



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ:Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«AIDS και νοσηλευτικές παρεμβάσεις»



Φοιτήτρια : Χαριτοπούλου Σάρρα

Υπεύθυνη εκπαιδευτικός: Λευκοθέα Ματσούλη

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2018

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα.....	2
Περίληψη.....	3
Abstract	3
Εισαγωγή	5
Κεφάλαιο 1: Χαρακτηριστικά της νόσου.....	6
1.1. Ιστορική αναδρομή – εξάπλωση της νόσου.....	6
1.2. Παθογένεια – Παθοφυσιολογία.....	7
1.3. Κλινική εικόνα και πορεία της νόσου.....	8
1.4. Τρόποι μετάδοσης και ομάδες υψηλού κινδύνου.....	13
1.5. Διάγνωση της νόσου	16
Κεφάλαιο 2: Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με HIV λοίμωξη.....	20
2.1. Στόχοι νοσηλευτικής φροντίδας και δεοντολογία.....	22
2.2: Δικαιώματα και υποχρεώσεις των οροθετικών ασθενών	25
2.3. Ασφάλεια κατά τη νοσηλεία οροθετικών	27
2.4 Η νοσηλεία ασθενών στα τελικά στάδια της νόσου	28
2.5 Νοσηλεία παιδιών με AIDS	28
2.6 Νοσηλεία ασθενών με AIDS εκτός νοσοκομείου	29
2.7 Το σύνδρομο burn out	30
Κεφάλαιο 3: Θεραπεία και πρόληψη.....	31
Κεφάλαιο 4: Συμπεράσματα	36
Έρευνα: Νέα δεδομένα	38
1. Quality of life in HIV/AIDS	
2. The HIV/AIDS epidemic in Nigeria: progress, problems and prospects.	
3. HIV/AIDS-related stigma and discrimination in Nigeria: review of research studies and future directions for prevention strategies.....	
4. Task shifting of HIV management from doctors to nurses in Africa: Clinical outcomes and evidence on nurse self-efficacy and job satisfaction.....	
5. Stigmatization of patients with HIV/AIDS among doctors and nurses in Belize.	
6. Retaining HIV-Infected Patients in Care: Where Are We? Where Do We Go from Here? 44	
Abstract	
7. Stigma, burden, social support, and willingness to care among caregivers of PLWHA in home-based care in South Africa	

8. The Spectrum of Engagement in HIV Care and its Relevance to Test-and-Treat Strategies for Prevention of HIV Infection	
Abstract	
9. The HIV care cascade and antiretroviral therapy in female sex workers: implications for HIV prevention.....	
10. A systematic review of best practices in HIV care.....	
Abstract	
Βιβλιογραφία	51

Περίληψη

Η νόσος του AIDS έχει γίνει στις μέρες μας μια παγκόσμια απειλή που εξαπλώνεται, παρά τις εκτεταμένες προσπάθειες πρόληψης. Η νόσος προσβάλλει το ανοσοποιητικό σύστημα, προκαλώντας δραστική μείωση των κυττάρων του, καθιστώντας τον οργανισμό ιδιαίτερα ευάλωτο σε απλές λοιμώξεις, που μπορούν να γίνουν θανατηφόρες. Οριστική θεραπεία για την εξάλειψη του ιού δεν έχει βρεθεί, επομένως η μόνη θεραπεία είναι η αποτελεσματική πρόληψη. Οι ασθενείς με HIV λοίμωξη μπορούν να νοσηλεύονται στο νοσοκομείο ή να περιθάλπονται στο σπίτι. Σε κάθε περίπτωση χρειάζεται από τον φροντιστή άριστη γνώση των χαρακτηριστικών της ασθένειας, των τρόπων μετάδοσής της και των απαραίτητων προληπτικών μέτρων που πρέπει να λαμβάνονται για την προστασία του ασθενούς και του περιβάλλοντός του. Ταυτόχρονα, η ολιστική προσέγγιση του ασθενούς, η ψυχολογική υποστήριξη και το ανθρώπινο ενδιαφέρον είναι πολύ σημαντικοί παράγοντες για μια νοσηλεία υψηλής ποιότητας.

Λέξεις κλειδιά: νοσηλευτική φροντίδα, πρόληψη AIDS, περίθαλψη, ανοσοανεπάρκεια, υποστήριξη οροθετικών, δικαιώματα οροθετικών

Abstract

Nowadays, AIDS is a worldwide threat that spreads, despite extensive prevention efforts. The disease causes reduction in the cells of the immune system, making the patient prone to simple infections that can become fatal. A treatment that eliminates the virus has not been found yet, so the only treatment is effective prevention. Patients with HIV infection can be hospitalized or treated at home. In any case, the caregiver has to be well aware of the characteristics of the illness, its modes of transmission and take the necessary preventive measures to protect the patient and his / her surroundings. At the same time, the holistic approach of the patient, the psychological support and human interest from the nurse's side are very important factors for a high-quality hospitalization to be accomplished.

Key words: AIDS, hospitalization, supporting HIV patients, nursing, social support, antiretroviral therapy

Εισαγωγή

Η νόσος HIV, γνωστή και ως επίκτητη ανοσολογική ανεπάρκεια, έχει λάβει αξιόλογες διαστάσεις παγκοσμίως τον τελευταίο αιώνα. Πρόκειται για προσβολή του ανοσοποιητικού συστήματος από ιό ο οποίος το καταστέλλει, μειώνοντας την αντίστασή του σε νοσογόνους παράγοντες. Η μετάδοση του ιού γίνεται περιγεννητικά, σεξουαλικά, ή μέσω μολυσμένου αίματος. Το νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομειακών μονάδων οφείλει να είναι πλήρως καταρτισμένο σχετικά με τη νόσο, ώστε να παρέχει τη μέγιστη βοήθεια στους νοσηλευόμενους ασθενείς αλλά και να μπορεί να αυτοπροστατεύεται αποτελεσματικά. Η πρόληψη εξακολουθεί να αποτελεί ως σήμερα την κυριότερη αντιμετώπιση της νόσου (Levy, 2007).

Η παρούσα εργασία ασχολείται με την περιγραφή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων σε ασθενείς με AIDS, και δομείται σε τρία κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφονται τα χαρακτηριστικά της νόσου, η επιδημιολογία, οι ομάδες υψηλού κινδύνου και η κλινική εικόνα. Στο Δεύτερο κεφάλαιο περιγράφονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις και οι κώδικες δεοντολογίας που πρέπει να ακολουθούνται από το προσωπικό του νοσοκομείου προκειμένου να περιθάλπονται με τον πιο ικανοποιητικό τρόπο οι ασθενείς. Το Τρίτο κεφάλαιο ασχολείται με τη θεραπεία της ασθένειας, τα αντιρετροϊκά φάρμακα και την πρόληψή της. Τέλος, στο τέταρτο κεφάλαιο εξάγονται τα συμπεράσματα της εργασίας και προτείνονται θέματα για μελλοντικές εργασίες.

Κεφάλαιο 1: Χαρακτηριστικά της νόσου

1.1. Ιστορική αναδρομή – εξάπλωση της νόσου

Η πρώτη εμφάνιση του ιού HIV θεωρείται πως ήταν στην Κινσάσα περίπου το 1920 και μέχρι το 1980 καταγράφηκαν κάποια σποραδικά κρούσματα που πιθανότατα ήταν η νόσος του AIDS ανά τις πέντε ηπείρους. Η νόσος έγινε γνωστή περίπου το 1982, όπου στις ΗΠΑ παρατηρήθηκαν άντρες χρήστες ναρκωτικών και ομοφυλόφιλοι που ενώ δεν είχαν βλάβη στο ανοσοποιητικό, εμφάνιζαν πνευμονία λόγω μια σπάνιας πνευμονοκύστης που θεωρείται ευκαιριακή λοίμωξη. Επίσης παρατηρήθηκε ανάπτυξη επιθετικής μορφής του σαρκόματος Kaposi σε νεαρούς ομοφυλόφιλους. Το 1983, δυο ανεξάρτητες μεταξύ τους μελέτες, μια γαλλική και μια αμερικανική, δήλωσαν ότι υπάρχει ένας νεοεμφανιζόμενος ιός που προσβάλλει τους ασθενείς που εμφάνιζαν τις παραπάνω ευκαιριακές λοιμώξεις. Η μία ομάδα έδωσε στον νέο αυτό ιό το όνομα HTLV-III ενώ η άλλη ομάδα έδωσε στον ιό που ανακάλυψε το όνομα LAV (Lymphadenopathy associated virus ή ιός σχετιζόμενος με λεμφαδενοπάθεια). Το 1986 αποδείχτηκε πως αυτοί οι δύο ιοί ήταν στην ουσία ένας μοναδικός ιός, στον οποίο δόθηκε το όνομα HIV. Για την ανακάλυψη του ιού τιμήθηκε με το Νόμπελ του 2004 ο Γάλλος Luc Montagnier (Sharp & Hahn, 2011).

