ελεύθερη μορφή του, είτε ενσωματωμένος στο γονιδίωμα των προσβεβλημένων κυττάρων- και τα ειδικά αντισώματα.

Η διάγνωση της HIV λοίμωξης στην καθημερινή κλινική πρακτική στηρίζεται στην αναζήτηση των ειδικών αντισωμάτων έναντι του HIV στον ορό του ασθενούς με ανοσοενζυμική μέθοδο (Enzyme Immune Assay = EIA). Η ανοσοενζυμική μέθοδος αναζήτησης αντισωμάτων αποτελεί την δοκιμασία επιλογής, ή αλλιώς screening test, για την διάγνωση της HIV λοίμωξης. Η μέθοδος αυτή είναι πλήρως αυτοματοποιημένη και απαιτούνται λίγες μόνο ώρες (2 με 3) για την λήψη του αποτελέσματος (Ανυφαντάκης 2010).

Στην ανοσοενζυμική τεχνική βασίζονται και οι ταχείες οπτικές τεχνικές (rapid tests) στις οποίες το αποτέλεσμα εξάγεται εντός 15 με 20 λεπτών. Η ανίχνευση του ιού με άμεσες μεθόδους χρησιμοποιείται σε περίπτωση αποτυχίας της προηγούμενης μεθόδου και ιδιαίτερα κατά το ορολογικό παράθυρο της πρωτολοίμωξης. Οι σύγχρονες τεχνικές ανίχνευσης του ιού επιτρέπουν τον ποσοτικό προσδιορισμό του ιϊκού φορτίου, τεχνικές που χρησιμοποιούνται στην παρακολούθηση των ασθενών και την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των αντιϊκών αγωγών (Ανυφαντάκης 2010).

Αφ' ότου πρωτοεφαρμόστηκε η EIA στην διάγνωση της HIV λοίμωξης το 1985, το σύστημα αντιδραστηρίων και η μεθοδολογία υπέστησαν βελτιώσεις και τροποποιήσεις, με αποτέλεσμα οι δοκιμασίες τελευταίας γενεάς να είναι εξαιρετικής ευαισθησίας και ειδικότητας. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι το οροαρνητικό παράθυρο της πρωτολοίμωξης έχει μειωθεί από τους 3 μήνες στις 4 με 5 εβδομάδες και τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα είναι αρκετά σπάνια. Παρόλα αυτά όμως εξακολουθεί να χρειάζεται επιβεβαίωση με μία άλλη μέθοδο. Στην καθημερινή κλινική πρακτική η συνηθέστερη μέθοδος επιβεβαίωσης μιας θετικής EIA είναι η μέθοδος Western-Blot η οποία μπορεί να εφαρμόζεται με διαφορετικές τεχνικές τις οποίες χρησιμοποιούμε τόσο για ποιοτική αναζήτηση, όσο και για ποσοτική μέτρηση του HIV-RNA του πλάσματος αίματος (Ανυφαντάκης 2010).

### 2.3 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Μόλις το άτομο μολυνθεί από τον HIV, εισέρχεται σε μία περίοδο χρόνιας λοίμωξης HIV. Ο ιός μπορεί να ανιχνευθεί εργαστηριακά στο αίμα από τη δεύτερη ως την δέκατη μέρα μετά τη μόλυνση. Μετά τη δέκατη μέρα και από 3 έως 6 μήνες από τη μόλυνση μπορούν να ανιχνευθούν μόνο τα αντισώματα του. Τα σημεία και τα συμπτώματα της νόσου μπορούν να ποικίλλουν πολύ σε είδος και σε συχνότητα εμφάνισης μεταξύ των ασθενών (Operskalski & Kovacs 2011).

Οι πρώτες εβδομάδες που ακολουθούν μετά τη μόλυνση καθορίζουν την πορεία και την εξέλιξη της νόσου. Αρχικά εμφανίζεται το ρετροϊκό σύνδρομο που είναι το πρώτο στάδιο και ονομάζεται αλλιώς πρωτολοίμωξη. Διαρκεί 1 – 2 εβδομάδες και μοιάζει με μια κοινή γρίπη. Στην πρωτολοίμωξη οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν πυρετό, πονοκέφαλο, αδιαθεσία και διογκωμένα λεμφογάγγλια στον λαιμό και στη βουβωνική χώρα. Αυτά τα συμπτώματα συνήθως εξαφανίζονται μετά από μία εβδομάδα ή ένα μήνα και συχνά συγχέονται με αυτά κάποιας άλλης ίωσης. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, τα άτομα είναι πολύ "μολυσματικά" και ο HIV παρουσιάζει μεγάλη συγκέντρωση στα γενετήσια εκκρίματα. Επειδή τα συμπτώματα δεν είναι συγκεκριμένα και δεν παραπέμπουν στην παρουσία του ιού αφού μπορεί να θυμίζουν μια απλή γρίπη οι νοσούντες μπορεί να μεταδίδουν το ιό σε άλλα άτομα χωρίς οι ίδιοι να το γνωρίζουν (Vourli et al. 2018) (Operskalski & Kovacs 2011).

Το δεύτερο στάδιο (λανθάνουσα περίοδος) είναι η φάση της ασυμπτωματικής λοίμωξης ή αλλιώς χρόνια, αφού μπορεί να διαρκέσει πολλά χρόνια, στα οποία το άτομο δεν παρουσιάζει συμπτώματα. Αν ο ασθενής δεν υποβληθεί σε βιολογική δοκιμασία ανίχνευσης της νόσου, είναι αδύνατον να γνωρίζει αν είναι φορέας του ιού. Η φυσική εξέταση είναι χωρίς ευρήματα ή με την παρουσία χρόνιας λεμφαδενοπάθειας. Παρατηρείται διόγκωση περισσότερων των δύο μη γειτονικών λεμφαδενικών ομάδων χωρίς να αξιολογείται η διόγκωση των βουβωνικών λεμφαδένων. Το 50-60% των ασθενών που μολύνονται παραμένουν ασυμπτωματικοί φορείς, ενώ το 20% των περιπτώσεων μπορούν να αναπτύξουν AIDS μέσα στην πρώτη πενταετία. Κατά τη διάρκεια του σταδίου αυτού, ο ιός HIV πολλαπλασιάζεται δραστικά και μολύνει και σκοτώνει κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος (Vourli et al. 2018) (Operskalski & Kovacs 2011).

Το τρίτο στάδιο, αντιστοιχεί στην κλινική εικόνα που εμφανίζουν τα γάγγλια. Πολλαπλά, επιφανειακά, ογκώδη, μερικές φορές ευαίσθητα στην αφή τα οποία δεν σχετίζονται με κανένα άλλο σύμπτωμα. Επιπλέον στο στάδιο αυτό, μπορούν να εμφανιστούν



μη ειδικά συμπτώματα, όπως πυρετός ή ανεξήγητη διάρροια, η οποία διαρκεί περισσότερο από ένα μήνα, καθώς και σημαντική απώλεια βάρους (Vourli et al. 2018) (Operskalski & Kovacs 2011).

Την φάση της ασυμπτωματικής λοίμωξης ακολουθεί η λοίμωξη με συμπτώματα (τέταρτο στάδιο). Τα συμπτώματα αφορούν κυρίως εκδηλώσεις ευκαιριακών λοιμώξεων που αναπτύσσονται λόγω της αργής αλλά καταστρεπτικής κατάρρευσης του ανοσοποιητικού. Τα Τ-βοηθητικά λεμφοκύτταρα μειώνονται σε αριθμό σημαντικό σε σημείο που η ανοσοποιητικό αρχίζει να υποχωρεί. Κατά τη διάρκεια του τετάρτου σταδίου εμφανίζονται ένα ή περισσότερα σημαντικά κλινικά συμπτώματα τα οποία χαρακτηρίζουν τη νόσο. Συγκεκριμένα οι κλινικές εκδηλώσεις προσβάλουν πολλά συστήματα του οργανισμού όπως το δέρμα, το γαστρεντερικό, το νευρολογικό, τα γεννητικά όργανα, το αναπνευστικό και την εμφάνιση διάφορων μορφών καρκίνων (Vourli et al. 2018) (Operskalski & Kovacs 2011).

Στο δέρμα (και τους βλεννογόνους) μπορεί να εμφανιστεί μόλυνση από έρπητα ζωστήρα ή απλό έρπητα, όπου χαρακτηρίζονται από επώδυνες φυσαλίδες που προκαλούν ρήξη του δέρματος. Η μολυσματική τέρμινθος είναι ιογενής λοίμωξη που χαρακτηρίζεται από σχηματισμό παραμορφωτικών πλακών. Η σημηγατορροϊκή δερματίτιδα συνδέεται με ένα σκληρό, διάχυτο, εξάνθημα, που περιλαμβάνει το τριχωτό της κεφαλής και το πρόσωπο. Μπορεί ακόμα να εμφανιστεί γενικευμένη θυλακίτιδα, που χαρακτηρίζεται από ξηρό, απολεπιδούμενο δέρμα, ή έκτοπη δερματίτιδα, όπως έκζεμα ή ψωρίαση. Ακόμη μπορεί να εμφανιστεί βακτηριακή λοίμωξη από σταφυλόκοκκο ή καντιντίαση. Στο στόμα μπορεί να εμφανιστεί καντιντίαση, τριχωτή λευκοπλακία καθώς και ερπητική λοίμωξη. Ο οισοφάγος μπορεί επίσης να προσβληθεί από κάντιντα (οισοφαγική καντιντίαση), μεγαλοκυτταροϊό, καθώς επίσης και να εμφανίσει άφθες (Moylett & Shearer 2002).

Στα γυναικεία γεννητικά όργανα ενδείκνυται να εμφανιστεί επίμονη, υποτροπιάζουσα κολπική καντιντίαση και πιο συγκεκριμένα να αποτελεί το πρώτο σημείο λοίμωξης στις γυναίκες. Οι αλλοιώσεις της κολπικής καντιντίας και του έρπητα γεννητικών οργάνων μπορεί να είναι μεγάλες, βαθιές και επώδυνες αλλοιώσεις, που απαιτούν συνεχή θεραπεία. Στις γυναίκες αυτές είναι πιο βαριές οι ελκωτικές νόσοι που μεταδίδονται σεξουαλικά (Boniphace et al. 2011).

Οι κλινικές εκδηλώσεις του αναπνευστικού περιλαμβάνουν βράχυνση αναπνοής, δύσπνοια, βήχα, πόνο στο θώρακα, πυρετό που συνδέεται με τη παρουσία λοιμώξεων. Η πιο κοινή λοίμωξη σε άτομα με AIDS είναι η πνευμονία από *Pneumocystis carinii*, που το ποσοστό θανάτου κυμαίνεται στο 60% περίπου. Η *P. carinii*, ένα πρωτόζωο και προκαλεί νόσο μόνο σε ανοσοκατασταλμένους οργανισμούς. Εισβάλλει και πολλαπλασιάζεται μέσα

στις πνευμονικές κυψελίδες, με αποτέλεσμα την πύκνωση του πνευμονικού παρεγχύματος και την ανάπτυξη διάμεσης πνευμονίτιδας. Η κλινική εμφάνιση της πνευμονίας από *P. carinii* (PCP) στους αρρώστους με AIDS είναι, γενικά, λιγότερο οξεία από ό,τι σε άτομα που είναι ανοσοκατασταλμένα από άλλες καταστάσεις. Οι άρρωστοι με AIDS αρχικά αναπτύσσουν μη ειδικά σημεία και συμπτώματα, όπως πυρετό, ρίγη, μη παραγωγικό βήχα, βράχυνση αναπνοής, δύσπνοια, σπάνια θωρακικό πόνο και ελαφρά υποξαιμία. Αν η νόσος δεν θεραπευθεί, τελικά προκαλεί σημαντική πνευμονική διαταραχή και αναπνευστική ανεπάρκεια. Η αναπνευστική ανεπάρκεια αναπτύσσεται μέσα σε 2 - 3 ημέρες από την έναρξη των συμπτωμάτων. Η οριστική διάγνωση της PCP μπορεί να τεθεί με αναγνώριση του πρωτόζωου στον πνευμονικό ιστό ή στις βρογχικές εκκρίσεις (Boniphace et al. 2011).

Οι γαστρεντερικές εκδηλώσεις του AIDS περιλαμβάνουν ανορεξία, ναυτία, εμέτους, στοματική και οισοφαγική καντιντίαση και χρόνια διάρροια. Η διάρροια αποτελεί πρόβλημα για το 50 - 90% όλων των αρρώστων με AIDS. Αν και πολλοί τύποι λοιμογόνου διάρροιας απαντούν σε θεραπεία, δεν είναι ασύνηθες για τις λοιμώξεις αυτές να υποτροπιάζουν και να γίνονται χρόνια πρόβλημα (Moylett & Shearer 2002).

Σε ορισμένες περιπτώσεις εμφανίζονται συμπτώματα από το κεντρικό νευρικό σύστημα όπως διαταραχή της κινητικής απόδοσης, της γνωσιακής λειτουργίας και της συμπεριφοράς. Οι νευρολογικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν τόσο την κεντρική και περιφερική όσο και την αυτόνομη λειτουργία. Ένα 50-60% αρρώστων με AIDS βιώνει κάποιο είδος νευρολογικής συμμετοχής κατά τη διάρκεια της πορείας της λοίμωξης με HIV. Άλλα 20-30% έχουν νευρολογική εμπλοκή χωρίς εμφανή σημεία και συμπτώματα. Η νευροπαθολογία είναι αποτέλεσμα άμεσης επίδρασης του HIV στο νευρικό σύστημα ή απάντησης του ανοσοποιητικού συστήματος στη λοίμωξη HIV και περιλαμβάνει φλεγμονή, ατροφία, απομυελίνωση, εκφύλιση και νέκρωση. Η κρυπτοκοκκική μηνιγγίτιδα, η τέταρτη πιο συχνή ευκαιριακή λοίμωξη σε αρρώστους με AIDS, χαρακτηρίζεται από συμπτώματα όπως πυρετός, πονοκέφαλος, κακουχία, δυσκαμψία αυχένα, ναυτία, εμέτους, μεταβολές στη διανοητική κατάσταση και σπασμούς. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με εξέταση εγκεφαλονωτιαίου υγρού. Η εγκεφαλοπάθεια HIV συμβαίνει στο 40-65% αρρώστων με AIDS (Operskalski & Kovacs 2011) (Moylett & Shearer 2002).

Είναι ένα κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από προοδευτική έκπτωση των γνωσιακών και κινητικών λειτουργιών. Τα πρώιμα συμπτώματα περιλαμβάνουν κενά μνήμης, κεφαλαλγίες, δυσκολία στη συγκέντρωση, σύγχυση, απάθεια. Τα πρώτα στάδια της εγκεφαλοπάθειας HIV περιλαμβάνουν σφαιρικές γνωσιακές διαταραχές, καθυστέρηση στην απάντηση ερωτήσεων, παρουσία κενού βλέμματος, ψύχωση, ψευδαισθήσεις, τρέμουλο,

σπασμούς, αλαλία και θάνατο. Η εκτεταμένη νευρολογική αξιολόγηση περιλαμβάνει έλεγχο με υπολογιστική τομογραφία, που μπορεί να δείξει διάχυτη εγκεφαλική ατροφία και κοιλιακή μεγέθυνση, μαγνητική τομογραφία, εξέταση εγκεφαλονωτιαίου υγρού και βιοψία εγκεφάλου. Μια άλλη διαταραχή του κεντρικού νευρικού συστήματος που είναι συνδεδεμένη με τη νόσο του AIDS είναι η πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια. Η διαταραχή αυτή, αρχίζει να γίνεται αισθητή με την παρουσία διανοητικής σύγχυσης και ταχέως εξελίσσεται σε τύφλωση, αφασία, παράλυση νεύρων του προσώπου και τελικά θάνατο (Boniphace et al. 2011) (Moylett & Shearer 2002).