Ο HIV έχει δύο υποτύπους, τον HIV-1 και τον HIV-2. Οι υπότυποι αυτοί προέρχονται από τον ιό SIV, ο οποίος μολύνει το ανοσοποιητικό σύστημα του πίθηκου και θεωρείται ότι μεταφέρθηκε στον άνθρωπο. Κυνηγοί και πωλητές κρέατος αγρίων ζώων επίσης μπορούν να είχαν μολυνθεί από τον ιό SIV, ο οποίος παρόλο που καταστέλλεται από τον άνθρωπο, οι πολλαπλές μεταδόσεις με γρήγορες εναλλαγές φαίνεται πως του δίνουν την δυνατότητα να μεταλλαχθεί σε HIV. Η μετάδοση του ιού αυτού είναι σε φυσιολογικές συνθήκες αργή, εκτός αν είναι παρόντα κανάλια υψηλού κινδύνου, όπως κοινωνικές μεταβολές που προάγουν τη σεξουαλική ασυδοσία, και την έξαρση της πορνείας και την εξάπλωση των αφροδίσιων νοσημάτων. Για παράδειγμα, η μετάδοση του ιού HIV σε φυσιολογική συνουσία αυξάνει πολλαπλάσια αν ο ένας εκ των συντρόφων πάσχει από αφροδίσιο νόσημα που προκαλεί έλκος στα γεννητικά όργανα. Τέλος, η εξάπλωση του ιού ενδεχομένως να οφείλεται και στην μη ασφαλή ιατρική πρακτική που εφαρμοζόταν μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο ιδιαίτερα στην Αφρική, όπου συχνά χρησιμοποιούνταν βελόνες

για πολλαπλές χρήσεις, ή ήταν μη αποστειρωμένες (Sharp & Hahn, 2011) (Sharp & Hahn, 2010).

1.2. Παθογένεια – Παθοφυσιολογία

Το ανοσοποιητικό σύστημα απαρτίζεται από όργανα του σώματος που λειτουργούν κάτω από ποικίλους βιολογικούς μηχανισμούς με τελικό στόχο την αποτελεσματική άμυνα του οργανισμού έναντι παθογόνων παραγόντων. Δυο είναι οι κυριότερες ομάδες κυττάρων του ανθρώπινου ανοσοποιητικού συστήματος, τα Β και τα Τ λεμφοκύτταρα. Τα Τ4 βοηθητικά λεμφοκύτταρα είναι μια υποκατηγορία ανοσοποιητικών κυττάρων, τα οποία δίνουν τα κυτταρικά σήματα για την προσβολή από τον παθογόνο παράγοντα, και συντονίζουν τις αμυντικές ενέργειες για την εξουδετέρωσή του. Αυτά ακριβώς τα κύτταρα αποτελούν το στόχο του ιού HIV (Richman, 2000).

Η νόσος οφείλεται σε έναν ρετροϊό που ονομάζεται HIV (Human Immunodeficiency Virus ή ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας) ο οποίος ανήκει στην κατηγορία των βραδέων ιών και περιέχει στον πυρήνα του δυο αντίγραφα από μονή έλικα RNA ως γενετικό υλικό καθώς και μία μεταγραφάση. Ο πυρήνας και το υπόστρωμα περιέχουν πρωτεΐνες που περιβάλλονται από διπλοστιβάδα λιπιδίων του κυτταρου ξενιστή. Οι γλυκοπρωτεΐνες του περιβλήματος του HIV που προβάλλουν από αυτή τη στιβάδα παρουσιάζουν έντονη προσκολλητική ικανότητα στο μόριο CD4 της επιφάνειας των Τ-βοηθητικών λεμφοκυττάρων κυρίως, αλλά και άλλων κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος. Οι πρωτεΐνες αυτές μεταλλάσσονται πολύ συχνά με αποτέλεσμα να είναι δύσκολο να αναγνωριστούν από τα λεμφοκύτταρα. Η σύνδεση τους με το CD4 οδηγεί στη συγχώνευση των μεμβρανών του κυτταρου και του ιού, ενώ ο πυρήνας και το πρωτεϊνικό υπόστρωμα του ιού ενσωματώνονται στο κυτταρόπλασμα. Ταυτόχρονα, το RNA μεταγράφεται σε DNA και ενσωματώνεται στο γενετικό υλικό του κυτταρου ξενιστή με τη βοήθεια κι άλλων ενζύμων. Έκτοτε, μπορεί το γενετικό υλικό να παραμείνει σε λανθάνουσα κατάσταση χωρίς μεταγραφή και έκφραση ικών πρωτεϊνών. Εάν κάποιος παράγοντας ενεργοποιήσει τις δυο τελευταίες διαδικασίες, τότε παράγονται οι πρωτεΐνες του περιβλήματος, του πυρήνα και του υποστρώματος του ιού. Τα στοιχεία αυτά δημιουργούν με συνένωση και βιοχημικές διαδικασίες (πχ γλυκοζυλίωση) νέα σωματίδια ιών (βιρίονια) που

εξέρχονται με εκβλάστηση από το T-κύτταρο ,το οποίο λύεται όσο προχωρά ο παραγωγικός πολλαπλασιασμός; των ιών (Naif, 2013).

Η διαδικασία αυτής της καταστροφής μπορεί να διαρκέσει πολύ καιρό ή και χρόνια, καθιστώντας το AIDS μια εφ' όρου ζωής λοίμωξη. Η αντιγραφή του ιού μέσα στα κύτταρα παράγει περίπου δέκα δισεκατομμύρια νέους ιούς κάθε μέρα. Για περίπου οκτώ χρόνια ο ασθενής μπορεί να παραμένει ασυμπτωματικός και το AIDS ξεκινά να εκδηλώνεται όταν τα λεμφοκύτταρα πέσουν σε αριθμό κάτω από διακόσια ανά κυβικό χιλιοστό αίματος. Σε αυτό το στάδιο, η καταστροφή των λεμφοκυττάρων έχει προχωρήσει σε μεγάλο βαθμό και η ανοσοποιητική λειτουργία καταρρέει καθιστώντας τον ασθενή ιδιαίτερα ευάλωτο σε ασθένειες που υπό κανονικές συνθήκες θα μπορούσε να αντιμετωπίσει, όπως διάφορες ευκαιριακές λοιμώξεις ή παρασιτικές μολύνσεις. Αξίζει να αναφερθεί πως ορισμένα άτομα εμφανίζουν μια μετάλλαξη στα T λεμφοκύτταρα που τους προσδίδει ανοσία έναντι στην προσβολή από HIV (Naif, 2013) (Richman, 2000).

Ο ιός μεταδίδεται από φορείς ή πάσχοντες μέσω σεξουαλικής επαφής, περιγεννητικά ή μέσω μολυσμένου αίματος. Οι φορείς του ιού είναι δύσκολο να αναγνωριστούν καθώς δεν παρουσιάζουν κανένα σύμπτωμα της προσβολής, αλλά μπορούν να μολύνουν υγιή άτομα που νοσούν και εμφανίζουν ασθένειες που δε θα εμφάνιζαν ως υγιείς. Ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα είναι οι μεταλλάξεις που συμβαίνουν στο γενετικό υλικό του ρετροϊού, που έχουν σαν αποτέλεσμα τη μεταβολή της λοιμογόνου του δύναμης και που εμποδίζουν σημαντικά την παραγωγή εμβολίου έναντι του ιού (Fauci, et al., 2008).

1.3. Κλινική εικόνα και πορεία της νόσου

Ο ιός μπορεί να ανιχνευθεί εργαστηριακά στο αίμα από τη 2^η ως την 10^η μέρα μετά τη μόλυνση. Μετά τη δέκατη μέρα και από τρεις ως έξι 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 (Levy, 2007).

Οι πρώτες εβδομάδες που ακολουθούν τη μόλυνση, , ανεξάρτητα από τον τρόπο μετάδοσης καθορίζουν και την πορεία και εξέλιξη της νόσου. Αρχικά εμφανίζεται το ρετροϊκό σύνδρομο (ή πρωτογενής προσβολή ή πρωτολοίμωξη) που

διαρκεί μία ή δύο εβδομάδες και μοιάζει με μια κοινή γρίπη. Η πρωτολοίμωξη εμφανίζεται με συμπτώματα περίπου στο 87% των ασθενών που μολύνονται, ενώ οι υπόλοιποι έχουν πολύ ελαφριά συμπτώματα, ή μπορούν να είναι ασυμπτωματικοί. Τα συμπτώματα μοιάζουν με αυτά που έχουν άλλες σεξουαλικά μεταδιδόμενες νόσοι όπως η ηπατίτιδα ή η λοιμώδης μονοπυρήνωση. Ο ασθενής δεν παρουσιάζει ούτε τίτλους αντισωμάτων ούτε κλινικές εκδηλώσεις ειδικές για τη νόσο του AIDS. Έτσι, σε αυτό το στάδιο μπορεί οι ασθενείς να μεταδίδουν το ιό σε άλλους συντρόφους χωρίς να τον γνωρίζουν (Moylett, 2002).

Το επόμενο στάδιο είναι η φάση της ασυμπτωματικής λοίμωξης ή η χρόνια φάση της νόσου, αφού μπορεί να διαρκέσει πολλά χρόνια, στα οποία το άτομο είναι ασυμπτωματικό, αλλά μπορεί να μεταδίδει τον ιό. Το 50-60% των ασθενών που μολύνονται παραμένουν ασυμπτωματικοί φορείς, ενώ το 20% των περιπτώσεων μπορούν να αναπτύξουν AIDS μέσα στην πρώτη πενταετία. Επιπλέον, το 25% των μολυνθέντων μέσα στις επόμενες είκοσι μέρες αναπτύσσουν ένα ιογενές σύνδρομο μη ειδικού τύπου που μοιάζει με τη λοιμώδη μονοπυρήνωση και είναι το οξύ AIDS. Όταν αποδράμει αυτό το σύνδρομο, είναι δυνατόν στο άτομο να παραμείνει μια γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια εφ' όρου ζωής, χωρίς να εκδηλωθεί AIDS, μια κατάσταση που περιγράφεται ως καλοήθης AIDS στη βιβλιογραφία. Οι εργαστηριακές εξετάσεις μπορούν να δείξουν κάποια επίπεδα αντισωμάτων, αλλά ο ιός δεν μπορεί να ανιχνευθεί στο αίμα. Αυτή η ενδιάμεση φάση της νόσου είναι η σημαντικότερη από ιατρικής σκοπιάς, γιατί κατά τη διάρκεια της μπορούν να γίνουν όσες παρεμβάσεις είναι εφικτές ώστε να επιμηκυνθεί το μέγιστο δυνατό και να παραμείνει ο ασθενής ασυμπτωματικός (Moylett, 2002) (Picker, 2006).

Την φάση της ασυμπτωματικής λοίμωξης ακολουθεί η λοίμωξη με συμπτώματα. Τα συμπτώματα αφορούν κυρίως εκδηλώσεις ευκαιριακών λοιμώξεων που αναπτύσσονται λόγω της κατάρρευσης του ανοσοποιητικού. Τα T βοηθητικά λεμφοκύτταρα μειώνονται σε αριθμό κάτω από διακόσια ανά κυβικό χιλιοστό αίματος. Σε αυτό το στάδιο οι ασθενείς αναπτύσσουν συνηθέστερα στοματική καντιντίαση, έρπη απλό, έρπη γεννητικών οργάνων, έρπη ζωστήρα και τριχωτή λευκοπλακία στη γλώσσα (Moylett, 2002).

Η τελευταία είναι η φάση της βαριάς ανοσοκαταστολής, όπου τα λεμφοκύτταρα ανευρίσκονται σε αριθμό κάτω από πενήντα ανά κυβικό χιλιοστό και

καθιστούν το άτομο ευάλωτο σε κάθε μορφής μικρόβιο που υπό άλλες συνθήκες δε θα προκαλούσε λοίμωξη ή θα προκαλούσε πολύ ήπια συμπτώματα. Επίσης οι ασθενείς σε αυτή τη φάση εμφανίζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα κάποιους καρκίνους όπως για παράδειγμα το σάρκωμα Kaposi (Moylett, 2002).

Στις δυο τελευταίες φάσεις, ο ασθενής μπορεί να εκδηλώσει συμπτώματα από όλα τα συστήματα του οργανισμού. Συγκεκριμένα, στο δέρμα και τους βλεννογόνους μπορεί να εμφανιστεί μόλυνση από απλό έρπη ή έρπη ζωστήρα ή από σταφυλόκοκκο, βακτηριακή αγγειομάτωση, σμηγματορροϊκή δερματίτιδα, μολυσματική τέρμινθος, ψωρίαση και καντιντίαση. Στο στόμα μπορεί να εμφανιστεί καντιντίαση, τριχωτή λευκοπλακία καθώς και ερπητική λοίμωξη. Οι οισοφάγος μπορεί επίσης να προσβληθεί από κάντιντα, μεγαλοκυτταροϊό, και ιό του απλού έρπητα, καθώς επίσης και να εμφανίσει άφθες. Στο αναπαραγωγικό σύστημα μπορεί να εμφανιστεί αιδοιοκολπίτιδα, λοίμωξη από τριχομονάδα ή και θηλώματα. Επίσης μπορεί να εμφανιστούν διάφορα είδη πνευμονιών στο αναπνευστικό σύστημα, καθώς και φυματίωση. Από τη γαστρεντερική οδό, μπορούν να παρουσιαστούν διάρροιες, εμετοί, ναυτία, δυσφαγία και κολίτιδες, καταστάσεις που δυσχεραίνουν τη σίτιση και οδηγούν σε απώλεια βάρους. Μπορεί επίσης να παρατηρηθεί νεφρική ανεπάρκεια και μυοσκελετικά προβλήματα. Τέλος, σε ορισμένες περιπτώσεις εμφανίζονται συμπτώματα από το κεντρικό νευρικό σύστημα όπως διαταραχή της κινητικής απόδοσης, της γνωσιακής λειτουργίας και της συμπεριφοράς. Ο ασθενής είναι πιο επιρρεπής στην λοίμωξη από μηνιγγίτιδα που προκαλεί επιπλέον εστιακές αλλοιώσεις των νευρώνων (Moylett, 2002) (Glick, Muzyka, Lurie, & Salkin, 1994) (Boniphace, Omari, Fred, Ferdinand, & Marcel, 2011).

Η λοίμωξη από το ιό HIV είναι ιδιαίτερα συνδεδεμένη με την ευπάθεια σε συγκεκριμένα είδη καρκινικών μορφών. Αναλυτικότερα, καρκίνοι συνδεδεμένοι με το AIDS είναι τα λεμφώματα, ο καρκίνος του τραχήλου και πρωκτού που συνδέεται με τον ιό HPV, και το σάρκωμα Kaposi. Το σάρκωμα Kaposi είναι κακοήθης όγκος του συνδετικού ιστού που συνδέεται με τον ιό του έρπητα 8 (HHV) και εξελίσσεται ανάλογα με τον αριθμό των βοηθητικών λεμφοκυττάρων που υπάρχουν, ανάλογα το στάδιο του AIDS. Η κλινική του εικόνα περιλαμβάνει κηλίδες, βλατίδες, οζίδια ή ψηλαφητές εκχυμώσεις που εντοπίζονται στο δέρμα, στους βλεννογόνους, τους λεμφαδένες, τη γλώσσα, το ουροποιογεννητικό σύστημα, καθώς και σε εσωτερικά

όργανα όπως το ήπαρ η καρδιά, ο εγκέφαλος, τα οστά και ο σπλήνας (Engels, et al., 2008).

Τα πιο συνηθισμένα κλινικά συμπτώματα της HIV λοίμωξης είναι ο πυρετός (98%), η διόγκωση των λεμφαδένων (75%), η φαρυγγίτιδα (70%), οι μυαλγίες (60%), οι αλλοιώσεις στο δέρμα (50%) και ο πονοκέφαλος (35%). Συνήθως επίσης συνυπάρχουν απώλεια βάρους, δυσφορία, νευροπάθεια, υπνηλία, άφθες, πληγές, διόγκωση σπληνός και ήπατος, ναυτία και τάση για έμετο (Moylett, 2002).

Η κατηγοριοποίηση των σταδίων της HIV λοίμωξης γίνεται πλέον με βάση τα επίπεδα των CD4 βοηθητικών λεμφοκυττάρων και φαίνεται στην εικόνα 1.

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

Εικόνα 1.

Οι κλινικές καταστάσεις που παρουσιάζονται στις κατηγορίες B και C αλλά όχι στην κατηγορία A και αποτελούν επιπλέον κριτήρια κατηγοριοποίησης είναι η εμμένουσα καντιντίαση στο στόμα, το φάρυγγα ή την αιδοιοκολπική περιοχή, η δυσπλασία ή το in situ καρκίνωμα στον τράχηλο της μήτρας, η διάρροια ή ο πυρετός που διαρκούν περισσότερο από ένα μήνα, η τριχωτή λευκοπλακία, ο έρπης ζωστήρας που καταλαμβάνει περισσότερα από δύο νευροτόμια ή παρουσιάζει δυο τουλάχιστον διαφορετικά επεισόδια, η λιστερίωση, οι πυελικές φλεγμονές, η εμφάνιση ιδιοπαθούς θρομβοπενικής πορφύρας και τέλος, από το νευρικό σύστημα, η εμφάνιση περιφερικής νευροπάθειας (<https://aidsctc.org/>, n.d.).

Για να διαγνωσθεί ένα οροθετικό άτομο ως κρούσμα AIDS, χρειάζεται να εμφανίσει τουλάχιστον μια παθολογική κατάσταση από τις ακόλουθες:

- Καντιντίαση αναπνευστικού συστήματος
- καντιντίαση οισοφάγου, κοκκιδιομύκωση και ιστοπλάσμωση εξωπνευμονικές ή διάχυτες
- εξωπνευμονική κρυπτοκόκκωση
- κρυπτοσποριδίωση ή ισοσπορίαση με συνοδή διάρροια που διαρκούν πάνω από ένα μήνα
- νόσος ή αμφιβληστροειδίτιδα οφειλόμενη σε μεγαλοκυτταριό
- Φυματίωση ή διάσπαρτη λοίμωξη από μυκοβακτηρίδια
- πνευμονία από πνευμονοκύστη
- ελκη δέρματος, πνευμονίτιδα, βρογχίτιδα ή οισοφαγίτιδα οφειλόμενα στον ιό του απλού έρπη που επιμένουν για πάνω από ένα μήνα
- υποτροπιάζουσα πνευμονία μέσα σε ένα έτος
- υποτροπιάζουσα σηψαιμία από σαλμονέλα
- προοδευτική πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια
- τοξοπλάσμωση εγκεφάλου
- διηθητικός καρκίνος του τραχήλου της μήτρας
- άνοια λόγω HIV
- σάρκωμα Kaposi
- Πρωτοπαθές λέμφωμα εγκεφάλου, λέμφωμα Burkitt ή ανοσοβλαστικό λέμφωμα
- Σύνδρομο απίσχνασης λόγω HIV

(www.hiv aids.gr, n.d.)

Τοσο για τα παιδιά όσο και για τους ενήλικες τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι η απώλεια ή η μη πρόσληψη σωματικού βάρους και η διάρροια ή ο πυρετός που επιμένουν πάνω από ένα μήνα. Δευτερεύοντα συμπτώματα αποτελούν ο εμμένων βήχας, η γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια, η στοματοφαρρυγική καντιντίαση και η γενικευμένη δερματίτιδα. Δευτερεύον σύμπτωμα για τους ενήλικες αποτελεί και η λοίμωξη από απλό έρπη ή έρπη ζωστήρα που επιμένει, ενώ αντίστοιχα στα παιδιά, οι εμμένουσες ωτίτιδες και φαρυγγίτιδες, καθώς και η ανεύρεση θετικών αντισωμάτων για HIV-9 στη μητέρα (Epstein , Sharer , Oleske , & Connor , 1986) (Moylett, 2002).