Η λοίμωξη από το ιό HIV είναι ιδιαίτερα συνδεδεμένη με την ευπάθεια σε συγκεκριμένα είδη καρκίνων όπως είναι το σάρκωμα Kaposi, καρκίνωμα δέρματος, καρκίνος στομάχου, παγκρέατος, ορθού και κύστης. Τα άτομα με AIDS έχουν ψηλότερη από τη συνηθισμένη επίπτωση καρκίνου. Αυτό μπορεί να οφείλεται είτε σε πιθανή άμεση καρκινογόνο δράση του HIV, είτε στην υποκείμενη ανοσιακή ανεπάρκεια, που επιτρέπει καρκινογόνους παράγοντες, όπως ιούς, να μετατρέπουν ευπαθή κύτταρα σε κακοήγη (Moylett & Shearer 2002).

Το σάρκωμα Kaposi και ορισμένοι τύποι λεμφωμάτων βρίσκονται μέσα στις κακοήθειες που σχετίζονται με AIDS. Το σάρκωμα Kaposi (KS), η πιο συχνή κακοήθεια που συμβαίνει στη λοίμωξη HIV, εμπλέκει την ενδοθηλιακή στιβάδα αιμοφόρων και λεμφικών αγγείων. Η εντόπιση και το μέγεθος ορισμένων αλλοιώσεων μπορεί να οδηγήσει σε φλεβική στάση, λεμφοίδημα και πόνο. Ελκωτικές αλλοιώσεις προκαλούν ρήξη του δέρματος και αυξάνουν τη δυσχέρεια και την ευπάθεια σε λοιμώξεις. Η προσβολή εσωτερικών οργάνων οδηγεί τελικά σε ανεπάρκεια οργάνου, αιμορραγία, λοίμωξη και θάνατο. Η διάγνωση του KS επιβεβαιώνεται με βιοψία των προσβλημένων οργάνων (Moylett & Shearer 2002).

Τα λεμφώματα Β-κυττάρων είναι οι δεύτερες πιο κοινές κακοήθειες που συμβαίνουν στον πληθυσμό των ασθενών με AIDS. Έχουν την τάση να αναπτύσσονται έξω από τους λεμφαδένες, κυρίως στον εγκέφαλο, το μυελό των οστών και το γαστρεντερικό σωλήνα. Είναι μεγάλου βαθμού κακοήθειας, δηλαδή η ανάπτυξή τους είναι επιθετική και ανθεκτική στην θεραπεία (Moylett & Shearer 2002).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:**

### **«ΜΕΤΑΔΟΣΗ, ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ»**

#### **3.1 ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Σύμφωνα με τις επιδημιολογικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί αν και μπορεί ολόκληρος ο πληθυσμός να μολυνθεί με τον ιό HIV, υπάρχουν κάποια συγκεκριμένες ομάδες ατόμων οι οποίες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εκτεθούν - μολυνθούν και επομένως να ασθενήσουν από τον ιό. Οι ομάδες αυτές ονομάζονται «ομάδες υψηλού κινδύνου».

Στις ομάδες υψηλού κινδύνου βρίσκονται οι εξής:

- άνδρες ομοφυλόφιλοι
- άνδρες αμφιφυλόφιλοι
- ετεροφυλόφιλα άτομα που εναλλάσσουν συχνά ερωτικούς συντρόφους
- χρήστες ναρκωτικών ουσιών (ενδοφλέβιων) που χρησιμοποιούν την ίδια σύριγγα μεταξύ τους
- αιμοφιλικί ασθενείς και γενικότερα άτομα που κάνουν συχνές μεταγγίσεις αίματος
- οροθετικές μητέρες
- εκδιδόμενα άτομα
- επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε συχνή επαφή λόγω του αντικειμένου τους, με οροθετικούς ασθενείς
- άτομα που έρχονται σε σεξουαλική επαφή με άτομα που έχουν μεγάλη έξαρση του ιού στις περιοχές που ζουν
- οι ερωτικοί σύντροφοι των παραπάνω κατηγοριών
- θύματα βιασμού
- σεξουαλικά παρενοχλημένα παιδιά
- έφηβοι και άτομα που συνάπτουν ερωτικές σχέσεις σε μικρή ηλικία (λόγω της ελλιπούς σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης για τους τρόπους προφύλαξης) (Κουτσαύτη 2018)

#### **3.2 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ**

Η μετάδοση του ιού μέσω της σεξουαλικής επαφής είναι ένας από τους βασικούς τρόπους και ο πιο συνηθισμένος. Μια απροστάτευτη κολπική, πρωκτική ή στοματική επαφή είναι αρκετή για να μεταδοθεί ο HIV μεταξύ συντρόφων. Ο ιός μεταδίδεται μέσω της σεξουαλικής

επαφής με τα κολπικά υγρά, το σπέρμα, τα προ σπερματικά υγρά, με μολυσμένα σωματικά υγρά και μέσω του αίματος από ασυνέχειες του δέρματος (Κουτσαύτη 2018).

Αν και οι γυναίκες είναι εξίσου πιθανό να μολυνθούν με τον ιό μέσω της απροστάτευτης σεξουαλικής επαφής, ένα σημαντικό ποσοστό που νοσεί είναι ομοφυλόφιλοι άνδρες. Αυτό συμβαίνει γιατί ο κίνδυνος μετάδοσης διαφέρει ανάλογα με το είδος της σεξουαλικής επαφής. Πιο συγκεκριμένα η μετάδοση του ιού είναι συχνότερη και πιο αυξημένη μέσω της πρωκτικής συνουσίας έναντι της κολπικής ή της στοματικής σεξουαλικής επαφής. Αυτό συμβαίνει διότι το επιθήλιο του ορθού είναι πιο εύθραυστο από τον κολπικό βλεννογόνο και είναι ευκολότερο να υποστεί κάποιο τραυματισμό. Ο πρωκτικός σωλήνας είναι πλούσιος σε λεμφοκύτταρα μέσω των οποίων εισέρχεται ο ιός (Kim et al. 2010).

Παρόλα αυτά όμως τα τελευταία χρόνια μεγαλύτερος αριθμός διαγνώσεων του ιού σε παγκόσμιο επίπεδο είναι σε γυναίκες που είχαν (απροστάτευτη) σεξουαλική επαφή με το άλλο φύλο. Στην Ελλάδα αντιθέτως σύμφωνα με τις μετρήσεις του τελευταίου έτους το 42,04% των διαγνώσεων ήταν άνδρες που ήρθαν σε σεξουαλική επαφή με άνδρες χωρίς τη χρήση προφυλάξεων και το 19,75% αφορούσε μολύνσεις λόγω ετεροφυλοφιλικής επαφής. Η σεξουαλική μετάδοση μεταξύ ομοφυλόφιλων γυναικών είναι αρκετά μικρότερη αλλά όχι ασήμαντη, καθώς ούτε και απίθανη (Kim et al. 2010) (Xiridou et al. 2004).

Μεγάλο κίνδυνο διατρέχουν επιπλέον οι εκδιδόμενες γυναίκες καθώς έρχονται σε επαφή με ένα εύρος αντρών αλλά και τα άτομα αλλάζουν πολύ συχνά ερωτικούς συντρόφους. Ακόμα ο κίνδυνος μετάδοσης είναι μεγαλύτερος όταν υπάρχουν φλεγμονές ή κολπικοί τραυματισμοί ή συνυπάρχουν άλλες σεξουαλικά μεταδιδόμενες νόσοι όπως ο έρπης, η σύφιλη και το μαλακό έλκος. Μεγάλη πιθανότητα μετάδοσης επίσης αποτελεί η ύπαρξη σεξουαλικής επαφής κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως. Η πρωκτική επαφή αποτελεί εξίσου κίνδυνο για τον γυναικείο πληθυσμό όσο αποτελεί και για τον ανδρικό (Eames & Keeling 2002).

Η σεξουαλική επαφή αποτελεί πρώτο και σημαντικότερο τρόπο μετάδοσης της ασθένειας στις Αφρικανικές χώρες στις ομάδες υψηλού κινδύνου, κυρίως: εκδιδόμενα άτομα, ομοφυλόφιλους, χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών, διεμφυλικούς και κρατούμενους. Αυτό όμως τις περισσότερες φορές (ιδιαίτερα στην Νότιο Αφρική) δεν είναι αποτέλεσμα συναινετικής σεξουαλικής επαφής, αλλά μπορεί να είναι επακόλουθο βιασμού λόγω των συνθηκών ζωής σε υποανάπτυκτες περιοχές με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (UnAids 2014)

### 3.3 ΛΟΙΠΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ

Εκτός της σεξουαλικής επαφής, η μετάδοση πραγματοποιείται και με άλλους τρόπους ίσης επικινδυνότητας:

- με την χρήση κοινής βελόνας (επαναχρησιμοποίηση της) ,συνήθως σε χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών
- με την χρήση μη αποστειρωμένης βελόνας σε τατουάζ ή body piercing
- μέσω της κάθετης μετάδοσης, μεταξύ μητέρας και παιδιού κατά την διάρκεια του τοκετού
- μέσω του θηλασμού (σπάνια)
- σε περιπτώσεις μεταγγίσεων αίματος όπου το αίμα δεν έχει ελεγχθεί
- στις μεταμοσχεύσεις οργάνων ή μυελού των οστών που δεν έχουν ελεγχθεί
- τραυματισμός από μολυσμένα αιχμηρά αντικείμενα (αφορά κυρίως τους επαγγελματίες υγείας)
- το αίμα οροθετικού ασθενή να περάσει στην κυκλοφορία ή στον οργανισμό (ΕΟΔΥ 2021).

Ο ιός δεν μεταδίδεται:

- με την καθημερινή επαφή (χειραψίες, αγκαλιές, φιλί)
- μέσω των κοινόχρηστων χώρων (τουαλέτα)
- μέσω του σάλιου ή του ιδρώτα
- με το κολύμπι σε θάλασσες ή πισίνες
- με ρουχισμό, κουζινικά σκεύη, συσκευές όπως τηλέφωνο υπολογιστής κ.α.
- μέσω των τσιμπημάτων από έντομα (ΕΟΔΥ 2021).

### 3.4 ΠΡΟΛΗΨΗ

Για να αρχίσει να «υποχωρεί» η εξάπλωση της νόσου έως και να εξαλειφθεί, είναι ευθύνη του κράτους και της κοινωνίας να ενημερώνει τον πληθυσμό για τους τρόπους πρόληψης της νόσου, καθώς αντίστοιχα είναι ατομική ευθύνη του καθενός το αν θα ακολουθήσει αυτές τις οδηγίες ή όχι. Αν και η ευθύνη αυτή είναι ατομική, έχει κοινωνικό χαρακτήρα αφού αφορά όλο τον πληθυσμό μιας χώρας/κοινότητας/περιοχής. Η πρόληψη δεν αφορά μόνο το άτομο το οποίο θέλει να προστατευθεί αλλά και το άτομο ή τα άτομα όπου έρχεται σε σεξουαλική επαφή (Καντζανού & Χατζάκης 2013).

Μια σημαντική μέθοδος πρόληψης, αν όχι η σημαντικότερη, είναι η χρήση προφυλάξεων κατά την διάρκεια σεξουαλικής επαφής. Πιο συγκεκριμένα η χρήση προφυλακτικού κατά τη διάρκεια του σεξ μειώνει τον κίνδυνο μετάδοσης του HIV (αλλά και άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών) σε ποσοστό 98%. Η χρήση προφυλακτικού δεν απευθύνεται μόνο στην κολπική σεξουαλική επαφή, αλλά και στη πρωκτική καθώς και στην στοματική. Για να είναι αποτελεσματική η πρόληψη μέσω του προφυλακτικού, θα πρέπει τοποθετείται πριν, να χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια και να αφαιρείται στο τέλος της σεξουαλικής επαφής. Ακόμη δεν πρέπει να παραλείπεται ότι υπάρχει πάντα ο κίνδυνος να σπάσει το προφυλακτικό επομένως θα πρέπει πάντα μετά την ολοκλήρωση της πράξης να ελέγχεται. Τα προφυλακτικά δεν είναι επαναχρησιμοποιούμενα, αφού ολοκληρωθεί η επαφή πρέπει να απορρίπτονται (Γιάννου 2019).

Όταν μια γυναίκα είναι οροθετική ή υπάρχει κίνδυνος να είναι οροθετική και εγκυμονεί, θα πρέπει να αποτελεί κομμάτι του προγεννητικού ελέγχου η εξέταση για HIV (κίνδυνος μετάδοσης 15%-45%). Εάν η εξέταση γίνει ο κίνδυνος να περάσει ο ιός στο νεογνό μειώνεται σημαντικά καθώς μπορούν να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα για την αποφυγή αυτού (Κοντέ 2014). Ο κίνδυνος για κάθετη μετάδοση είναι αυξημένος στην περίπτωση που η μητέρα φέρει τον HIV-1, ο HIV-2 έχει ελάχιστες έως μηδενικές πιθανότητες κάθετης μετάδοσης (Teasdale et al. 2011).

Χωρίς την απαραίτητη αντιρετροϊκή θεραπεία ο κίνδυνος μετάδοσης κυμαίνεται στο 15%-30% κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Η μετάδοση του ιού είναι πιο πιθανή σε μητέρες με μεγάλα ιογενή φορτία, προχωρημένα στάδια HIV ή και τα δύο. Χωρίς την θεραπεία το 15% με 35% των βρεφών πεθαίνει εντός του πρώτου έτους ζωής. Ακόμη, η καισαρική τομή εντός των 38 εβδομάδων κύησης μπορεί να αποβεί αρκετά σημαντική στην αποφυγή μόλυνσης του εμβρύου (Teasdale et al. 2011).

Είναι ουσιαστικό να γίνεται τακτικός έλεγχος για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα σε άτομα που έχουν εκτεθεί σε απροφύλακτη συνουσία ή που πιστεύουν ότι ο/η/οι σύντροφος/οι τους έχουν εκτεθεί. Με τον τρόπο αυτό έχουν την δυνατότητα να προστατευτούν οι ίδιοι ξεκινώντας την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή και να ενημερώσουν τον/τους σύντρόφο/ους τους. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει κατάλληλα διαμορφωμένα προγράμματα για να στηρίξει και να βοηθήσει τα HIV θετικά άτομα να μιλήσουν στους συντρόφους τους είτε οι ίδιοι είτε με τη στήριξη κάποιου ειδικού (Καντζανού & Χατζάκης 2013).

Η φυματίωση, αν και στη σύγχρονη εποχή είναι εξαλειμμένη, παραμένει θανατηφόρα και συνδεδεμένη με το AIDS. Συνήθως 1 στα 3 άτομα που πεθαίνουν από HIV η φυματίωση

είναι αιτία. Ο διαγνωστικός έλεγχος της φυματίωσης θα έπρεπε να είναι άμεσα συνδεδεμένος με τις υπηρεσίες φροντίδας του HIV και οι εξετάσεις ρουτίνας σε πιθανούς ή διαγνωσμένους ασθενείς να γίνονται τακτικά. Η θεραπεία κατά της φυματίωσης θα πρέπει να λαμβάνεται άμεσα και όσο πιο σύντομα γίνεται (Γιάννου 2019).

Η περιτομή είναι μια ακόμα μέθοδος πρόληψης μετάδοσης της νόσου. Μειώνει έως και 50% τον κίνδυνο μόλυνσης από τον HIV(αλλά και άλλων ΣΜΝ) σε άντρες που έχουν ετεροφυλικές σεξουαλικές επαφές. Από το 2020 ο ΠΟΥ συστήνει την περιτομή από την ηλικία των 15 ετών και άνω ως μέτρο πρόληψης κατά του AIDS. Πρόκειται για μια βασική παρέμβαση που έχει ως επίκεντρο τις χώρες με αυξημένη επικινδυνότητα όπως η Ανατολική και Νότιος Αφρική (Γιάννου 2019).

Σημαντικό επίσης είναι να τηρούνται αυστηρά οι κανόνες ατομικής υγιεινής και πιο συγκεκριμένα: αποφυγή χρήσης αντικειμένων που μπορεί να έχουν υπολείμματα από αίμα ή μολυσματικά υγρά όπως χρήση κοινού ξυραφιού και οδοντόβουρτσας (ΕΟΔΥ 2021).

Οι χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών είναι δυστυχώς μια ομάδα αρκετά δύσκολα προσεγγίσιμη που όμως αποτελεί μια από τις βασικές ομάδες αυξημένου κινδύνου. Τα άτομα αυτά δεν θα πρέπει ποτέ να μοιράζονται επαναχρησιμοποιημένες σύριγγες ή οποιοδήποτε εξάρτημα για τη λήψη ναρκωτικών ουσιών. Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής έχουν εφαρμοστεί προγράμματα για τη χορήγηση αποστειρωμένων βελόνων και συρίγγων κάτι το οποίο είναι αρκετά σημαντικό καθώς έχει παρατηρηθεί ότι οι περισσότερες περιπτώσεις μετάδοσης του ιού μεταξύ ετεροφυλοφιλικής σχέσης βρίσκονται μεταξύ των χρηστών. Έρευνες έδειξαν πως σε πληθυσμούς XEN(=χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών) όπου δόθηκαν αποστειρωμένες ενέσεις-σύριγγες η μετάδοση του ιού μειώθηκε σημαντικά. Επιπλέον για τον παραπάνω λόγο είναι σημαντικό να γνωστοποιηθεί στους XEN η σημασία των ασφαλών σεξουαλικών πρακτικών για τον περιορισμό εξάπλωσης του HIV (Γιάννου 2019).

Ο ΕΟΔΥ προβλέπει πώς, προληπτικά μέτρα ακόμα μπορούν να ληφθούν σε ασθενείς που μπορεί να νοσήσουν (π.χ. ερωτικοί σύντροφοι ατόμων θετικών). Φαίνεται πως η χρήση αντιρετροϊκών φαρμάκων πριν από την έκθεση στον ιό μπορεί να παράσχει ουσιαστική προστασία. Οι υπεύθυνοι ιατροί θα πρέπει να προβαίνουν σε μία αρχική εργαστηριακή εκτίμηση και να παρέχουν συμβουλευτική πριν συνταγογραφήσουν την προφυλακτική αντιρετροϊκή θεραπεία (ΕΟΔΥ 2021).



### 3.5 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η φαρμακευτική αγωγή για την HIV λοίμωξη έχει του εξής στόχους: 1) καταστολή της λοίμωξης μειώνοντας τα συμπτώματα και παρατείνοντας το προσδόκιμο ζωής του ασθενούς, 2) παροχή προφύλαξης ενάντια στις ευκαιριακές λοιμώξεις που έπονται του ιού, 3) διέγερση αιμοποιητικής δράσης και 4) αντιμετώπιση των ευκαιριακών λοιμώξεων και των κακοηθών νόσων (Aroga et al. 2013).

Ο HIV μπορεί να κατασταλεί με τον συνδυασμό τριών ή περισσότερων αντιρετροϊκών φαρμάκων (HAART= Highly Active Antiretroviral Therapy). Η αντιρετροϊκή αγωγή δεν εξαλείφει την νόσο αλλά καταστέλλει την αναπαραγωγή του ιού, με αποτέλεσμα την ανάκτηση του ανοσοποιητικού συστήματος του ατόμου (ο οργανισμός μπορεί να καταπολεμήσει τις επερχόμενες λοιμώξεις) και επομένως μειώνει και τη συγκέντρωση του στα μολυσματικά βιολογικά υγρά (άρα ελαττώνει την πιθανότητα μετάδοσης) (Aroga et al. 2013).

Από το 2016 έως το 2020 με την απόφαση “treat all” του ΠΟΥ, όπου συνέστη στα θετικά άτομα να διατίθενται δια βίου αντιρετροϊκά φάρμακα, 185 χώρες κατάφεραν να εφοδιάσουν το 99% των νοσούντων με την απαραίτητη αγωγή. Το 2019 συνέστη η χρήση ντολουντεγραβίρης που είναι η πιο πρόσφατη μορφή αντιρετροϊκής αγωγής (WHO, 2020). Ωστόσο υπάρχουν και άλλες κατηγορίες φαρμάκων που έχουν χρησιμοποιηθεί ανά τα χρόνια και φέραν αποτελέσματα:

- νουκλεοσιδικά/νουκλεοτιδικά: αναστολείς αντίστροφης μεταγραφάσης (zidovudine, didanosine, zalcitabine, stavudine, lamivudine, abacavir)  
Αποτελούν ανάλογα νουκλεοσιδίων που «ξεγελούν» το ένζυμο αντίστροφη μεταγραφάση και αντικαθιστούν ένα κανονικό νουκλεοσίδιο στην αλυσίδα σχηματισμού του ιϊκού DNA. Αποσύρθηκε λόγω τοξικότητας και βαριών παρενεργειών σε ζωτικά όργανα.
- μη νουκλεοσιδικά: αναστολείς αντίστροφης μεταγραφάσης (nevirapine, efavirenz, delavirdine, etravirine)  
Ο μηχανισμός δράσης τους έγκειται στη σύνδεση με την αντίστροφη μεταγραφάση και αναστολή της δράσης της, με αποτέλεσμα την αδυναμία προσθήκης νέων νουκλεοτιδίων στην αυξανόμενη αλυσίδα του DNA.
- αναστολείς πρωτεάσης  
Προκαλούν μεταβολικές διαταραχές. (atazanavir, darunavir, lopinavir, tipranavir, ritonavir)

- αναστολείς σύντηξης  
Προκαλούν παρεμπόδιση σύντηξης της ιϊκής με την κυτταρική μεμβράνη (enfuvirtide)
- αναστολείς της ιντεργκράσης  
Δρα μέσω της αναστολής της δράσης της ιντεργκράσης, η οποία ρυθμίζει την είσοδο του ιϊκού DNA στο γονιδίωμα του ξενιστή, με συνέπεια τη διακοπή του αναπαραγωγικού κύκλου του ιού (raltegravir).
- ανταγωνιστές του υποδοχέα CCR  
Προκαλούν καρδιακή και ηπατική δυσλειτουργία (maraviroc) (Κοτσαύτη 2018)

Αν και η αντιρετροϊκή αγωγή έχει βοηθήσει σε μεγάλο βαθμό παγκοσμίως με ποσοστό μείωσης 51% των θανάτων που οφείλονται στο AIDS ανά των ετών 2000 έως 2019, το εμβόλιο για την εξάλειψη της νόσου δεν έχει ανακαλυφθεί ακόμα. Δεν υπάρχει θεραπεία για το HIV αλλά θεραπείες που καταστέλλουν τον ιό και αυξάνουν το προσδόκιμο και την ποιότητα ζωής των οροθετικών ατόμων (WHO 2020).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΟΡΟΘΕΤΙΚΟΥΣ»

#### 4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΟΡΟΘΕΤΙΚΟΥΣ

Σύμφωνα με τους Hoskins και Saewyc, βασικός πυρήνας και έννοια της νοσηλευτικής είναι η φροντίδα και η παροχή φροντίδας από τους νοσηλευτές σε όποιους την έχουν ανάγκη ανεξαιρέτως. Αυτό είτε στα πλαίσια καταπολέμησης κάποιας αρρώστιας ή διατήρησης και προαγωγής της υγείας. Η νοσηλευτική φροντίδα επομένως συγκροτείται από τις δραστηριότητες και την διάδραση μεταξύ του ασθενούς και του φροντιστή με κυρίαρχο στοιχείο την σωματική φροντίδα. Επιπλέον πρέπει να χαρακτηρίζεται από θετικές προσεγγίσεις- συμπεριφορές, αποδοχή και μεταβλητότητα για να θεωρείται αποτελεσματική (Βιβιλάκη και συν. 2015).

Η νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με HIV για να είναι αποτελεσματική προαπαιτεί το προσωπικό να είναι καλά ενημερωμένο και ευαισθητοποιημένο ως προς τα επαγγελματικά του καθήκοντα αλλά και για τον τρόπο μεταχείρισης που θα πρέπει να έχει απέναντι στους εν λόγω ασθενείς. Ο νοσηλευτής διαδραματίζει βασικό ρόλο στην ζωή των οροθετικών ασθενών μετά τη διάγνωση και επομένως θα πρέπει να είναι σε θέση να μπορεί να χειριστεί τις ιδιαιτερότητές που φέρει η νόσος αυτή (Ντούμας 2019).

Ο ασθενής που φέρει την νόσο του AIDS έχει πολλαπλές ανάγκες φροντίδας, σε κοινωνικό, ψυχικό και σωματικό επίπεδο. Όπως συμβαίνει και με τις περισσότερες θανατηφόρες νόσους, η πορεία του AIDS μπορεί να επηρεαστεί από το σύστημα ψυχικής-κοινωνικής υποστήριξης που διαθέτει. Το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται λοιπόν να παρέχει την απαραίτητη και καθημερινή φροντίδα για να καλυφθούν οι παραπάνω ανάγκες (Ντούμας 2019).

Μέσα σε αυτό, αξίζει να αναφερθεί ότι για να καταστεί η όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματική φροντίδα, ο νοσηλευτής θέτει σε κίνδυνο την προσωπική του υγεία καθώς όντας υπεύθυνος για τον ασθενή διατρέχει και ο ίδιος τον κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό και τον ευκαιριακών λοιμώξεων που τον ακολουθούν. Επιπλέον μέσα στο πλαίσιο της φροντίδας αυτής, βιώνει και ο ίδιος την ψυχοσωματική κούραση καθώς ένας οροθετικός ασθενής έχει πολλές και συνεχείς ανάγκες (Ντούμας 2019).

## 4.2 ΣΤΟΧΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Ανεξάρτητα από το που θα ακολουθήσει ο ασθενής την νοσηλεία του, στην οικειότητα του σπιτιού του ή στον χώρο του νοσοκομείου, θα πρέπει να ακολουθηθούν κάποιες διαδικασίες. Αρχικά θα πρέπει να αξιολογηθεί σε ποιο στάδιο της νόσου βρίσκεται ο ασθενής για να μπορεί ο νοσηλευτής να πραγματοποιήσει τις απαραίτητες «παρεμβάσεις». Κάθε παρέμβαση θα πρέπει να εκτιμάται για το πόσο σωστή και αποτελεσματική ήταν. Καθώς οι οροθετικοί ασθενείς θεωρούνται «δύσκολοι» ασθενείς, κάθε παρέμβαση-στόχος χρίζει ιδιαίτερη φροντίδα, επιδεξιότητα, εχεμύθεια και αρκετή υπομονή και «αγάπη» ως προς τον άρρωστο (Βιβιλάκη και συν. 2015).

Κύριος στόχος είναι η ολιστική φροντίδα του ασθενούς με τις απαραίτητες τροποποιήσεις που απαιτεί κάθε περίπτωση. Πιο συγκεκριμένα όμως:

- Αξιολόγηση του ασθενή και των αναγκών του
- Προγραμματισμός της κατάλληλης φροντίδας
- Προστασία του ασθενή από τις ευκαιριακές λοιμώξεις που ακολουθούν την νόσο
- Πρόληψη επιπλοκών
- Περιορισμός του ιού και για τον άρρωστο αλλά και για τους υπόλοιπους ασθενείς-αποφυγή μετάδοσης
- Συνεχής παρακολούθηση του ασθενή (ζωτικά σημεία)
- Το νοσηλευτικό προσωπικό να λαμβάνει υπόψιν τυχόν παράπονα του ασθενούς και αλλαγές στη συμπεριφορά
- Συστηματική ακολουθία και τήρηση των ιατρικών οδηγιών
- Εφαρμογή νοσηλευτικής διεργασίας για την ανακούφιση του πόνου (Ντούμας, Σ., 2019)
- Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την σωστή σίτιση και ενυδάτωση του ασθενούς επομένως και της ενδυνάμωσης του οργανισμού (Belleza 2019)

Εκτός του πρακτικού κομματιού που περιλαμβάνει τα παραπάνω, ακολουθεί και το εκπαιδευτικό-ψυχολογικό κομμάτι. Η νοσηλευτική φροντίδα εκτός της σωματικής φροντίδας και της ανακούφισης από τον πόνο περιλαμβάνει και την ψυχολογική στήριξη που πρέπει να παρέχεται στον ασθενή. Η επικοινωνία και ο διάλογος με τον ασθενή λαμβάνουν μεγάλο ρόλο στην πορεία που θα ακολουθήσει η νόσος. Χρειάζεται η εμπύχωση του ώστε να κινητοποιηθεί, και μαζί με αυτόν και τα άτομα που τον περιβάλλουν καθώς η κατάσταση του δεν αφορά μόνο τον ίδιο, αλλά και τα αγαπημένα του πρόσωπα τα οποία ενδεχομένως να

χρειάζονται επίσης στήριξη. Ακόμη ευθύνη μας είναι, αν κριθεί απαραίτητο για τον άρρωστο ή την οικογένειά του να παραπεμφθεί κάποιος ειδικός για ψυχολογική στήριξη (Perazzo et al. 2018).

Τέλος μέσα στους στόχους που πρέπει να καλύψουμε μέσω της νοσηλευτικής φροντίδας βρίσκεται και η εκπαίδευση του οροθετικού ασθενή. Η διδασκαλία για αυτοφροντίδα και αυτοσυντήρηση έχουν εξίσου σημαντικό ρόλο τόσο στην ψυχολογία του ασθενούς όσο και στη σωματική του αντοχή και ευημερία. Πρέπει να διδαχθεί πώς να φροντίζει τον εαυτό του και την υγεία του (στα πλαίσια όπου είναι εφικτό και είναι ο ίδιος σε θέση να το κάνει). Ο ασθενής οφείλει στον εαυτό του να λάβει μέρος στο θεραπευτικό πλάνο που θα του συστηθεί και να συμμετάσχει και ο ίδιος στην διαμόρφωση αυτού. Παράλληλα με την εκπαίδευση του ατόμου, δεν πρέπει να παραλείπουμε την εκμάθηση της οικογενείας του ως προς την νόσο αλλά και των υπολοίπων προσώπων που θα του παρέχουν στήριξη (Perazzo et al. 2018).

Μέσα στο νοσηλευτικό πλάνο για την φροντίδα του HIV ασθενή, δεν πρέπει να παραληφθεί και η μέριμνα του νοσηλευτή για τον ίδιο αλλά και για όλους τους επαγγελματίες υγείας που θα λάβουν μέρος στο πλάνο. Όσο σημαντική είναι η υγεία και η ψυχολογική ευημερία του αρρώστου τόσο σημαντική είναι και για τους επαγγελματίες υγείας που έχουν αναλάβει τη φροντίδα του. Η πρόληψη εξάπλωσης της νόσου είναι επίσης πολύ σημαντική για όλο το νοσοκομείο εκτός του ίδιου του νοσούντος (Perazzo et al. 2018).

#### **4.3 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS**

Οι οροθετικοί ασθενείς, ασχέτως του σταδίου στο οποίο βρίσκονται, έχουν ευθύνες απέναντι σε εκείνους και έπειτα στον περίγυρο τους.