Οι κυριότερες διάφορες της εκδήλωσης του AIDS στα παιδιά σε σχέση με τους ενήλικες είναι ότι δεν εμφανίζουν σχεδόν ποτέ το σάρκωμα Kaposi, ούτε την περιφερική λεμφοπενία και την εικόνα της λοιμώδους μονοκυρήνωσης. Αντίθετα τα παιδιά εκδηλώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό υπεργαμμασφαιριναιμία, λεμφοκυτταρική ενδιάμεση λεμφοπενία, βαριές μικροβιακές λοιμώξεις και νευρολογικές διαταραχές. Τέλος, τα παιδιά δεν εμφανίζουν τόσο έντονη διαταραχή στη σχέση βοηθητικών και κατασταλτικών T λεμφοκυττάρων, και επίσης σε κάποιες περιπτώσεις νεογέννητων που έχουν μολυνθεί μπορούν να παρουσιαστούν δυσμορφίες (Mitchell, 2001).

Εκτός από τα σωματικά συμπτώματα, οι ασθενείς με AIDS έχουν αρκετά κοινά ψυχολογικά προβλήματα που σκόπιμο είναι να μην παραβλέπονται στο σχεδιασμό της θεραπείας, γιατί η καλή ψυχολογική κατάσταση επιδρά σε μεγάλο βαθμό στην πορεία της νόσου. Όταν ένας ασθενής πληροφορείται πως πάσχει από AIDS, συνήθως αντιδρά με συναισθήματα έκπληξης και ταραχής, ενώ επίσης εκφράζει και αγωνία και ανασφάλεια για την πορεία της νόσου. Ψυχοσωματικά συμπτώματα είναι επίσης δυνατόν να εμφανιστούν, όπως ταχυκαρδία, ιδρώτες, αδυναμία συγκέντρωσης και κλάμα. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις του καθενός είναι διαφορετικές, και κυμαίνονται από ψύχραιμη συνεργασία, θάρρος, άρνηση της πραγματικότητας, αμφισβήτηση των εργαστηριακών αποτελεσμάτων, οργή, έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, εγκατάλειψη φαγητού ή/και κοινωνικής ζωής, ενώ αρκετά συχνή είναι η εκδήλωση κατάθλιψης. Τέλος, λόγω της διαταραγμένης ψυχολογικής κατάστασης αλλά και της επίδρασης της ίδιας της νόσου στον εγκέφαλο, δημιουργείται ακόμη και σε νέους ανθρώπους μια κατάσταση που ομοιάζει με γεροντική άνοια και εκδηλώνεται με διαταραχή στην μνήμη, την κρίση και τη συγκέντρωση (Ciesla & Roberts, 2001) (Stanhope & Lancaster, 2009).

1.4. Τρόποι μετάδοσης και ομάδες υψηλού κινδύνου

Ο ιός HIV όπως προαναφέρθηκε, μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή και το αίμα, αλλά και περιγεννητικά. Κίνδυνος μετάδοσης επομένως υπάρχει όταν γίνεται ανταλλαγή σωματικών υγρών στην σεξουαλική επαφή με μολυσμένο άτομο, καθώς επίσης και όταν γίνεται κοινή χρήση ή χρήση ήδη χρησιμοποιημένων συρίγγων, βελονών ή άλλων βοηθητικών στην χορήγηση ενέσιμων ουσιών εργαλείων. Μολυσμένα μητέρα επιπλέον μπορεί να μεταδώσει τον ιό κατά τη διάρκεια της

εγκυμοσύνης, του τοκετού ή του θηλασμού στο βρέφος. Τελος, μετάγγιση με μολυσμένο αίμα ή οποιαδήποτε άλλη έκθεση σε παράγωγο μολυσμένου αίματος ή σε μολυσμένα όργανα ή σε μολυσμένο σπέρμα μπορεί να μεταδώσει τον ιό (Friedland & Klein, 1987).

Αναλυτικότερα, οι πιθανότητες να μεταβιβαστεί ο ιός με τη μετάγγιση μολυσμένου αίματος είναι 90%, και ακολουθεί σε συχνότητα η μετάδοση στον τοκετό από μολυσμένη μητέρα στο βρέφος (25%). Πιθανότητες μετάδοσης 0.5-0.7 % έχουν η κοινή χρήση βελονών από χρήστες ναρκωτικών, η παθητική σεξουαλική πρωκτική επαφή και η ενεργή κολπική σεξουαλική επαφή. Ακολουθεί σε πιθανότητα 0.3% περίπου το τυχαίο τρύπημα με μολυσμένη βελόνα. Μικρότερα ποσοστά, από 0,005 έως 0,1 έχουν η παθητική κολπική σεξουαλική επαφή, η ενεργητική πρωκτική σεξουαλική επαφή, και η στοματική σεξουαλική επαφή είτε ενεργητική είτε παθητική (www.hivaid.gr, n.d.).

Εκτός από τον τρόπο έκθεσης στο ιό, υπάρχουν κάποιοι επιπλέον παράγοντες κινδύνου που αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα μετάδοσης. Έτσι, ανεξάρτητα από τον τρόπο μετάδοσης, το μέγεθος του ιικού φορτίου επιβαρύνει ή μειώνει τις πιθανότητες. Έχει διαπιστωθεί ότι η μείωση του φορτίου κατά ένα log (μια δύναμη του 10) προκαλεί μείωση των πιθανοτήτων μετάδοσης περίπου δύομισι φορές. Επίσης, οποιοδήποτε έλκος ή πληγή στο σώμα, αυξάνει τον κίνδυνο έκθεσης του ατόμου γιατί τα αγγεία είναι πιο διευρυμένα και ενδεχομένως να αιμορραγούν. Τέλος, στο τυχαίο τρύπημα με βελόνα, οι πιθανότητες μετάδοσης του ιού αυξάνουν όσο πιο βαθύ είναι το τρύπημα και όσο πιο νωπό είναι το αίμα που βρίσκεται επάνω της (www.hivaid.gr, n.d.) (Lee & Ho , 2008).

Κάποιες ομάδες ατόμων επιπλέον, είναι πιο επιρρεπείς στην μόλυνση από τον ιό HIV, εξαιτίας συγκεκριμένων «επικίνδυνων» συμπεριφορών. Έτσι, σε ομάδες υψηλού κινδύνου θεωρούνται ότι συγκαταλέγονται τα άτομα με υψηλή συχνότητα σεξουαλικών επαφών και όσοι πραγματοποιούν σεξουαλικές επαφές οποιουδήποτε τύπου χωρίς τη χρήση προφυλακτικού με άτομα που δεν γνωρίζουν αν είναι οροθετικά ή με άτομα που είναι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών. Επίσης σε υψηλό κίνδυνο μόλυνσης βρίσκονται όσοι κάνουν κοινή χρήση βελονών και συρίγγων ή τις χρησιμοποιούν χωρίς να είναι αποστειρωμένες για λήψη ναρκωτικών

ουσιών ή τρύπημα αυτιών για σκουλαρίκι ή εφαρμογή τατουάζ (Marks, Crepaz , Senterfitt , & Janssen , 2005).

Τα ζευγάρια ομοφυλοφίλων θεωρείται ότι έχουν τη μεγαλύτερη πλειοψηφία κρουσμάτων στις ανεπτυγμένες χώρες, με την πιθανότητα μετάδοσης του ιού σε τέτοιο ζευγάρι να αγγίζει το 50%. Ωστόσο, αξίζει να αναφερθεί ότι σε παγκόσμιο επίπεδο, οι επαφές που οδηγούν σε μετάδοση είναι κυρίως οι ετεροφυλικές. Στους τοξικομανείς είναι δύσκολο να μετρηθεί η συχνότητα μετάδοσης διότι πολλά άτομα πεθαίνουν από τη χρήση ναρκωτικών πριν προλάβουν διαγνωστούν με AIDS ή να το εκδηλώσουν. Η μετάγγιση αίματος αποτελεί μόνο στο 2% πηγή μόλυνσης από τον ιό, ωστόσο έχει παρατηρηθεί πως μπορεί κάποιιοι εργαζόμενοι σε επαγγέλματα υγείας να μολυνθούν από παρεντερική επαφή με το αίμα μολυσμένου ασθενούς. Τέλος, να αναφερθεί πως η κάθετη μετάδοση από τη μητέρα στο βρέφος, είναι δυνατόν να προληφθεί με κατάλληλη αντιρετροϊκή θεραπεία τόσο πριν όσο και μετά τον τοκετό στη μητέρα και στο βρέφος. Τα μισά βρέφη από όσα μολύνονται με αυτόν τον τρόπο αναπτύσσουν AIDS (www.hivaid.gr, n.d.) (Beyrer, et al., 2012) (Mathers, et al., 2008).

Λιγότερο επικίνδυνες κατατάξεις αλλά που διατηρούν ένα βαθμό κινδύνου για μόλυνση είναι η γέννηση από μητέρα οροθετική, η σεξουαλική επαφή με προφυλακτικό, η σεξουαλική επαφή ως θύμα βιασμού, ή υπό επήρεια αλκοόλ ή ναρκωτικών, και ο στοματικός έρωτας. Η συνύπαρξη τέλος, όπως αναφέρθηκε επιπλέον νόσου που μεταδίδεται σεξουαλικά, όπως έρπης, τριχομονάδα, βλεννόρροια, ηπατίτιδα ή χλαμύδια αυξάνει την πιθανότητα μόλυνσης από HIV (Marks, Crepaz , Senterfitt , & Janssen , 2005) (www.hivaid.gr, n.d.).

Εξίσου σημαντικό για την σωστή ενημέρωση του πληθυσμού είναι η γνώση σχετικά με τους τρόπους που δεν μεταδίδεται ο ιός του HIV. Ο ιός, σε αντίθεση με όσα πιστεύουν οι περισσότεροι άνθρωποι, δε μεταδίδεται με το φιλή, το σάλιο, τα δάκρυα, τον ιδρώτα, τα ούρα, τα κόπρανα το φαγητό και τις χειραψίες. Επίσης δε μπορεί να μεταδοθεί με την κοινή χρήση σκευών φαγητού, ή την κοινή χρήση τουαλέτας. Τέλος, δεν μεταδίδεται από κοινό μπάνιο σε θάλασσα ή πισίνα ούτε μέσω τσιμπημάτων από έντομα (Levy, 2007).