- Κάθε φορέας του HIV έχει δικαίωμα στην ιατρική περίθαλψη και παροχή κατάλληλης φαρμακευτικής θεραπείας
- Οι φορείς έχουν το δικαίωμα να έχουν ερωτικούς συντρόφους
- Κανείς δεν πρέπει να περιθωριοποιείται επειδή φέρει τον ιό
- Όλοι οι ασθενείς έχουν δικαίωμα στην εχεμύθεια και το ιατρικό απόρρητο
- Όλοι έχουν δικαίωμα στην εργασία, σε οποιονδήποτε τομέα επιθυμούν
- Έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν τις υπηρεσίες υγείας εφόσον έχουν ενημερωθεί για αυτές

- Δεν επιτρέπεται σε καμία περίπτωση χωρίς την συναίνεση του ασθενούς, η αναζήτηση αντισωμάτων για τον ιό κάτι το οποίο δεν αναιρείται ακόμα και μετά τον θάνατο του νοσούντος (Συνήγορος του Πολίτη 2000)

Αντίστοιχα όμως:

- Οι πάσχοντες δεν πρέπει να αποκρύπτουν πληροφορίες από τους ιατρούς καθώς μπορεί να οδηγηθούν σε ανεπανόρθωτα λάθη
- Οι φορείς είναι υποχρεωμένοι να ενημερώνουν τους ερωτικούς συντρόφους τους για την κατάσταση και να παίρνουν τις απαραίτητες προφυλάξεις
- Αν ο ασθενής είναι χρήστης ενδοφλέβιων ουσιών θα πρέπει να ενημερώνει τον υπεύθυνο ιατρό διότι μπορεί να επηρεαστεί η φαρμακευτική θεραπεία
- Ένας οροθετικός αποκλείεται ως δότης οργάνων ή αίματος (Συνήγορος του Πολίτη 2000)

Γενικότερα οι οροθετικοί ασθενείς έχουν τα ακόλουθα καθολικά δικαιώματα:

- Κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα στην υγεία, καθώς και να απολαμβάνει τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις ατομικές ελευθερίες χωρίς οποιαδήποτε διάκριση, όπως προβλέπεται από τις γενικές αρχές και διακηρύξεις περί προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ατομικών ελευθεριών.
- Η Πολιτεία έχει υποχρέωση να διασφαλίζει τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις ατομικές ελευθερίες προσώπων που έχουν μολυνθεί από τον ιό του AIDS
- Κάθε άτομο έχει δικαίωμα στη σεξουαλική αυτοδιάθεση, που συμπεριλαμβάνει και το δικαίωμά του να αρνείται την χωρίς προφύλαξη ερωτική σχέση και να λαμβάνει μέτρα για να αποφεύγει τη μόλυνση
- Τα παιδιά έχουν δικαίωμα στην ενημέρωση και εκπαίδευση όσον αφορά στην πρόληψη του ιού του AIDS και πρέπει να έχουν πρόσβαση σε μέσα προφύλαξης
- Όλοι οι άνθρωποι, άνδρες, γυναίκες, πτωχοί, μετανάστες, φυγάδες, εκδιδόμενα άτομα, χρήστες τοξικών ουσιών, ομοφυλόφιλοι, και γενικότερα μέλη μειονοτήτων έχουν το δικαίωμα να αποφεύγουν τη μόλυνση και το δικαίωμα σε περίθαλψη.
- Η εξέταση του πληθυσμού (screening) δεν επιτρέπεται
- Οι εξετάσεις γίνονται ανώνυμα εκτός εάν πρόκειται για δότες σπέρματος, αίματος, οργάνων ή ιστών (Συνήγορος του Πολίτη 2000)

#### 4.4 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Πριν την διάγνωση της νόσου αλλά και μετά ο ασθενής χρειάζεται καθοδήγηση και την απαραίτητη εκπαίδευση για να ζήσει με την νόσο. Πιο συγκεκριμένα και σύμφωνα με την UNESCO, η εκπαίδευση μπορεί να βοηθήσει τους HIV ασθενείς (και όχι μόνο) να αναπτύξουν και να διατηρήσουν ασφαλέστερες συμπεριφορές καθώς και να μειώσει το «στίγμα» και την περιθωριοποίηση που φέρει η νόσος. Η εκμάθηση όμως, πρέπει να γίνεται με γνώμονα την πολιτιστική διαφορετικότητα, χωρίς να παραβιάζονται και να καταπατώνται αξίες, θρησκευτικές πεποιθήσεις και κουλτούρα. Πρέπει να γίνει αναγνωρίσιμο ότι η εκπαίδευση και η υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένες μεταξύ τους και η έλλειψη της πρώτης «υπονομεύει» την δεύτερη (UNESCO 2014).

Αρχικά αποτελεί ζωτικής σημασίας η εκμάθηση στο στάδιο της πρόληψης. Πολλοί νέοι άνθρωποι στην εποχή μας βρίσκονται σε άγνοια για τον ιό του AIDS είτε λόγω στερεοτυπικών προκαταλήψεων για το θέμα του σεξ ή λόγω των ελλιπών γνώσεων των εκπαιδευτικών για το εν λόγω θέμα. Τα προγράμματα σπουδών είναι ανεπαρκή, με ελάχιστες αναφορές στο σεξ και τη σεξουαλικότητα καθώς και έλλειψη πληροφοριών για το που μπορεί κάποιος να αποκτήσει πρόσβαση σε σχετικές υπηρεσίες. Οι διδάσκοντες δεν αισθάνονται σίγουροι για να αναπτύξουν το θέμα αυτό με τους μαθητές τους θεωρώντας το ενοχλητικό ή απαγορευμένο θέμα συζήτησης. Χρειάζεται αναδιαμόρφωση του συστήματος εκπαίδευσης ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί στη πραγματικότητα του HIV (Huq et al. 2019).

Επιπλέον οι καθηγητές πρέπει να ενημερωθούν και επιμορφωθούν οι ίδιοι για τον ιό ώστε να διδάξουν την σημαντικότητα του στους μαθητές όχι μόνο για την πρόληψη, αλλά και για την θεραπεία, την φροντίδα και το στίγμα της νόσου. Η ενθάρρυνση των μαθητών από τους καθηγητές δημιουργεί γέφυρες για την σωστή λειτουργία του εκπαιδευτικού και συνεπώς και του συστήματος υγείας. Η σωστή χρήση του προφυλακτικού και των μεθόδων πρόληψης και μετάδοσης θα πρέπει να γίνονται γνωστοί στους μαθητές για να μπορούν να προστατεύσουν τους εαυτούς τους αλλά και τους συντρόφους τους (UNESCO 2014).

Ο ρόλος του εκπαιδευτικού συστήματος είναι κεντρικός καθώς εάν οι καθηγητές ήταν καταρτισμένοι και εξοπλισμένοι με τις κατάλληλες γνώσεις οι μαθητές θα γνώριζαν από μικρές ηλικίες πώς να προφυλαχθούν και να προφυλάξουν. Με τον τρόπο αυτό θα αποκτούσαν ασφαλείς συμπεριφορές και το θέμα σεξ-σεξουαλικότητα δεν θα αποτελούσε ταμπού καθιστώντας τους εφήβους αμαθείς και εκτεθειμένους ως προς τον ιό του AIDS αλλά και στα ΣΜΝ γενικότερα. Με την σωστή και ολοκληρωμένη εκπαίδευση δεν θα υπήρχε το «στίγμα» ούτε διακρίσεις ως προς τους οροθετικούς. Ειδικότερα για τις υποανάπτυκτες

χώρες που δεν διαθέτουν την οικονομική ισχύ για την φαρμακευτική θεραπεία, ούτε τις κατάλληλες υποδομές ή νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, ο τομέας της εκπαίδευσης θα αποτελούσε ισχυρό «όπλο» για την πρόληψη μετάδοσης του ιού (UNESO 2014).

Μετά την εκπαίδευση εντός του σχολείου, έρχεται η εκπαίδευση των HIV ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι νοσηλευτές έχουν κύριο ρόλο στην εκπαίδευση των ασθενών. Μαθαίνουν στους ασθενείς βασικές έννοιες γύρω από το AIDS σχετικά με τη παθοφυσιολογία, την πρόληψη της μετάδοσης του ιού, τους μηχανισμούς δράσης των φαρμάκων, την αντοχή στα φάρμακα. Ακόμα τους κινδύνους που κρύβουν οι αλληλεπιδράσεις της φαρμακευτικής αγωγής με άλλα φάρμακα, παράνομες ουσίες και πιθανές παρενέργειες. Ως προς τις παρενέργειες δίνονται συμβουλές φαρμακολογικού αλλά και μη φαρμακολογικού περιεχομένου (σχετικά με την διατροφή, τον ύπνο κ.α.). Επιπλέον στο φάσμα της διδασκαλίας των ασθενών από τους νοσηλευτές, βρίσκεται και η ανάπτυξη δεξιοτήτων και ικανοτήτων για την ενίσχυση της διαχείρισης και της τήρησης της θεραπείας (Perazzo et al. 2018) (UNESCO 2014).

Οι νοσηλευτές έχουν χρέος απέναντι στους ασθενείς τους να μοιράζονται όλες τις γνώσεις που διαθέτουν για τον ιό και να τους ενημερώνουν για τις εξελίξεις στη νόσο. Είναι σημαντικό οι ασθενείς να κατανοούν έννοιες γύρω από τον ιό, τον τρόπο δράσης των φαρμάκων, τα στάδια και γενικότερα το τι είναι η νόσος του AIDS καθώς δεν θα μπορούν να ανταπεξέλθουν και να φροντίσουν οι ίδιοι τους εαυτούς τους. Μαζί όμως με την εκμάθηση και πληροφόρηση των ασθενών, συνεπάγεται και η παροχή πληροφοριών στα συγγενικά πρόσωπα, καθώς αποτελούν συνήθως καταλυτικό ρόλο για την ευνοϊκή πορεία της νόσου όσον αφορά τουλάχιστον το ψυχολογικό μέρος. Επίσης εκτός από τα πρακτικά ζητήματα πάνω στα οποία ενημερώνεται ασθενής (π.χ. φαρμακευτική αγωγή), ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να τον «διδάξει» πώς να διαχειρίζεται τα συναισθήματα του (Perazzo et al. 2018).

#### **4.5 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ**

Δεν μπορεί να αμφισβητηθεί πως στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης οι νοσηλευτές λαμβάνουν κυρίαρχο ρόλο στη διαχείριση των ασθενών καθώς ασχολούνται με όλες τις πτυχές της θεραπείας και της φροντίδας των ασθενών με HIV/AIDS. Παρόλο που η θέση τους απέναντι στην ασθένεια είναι βασική, οι φροντιστές συχνά δεν είναι καλά εξοπλισμένοι και εκπαιδευμένοι να διαχειριστούν τα ζητήματα που σχετίζονται με την φροντίδα των ασθενών με HIV/AIDS, και συχνά παραμελείται η εκπαίδευση τους. Το νοσηλευτικό



προσωπικό επομένως που παρέχει φροντίδα σε οροθετικούς ασθενείς οφείλει να σέβεται και να είναι ευαισθητοποιημένο με τις ιδιαιτερότητες και τα δικαιώματα τους και να είναι καλά ενημερωμένο για τις ιδιαιτερότητες της ασθένειας αυτής (Pisal et al. 2007).

Σύμφωνα με τους Pisal και συν. μέσω μελετών που διεξήχθησαν διαπιστώθηκε πως οι νοσηλευτές ήταν κακά ενημερωμένοι, φοβισμένοι και προκατειλημμένοι απέναντι στους ασθενείς που φέραν τον ιό. Επιπλέον η βιβλιογραφία για τον HIV/AIDS ήταν ελλιπής και δεν υπήρχαν αναφορές για το στίγμα που είναι επακόλουθο της ασθένειας. Ακόμη μεταξύ των ευρημάτων διαπιστώθηκε πως: το νοσηλευτικό προσωπικό δεν είχε καμία αντίληψη για την έννοια της εμπιστευτικότητας μεταξύ ασθενών-φροντιστών, το στίγμα και οι διακρίσεις ήταν συχνό φαινόμενο και οι γνώσεις για την προφύλαξη στην έκθεση του ιού ήταν ελλιπείς (Pisal et al. 2007).

Σε άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νησί της Καραϊβικής, στο οποίο ο επιπολασμός είναι μεγάλος άρα και οι γνώσεις των νοσηλευτών θα έπρεπε να είναι εξειδικευμένες, έδειξε πως μικρό ποσοστό του προσωπικού ήταν καταρτισμένο με τις απαραίτητες γνώσεις για τον ιό. Συγκεκριμένα από το συνολικό ποσοστό των συμμετεχόντων το 53% περίπου θεωρούσε ότι οι οροθετικοί ασθενείς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με σεβασμό και αξιοπρέπεια, το 40% γνώριζε τι θα έπρεπε να κάνει σε περίπτωση που τρυπηθεί από μολυσμένη βελόνα, το 77% δεν γνώριζε καν την ύπαρξη της πολιτικής προφύλαξης του νοσοκομείου στο οποίο εργάζονταν, το 51% θεωρούσε υπεύθυνους τους ασθενείς με HIV λοίμωξη για την ασθένειά τους καθώς επίσης υπήρχε ένα 5% το οποίο θεωρούσε την φροντίδα οροθετικών «σπατάλη πόρων» (Huq et al 2019).

Σύμφωνα με τα παραπάνω δεδομένα διαπιστώνουμε δυστυχώς πως το νοσηλευτικό προσωπικό στερείται γνώσεων αλλά και συμπόνιας απέναντι στους ασθενείς με AIDS. Παράγοντες που σχετίζονται με την στάση αυτή μπορούν να θεωρηθούν: μη ικανοποιητικοί μισθοί, διαφορετική εκπαίδευση μεταξύ βοηθών νοσηλευτών και (1 έτος φοίτησης) και διπλωματούχων (4 έτη φοίτησης), ηλικία, θέση εργασίας, μόνιμη θητεία στο νοσοκομείο, ψυχολογική αντοχή, ανεπαρκές πρόγραμμα σπουδών (Huq et al. 2019).

Σε πολιτεία των ΗΠΑ διεξήχθη άλλη έρευνα με θέμα τις γνώσεις των σχολικών νοσηλευτών έναντι των καθηγητών εκπαίδευσης υγείας πάνω στον HIV όπου οι μαθητές χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Η πρώτη ομάδα ανέφερε πως ο καθηγητής ήταν καλύτερα προετοιμασμένος να απαντήσει στις ερωτήσεις των μαθητών χωρίς να νιώθει άβολα γύρω από το θέμα του σεξ σε αντίθεση με την δεύτερη ομάδα που ανέλαβε η επαγγελματίας υγείας. Και οι δύο ομάδες έδειξαν σημαντική βελτίωση στις γνώσεις του HIV, των ΣΜΝ και

της χρήσης προφυλακτικού. Ωστόσο αλλαγή στον τρόπο σκέψης-πεποιθήσεων σε βάθος χρόνου παρουσίασε η δεύτερη (Borawski et al. 2016).

Στην Ελλάδα το σχέδιο δράσης του HIV-AIDS στοχεύει στην συνεχή εκπαίδευση και στην ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας σύμφωνα με τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα καθώς και στην τροποποίηση του προγράμματος σπουδών των πανεπιστημίων σύμφωνα με τις σύγχρονες πρακτικές. Στην πραγματικότητα όμως, οι σπουδαστές λαμβάνουν στείρες γνώσεις και απλές πληροφορίες, χωρίς να γίνεται ουσιαστική η εκπαίδευση τους αναφορικά με το AIDS. Οι φοιτητές νοσηλευτικής για να γίνουν μελλοντικά άξιοι επαγγελματίες υγείας πρέπει να λάβουν επαρκή παιδεία και ευαισθητοποίηση σχετικά με όλα τα θέματα που αφορούν την δημόσια υγεία (ΕΟΔΥ 2020).