1.5. Διάγνωση της νόσου

Προκειμένου να διαγνωσθεί αν κάποιο άτομο πάσχει από HIV, αρκεί η ανίχνευση του ιού στο αίμα ή εναλλακτικά η ανίχνευση αντισωμάτων έναντι του ιού, αναλόγως το στάδιο της νόσου. Η ανεύρεση αντισωμάτων στο αίμα νεογνών οροθετικών μητέρων δεν σημαίνει απαραίτητα νόσηση από το σύνδρομο, διότι τα αντισώματα αυτά μπορούν να ελαττωθούν μέχρι τον 8^ο μήνα, αφού πρόκειται για αντισώματα της μητέρας που έχουν μεταφερθεί στο παιδί μέσω του πλακούντα. 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 νοσήσουν, αλλά και σε όποιον άλλον ήρθε σε κάποια ύποπτη επαφή με αυτά, φροντίζοντας να είναι πάντα σε εμπιστευτικά πλαίσια και σύμφωνα με τη νομοθεσία (Becquet & Mofenson, 2008) (McGowan & Shah, 2000).

Η ανίχνευση στον ορό του αίματος αντισωμάτων έναντι του HIV μπορεί να γίνει με τη μέθοδο της ενζυμικής ανοσοαπορρόφησης (μέθοδος ELISA) και στη συνέχεια γίνεται επιβεβαίωση με ανοσοαποτύπωση Western. Οι δύο αυτές μέθοδοι έχουν υψηλή ευαισθησία αλλά μπορεί να αναδείξουν ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα στην περίπτωση που η μόλυνση είναι πολύ πρόσφατη, και στο αίμα υπάρχει μόνο το RNA του ιού. Η ELISA είναι η πιο ειδική, εύχρηστη και ευαίσθητη μέθοδος που χρησιμοποιείται ευρέως, και μάλιστα στην Ελλάδα έχει διαγνώσει όλες τις περιπτώσεις με AIDS και το 90% περίπου των περιπτώσεων με λεμφαδενικό σύνδρομο. Υπάρχει επίσης και η επιβεβαιωτική εξέταση ELISA σε περίπτωση που υπάρχουν ψευδώς θετικά αποτελέσματα, η οποία ανιχνεύει τα αντισώματα του πυρήνα και του πρωτεϊνικού περιβλήματος του ιού (Yolken, 1980).

Εάν η ELISA αποβεί αρνητική, συνιστάται η επανάληψή της σε έξι εβδομάδες και ξανά σε τρεις μήνες και τέλος σε έξι μήνες. Ψευδώς θετικά αποτελέσματα είναι πάρα πολύ σπάνια με την μέθοδο ELISA κι εξάλλου η ανοσοαποτύπωση επιβεβαιώνει τη διάγνωση. Αξίζει να σημειωθεί πως σε άτομα που είναι πολύ πιθανό να έχουν μολυνθεί και η αντίδραση αποτύπωσης είναι ασαφής, το πιθανότερο είναι πως η ορομετατροπή μόλις τότε ξεκινά, και μπορούν να ανιχνευθεί μόνο το RNA του ιού στο πλάσμα του ασθενούς, που αποτελεί ένδειξη οξείας πρωτολοίμωξης. Τέλος, στα βρέφη που γεννιούνται από οροθετικές μητέρες, η μέθοδος ELISA μπορεί να

αποβεί αρνητική γιατί στο αίμα τους κυκλοφορούν τα μητρικά αντισώματα, τα οποία εξαφανίζονται μόνο μετά το πέρας των πρώτων εννέα μηνών ζωής. Σε τέτοιες περιπτώσεις η διάγνωση της μόλυνσης από τον ιό της ανοσοανεπάρκειας γίνεται με τις πιο ευαίσθητες μεθόδους ανίχνευσης του γενετικού υλικού του στο πλάσμα, ενώ επίσης μπορεί να γίνει και εξέταση στο στοματικό δίδρωμα και στα ούρα, μέθοδοι περισσότερο προσπελάσιμες, ακόμη και σε λήψη δείγματος στο σπίτι (Rosenkvist & Dybkjaer , 1990) (Spach & Hooton, 1996).

Με την ανοσοαποτύπωση Western προσδιορίζονται τα πρωτεϊνικά κλάσματα στα οποία ο ορός του ατόμου είναι θετικός. Η διαδικασία περιλαμβάνει ηλεκτροφόρηση διαχωρισμένων πρωτεϊνών. Τα αντισώματα που ανιχνεύονται αναδεικνύουν την φύση των αντιγόνων. Σε περίπτωση θετικών αποτελεσμάτων απαιτείται η επιβεβαίωση με επαναληπτική εξέταση σε ένα τρίμηνο ή άμεσα με εξέταση Riba (Jackson, et al., 1997).

Η εξέταση Riba ανιχνεύει ειδικά αντισώματα έναντι δυο πρωτεϊνών του ιού, με χρήση της σύνδεσης τους με πρωτεΐνες που περιέχουν σεσημασμένη πρωτεΐνη. Η μέθοδος δεν ενδείκνυται για καθημερινή χρήση, αλλά μπορεί να ανιχνεύσει και αντισώματα έναντι πρωτεϊνών που έχουν μεγάλο μοριακό βάρος (Sharma & Mafratia, 2008).

Η καλλιέργεια πρωτογενών λεμφοκυττάρων ή ειδικών T-λεμφοκυτταρικών σειρών είναι μια από τις μεθόδους ανίχνευσης του ιού HIV. Τα κύτταρα προέρχονται από βιολογικά υγρά των ασθενών και την καλλιέργεια ακολουθεί είτε παρατήρηση με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο, είτε ανοσοφθορισμός, είτε ανίχνευση της δράσης της ανάστροφης τρανσκριπτάσης, είτε ραδιοανοσολογική μελέτη (Sharma & Mafratia, 2008).

Άλλη λιγότερο διαδεδομένη εργαστηριακή μέθοδος ανίχνευσης της προσβολής από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας είναι το Orasure test το οποίο ανιχνεύει στοματικά ένα αντίσωμα έναντι του ιού και μπορεί να δώσει αποτελέσματα εντός τριών ημερών. Επιπλέον, με μια τυπική εξέταση αίματος, μπορεί να ελεγχθεί αν υπάρχουν χαμηλά επίπεδα T-λεμφοκυττάρων, μια ένδειξη για HIV λοίμωξη (O'Connell, et al., 2003).

Τέλος, όπως προαναφέρθηκε, στην πρόιμη διάγνωση του AIDS συμβάλλει αρκετά η αναγνώριση συγκεκριμένων παθολογικών οντοτήτων που σχετίζονται άμεσα με τη νόσο, όπως το σάρκωμα Karosi και διάφοροι τύποι λεμφωμάτων και καρκίνων (Sharma & Mafratia, 2008).

Κεφάλαιο 2:

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με HIV λοίμωξη

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο για τους ασθενείς με AIDS που εισέρχονται στο νοσοκομείο. Επίσης, στα νοσοκομεία υπάρχει ευκαιρία να συγκεντρωθούν γνώσεις και πληροφορίες για την ασθένεια, καθώς και να γίνουν διάφορες θεραπευτικές δοκιμές ή μελέτες. Η εμφάνιση της HIV λοίμωξης ανάγκασε το χώρο των νοσοκομείων να αναδιαμορφωθεί ώστε να υποστηρίξει αυτούς τους ασθενείς, προστατεύοντας ταυτόχρονα από τη μετάδοση τους υπόλοιπους. Ταυτόχρονα, στα νοσοκομεία, με την εμφάνιση του AIDS αλλάξαν οι υπηρεσίες οργάνωσης όσον αφορά τα ιατρικά οικονομικά και διοικητικά θέματα, και διαφοροποιήθηκε η κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού, καθώς και οι σχέσεις του με τους ασθενείς (Minnaar , 2005) (Stanhope & Lancaster , 2009).

Η νοσηλεία ασθενών με AIDS δεν είναι εύκολη, διότι η ίδια η ασθένεια έχει ιδιαιτερότητες που παρουσιάζονται είτε άμεσα είτε κατά την εξέλιξή της, και αυτό οδηγεί του κοντινούς ανθρώπους του ασθενή να εμπλέκονται σε πολλά στάδια της νοσηλευτικής φροντίδας, φέρνοντας τους αντιμέτωπους συχνά με τους νοσηλευτές. Επιπλέον, όσο τα στάδια της νόσου προχωρούν, ο φόρτος εργασίας για τους νοσηλευτές είναι μεγαλύτερος, και ακόμη μεγαλύτερη κατά την εξέλιξη της νόσου είναι η ψυχολογική φόρτιση. Σκόπιμο είναι αρκετές φορές να δημιουργούνται μικρές ομάδες νοσηλευτών που θα επιτηρούν έναν αριθμό κλινών, ώστε να μοιράζεται η νοσηλευτική φροντίδα και εάν και σε αυτή την περίπτωση υπάρχει δυσκολία, καλό είναι να έχει προβλεφθεί κάποιου είδους εναλλακτική νοσηλεία (Minnaar , 2005).

Δεν πρέπει επίσης να παραβλέπεται ο άμεσος κίνδυνος που διατρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό να μολυνθεί από τη νόσο. Ο κίνδυνος για ατυχήματα στα οποία μπορεί ένας νοσηλευτής να πληγωθεί με μολυσμένο υλικό οροθετικού, αυξάνεται σε διαστήματα αυξημένου φόρτου εργασίας, καθώς και κατά τις νυχτερινές βάρδιες, τις αιμοληψίες και τους χειρισμούς με τους καθετήρες. Ταυτόχρονα με τον κίνδυνο μετάδοσης του AIDS στο νοσηλευτικό προσωπικό, ελλοχεύει ο κίνδυνος για μετάδοση όλων των ευκαιριακών λοιμώξεων που συνοδεύουν συχνά τους ασθενείς με λοίμωξη. Για την αποτελεσματική πρόληψη, έχουν συσταθεί ειδικοί κανόνες από τις υπηρεσίες ενδονοσοκομειακής υγιεινής (Petroll, Hare, & Pinkerton, 2008).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες για τη νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με λοίμωξη από HIV, έχουν συσταθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σε συνεργασία με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών και περιλαμβάνουν συστάσεις για τα δικαιώματα και τις ευθύνες των νοσηλευτών. Συγκεκριμένα, το νοσηλευτικό προσωπικό, σύμφωνα με τις οδηγίες, οφείλει να εξασφαλίζει την εμπιστοσύνη των ασθενών και να τηρεί την εχεμύθεια για την νόσο τους. Επιπλέον, να βοηθάει το περιβάλλον του ασθενή να αντιμετωπίσει όλα προβλήματα που ανακύπτουν από την εμφάνιση της λοίμωξης. Ταυτόχρονα, το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών έχει αναλάβει την ενημέρωση των νοσηλευτών για την λοίμωξη HIV καθώς και τη στήριξη του ΠΟΥ στις προσπάθειες ενημέρωσης του ευρύτερου κοινού και των φροντιστών (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1991).

Οι περισσότερες κατευθυντήριες οδηγίες αναφέρονται στους τρόπους μετάδοσης του ιού και την πρόληψη στο νοσοκομειακό περιβάλλον, στις βασικές αρχές νοσηλευτικής φροντίδας για τον ασθενή και το περιβάλλον του, στην εκπαίδευση ως προς την άσκηση πρόληψης και σε διάφορες συμβουλές στα άτομα που νοσούν ώστε να υπάρχει η καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση αναλόγως το στάδιο της νόσου. Ειδικότερα, εντός των νοσοκομειακών μονάδων, οι στόχοι που γίνεται προσπάθεια να επιτευχθούν είναι η παροχή πρωτοβάθμιας δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε κάθε ασθενή, ισότιμα, ανεξάρτητα από την καταγωγή του και την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση. Τέλος, στα νοσοκομεία πρέπει να αναπτύσσεται και να προάγεται η βιοκοινωνική έρευνα, που βοηθάει την θεραπευτική προσέγγιση της νόσου, καθώς και προγραμματίζονται επιμορφωτικά σεμινάρια για νοσηλευτές φροντιστές ασθενείς και κοινό (Ola, 2006).

2.1. Στόχοι νοσηλευτικής φροντίδας και δεοντολογία

Κάθε ασθενής που προσέρχεται στο χώρο του νοσοκομείου και είναι οροθετικός, θα πρέπει να αξιολογείται ως προς το στάδιο της νόσου, που θα καθορίσει τις νοσηλευτικές ή τις άλλου είδους ανάγκες, και ακολούθως να εκπονηθεί το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας, η αποτελεσματικότητα της οποίας θα πρέπει να εκτιμάται σε κάθε στάδιο εφαρμογής της (Stanhope & Lancaster , 2009).

Οι νοσηλευόμενοι ασθενείς με HIV θεωρούνται γενικά απαιτητικοί ασθενείς, τόσο σε ποσότητα νοσηλευτικού προσωπικού, όσο και σε ποιότητα φροντίδας. Πρόκειται για βαριά αρρώστους, που χρειάζονται εξατομικευμένη φροντίδα, εχεμύθεια, επιδεξιότητα, ακρίβεια, άριστη γνώση αλλά και ευγενή αισθήματα από τη μεριά του νοσηλευτή. Κάθε οροθετικός πρέπει να αντιμετωπίζεται με σεβασμό, και να του παρέχεται όπως προαναφέρθηκε μι ολιστική φροντίδα που να μπορεί να καλύπτει κατά το δυνατόν τόσο τις σωματικές του ανάγκες, όσο και τις ψυχικές και κοινωνικές του ανάγκες. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι άρτια καταρτισμένοι όσον αφορά την HIV λοίμωξη, και να μπορούν να εμπνέουν εμπιστοσύνη στον ασθενή με την ιδιαίτερη αυτή νοσολογική οντότητα. Οι πιο βασικές ανάγκες ενός οροθετικού νοσηλευόμενου είναι η επαρκής ενυδάτωση και η καλή διατροφή, η απρόσκοπτη ούρηση και κένωση, η φροντίδα διατήρησης της θερμοκρασίας του σώματος, η διαμόρφωση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος, η κινητοποίηση και άσκηση του σώματος, και η ατομική υγιεινή. Ειδικά όσον αφορά την τροφή, επειδή ο κάθε ασθενής μπορεί να έχει διαφορετικά πεπτικά προβλήματα, θα πρέπει η νοσηλεία να αποκτά τελείως ιδιωτικό χαρακτήρα σε αυτό τον τομέα. Είναι καλό επίσης να μεριμνείται ώστε ο χρόνος αναμονής για τις εξετάσεις αυτών των ασθενών να είναι μικρός και οι μετακινήσεις τους να είναι οι λιγότερες δυνατές, ενώ τα ωράρια επισκεπτηρίων για τα άτομα που έχουν ανάγκη να βλέπουν να γίνουν πιο ελαστικά. Τέλος, ανάγκες που πρέπει να καλύπτονται είναι αυτή της ψυχαγωγίας, της επικοινωνίας, της ψυχικής ισορροπίας, καθώς και οι τυχόν ανάγκες άσκησης θρησκευτικών υποχρεώσεων (<http://www.unaids.org/>, n.d.) (Minnaar , 2005) (Stanhope & Lancaster , 2009).

Ο κύριος στόχος είναι μια ολιστική φροντίδα τους ασθενούς που είναι φορέας ή πάσχει από τον ιό HIV. Πιο ειδικά, οι νοσηλευτές πρέπει αρχικά να φροντίζουν για την προστασία του ασθενούς από νέες λοιμώξεις, και τη θεραπεία του από τις επιπλοκές των λοιμώξεων που εμφανίζει ήδη. Επιπλέον, θα πρέπει να λαμβάνουν τα απαραίτητα μέτρα για την προστασία από τη μόλυνση άλλων ανθρώπων, συμπεριλαμβανομένου και του προσωπικού νοσηλείας. Σημαντικό είναι επίσης να ενισχύεται η ανοσολογική άμυνα του ασθενή με κατάλληλη διατροφή και επαρκή ενυδάτωση. Ο πόνος και όποιο άλλο σύμπτωμα παρουσιάζει ο ασθενής είναι σκόπιμο να αντιμετωπίζεται λαμβάνοντας τα κατάλληλα νοσηλευτικά και θεραπευτικά μέτρα. Τέλος, καθ' όλη τη διάρκεια νοσηλείας, η επικοινωνία και ο διάλογος με τον ασθενή και τους συγγενείς του κρίνονται απαραίτητα, ώστε να βοηθήσουν στην άνοδο της ψυχολογίας τους, στην εκμάθηση πρακτικών αυτοπροστασίας και φροντίδας, καθώς και στην ενθάρρυνση του ίδιου του ασθενή να συμμετέχει κατά το δυνατόν στην οργάνωση του θεραπευτικού πλάνου (Halkitis, Wolitski, & Millett, 2013) (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1991).

Όταν οι ασθενείς με HIV είναι ταυτόχρονα και χειρουργικοί ασθενείς, η φροντίδα που χρειάζεται είναι ακόμη μεγαλύτερη, διότι ο χειρουργικός ασθενής με AIDS, συνήθως είναι σε βαριά κατάσταση, και η χειρουργική αντιμετώπιση είναι είτε διαγνωστική είτε επείγουσα ανάγκη. Η ολιστική νοσηλεία είναι μονόδρομος σε αυτή την περίπτωση τόσο προεγχειρητικά, όσο και διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά (Smit, 2010).

Προεγχειρητικά χρειάζεται πλήρης εκτίμηση της κατάστασης, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να γνωρίζει ότι ο ασθενής με AIDS έχει μικρές αντοχές, επιρρέπεια στις λοιμώξεις, το shock και την αιμορραγία και μειωμένο χρόνο επούλωσης τραυμάτων. Απαραιτήτως χρειάζεται επαρκής θρέψη, σχολαστική εφαρμογή προληπτικών μέτρων για τη διασπορά της νόσου, εφαρμογή νοσηλευτικών παρεμβάσεων με δεξιοτεχνία και ψυχολογική υποστήριξη, λόγω συχνής κούρασης ευερεθιστότητας, και αισθήματος απελπισίας του ασθενή. Επιπλέον, ανάλογα με το πόσο επείγουσα είναι η χειρουργική επέμβαση, μπορεί να επιχειρηθεί διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών, και μετάγγιση αίματος στην περίπτωση που υπάρχει αναιμία. Μεγάλη προσοχή επίσης χρειάζεται στο αναπνευστικό σύστημα των ασθενών με AIDS, που συχνά είναι προσβεβλημένο από πνευμονία ή παρουσιάζει συμπτώματα όπως δύσπνοια και βήχα ενώ μετεγχειρητικά έχει πολλές πιθανότητες να

παρουσιάσει ατελεκτασία, οξέωσή και αερισμό. Γι' αυτό προεγχειρητικά, ενδείκνυται το νοσηλευτικό προσωπικό να εκπαιδεύει τον ασθενή στη βαθιά αναπνοή και τον αποτελεσματικό βήχα, ενώ κάποιες φορές χρειάζεται η εφαρμογή αναπνοής διαλείπουσας θετικής πίεσης. Η καλή θρέψη και η ατομική υγιεινή προεγχειρητικά θα βοηθήσει επίσης το έντερο και τη λειτουργία του, ενώ ο έλεγχος του ασθενή ολοκληρώνεται με τις απαραίτητες εξετάσεις αίματος, ένα ηλεκτροκαρδιογράφημα και μια ακτινογραφία θώρακος (Stanhope & Lancaster , 2009) (Smit, 2010).