#### **4.6. ΣΥΝΔΡΟΜΟ “BURNOUT”**

Το σύνδρομο «burnout» ή αλλιώς σύνδρομο εξουθένωσης, είναι η αιτία για έναν φροντιστή να εγκαταλείψει το επάγγελμά του. Οι νοσηλευτές ανά όλο τον κόσμο έρχονται αντιμέτωποι καθημερινά με προκλήσεις και καταστάσεις που απαιτούν την πλήρη αφοσίωση τους. Αυτές οι καταστάσεις περιλαμβάνουν αντιμετώπιση υπεράριθμων ασθενών σε σύντομο χρονικό διάστημα, χαμηλό μισθό, κακές υποδομές και υπερφορτωμένο εργασιακό πρόγραμμα. Οι νοσηλευτές που συναναστρέφονται με HIV ασθενείς είναι πιο καταβεβλημένοι λόγω της απαιτητικής φύσης αυτής της νόσου. (Laney et al. 2017).

Σύμφωνα με την Παπαθανασίου, η έννοια του burnout syndrome έχει δοθεί με διάφορες μορφές. Ένας αποδεκτός ορισμός διατυπωμένος από τον Maslach περιγράφει το φαινόμενο ως σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης όπου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον του και τα θετικά συναισθήματά του προς τους ασθενείς και δεν είναι πλέον ικανοποιημένος από το επάγγελμά του. Οι Pines & Aronson προσδιορίζουν το την επαγγελματική εξουθένωση ως φυσικό αποτέλεσμα της μακρόχρονης ανάμειξης του ατόμου σε συγκυρίες που απαιτούν την συναισθηματική του εμπλοκή (Παπαθανασίου 2012).

Η επαγγελματική εξουθένωση, ανεξαρτήτως ορισμού, είναι ένα αποτέλεσμα χρόνιου άγχους στον χώρο εργασίας που δεν έχει αντιμετωπιστεί με επιτυχία. Είναι τρισδιάστατη και χαρακτηρίζεται από:

- Συναισθήματα μειωμένης ενέργειας ή εξουθένωσης
- Μειωμένη επαγγελματική αποτελεσματικότητα και

- Αυξημένη διανοητική απόσταση από τη δουλειά ή συναισθήματα αρνητισμού-κουνισμού ως προς το επάγγελμα (WHO 2019).

Για τον κάθε νοσηλευτή η εξάντληση που φέρει το επάγγελμα είναι υποκειμενική, καθώς οτιδήποτε μπορεί να θεωρείται από κάποιον φροντιστή ικανοποιητικό για έναν άλλον να αποτελεί εξουθένωση. Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η απουσία πόρων, η έλλειψη πληροφόρησης, η μη αναγνωρισιμότητα του βάρους που φέρει το επάγγελμα, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για τη δημιουργία εξουθένωσης. Επιπλέον παράγοντες μπορούν να θεωρηθούν:

- Η ηλικία
- Η προσωπική ζωή
- Το φύλο
- Η οικογενειακή κατάσταση
- Το μορφωτικό επίπεδο
- Η προσωπικότητα φροντιστή
- Κίνητρα που οδήγησαν τον νοσηλευτή να ακολουθήσει το επάγγελμα
- Το αίσθημα της προόδου, επαγγελματική ανέλιξη
- Σύγκρουση με συναδέλφους
- Αδικία στον εργασιακό χώρο
- Φόβος για την προσωπική ασφάλεια του
- Ανεπαρκής μισθός
- Κακές εργασιακές συνθήκες
- Κοινωνική υποστήριξη από το προσωπικό και εργασιακό περιβάλλον

Διαπιστώνουμε σύμφωνα με τα παραπάνω πως το σύνδρομο burnout είναι συνδεδεμένο με τον χώρο εργασίας του ως προς τους ασθενείς αλλά και ως προς τους συναδέλφους του, ενώ σημαντικό ρόλο λαμβάνει και η προσωπική του ζωή (Βιβιλάκη και συν. 2015) (Παπαθανασίου 2012).

Με ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού να ζει με τον ιό, ο αριθμός των ατόμων που αναζητούν θεραπεία είναι αυξανόμενος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τον υπερπληθυσμό στα νοσοκομεία και τις κλινικές, αυξάνοντας έτσι το βάρος εργασίας των νοσηλευτών. Προστίθενται επιπλέον καθήκοντα για την τήρηση λήψης των αντιρετροϊκών φαρμάκων (π.χ. παροχή συμβουλών για τη φαρμακευτική θεραπεία και πρόληψη παρενεργειών) αυξάνοντας έτσι τις υποχρεώσεις του προσωπικού (Παπαθανασίου 2012).

Η καθημερινή επαφή με τον άρρωστο οδηγεί στην δημιουργία μιας πιο προσωπικής σχέσης φροντιστή-ασθενή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την εμπλοκή του νοσηλευτή σε συναισθηματικό επίπεδο με τον ασθενή, το οποίο τον καθιστά πιο ευαίσθητο. Επομένως σε περίπτωση θανάτου ο φροντιστής βρίσκεται πιο ευαίσθητοποιημένος και εξουθενωμένος πνευματικά (Roomaney et al. 2017) ( Βιβιλάκη και συν. 2015).

Για την αποφυγή της επαγγελματικής εξουθένωσης πρέπει να λαμβάνονται κάποια μέτρα πρόληψης σε ατομικό επίπεδο αλλά και σε διοικητικό.

- Ατομικές παρεμβάσεις: έγκαιρη αναγνώριση συμπτωμάτων στρες και άγχους, επανεκτίμηση προσωπικών στόχων και προσδοκιών, αναζήτηση υποστήριξης από φίλους-οικογένεια, προσωπική επιλογή του φροντιστή για τη θέση εργασίας και τον χώρο
- Διοικητικές παρεμβάσεις: τοποθέτηση επαγγελματιών σε αρμόδιες θέσεις, αποσαφήνιση ρόλων/ καθηκόντων, δυνατότητα διαλειμμάτων και παροχή αδειών, δυνατότητα επαγγελματικής εξέλιξης, παροχή ψυχολογικής υποστήριξης από επαγγελματίες, διεπιστημονική συνεργασία ανάμεσα στο προσωπικό (Βιβιλάκη και συν. 2015)

#### 4.7 ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΤΟΥ HIV

Σύμφωνα με τον CDC, στίγμα του HIV είναι αρνητικές στάσεις και πεποιθήσεις για τα άτομα που φέρουν τον ιό (CDC, 2020). Αποτελεί ένα καταστροφικό κοινωνικό φαινόμενο το οποίο δεν έχει εξαλειφθεί. Για τους ασθενείς που ζουν με τον ιό, το στίγμα, φέρει σοβαρές επιπτώσεις στα αποτελέσματα της υγείας, της ψυχολογίας και στο σύνολο χαμηλότερης ποιότητας ζωής. Παρόλο που έχουν γίνει πολλές έρευνες για την τεκμηρίωση των βλαβερών συνεπειών του στίγματος, λίγοι ερευνητές προσπάθησαν να ταξινομήσουν συγκεκριμένους μηχανισμούς και να εξετάσουν τους τρόπους με τους οποίους το κοινωνικό στίγμα που σχετίζεται με τον ιό HIV αντιμετωπίζεται και βιώνεται από τους ασθενείς σε ατομικό επίπεδο, επηρεάζοντας κατά συνέπεια τα αποτελέσματα της υγείας τους (Turan et al. 2018).

Σύμφωνα με την Μπαδά, Τα κοινωνικά στίγματα σε σχέση με το HIV βασίζονται σε συμπεριφορές που υπήρχαν πολύ πριν το AIDS. Η προκατάληψη και οι φόβοι κατευθύνονται σε συμπεριφορές όπως η ομοφυλοφυλικότητα και η χρήση ναρκωτικών (Μπαδά 2012).

Οι συνέπειες που φέρει το στίγμα είναι πολύπλευρες. Οι HIV ασθενείς περιθωριοποιούνται καθώς ο κόσμος τους κατακρίνει και τους θεωρεί υπεύθυνους για την

ασθένεια τους. Με τον τρόπο αυτό, άνθρωποι με μόλυνση από τον ιό HIV, βλέπουν την κατάστασή τους ως τιμωρία και θεωρούν ότι το AIDS έχει μολύνει όλες τις πλευρές της ζωής τους (Μπαδά 2012).

Στις αρχές της εμφάνισης της επιδημίας βρέθηκε ότι ο βαθμός στον οποίο οι άνθρωποι αποδίδουν την αιτία για την μόλυνση HIV στον εαυτό τους, σχετίζεται θετικά με ψυχολογικό άγχος και δυσφορία. Δημιουργεί ρίζεις στις ανθρώπινες σχέσεις είτε είναι φιλικές, ερωτικές, επαγγελματικές. Ακόμα, το φύλο επηρεάζει αρκετά στον στιγματισμό του ατόμου καθώς οι γυναίκες που ζουν με τον HIV εάν αποφασίσουν να γίνουν μητέρες υπάρχει πιθανότητα να μεταδώσουν τον ιό στο έμβρυο και έτσι το παιδί να γεννηθεί οροθετικό. Επομένως οι γυναίκες αυτές στιγματίζονται και κατηγορούνται για κάτι στο οποίο δεν φέρουν απαραίτητα ευθύνη (Μπαδά 2012).

Σύμφωνα με τον CDC, όταν ο οροθετικός ασθενής παίρνει αρνητικές ιδέες, συμπεριφορές και στερεότυπα για τον εαυτό του λόγω της κριτικής του κόσμου και τις εφαρμόζει στον εαυτό του τότε μιλάμε για αυτο-στίγμα. Το εσωτερικευμένο στίγμα που οφείλεται στον HIV μπορεί να οδηγήσει σε συναισθήματα ντροπής, φόβου, απομόνωσης και απελπισίας. Τα συναισθήματα αυτά μπορεί να αποτρέψουν τον ασθενή να εξεταστεί ή να μοιραστεί τα συναισθήματα του και πως είναι φορέας του ιού. Ο φόβος του στίγματος είναι ο κύριος λόγος για τον οποίο οι άνθρωποι δεν εξετάζονται (CDC 2020).

Ακόμη υπάρχει το κυβερνητικό στίγμα που αναφέρεται στους νόμους, τους κανόνες και τις πολιτικές που έχει η κάθε χώρα. Σύμφωνα με το Avert, το 2014 το 64% των χωρών που ανέφεραν στο UNAIDS είχαν νομοθεσίες που προστάτευαν τα άτομα που ζούσαν με τον ιό από διακρίσεις, ενώ αντίθετα την ίδια περίοδο πάνω από 70 χώρες είχαν ειδικούς νόμους για τον HIV που προέβλεπαν δίωξη των ατόμων αυτών. Ο στιγματισμός των πληθυσμών αυτών συνεχίζεται σταθερά, με 73 χώρες να έχουν εφαρμόσει κανόνες από το 2016 ποινικοποιώντας τη δραστηριότητα του ίδιου φύλου και την χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών (Avert 2019) (Μπαδά 2012).

Επιπλέον έχουμε τον περιορισμό εισόδου, ταξιδιού και διαμονής. Από τον 2015, 35 χώρες έχουν εφαρμόσει νόμους που περιορίζουν την είσοδο και τη διαμονή ατόμων με HIV, 17 χώρες θα απελάσουν άτομα που θα βρεθούν θετικά, 5 έχουν πλήρη απαγόρευση εισόδου, και 4 απαιτούν να μπορεί το άτομο να αποδείξει πως δεν φέρει τον ιό πριν εισέλθει στη χώρα (Avert 2019).

Η χρήση ειδικών προγραμμάτων που δίνουν έμφαση στα δικαιώματα των ατόμων που ζουν με HIV είναι ένας τρόπος εμψύχωσης και εξάλειψης του στίγματος. Εκτός από την ενημέρωση για τα δικαιώματά τους, τα άτομα που ζουν με τον ιό μπορούν να

εξουσιοδοτηθούν προκειμένου να αναλάβουν δράση εάν παραβιαστούν αυτά τα δικαιώματα. Η εδραίωση των δικαιωμάτων για τον HIV και το AIDS, αφορά όχι μόνο τους πληθυσμούς που πάσχουν από αυτά, αλλά όλο το σύνολο. Το στίγμα εμποδίζει την πρόσβαση σε υπηρεσίες ελέγχου και θεραπείας HIV, καθιστώντας πιο πιθανή την μετάδοση. Η άρση των εμποδίων σε αυτές τις υπηρεσίες είναι το κλειδί για τον τερματισμό της παγκόσμιας επιδημίας HIV (Avert 2019).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ AIDS»

#### 5.1 ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Οι ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται στους ασθενείς με ΣΕΑΑ προκύπτουν α) από την συνειδητοποίηση της τραγικότητας της ίδιας της ασθένειας, β) τις νευρολογικές διαταραχές του ΚΝΣ που προκαλεί η πάθηση (οργανικό ψυχοσύνδρομο) και γ) την αρνητική στάση του κοινωνικού συνόλου απέναντι σ' αυτούς. Τα τρία αυτά επίπεδα αποτελούν πηγές που τροφοδοτούν τους αρρώστους με ένταση και άγχος. Οι ψυχικές αντιδράσεις, που παρατηρούνται στην πορεία των πασχόντων, παριστάνουν καταστάσεις διαταραγμένου-επιβαρυσμένου ψυχισμού, οι οποίες διατρέχουν σε τέσσερις επακόλουθες φάσεις, που είναι: α) η αρχική κρίση, β) η μεταβατική κατάσταση, γ) η κατάσταση ανεπάρκειας ή αποδοχής και δ) η προπαρασκευή για το Θάνατο (Zepeda et al. 2019) (Barroso & Voss 2013).

- **Αρχική κρίση (Initial crisis)**

Έχει επισημανθεί (μέσω μελετών) ότι η κατάσταση κρίσης, που αρχίζει με τη διαπίστωση της πάθησης, έχει κύριο χαρακτηριστικό την «ψυχική άρνηση η οποία εναλλάσσεται σε περιόδους έντασης και άγχους». Όταν η άρνηση εκδηλώνεται με ήπιο-μέτριο χαρακτήρα έντασης, ο άρρωστος υπακούει στις εντολές που του δίνονται από τους φροντιστές του και αυτό αποτελεί «μήνυμα ελπίδας» για τη διαχείριση της κρίσης στην πορεία. Όταν η άρνηση γίνεται έντονη, ο άρρωστος υιοθετεί αδιάφορες και απαθείς συμπεριφορές, δεν εκτελεί τις ιατρικές οδηγίες και κινδυνεύει να οδηγηθεί στην περιθωριοποίηση ή ακόμη και στην αυτοκτονία (Webel et al. 2016).

Το στάδιο της κρίσης σκιαγραφείται από πλήθος συγκινησιακών αντιδράσεων, στις οποίες περιλαμβάνονται η κατάρρευση, η άρνηση, συναισθήματα φόβου, οργής και θλίψης που καταβάλλουν τον ψυχισμό του αρρώστου. Το ψυχικό όργανο στην προσπάθεια εξισορρόπησης των αντίξοων ψυχικών καταστάσεων αντιτάσσει τους μηχανισμούς απώθησης και εκλογίκευσης (δικαιολόγησης) κατασκευάζοντας κατά το κοινώς λεγόμενο το «χρυσωμένο χάπι», μέσα από το οποίο θα περάσει ο «συμβιβασμός» με το νέο τρόπο ζωής του νοσούντος, που καταλήγει στην αποδοχή της καινούργιας του πραγματικότητας. Αυτό θα τον βοηθήσει να νιώσει και να κατανοήσει τις αντιδράσεις του προς την ασθένεια και τις νέες γι' αυτόν συνθήκες, που είναι υποχρεωμένος πλέον να κινείται (Webel et al. 2016).