Διεγχειρητικά, απαιτείται άσηπτη χειρουργική τεχνική και προετοιμασία του χειρουργικού πεδίου όπως σε κάθε σηπτική επέμβαση. Συγκεκριμένα, όταν μια εγχείρηση δεν επείγει καλό είναι να προγραμματίζεται στο τέλος της μέρας, για να μην περάσουν άλλοι ασθενείς από το χειρουργικό τμήμα και ο άρρωστος με AIDS να μην έχει πολύ χρόνο αναμονής στο θάλαμο ή στο διάδρομο. Μέσα στην αίθουσα πρέπει να απομακρύνεται οτιδήποτε δεν πρόκειται να χρησιμοποιηθεί προκειμένου να μη μολυνθεί, μπαίνουν πλαστικοί σάκοι στους κάδους απορριμμάτων και τα ντουλάπια υλικών σφραγίζονται με λευκοπλαστ. Για το μηχάνημα αναισθησίας χρησιμοποιούνται εξαρτήματα μιας χρήσης. Κατά τη διάρκεια της εγχείρησης, μια νοσηλεύτρια καλό είναι να υπάρχει στην είσοδο ώστε να προμηθεύει με εργαλεία χωρίς να έρχεται σε επαφή με την χειρουργική αίθουσα, επίσης ο ιματισμός όλων πρέπει να προστατεύει επαρκώς και να είναι μιας χρήσης (www.hivguidelines.org, n.d.) (Durham, 2009).

Μετά την εγχείρηση, όλα τα απορρίμματα πρέπει να ρίχνονται στους κάδους, κι ο ασθενής φοράει καθαρό ιματισμό και παραμένει στην αίθουσα να ανανήψει κι όχι μαζί με άλλους ασθενείς. Όταν εξέρχεται το φορείο από την αίθουσα, πρέπει οι ρόδες του να περνάνε πάνω από τάπητα με απολυμαντικό. Το φορείο μετά τη μεταφορά του ασθενούς καθαρίζεται και απολυμαίνεται. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στον ασθενή και οι επιφάνειες του χειρουργείου απολυμαίνονται σύμφωνα με τις οδηγίες που ισχύουν για καθαρισμό μετά από σηπτική εγχείρηση (www.hivguidelines.org, n.d.).

Μετεγχειρητικά ο άρρωστος πρέπει να προφυλάσσεται ακόμη περισσότερο από πιθανές λοιμώξεις που μπορεί να επιπλέξουν την κατάστασή του. Ο ασθενής δεν πρέπει να εκτίθεται σε άτομα που νοσούν, η που φέρουν κάτι μεταδοτικό, ή που έχουν εμβολιαστεί πρόσφατα. Επίσης πρέπει να ελέγχεται τακτικά η οξεοβασική του

ισορροπία και να ενισχύεται η άμυνα του με επαρκή τροφή και ενυδάτωση. Τέλος, το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να μεριμνά ώστε να μην επιμολυνθεί το χειρουργικό τραύμα, να προσέχει το επιδερμικό υλικό του τραύματος και να είναι υπεύθυνο για τη διάθεση των υγρών παροχετεύσεων (Stanhope & Lancaster , 2009) (Petroll, Hare, & Pinkerton, 2008).

Κριτήρια που πρέπει να πληρούνται ώστε να αξιολογηθεί ως επαρκής η νοσηλευτική φροντίδα είναι αρχικά να μην παρουσιάζονται νέες φλεγμονές στον ασθενή, και όσες παρουσιάζονται να αντιμετωπίζονται εγκαίρως. Επιπλέον, να μην υπάρξει μόλυνση με τον ιό HIV σε κανένα άτομο του νοσηλευτικού προσωπικού ή του συγγενικού περιβάλλοντος. Τέλος, οι ασθενείς που έχουν λάβει αξιόλογη νοσηλευτική φροντίδα, επιδεικνύουν θετική αλλαγή συμπεριφοράς, μειωμένες εκδηλώσεις θλίψης, περισσότερη αισιοδοξία, ακολουθούν πιο υγιεινό τρόπο ζωής και είναι προσεκτικοί όσον αφορά τη χρήση προφυλακτικού στις επαφές του, ενώ ταυτόχρονα τηρούν τις οδηγίες για τη φαρμακευτική τους αγωγή (Johnston, Kendall, Hogel, McLaren, & Liddy, 2015).

Καθ' όλη τη διάρκεια παροχής φροντίδας στον ασθενή, ο νοσηλευτής οφείλει να ακολουθεί συγκεκριμένους δεοντολογικούς κανόνες, οι οποίοι είναι άγραφοι, δεν αποτελούν δηλαδή μέρος επίσημης νομοθεσίας, αλλά πρέπει να είναι αποδεκτοί οικειοθελώς και να καθοδηγούν τη συμπεριφορά του. Οι κανόνες αυτοί αφορούν τα επαγγελματικά καθήκοντα των νοσηλευτών, τη συμπεριφορά στο χώρο εργασίας, τις διαπροσωπικές σχέσεις με τον ασθενή και τα άτομα του περιβάλλοντός του, την ανάληψη ευθυνών, τον προσανατολισμό στη θεώρηση του ασθενούς ως ξεχωριστή οντότητα, και την αντιμετώπιση συγκρούσεων που προκύπτουν από διάφορα δεοντολογικά διλήμματα (Burkhardt & Nathaniel, 2013).

2.2: Δικαιώματα και υποχρεώσεις των οροθετικών ασθενών

Οι οροθετικοί οφείλουν να προσαρμόζονται σε κάποιες συγκεκριμένες συνθήκες διαβίωσης ώστε να παραμένουν ακίνδυνοι να μεταδώσουν τη νόσο, στην οικογένεια και στο περιβάλλον τους, δεδομένου ότι αυτό μπορεί να γίνει ανά πάσα στιγμή, είτε οι ίδιοι παρουσιάζουν συμπτώματα λοίμωξης HIV είτε όχι (Danziger, 1996).

Οποιοδήποτε οροθετικός ασθενής έχει δικαίωμα να εργαστεί οπουδήποτε, ακόμη και σε υγειονομικές υπηρεσίες. Επίσης δικαιούται να ταξιδεύει σε οποιοδήποτε προορισμό και δεν χρειάζεται να περιορίζεται όσον αφορά τη χρήση σκευών φαγητού και τουαλέτας. Ωστόσο, η χρήση οδοντόβουρτσας, ξυριστικής μηχανής ή άλλου αιχμηρού αντικειμένου που μπορεί να έρθει σε επαφή με αίμα θα πρέπει να είναι αυστηρά ατομική. Δικαίωμα έχουν επίσης όπως κάθε ασθενής οι οροθετικοί στην ιατρική και οδοντιατρική περίθαλψη. Τέλος, τα παιδιά που είναι οροθετικά ή νοσούν, μπορούν να φοιτούν κανονικά σε οποιοδήποτε σχολείο (Danziger, 1996) (<http://www.unaids.org/>, n.d.).

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους οι ασθενείς με HIV λοίμωξη έχουν δικαίωμα να υποβληθούν σε οποιαδήποτε επείγουσα θεραπευτική εργασία χρειάζεται, και να έχουν μια νοσηλεία κατά τη διάρκεια της οποίας θα τους σέβεται το νοσηλευτικό προσωπικό. Έχουν επίσης δικαίωμα να ξέρουν το ονοματεπώνυμο και την ιδιότητα κάθε επαγγελματία υγείας που ασχολείται με τη φροντίδα τους, καθώς και να ζητήσουν συγκεκριμένο επαγγελματία υγείας αν δεν είναι ευχαριστημένοι με αυτόν που τους έχει αναλάβει. Η εχεμύθεια όσον αφορά την κατάστασή τους και την νοσηλευτική του φροντίδα θα πρέπει επίσης να θεωρείται δεδομένη. Επιπλέον δικαιούνται να λαμβάνουν πληροφορίες με ορολογίες που μπορούν να κατανοήσουν σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους, την παραμονή και το χρόνο εξόδου τους από το νοσοκομείο. Τέλος, όσον αφορά τη θεραπεία τους, έχουν δικαίωμα να αρνηθούν να υποβληθούν σε συγκεκριμένη θεραπεία, ενώ έχουν ενημερωθεί για τις συνέπειες, καθώς επίσης και να αρνηθούν τη συμμετοχή σε έρευνα ή να εκφράσουν παράπονα για τις υπηρεσίες και τους κανονισμούς της νοσηλευτικής μονάδας (Stanhope & Lancaster , 2009) (McHale & Gallagher , 2004).

Από την άλλη πλευρά, οποιοσδήποτε οροθετικός ασθενής, έχει υποχρέωση να χρησιμοποιεί προφυλακτικό σε κάθε ερωτική του επαφή, και να ενημερώνει κάθε σύντροφό του για την κατάστασή του, αφού αποτελεί παράπτωμα προς εκδίκαση το να μολυνθεί ο σύντροφος χωρίς να γνωρίζει για την οροθετικότητα. Όταν ένας εκ των δύο συντρόφων είναι οροθετικός, δε θα πρέπει να λαμβάνει χώρα τεκνοποίηση, κι επίσης αν ο οροθετικός είναι χρήστης ναρκωτικών, θα πρέπει να ενθαρρύνεται να διακόψει για να εμποδίσει την εξέλιξη της νόσου ή να αποτρέψει την εμφάνισή της. Στην περίπτωση που πρόκειται να χρησιμοποιήσει ενέσιμες ναρκωτικές ουσίες, θα πρέπει απαραίτητως να χρησιμοποιεί ατομική σύριγγα μιας χρήσεως. Τέλος, ο

οροθετικός πρέπει να γνωρίζει ότι αποκλείεται από πιθανός δότης αίματος, σπέρματος, μητρικού γάλακτος ή οργάνων (Stanhope & Lancaster , 2009) (<http://www.unaids.org/>, n.d.).