Μια από τις πιο σημαντικές αντιδράσεις που πολλές φορές παίρνει εκρηκτικό χαρακτήρα είναι η ενδοψυχική σύγκρουση, που γεννιέται από την αρνητική στάση του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος του πάσχοντα προς αυτόν σε περίπτωση που

μπορεί να είναι π.χ. χρήστης ενδοφλέβιων ουσιών ή ομοφυλόφιλος πράγμα το οποίο μπορεί να θεωρείται από τον περίγυρο του κατακριτέο. Το «στίγμα» που συνδέεται άρρηκτα με το ΣΕΑΑ συνοδεύει τους πάσχοντες είτε είναι άνδρες είτε είναι γυναίκες ή ακόμη και παιδιά. Σημειώνεται ότι οι άρρωστοι που βρίσκονται στο στάδιο της κρίσης εκδηλώνουν «εσωστρέφεια», με αποτέλεσμα η λήψη ιστορικού από αυτούς να παρουσιάζει συχνά δυσκολίες (Swendeman et al. 2009).

- **Μεταβατική κατάσταση (Transitional State)**

Αρχίζει όταν η ψυχική άρνηση δίνει τη θέση της στην έντονη αυτοκριτική, που γίνεται με εκρήξεις θυμού αλλά και οίκτου προς τον εαυτό του. Το άγχος που κυριαρχεί ενισχύεται από την αδυναμία αποδοχής της θανατηφόρας νόσου. Ο άρρωστος βασανίζεται από διαρκή ερωτήματα που τον κάνουν να αναρωτάται γιατί συμβαίνουν σε αυτόν τέτοιες δυστυχίες. Άτομα ομοφυλόφιλα σε στιγμές καταδίκης εαυτού ή θέτοντας εαυτόν σε ανυποληψία είναι δυνατό να αναπτύσσουν φοβικές διαθέσεις. Στη φάση αυτή η ένταση του ψυχισμού, η σύγχυση, η έντονη ευερεθιστότητα και οι ενοχές φαίνεται να επικρατούν. Η κοινωνική απόρριψη επενεργεί βαθιά και ενισχύει την υποβόσκουσα τάση αυτοκτονίας. Αλλαγές στη συμπεριφορά, αναζήτηση εκ νέου της ταυτότητας, αναθεώρηση αξιών, διάθεση για αποξένωση από τον οικογενειακό και κοινωνικό περίγυρο (Swendeman et al. 2009).

Όλα αυτά αποτελούν εκλυτικούς παράγοντες, οι οποίοι τονίζουν εντονότερα την τάση για αυτοκαταστροφή. Το ισχυρά επώδυνο της ψυχικής έντασης καθώς και η εκτροπή της ισορροπίας που απειλείται, θέτει σε συναγερμό το ένστικτο της αυτοσυντήρησης που ενεργοποιεί τους μηχανισμούς άμυνας. Στο σημείο αυτό ο πάσχων είναι επιρρεπής και διαθέσιμος για κοινωνική παρέμβαση, που θα τον βοηθούσε να απαλλαγεί από τη σύγχυση στην οποία έχει περιέλθει. Είναι δυνατόν κάτω από τέτοιες συνθήκες, ορισμένοι άρρωστοι να εκτονώνουν το άγχος τους με επικέντρωση των ενδιαφερόντων στη σεξουαλική επαφή ή επαύξηση στη χρήση των ναρκωτικών ουσιών. Στη φάση αυτή, πολλοί είναι οι άρρωστοι που μόνιμοι ή συνοδευόμενοι καταφεύγουν σε γιατρούς αισθανόμενοι έντονα την ανάγκη για λήψη ιατρικών οδηγιών (Swendeman et al. 2009).

Από το σημείο αυτό ανοίγει φωτεινός ορίζοντας με εφησυχασμό της εκρηκτικότητας και επιθετικότητας, επειδή ο άρρωστος βρίσκεται σε αναζήτηση βοήθειας από το περιβάλλον με σκοπό την επίλυση των προβλημάτων του και ζει με την ελπίδα της βελτίωσης των διαπροσωπικών του σχέσεων. Ως εκ τούτου επιδεικνύει καλοπροαίρετη διάθεση επανασυγκόλλησης των σχέσεων του με την οικογένεια καθώς και το κοινωνικό περιβάλλον. Ο άρρωστος εμφανίζεται εξαιρετικά ευαίσθητος στην προσέγγισή του προς τους άλλους και τυχόν απωθήσεις από τον κοινωνικό περίγυρο τον πληγώνουν ανεξίτηλα και τον οδηγούν όχι



πλέον σε επιθετικές από μέρους του ενέργειες, αλλά σε μελαγχολία και κατάθλιψη (Swendeman et al. 2009).

- **Κατάσταση ανεπάρκειας ή αποδοχής (Deficiency State: Acceptance)**

Σαν κατάσταση αποδοχής χαρακτηρίζεται εκείνη η φάση, κατά την οποία ο άρρωστος έχει πια πεισθεί πως δεν υπάρχουν γι' αυτόν άλλα περιθώρια για ενδοψυχικές συγκρούσεις. Γνωρίζει καλά ότι η ευερεθιστότητα, η άρνηση, ο οίκτος του εαυτού του και η κατάθλιψη τελικά δεν οδηγούν στην έξοδό του από το τέλμα. Η νέα πνοή που γεννιέται στον άρρωστο χαρακτηρίζεται από διάθεση για επανεκτίμηση αξιών που προηγουμένως είχε απορρίψει, ανάπτυξη εκ νέου της ταυτότητάς του, αγάπης και στοργής προς τους ανθρώπους και διάθεση επιβεβαίωσης αυτών. Απόκτηση μεγαλύτερης γνώσης για την πάθηση, ώστε να υπάρξει σωστότερη από μέρους του αντιμετώπιση. Κύριο μέλημα στη νέα πορεία η αναπτέρωση του ηθικού του (Barroso & Voss 2013).

Παρόλα αυτά όμως, η αποδοχή θεωρείται κατάσταση ανεπάρκειας, επειδή προσκρούει στο γεγονός ότι οι πάσχοντες έχουν υποστεί απώλεια της υγείας, ελάττωση των ενεργειακών δυναμικών, απώλεια ενδεχόμενα της εργασίας ή μείωση των οικονομικών πόρων και κατά συνέπεια έχουν δεχτεί ισχυρό πλήγμα στην ανεξαρτησία τους (Barroso & Voss 2013).

Κάτω από τέτοιες περιστάσεις οι πάσχοντες νιώθουν την αναζωπύρωση των ψυχικών αντικρούσεων και κινδυνεύουν να υποστρέψουν. Η τοποθέτηση των αρρώστων αυτών σε περιβάλλον που ανακλά φιλική διάθεση, δημιουργεί το συναίσθημα εμπιστοσύνης και εξασφαλίζει τον οικονομικό παράγοντα προκαλεί ανακούφιση, εξουδετερώνει τις αρνητικές ψυχικές παρορμήσεις και αναδύει νέα διάθεση για ζωή έστω και με την πάθηση (Barroso & Voss 2013).

- **Προετοιμασία για θάνατο (Preparation for Death)**

Η κατάσταση αυτή αρχίζει από τη στιγμή που διαπιστώνεται στον πάσχοντα η παρουσία ευκαιριακής λοίμωξης, επειδή γνωρίζει ότι οι ευκαιριακές λοιμώξεις υποδηλώνουν το AIDS και σημαίνουν την «τελική ευθεία» προς το θάνατο. Ασθενείς που μέχρι εκείνη τη στιγμή είχαν ισορροπήσει τις καταστάσεις τους και είχαν αποδυθεί σε πλήθος δραστηριοτήτων ξαφνικά αισθάνονται πανικό και χάνουν την ψυχραιμία τους. Πολλοί είναι εκείνοι που αρχίζουν να σκέπτονται σοβαρά ότι η αυτοκτονία είναι πλέον η προτιμότερη λύση (Goodkin et al. 2018).

Στην περίοδο αυτή οι άρρωστοι κυριεύονται από τη σκέψη του επερχόμενου θανάτου και η μόνη τους ανησυχία αποτελεί η προετοιμασία για το αναπόφευκτο τέλος. Στη φάση

αυτή παρατηρείται ποικιλία αντιδράσεων. Μελαγχολία και κατάθλιψη, αίσθημα απογοήτευσης, ή στυγνές αυξημένης ευερεθιστότητας προς το περιβάλλον. Αρκετοί είναι αυτοί που «ανακαλύπτουν» ξαφνικά παλιές διαφορές προς τα μέλη της οικογένειας ή άλλα αγαπημένα πρόσωπα. Οι ασθενείς κατατρέχονται από τα βασανιστικά ερωτήματα πώς, πού και πότε θα πεθάνουν (Zepeda et al. 2019) (Goodkin et al. 2018).

Στο σημείο αυτό η παροχή βοήθειας σε οποιαδήποτε μορφή και στήριξης με κάθε μέσο, πρέπει να αποτελεί κύριο μέλημα των φροντιστών. Δεν πρέπει να παραβλέπεται ότι οι ασθενείς με AIDS διαφέρουν από όλους τους άλλους αρρώστους, καθώς αντιμετωπίζουν επιπλέον προβλήματα απόρριψης από την κοινωνία, απόλυση από τη δουλειά τους και απομάκρυνση από φίλους και συναδέλφους (Goodkin et al. 2018) (Rana & Upton 2010).

## 5.2 AIDS ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Σύμφωνα με την Sherr και συν. κατάθλιψη συνδέεται εξαρχής με την μόλυνση από HIV καθώς και με την εξέλιξη της ασθένειας. Κάποιος που μολύνεται από τον ιό έρχεται αντιμέτωπος με ριζικές αλλαγές οι οποίες μετατρέπονται σε εμπόδια και συγκεντρώνονται γύρω από την διατήρηση της θεραπείας, και την σεξουαλική και κοινωνική ζωή του ατόμου. Με την έναρξη της ισόβιας αντιρετροϊκής θεραπείας μπορεί να πυροδοτηθούν διάφορα ψυχολογικά προβλήματα. Έχει αρνητική επίδραση στο μυαλό, τη διάθεση το σώμα και τη συμπεριφορά του ατόμου (Sherr et al. 2011).

Η κατάθλιψη είναι ένα κοινό φαινόμενο για τον πληθυσμό και ιδιαίτερα για τους HIV πληθυσμούς επηρεάζοντας το 22% των ατόμων που διαγιγνώσκονται θετικά. Οι επιπτώσεις της μπορούν να επεκταθούν πέρα από το φάσμα της συναισθηματικής υγείας και να προκαλέσουν σωματικά προβλήματα. Όταν ένας ασθενής είναι καταθλιπτικός αδυνατεί και παραμελεί την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής πράγμα το οποίο μπορεί να αποβεί μοιραίο για την εξέλιξη της νόσου (Lieber 2020).

Επειδή τα αρνητικά συναισθήματα της θλίψης και η υποτονικότητα είναι επακόλουθα μετά τη διάγνωση της μόλυνσης πολλοί ασθενείς δεν γνωρίζουν ότι είναι καταθλιπτικοί με αποτέλεσμα να μην αναζητούν θεραπεία και δεδομένου αυτού οι υγειονομικοί φορείς δεν κάνουν τις απαραίτητες εξετάσεις για να μην «προσβάλουν» τους ασθενείς. Οι ενδείξεις που θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψιν οι επαγγελματίες υγείας είναι ως πρώτα συμπτώματα:

- αυτοκτονικές σκέψεις
- έλλειψη ενδιαφέροντος για κάθε μορφή ευχαρίστησης

- αίσθημα ενοχής
- αλλαγές στο βάρος και στην όρεξη
- διαταραχές στον ύπνο
- προβλήματα προσοχής και συγκέντρωσης
- απελπισία/αρνητισμός σε ακραίο βαθμό
- ανεπαρκής κοινωνική συμπεριφορά (ο ασθενής φαίνεται δυσπροσάρμοστος)
- μειωμένη σεξουαλική επιθυμία
- συνεχής αναστάτωση (Nanni et al. 2014)

Παρόλα αυτά στην πραγματικότητα δεν προκαλεί η ασθένεια από μόνη της την κατάθλιψη. Αντιθέτως, υπάρχουν κάποια βασικά σημεία-στάδια «κρίσης» τα οποία οδηγούν το άτομο στην κατάθλιψη. Ο ασθενής πρέπει να μοιραστεί με τους φίλους και την οικογένεια του ότι έχει μολυνθεί και νοσεί από τον ιό. Σε αυτό το σημείο υπάρχει ο φόβος για τις αντιδράσεις των αγαπημένων του προσώπων και για την αποδοχή του από αυτά. Πρέπει να προσαρμόσει τους δικούς του και να προσαρμοστεί σύμφωνα με τα νέα δεδομένα (Lieber 2020) (Nanni et al. 2014).

Ακόμη πρέπει να συνειδητοποιήσει το γεγονός της εισαγωγής του στο νοσοκομείο. Ακολουθούν η θεραπεία, τα συμπτώματα και το πώς θα εξελιχθεί η νόσος. Εάν η ασθένεια προχωρήσει και ο ασθενής πλέον έχει AIDS, άρα βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο της νόσου, πρέπει να συμφιλιωθεί με την ιδέα του επικείμενου θανάτου και την αρρώστια που θα τον κατακλίσει σωματικά. Ακόμη, στην περίπτωση αυτή πρέπει να τακτοποιήσει τις υποθέσεις του και να πάρει αποφάσεις (Lieber 2020).

Εάν η ασθένεια δεν εξελιχθεί ραγδαία ακολουθούν αποφάσεις για την εργασία/ το σχολείο. Λόγω του στίγματος που φέρει αυτή η ασθένεια ο ασθενής μπορεί να μην νιώθει ασφαλής στο μέχρι τώρα καθημερινό γι' αυτόν περιβάλλον και να επιζητά αλλαγές (Lieber 2020).

Λαμβάνοντας υπόψιν τον αντίκτυπο της κατάθλιψης ως προς την τήρηση της αντιρετροϊκής αγωγής, στην ποιότητα ζωής του ατόμου και την εξέλιξη της νόσου είναι σημαντικό να βελτιωθεί η αναγνώριση των καταθλιπτικών ενδείξεων ώστε να γίνουν οι κατάλληλες παρεμβάσεις για την αντιμετώπισή της. Σύμφωνα με τους Nanni και συν. μέσα από έρευνες που έχουν διεξαχθεί με την κατάλληλη χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων η ποιότητα ζωής των καταθλιπτικών HIV ασθενών είχε βελτιωθεί σημαντικά και συνεπώς αυτό βοήθησε στην τήρηση της ART. Η λήψη της αγωγής αυτής θα πρέπει να γίνεται πάντα εν

γνώσει του υπευθύνου ιατρού για την αποφυγή παρενεργειών και αλληλεπιδράσεων με την ART (Nanni et al. 2014).

Ακόμη τα προγράμματα συλλογικής φροντίδας αποτελούν σύμμαχο για την καταπολέμηση της κατάθλιψης σε συνδυασμό με την οικογένεια και τον φιλικό περιβάλλον του οροθετικού. Επιπλέον η προσφυγή σε κάποιον ειδικό π.χ. ψυχολόγο αποτελεί μεγάλο βήμα όχι μόνο για την καταπολέμηση μιας επερχόμενης καταθλιπτικής κρίσης αλλά δημιουργεί επίσης νέες προοπτικές για την αποδοχή της ασθένειας. Η αλλαγή της καθημερινότητας και των συνηθειών όπως για παράδειγμα η έναρξη άθλησης, μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα στην αλλαγή της στάσης του ασθενή απέναντι στην ασθένεια και τον κινητοποιήσει με αποτέλεσμα να αποφευχθεί το συναίσθημα της ανημποριάς (Lieber 2020) (Nanni et al 2014).

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ»

#### 6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η νοσηλευτική διεργασία είναι το εργαλείο του νοσηλευτή για να οργανώσει την νοσηλεία του ασθενούς. Σε βάθος χρόνου οι νοσηλευτές έχουν αποκτήσει αυτονομία στην κλινική τους πράξη, η νοσηλευτική διεργασία συμβάλει στον προσδιορισμό της πρακτικής τους. Η διεργασία παρέχει στους νοσηλευτές σύστημα αναφοράς που εξυπηρετεί ως βάση για τη βελτίωση της πρακτικής μέσω της έρευνας. Ακόμη μπορεί να λειτουργήσει ως πλαίσιο για την εκτίμηση της φροντίδας (LeMone et al. 2014).

Μπορεί νοσηλευτική διεργασία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όλες τις βαθμίδες συστήματος υγείας. Σκοπός της είναι η προαγωγή και αποκατάσταση της υγείας ή σε άλλες περιπτώσεις η αποδοχή κάποιας αναπηρίας/δυσμορφίας, ακόμη και του θανάτου. Ανεξαρτήτως σκοπού όμως, σχεδιάζεται ώστε να περιλαμβάνει εξατομικευμένες δραστηριότητες (LeMone et al. 2014).

Στόχος είναι από την διεργασία να επωφεληθεί ο ασθενής και παράλληλα και το νοσοκομείο-φορέας υγείας. Ο ασθενής λαμβάνει προσεκτικά σχεδιασμένες και εξατομικευμένες για τις δικές του ανάγκες, παρεμβάσεις και συμμετέχει ο ίδιος στη φροντίδα. Η υπηρεσία ή το νοσοκομείο, επωφελείται από τη διεργασία διότι γίνεται μέσω αυτής ορθή αξιοποίηση των πόρων καθώς και πραγματοποιείται η βέλτιστη παροχή φροντίδας για τον ασθενή. Επιπλέον μέσω της διεργασίας επιτυγχάνεται και η προστασία της κοινότητας καθώς αν η διεργασία αποβεί αποτελεσματική περιορίζεται η μόλυνση (Nies & McEwen 2013).

Για την σωστή λειτουργία της διεργασίας απαιτείται να αναπτυχθεί μια σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς-νοσηλευτή. Ακόμα θα πρέπει να υπάρχει συνέπεια για την σωστή τήρηση του προγράμματος (π.χ. η λήψη φαρμάκων να γίνεται τις ώρες που ενδείκνυται και με τον ίδιο τρόπο). Επιπλέον ο νοσηλευτής πρέπει να καταγράφει και να αξιολογεί τα δεδομένα που προέρχονται από τη διεργασία. Αλλαγές είναι επιβάλλεται να γίνονται όταν οι παρεμβάσεις δεν είναι αποτελεσματικές και δεν βελτιώνουν την πορεία του αρρώστου (Lynn 2011).

Η νοσηλευτική διεργασία αποτελείται από πέντε στάδια τα οποία αλληλοσυνδέονται και αλληλεξαρτώνται.

1. Λήψη ιστορικού/εκτίμηση κατάστασης. Η εκτίμηση ξεκινά με την πρώτη επαφή που έχει ο νοσηλευτής με τον ασθενή. Στο στάδιο αυτό συλλέγονται δεδομένα για την

κατάσταση του αρρώστου και έπειτα οργανώνονται και ομαδοποιούνται. Η εκτίμηση θεωρείται βάση για την σωστή νοσηλευτική διάγνωση, τον σχεδιασμό και την παροχή φροντίδας. Οι πληροφορίες που καταγράφει ο νοσηλευτής από την πρώτη επαφή με τον ασθενή μπορεί να είναι αντικειμενικές (σύμφωνα με την εικόνα που παρουσιάζει ο άρρωστος) και υποκειμενικές (σύμφωνα με την περιγραφή της κατάστασης από τον ίδιο τον άρρωστο). Είναι σημαντικό όταν συλλέγουμε και ερμηνεύουμε τα δεδομένα να γίνεται απλή καταγραφή και όχι κρίση.

2. Νοσηλευτική Διάγνωση. Σε αυτό το στάδιο ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τα δεδομένα που συνέλεξε καθώς και την εμπειρία του για την εξαγωγή συμπερασμάτων αναφορικά με την κατάσταση του ασθενούς. Έπειτα για κάθε πρόβλημα υγείας που φέρει ο ασθενής, ο φροντιστής θέτει μια περιγραφή της τρέχουσας κατάστασης. Με τον τρόπο αυτό περιγράφονται πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας. Τα στοιχεία που συλλέγονται στην εκτίμηση αναλύονται ενδελεχώς προκειμένου να είναι σωστή η διάγνωση.
3. Σχεδιασμός. Αφού έχουν ολοκληρωθεί επιτυχώς τα προηγούμενα στάδια, ο νοσηλευτής πρέπει τώρα να προχωρήσει στον σχεδιασμό του προγράμματος φροντίδας. Σκοπός του σχεδιασμού είναι να προσδιοριστούν ποια είναι τα επιθυμητά αποτελέσματα καθώς και ποιες είναι οι παρεμβάσεις που πρέπει να διεξαχθούν. Οι νοσηλευτικές δράσεις εξατομικεύονται με σκοπό να δοθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα και να ληφθεί η κατάλληλη θεραπεία.
4. Εφαρμογή. Το συγκεκριμένο στάδιο αποτελεί το δυναμικό μέρος της διεργασίας όπου ο φροντιστής πραγματοποιεί τις νοσηλευτικές δράσεις. Η εκτίμηση του ασθενούς πρέπει να είναι συνεχής πριν, κατά αλλά και μετά την διάρκεια των παρεμβάσεων. Στο στάδιο αυτό, εάν κριθεί αναγκαίο για την έκβαση του αποτελέσματος, μπορούν να πραγματοποιηθούν αλλαγές στις νοσηλευτικές δράσεις. Κατά τη διάρκεια του σχεδιασμού πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν βασικές αρχές όπως είναι ο καθορισμός των προτεραιοτήτων σύμφωνα με την κατάσταση του ασθενούς.
5. Αξιολόγηση αποτελεσμάτων. Στο τελευταίο στάδιο δίνεται η δυνατότητα στον νοσηλευτή να καθορίσει εάν ο σχεδιασμός (νοσηλευτικές παρεμβάσεις) ήταν αποτελεσματικός ώστε να συνεχίσει, να αναδιαμορφώσει ή να διακόψει το σχέδιο δράσης. Κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης δεν λαμβάνονται υπόψιν μόνο ιατρικές-εργαστηριακές εξετάσεις αλλά και η συμπεριφορά του ασθενούς. Έπειτα πραγματοποιείται έλεγχος των αποτελεσμάτων, εάν είναι τα επιθυμητά διακόπτεται ή

συνεχίζεται η παρέμβαση. Στην αντίθετη περίπτωση, τροποποιείται η διάγνωση, τα αποτελέσματα και το σχέδιο δράσης (LeMone et al. 2014).



## 6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ: ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1

Φύλο: θήλυ

Ηλικία: 25 ετών

Καταγωγή: Πάτρα

Οικογενειακή κατάσταση: αρραβωνιασμένη

Ημερομηνία, ώρα και τόπος εισαγωγής: 10/1/21 και ώρα 12:15μ.μ στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Η ασθενής εισήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με έντονο αίσθημα κούρασης, πόνο στον λαιμό, διαλείποντα επεισόδια διάρροιας και δύσπνοιας τα οποία επιμένουν τον τελευταίο μήνα. Δήλωσε πως δεν λαμβάνει συστηματικά φάρμακα εκτός από ένα πολυβιταμινούχο σκεύασμα σε καθημερινή βάση και ακεταμινοφαίνη περιστασιακά για τον πονοκέφαλο. Επιπλέον ανέφερε πως είναι ένα αρκετά δραστήριο άτομο, παρόλο που πριν από επτά έτη είχε υποβληθεί σε επέμβαση ανοιχτής καρδιάς για την αντιμετώπιση μιας συγγενούς βαλβιδοπάθειας. Για αρκετό καιρό μετά το χειρουργείο ήταν υγιής μέχρι περίπου πριν από 1-2 μήνες.

Ο ιατρός ζητά εξέταση για λοιμώδη μονοπυρήνωση, ανίχνευση αντισωμάτων έναντι του HIV με ELISA, μέτρηση του αριθμού των CD<sub>4</sub> T-λεμφοκυττάρων και Western Blot ανάλυση. Της ζητήθηκε να επανέλθει μετά από μια βδομάδα για επανεκτίμηση.

Κατά την επανεκτίμηση παρατηρήθηκε πως η όρεξη της έχει μειωθεί λόγω ενοχλήσεων στο στόμα της που ευθύνονται σε λευκωπές πλάκες στη γλώσσα και στα πλάγια του στόματος.

Λήψη ιστορικού	Νοσηλευτική Διάγνωση	Σχεδιασμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Ο ασθενής δυσκολεύεται να αναπνεύσει-παρουσιάζει δύσπνοια	Η δύσπνοια οφείλεται σε λοίμωξη του αναπνευστικού	Χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων (κορτικοστεροειδή)	Χορήγηση δεξαμεθαζόνης	Επιτυχής καταπολέμηση της λοίμωξης
Φέρει έντονο πόνο στον λαιμό	Διογκωμένοι τραχηλικοί λεμφαδένες που ευθύνονται στον πόνο	Χορήγηση αντιρετροϊκών φαρμάκων	Χορήγηση αντιρετροϊκών (σύμφωνα με ιατρική οδηγία)	Σημαντική μείωση στη διόγκωση των λεμφαδένων
Μειωμένη όρεξη για φαγητό-οφειλόμενη πιθανόν σε κάποιο εξάνθημα	Λευκωπές πλάκες στη στοματική κοιλότητα που προκαλούν πόνο με αποτέλεσμα την απώλεια όρεξης	Χορήγηση κατάλληλης θεραπείας για καταπολέμηση πλακών	Χορήγηση πενικιλίνης για θεραπεία των πλακών	Αποτελεσματική αντιμετώπιση των πλακών με συνεχή χρήση της αγωγής
Ο ασθενής παρουσιάζει συνεχείς διαρροϊκές κενώσεις	Γαστρεντερική διαταραχή λόγω ελλιπούς θρέψης	Διατήρηση επαρκούς επιπέδου θρέψης και όγκου υγρών	Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και χορήγηση τροφής	Αποκατάσταση θρέψης και όγκου υγρών
Αίσθημα κούρασης	Παρουσία φόβου και άγχους	Παροχή πληροφοριών σχετικά με την νόσο	Εκπαίδευση σε ασφαλέστερες πρακτικές σεξ, πρόληψη της μετάδοσης και αντιμετώπιση του άγχους	Σημαντική μείωση του άγχους

### 6.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ: ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2

Φύλο: άρρεν

Ηλικία: 33 ετών

Καταγωγή: Αγρίνιο

Οικογενειακή κατάσταση: διαζευγμένος

Ημερομηνία, ώρα και τόπος εισαγωγής: 15/1/2021 και ώρα 7:00μ.μ στο Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

Ο ασθενής εισήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με αίσθημα ναυτίας, έντονο κνησμό και ξηροδερμία στο σώμα. Κατά την λήψη του ιστορικού ενημέρωσε πως είναι οροθετικός και πιθανόν να έφαγε κάτι που του προκάλεσε αλλεργία και ανέφερε πως ένιωθε ρίγη.

Λήψη ιστορικού	Νοσηλευτική Διάγνωση	Σχεδιασμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Αίσθημα ναυτίας	Δυσφορία στομάχου και αίσθημα επικείμενου εμέτου λόγω τροφικής αλλεργίας	1.Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων 2.Ενυδάτωση του ασθενή με ενδοφλέβια ή από το στόμα υγρά 3.Ενημέρωση για τη πρόληψη εμέτου	1.Χορήγηση Primperan ενδοφλεβίως 2.Χορήση 500 ml φυσιολογικού ορού ενδοφλεβίως 3.Συζήτηση με τον ασθενή	1.Καταπολέμηση ναυτίας 2.Ο ασθενής δήλωσε ανακουφισμένος
Κνησμός και ξηροδερμία	Κνηδωτικό εξάνθημα ως συνέπεια της αλλεργικής αντίδρασης	1.Χορήγηση αντιισταμινικών φαρμάκων 2.Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων 3.Ενημέρωση του ασθενή για την κατάλληλη αυτοφροντίδα και ενυδάτωση του δέρματος	1.Χορήγηση Fenistil σύμφωνα με ιατρική οδηγία 2.Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα 3.Ενημερώθηκε ο ασθενής	1.Μικρή υποχώρηση του εξανθήματος 2.Πλήρης αντιμετώπιση του κνησμού
Οροθετικός	Αποστροφή από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, δημιουργία στίγματος και αίσθημα ντροπής από τον ασθενή	1.Ψυχολογική στήριξη 2.Ενημέρωση προσωπικού για τη ψυχοσύνθεση των φορέων HIV και υπενθύμιση των καθηκόντων απέναντι στους ασθενείς	1.Συζήτηση με τον ασθενή 2.Επικοινωνία με ψυχολόγο 3.Πραγματοποίηση ημερίδας για το AIDS και τον τρόπο αντιμετώπισης των φορέων και των ασθενών από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό	1.Ο ασθενής ανέκτησε την αυτοπεποίθησή του 2.Επισκέπτεται ψυχολόγο μία φορά την εβδομάδα επιτυχώς 3.Πολλοί επαγγελματίες υγείας ευαισθητοποιήθηκαν και άλλαξαν στάση, ωστόσο αρκετοί συνέχιζαν να στιγματίζουν και να είναι επιφυλακτικοί
Αλλεργία από άγνωστο φαγητό	Τροφική αλλεργία	1.Χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων 2.Επιβολή σε αλλεργικά τεστ για την εύρεση του αλλεργιογόνου	1.Έγινε επικοινωνία με αλλεργιολόγο και επιβλήθηκε στα τεστ ο ασθενής 2.Χορήγηση κορτιζόνης ενδομυϊκά μετά από ιατρική οδηγία	1.Ο ασθενής θα επιστρέψει σε 48 ώρες για τα αποτελέσματα 2.Ο ασθενής νιώθει πολύ καλύτερα

Αίσθημα ρίγους	Εμπύρετος με 38,2°C	1.Χορήγηση αντιπυρετικού φαρμάκου 2.Τοποθέτηση κομπρεσών	1.Ενδοφλέβια χορήγηση παρακεταμόλης (Aprotel) 2.Τοποθετήθηκαν κομπρέσες	Ο πυρετός έπεσε στους 37° C
----------------	---------------------	---	--	-----------------------------

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μέχρι και σήμερα ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας κατέχει μια από της πρώτες θέσεις στις θανατηφόρες αρρώστιες που πλήττουν τον κόσμο. Οι ασθενείς με AIDS αυξάνονται ραγδαία οπότε οι πολιτικές που αποσκοπούν στην ανάπτυξη ολοκληρωμένων ποιοτικών υπηρεσιών και προγραμμάτων είναι απαραίτητες.

Τα οροθετικά άτομα, κατακλύζονται από αισθήματα μοναξιάς και απομόνωσης αλλά και από ρατσιστικές στάσεις του κοινωνικού συνόλου που δεν τους βοηθούν στην επανένταξη και στην προσαρμογή τους στην κοινωνία. Οι υπηρεσίες, τα προγράμματα και οι φορείς της υγείας θα πρέπει να στραφούν προς την κατεύθυνση αυτή. Πρέπει να δημιουργηθούν προγράμματα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης που θα απευθύνονται όχι μόνο στους επαγγελματίες υγείας αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Επιπλέον, οι κοινωνικοί λειτουργοί θα μπορούσαν σε συνεργασία με τους νοσηλευτές, τους ψυχολόγους και τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, μέσα από την διεπιστημονική προσέγγιση να οργανώσουν προγράμματα πρόληψης και ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης σχετικά με το AIDS. Διαμέσου των προγραμμάτων αυτών θα γίνει πιο εύκολη η καταπολέμηση των προκαταλήψεων και του στιγματισμού των οροθετικών. Για την παραγωγή νέας γνώσης θα μπορούσαν οι επαγγελματίες υγείας με άλλους ειδικούς να συνεργαστούν και να πραγματοποιήσουν νέες έρευνες που αφορούν το AIDS και τις ανάγκες των ασθενών και των φροντιστών τους.

Για την αντιμετώπιση των αισθημάτων μοναξιάς και απομόνωσης θα λειτουργούσε αποτελεσματικά η διοργάνωση ομάδων ή δραστηριοτήτων ψυχαγωγίας και προσπάθεια κινητοποίησης των ασθενών για συμμετοχή σ' αυτές. Για την αντιμετώπιση της ασθένειας τους οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ενημερώνουν τους ασθενείς τους τρόπους επίτευξης μιας καλής ποιότητας ζωής.

Λόγω του ότι αυξάνονται συνεχώς τα HIV περιστατικά, η κοινωνία θα πρέπει να εστιάσει στην πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου με ενημερώσεις σε όλες τις κοινωνικές ομάδες, που να αφορά οτιδήποτε γύρω από την ασθένεια. Μεγάλης σημασίας είναι η έγκυρη πληροφόρηση των νέων ατόμων, γύρω από τους τρόπους προφύλαξης της νόσου για την αποφυγή της ασθένειας. Μια βασική πηγή ενημέρωσης των νέων ατόμων είναι το σχολείο. Μέσα από το μάθημα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης τα παιδιά μαθαίνουν να σέβονται το σώμα τους και να το προστατεύουν.

Ακόμη προτείνεται η δημιουργία ομάδων στήριξης για τους φροντιστές των ασθενών με AIDS, με στόχο την ενημέρωση, εκπαίδευση και συμβουλευτική – ψυχοθεραπευτική τους στήριξη, προκειμένου να ανταπεξέλθουν με μεγαλύτερη ευκολία στις αυξημένες ανάγκες φροντίδας των ασθενών τους.

Μπορούν επίσης να διεξαχθούν κι άλλες έρευνες με κατεύθυνση τα συναισθήματα και τις ανάγκες των HIV ατόμων έτσι ώστε να δημιουργηθούν οι κατάλληλες υπηρεσίες με σκοπό την εκπλήρωση των πραγματικών αναγκών τους. Τέλος, η ενημέρωση είναι δικαίωμα και πρέπει να διεκδικείται από τον καθένα. Η νόσος του AIDS είναι μια προσωπική ευθύνη του κάθε ατόμου και όλοι μας οφείλουν να προστατεύουν τον εαυτό τους καθώς και τον περίγυρό τους.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Pebody R., Aidsmap HIV-1 and HIV-2 <https://www.aidsmap.com/about-hiv/hiv-1-and-hiv-2>

Τελευταία προσπέλαση 23 Νοεμβρίου του 2020.

Arora D & Maheshwari M. & Arora B. (2013). Rapid Point-of-Care Testing for Detection of HIV and Clinical Monitoring. ISRN AIDS, 2013: 287269.

Avert. [https://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/stigma-discrimination#footnote28\\_e3zc3uu](https://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/stigma-discrimination#footnote28_e3zc3uu) Τελευταία προσπέλαση 21 Ιανουαρίου του 2021.

Barroso J. & Voss J. (2013). Fatigue in HIV and AIDS: An Analysis of Evidence. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 24(1), s5-s14.

Belleza M., Nurses Lab, Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) <https://nurseslabs.com/hiv-aids/> 17 Δεκεμβρίου του 2020.

Borawski E. & Tufts K. & Trapl E. & Hayman L. & Yoder L. & Lovegreen, L., (2016). Effectiveness of Health Education Teachers and School Nurses Teaching Sexually Transmitted Infections/Human Immunodeficiency Virus Prevention Knowledge and Skills in High School. The Journal of school health, 85(3), 189-196.

Centers for Disease Control and Prevention. What is HIV stigma <https://www.cdc.gov/hiv/basics/hiv-stigma/index.html> Τελευταία προσπέλαση 20 Ιανουαρίου του 2021.

Eames K. & Keeling M. (2002). Modeling dynamic and network heterogeneities in the spread of sexually transmitted diseases. Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America, 99(20), 13330-13335.



Eisinger W. & Fauci S. (2018). Ending the HIV/AIDS Pandemic<sup>1</sup>. *Emerging infectious diseases*, 24(3), 413–416.

Goodkin K. & Kompella S. & Kendell S. (2018). End-of-Life Care and Bereavement Issues in HIV/AIDS. *The Nursing clinics of North America*, 53(1), 123-135.

Greene W. (2007). A history of AIDS: Looking back to see ahead. *European Journal of Immunology*, 37, 94-102.

Hassan A. & Pybus O. & Sanders E. & Albert J. & Esbjörnsson J.(2017). Defining HIV-1 transmission clusters based on sequence data. *AIDS (London, England)*, 31(9), 1211–1222.

Nall R., Healthline, The History of HIV and AIDS in the United States

<https://www.healthline.com/health/hiv-aids/history?c=775009838186> Τελευταία προσπέλαση 11 Νοεμβρίου του 2020.

HivAids. Τι είναι ο HIV και το AIDS; <http://www.hivaid.gr/i/pliroforisi/hivaid> Τελευταία προσπέλαση 28 Δεκεμβρίου του 2020.

Huq E. & Moriyama M. & Harris E. & Shirin H. & Rahman M. (2019). Evaluation of Nurses' Knowledge and Attitude toward HIV-Infected Patients in Barbados. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, 18: 2325958219880592.

Kim J. & Riolo R. & Koopman J. (2010). HIV Transmission by Stage of Infection and Pattern of Sexual Partnerships. *Epidemiology*, 21(5), 676–684.

LeMone P. & Burke K. & Bauldoff G. (2014). Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική, Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα.

Lynn P. (2011). Κλινικές Νοσηλευτικές Δεξιότητες και Νοσηλευτική Διεργασία. BROKEN HILL PUBLISHERS LTD, Cyprus.

Naif H. (2013). Pathogenesis of HIV Infection. *Infectious Disease Reports*, 6; 5(Suppl 1): e6.

Nanni M. & Caruso R. & Mitchell A. & Meggiolaro E. & Grassi L. (2014). Depression in HIV Infected Patients: a Review. *Current Psychiatry Reports* 17, 530 (2015).

Nies M. & McEwen M. (2013). Κοινοτική Νοσηλευτική, Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα.

Operskalski E. & Kovacs A (2011). HIV/HCV co-infection: pathogenesis, clinical complications, treatment, and new therapeutic technologies. *Current HIV/AIDS reports*, 8(1), 12–22.

Perazzo J. & Webel A. & McGough E. & Voss J. (2018). People Living with HIV: Implications for Rehabilitation Nurses. *Rehabilitation nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 43(3), 167–173.

Pisal H. & Sutar S. & Sastry J. & Kunudu N. & Joshi A. & Joshi M. & Leslie J. & Scotti L. & Bharucha K. & Suryavanshi N. & Phadke M. & Bollinger R. & Shankar A. (2007). Nurses' Health Education Program in India Increases HIV Knowledge and Reduces Fear. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18(6), 32-43.

Lieber A., PsyCom, HIV AIDS and Depression

<https://www.psycom.net/depression.central.hiv.html> Τελευταία προσπέλαση 5 Φεβρουαρίου του 2021.

Rana D. & Upton Dominic (2010). Η ψυχολογία στη νοσηλευτική επιστήμη. Π.Χ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, Αθήνα.

Richman D. (2000). Normal physiology and HIV pathophysiology of human T-cell dynamics. *The Journal of Clinical Investigation*, 105(5), 565-566.

- Roomaney R. & Steenkamp J. & Kagee A. (2017). Predictors of burnout among HIV nurses in the Western Cape. *Curationis*, 40(1), 1695.
- Rouleau G. & Richard L. & Côté J. & Gagnon M. & Pelletier J. (2019). Nursing Practice to Support People Living With HIV With Antiretroviral Therapy Adherence: A Qualitative Study. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 30(4), e20–e37.
- Sabin C. & Lundgren J. (2013). The natural history of HIV infection. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 8(4), 311-317.
- Sharp P. & Hahn B. (2011). *Origins of HIV and the AIDS Pandemic*. Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine, 1(1), a006841.
- Sherr L. & Clucas C. & Harding R. & Sibley E. & Jose C. (2011). HIV and Depression – a systematic review of interventions. *Psychology, Health and Medicine*, 16(5), 493-527.
- Swendeman D. & Ingram B. & Rotheram-Borus M. (2009). Common elements in self-management of HIV and other chronic illnesses: an integrative framework. *AIDS Care*, 21(10), 1321–1334.
- Teasdale C. & Marais B. & Abrams E. (2011). HIV: prevention of mother-to-child transmission. *Clinical Evidence*, 2011: 0909.
- Turan B. & Budhwani H. & Fazeli P. & Browning W. & Raper J. & Mugavero M. & Turan J. (2018). How Does Stigma Affect People Living with HIV? The Mediating Roles of Internalized and Anticipated HIV Stigma in the Effects of Perceived Community Stigma on Health and Psychosocial Outcomes. *AIDS and behavior*, 21(1), 283–291.
- Tang Q., UNESCO, Charting the course of education and HIV  
<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000226125> Τελευταία προσπέλαση 03 Ιανουαρίου του 2021.

UnAids, New HIV infections among gay men and other men who have sex with men increasing, <https://www.unaids.org/en/keywords/sexual-transmission-hiv> Τελευταία προσπέλαση 02 Νοεμβρίου του 2020.

Vourli G. & Nikolopoulos G. & Papparizos V. & Skoutelis A. & Metallidis S. & Gargalianos P. & Papadopoulos A. & Chini M. & Sipsas N. & Psychogiou M. & Chrysos G. & Sambatakou H. & Gogos C. & Katsarou O. & Paraskeva D. & Dedes N. & Touloumi G. (2018). HIV cascade of care in Greece: Useful insights from additional stages. Plos One, 13(11), e0207355.

Webel A. & Sattar A. & Schreiner N. & Kinley B. & Moore S. & Salata R. (2016). The Impact of Mental Wellness on HIV Self-Management. The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 27(4), 468–475.

Webel A. & Asher A. & Cuca Y. & Okonsky J. & Kaihura A. & Rose C. & Hanson J. & Salata R. (2012). Measuring HIV Self-Management in Women Living with HIV/AIDS: A Psychometric Evaluation Study of the HIV Self-Management Scale. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 60(3), 72-81.

World Health Organization. HIV/AIDS <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/hiv-aids> Τελευταία προσπέλαση 28 Οκτωβρίου του 2020.

World Health Organization. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases> Τελευταία προσπέλαση 10 Ιανουαρίου του 2021.

Xiridou M. & Geskus R. & Wit J. & Coutinho R. & Kretzschmar M. (2004). Primary HIV infection as source of HIV transmission within steady and casual partnerships among homosexual men. AIDS, 18(9), 1311-1320.

Zepeda K. & Silva M. & Santos D. & Gaspar R. & Trotte L. (2019). Management of nursing care in HIV/AIDS from a palliative and hospital perspective. *Revista brasileira de enfermagem*, 72(5), 1243–1250.

Ανυφαντάκης Β. (2010). Εξέλιξη της λοίμωξης HIV/AIDS υπό διαφορετικές θεραπευτικές αγωγές. Διδακτορική Διατριβή [Online]. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Διαθέσιμο στο: <https://www.didaktorika.gr/eadd/>

Βιβιλάκη Β. & Γιαννακοπούλου Μ. & Γκοβίνα Ο. & Ζωγραφάκης Μ. & Θεοδοσοπούλου Ε. & Καλοκαιρινού Α. & Καμπά Ε. & Κανελλόπουλος Α. & Καυγά Α. & Καυκιά Θ. & Κοντέος Γ. & Κουρκούτα Λ. & Κριτσωτάκης Γ. & Κωνσταντινίδης Θ. & Λαβδανίτη Μ. & Λαχανά Ε. & Μαντζούκας Σ. & Μάργαρη Ν. & Μηνασίδου Ε. & Μπακάλης Ν. & Μπαμίδης Π. & Μπελλάλη Θ. & Νταφογιάννη Χ. & Παπασταύρου Ε. & Σαράφης Π. & Σιαμάγκα Ε. & Τσελίκα Α. & Χαραλάμπους Α. (2015). Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη και την Φροντίδα Υγείας. BROKEN HILL PUBLISHERS LTD, Cyprus.

Γιάννου, Φ. (2019). Αξιολόγηση μεθόδων πρόληψης της HIV λοίμωξης. Διδακτορική Διατριβή [Online]. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Διαθέσιμο στο: <https://www.didaktorika.gr/eadd/>

Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας. HIV Λοίμωξη / AIDS <https://eody.gov.gr/disease/aids/#collapse-faqs4> Τελευταία προσπέλαση 16 Ιανουαρίου του 2021.

Καντζανού Μ. & Χατζάκης Α. (2013). Πρόσφατες εξελίξεις στην πρόληψη της HIV λοίμωξης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(2), 141-152.

Κοντέ Β. (2014). Τα νεότερα δεδομένα στην κάθετη μετάδοση της HIV Λοίμωξης από τη μητέρα στο παιδί. Πρακτικά Συνεδρίου από το 26ο Πανελλήνιο Συνέδριο AIDS που διεξήχθη στις 30 Νοεμβρίου 2014 στην Αθήνα. Φορέας διεξαγωγής: Διαδραστικό Κλινικό Φροντιστήριο Οδοντιάτρων. Αθήνα: Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS.

Κοσκινά Ι. (2020). «AIDS: Ιατρική, Νομική και Ηθική Προσέγγιση». Διδακτορική Διατριβή [Online]. Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Διαθέσιμο στο:

<https://www.didaktorika.gr/eadd/>

Κοτσαύτη Ο. (2018). Επιδημιολογική διερεύνηση συλλοίμωξης HIV και PALLIDUM. Διδακτορική Διατριβή [Online]. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Διαθέσιμο στο: <https://www.didaktorika.gr/eadd/>

Μπαδά Μ. (2012). Η εκτίμηση κινδύνου μόλυνσης από AIDS. Η επίδραση των φοβικών μηνυμάτων Αγωγής Υγείας και ο συσχετισμός τους με την αυτό-αποτελεσματικότητα ως δυνητικοί παράγοντες αλλαγής της συμπεριφοράς των νέων. Διδακτορική Διατριβή [online]. Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών. Διαθέσιμο στο:

<https://www.didaktorika.gr/eadd/>

Παπαθανασίου Ι. (2012). Αξιολόγηση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Επαγγελματίες Υγείας και Ψυχικής Υγείας. Διδακτορική Διατριβή [Online]. Ιωάννινα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Διαθέσιμο στο: <https://www.didaktorika.gr/eadd/>

Συνήγορος του Πολίτη Ανεξάρτητη Αρχή, Περίθαλψη ασθενών και φορέων HIV – AIDS <https://www.synigoros.gr/resources/docs/186128.pdf> Τελευταία προσπέλαση 15 Ιανουαρίου του 2021.