2.3. Ασφάλεια κατά τη νοσηλεία οροθετικών

Οι ασθενείς που έχουν μολυνθεί με τον ιό HIV θα πρέπει αρχικά να νοσηλεύονται σε ξεχωριστούς θαλάμους, προκειμένου να περιοριστεί η πιθανότητα μετάδοσης του ιού στο νοσηλευτικό προσωπικό ή σε άλλους νοσηλευόμενους. Επίσης, το νοσηλευτικό προσωπικό, κατά τη φροντίδα αυτών των ασθενών θα πρέπει απαραίτητως να φοράει γάντια, προστατευτική μάσκα προσώπου, προστατευτικά γυαλιά και ειδικές στολές, που θα πρέπει να αλλάζονται μετά τη φροντίδα του ασθενή και να φροντίζει να πλένει σχολαστικά τα χέρια του πριν και μετά τη νοσηλεία. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνουν επίσης οι νοσηλευτές στις νύξεις με βελόνες, αιχμηρά αντικείμενα και μολυσμένα αντικείμενα ασθενών, ενώ τυχόν σπασμένα γυαλιά στο χώρο θεραπείας οροθετικών δε θα πρέπει να απορρίπτονται με γυμνά χέρια. Όλες οι βελόνες και τα υλικά που χρησιμοποιούνται σε οροθετικούς, θα πρέπει να απορρίπτονται σε ειδικούς κάδους και να καίγονται πριν την τελική αποκομιδή τους. Επιπλέον, όλα τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για θεραπευτικές εργασίες στους οροθετικούς θα πρέπει να πλένονται καλά με αδιάτρητα και χοντρά γάντια και στη συνέχεια να απολυμαίνονται και να αποστειρώνονται. Οι επιφάνειες που έρχονται σε επαφή με αίμα ή άλλα εκκρίματα οροθετικών θα πρέπει να απολυμαίνονται πολύ καλά, ενώ τα δάπεδα να καθαρίζονται συστηματικά με διαλύματα χλωρίνης (Καρτάλη, 1994) (<http://www.unaids.org/>, n.d.).

Σε κάθε περίπτωση υποψίας οροθετικότητας, οι ιατροί του νοσοκομείου θα πρέπει να ενημερώνουν το εργαστήριο. Το ίδιο ισχύει και αντίστροφα, δηλαδή σε κάθε επιβεβαιωμένο κρούσμα οροθετικότητας ή νόσου, θα πρέπει το εργαστήριο να ενημερώνει άμεσα το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Τα δείγματα προς έλεγχο θα πρέπει να αποστέλλονται σε ασφαλείς συσκευασίες στα εργαστήρια, είτε σωληνάρια καλά κλεισμένα είτε πλαστικά δοχεία με καπάκι, ενώ όλα τα δείγματα πριν σταλούν πρέπει να συλλέγονται σε πλαστική διάφανη σακούλα

(<http://www.unaids.org/>, n.d.) (Marranzano, Ragusa, Platania, Faro, & Coniglio, 2013).

2.4 Η νοσηλεία ασθενών στα τελικά στάδια της νόσου

Η επιδείνωση της υγείας του ασθενή στα τελευταία στάδια της HIV λοίμωξης τροποποιεί το σχέδιο και τους στόχους θεραπείας και το μετατοπίζει περισσότερο στην ανακούφιση του ασθενούς από τις ενοχλήσεις πριν τον επικείμενο θάνατο. Η εξέλιξη και η διάρκεια της νοσηλευτικής αυτής φροντίδας του τελευταίου σταδίου εξαρτάται από τον ίδιο τον ασθενή, από την εξέλιξη της ασθένειάς του και από την παρέμβαση του νοσηλευτικού προσωπικού και των συγγενών του (Emanuel, et al., 1999).

Το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να έχει αρχικά έναν υποστηρικτικό ρόλο, παρέχοντας μέσω της διαθεσιμότητάς του την απαραίτητη για τον ασθενή και το περιβάλλον του ασφάλεια σε αυτό το στάδιο της νόσου. Έπειτα, ο ρόλος του είναι να βοηθήσει στην συμφιλίωση με την πραγματικότητα, βοηθώντας τον ασθενή να ζήσει με ποιότητα όσο χρόνο του απομένει, και βοηθώντας τον να πεθάνει με αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης μέχρι το τέλος. Σε κάθε περίπτωση η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού πρέπει να προσαρμόζεται στις οργανικές και ψυχικές επιθυμίες του ασθενή, και να τον συνοδεύει βάσει αυτών στην πορεία του, έτσι ώστε αν εκείνος αρνείται το θάνατο να μην προσπαθεί να τον συμφιλιώσει με αυτόν, ή αν εκείνος θέλει να συζητήσει τους προβληματισμούς του να μην προσπαθεί να το αρνηθεί (Emanuel, et al., 1999) (Stanhope & Lancaster, 2009).

2.5 Νοσηλεία παιδιών με AIDS

Τα οροθετικά παιδιά είναι ανοσοκατασταλμένα λόγω του ιού και πολύ επιρρεπή σε ευκαιριακές λοιμώξεις. Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να ελέγχει το παιδί ανά πάσα στιγμή για εμφάνιση πυρετού, η άλλων συνοδών συμπτωμάτων λοίμωξης, όπως η ευερεθιστότητα, η κόπωση, ο βήχας, η παρουσία εξανθημάτων, ή εκροών πύου. Θα πρέπει επιπλέον να καταγράφονται σε όλα τα στάδια της νοσηλείας

του παιδιού οι αλλαγές στην κατάσταση της υγείας του, τα εργαστηριακά ευρήματα, η πρόσληψη τροφής και οι απεκκρίσεις, η ανταπόκριση στη θεραπεία, η συμπεριφορά της οικογένειας και του περιβάλλοντός του, καθώς και οι οδηγίες που δίνονται σε κάθε στάδιο. Επίσης ο νοσηλευτής θα πρέπει να φροντίζει να μην επισκέπτονται το παιδί άτομα με διαγνωσμένες λοιμώξεις, για να αποτραπεί ο κίνδυνος της μετάδοσης. Τέλος, οι νοσηλευτές πρέπει να υποστηρίζουν και ψυχολογικά ένα παιδί με HIV λοίμωξη, που ενδεχομένως νιώθει περιθωριοποιημένο και στιγματισμένο, εξηγώντας του σε κατανοητά λόγια τη φύση και τις ανάγκες της ασθένειας του, ώστε να το βοηθήσει να έχει επίγνωση της κατάστασης και να ανακτήσει την αυτοεκτίμησή του (Stanhope & Lancaster , 2009) (Waweru , Reynolds , & Buckner , 2008).

2.6 Νοσηλεία ασθενών με AIDS εκτός νοσοκομείου

Οι ασθενείς με AIDS ή οι οροθετικοί μπορούν να δέχονται νοσηλευτική φροντίδα και εκτός νοσοκομείου, σε άλλα ιδρύματα κρατικής ή ιδιωτικής ιδιοκτησίας, όπως επίσης και στο ίδιο τους το σπίτι, με προϋπόθεση να τηρούνται βασικά μέτρα προφύλαξης και να μην υπάρχει σεξουαλική επαφή των μελών με τον ασθενή (Algera , Francke , Kerkstra , & Van Der Zee , 2004).

Σε γενικές γραμμές ενδείκνυται η νοσηλεία των ασθενών με AIDS στο σπίτι, και πρέπει να ενθαρρύνεται από την οικογένεια. Το πλεονέκτημα της νοσηλείας στο σπίτι είναι πως ο ασθενής δεν απομακρύνεται από το οικογενειακό, οικείο του περιβάλλον, και όλες τις δυσκολίες που προκύπτουν από την ασθένεια τις περνά μαζί με τα συγγενικά του πρόσωπα, επομένως προσαρμόζεται ευκολότερα σ αυτές και νιώθει μεγαλύτερη ψυχική και συναισθηματική ασφάλεια. Προϋποθέσεις για την νοσηλεία στο σπίτι είναι πρωτίστως η συναίνεση του θεράποντα ιατρού και η παρουσία υπηρεσίας για οργανωμένη φροντίδα αρρώστου στο σπίτι, και ακολούθως η δυνατότητα να παρέχεται στον ασθενή ξεχωριστό δωμάτιο, και η οικογένεια να έχει την δυνατότητα να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες (Alexander, Fawcett , & Runciman, 2006) (www.hivguidelines.org, n.d.).

Εφόσον τηρούνται οι παραπάνω προϋποθέσεις και ο ασθενής νοσηλευτεί εν τέλει στην οικία του είναι απαραίτητα συγκεκριμένα μέτρα προφύλαξης. Τα πιο σημαντικά από αυτά είναι η τήρηση της ατομικής υγιεινής με καλό πλύσιμο των χεριών, η αποκλειστική χρήση ατομικών αντικειμένων όπως η οδοντόβουρτσα, η

επιπλέον παραμονή των ειδών εστίασεως σε απολυμαντικό διάλυμα 10% για δεκαπέντε λεπτά μετά το πλύσιμό τους και η πλύση των ρούχων στους 90 βαθμούς Κελσίου και η συλλογή τους με γάντια στα χέρια. Επιπλέον, τα αιχμηρά αντικείμενα που χρησιμοποιούνται στη νοσηλεία πρέπει να συλλέγονται με χοντρά γάντια και να καίγονται ή να παραδίδονται στο σκουπιδοφόρο όχημα αμέσως. Για τις επιφάνειες του σπιτιού, τα έπιπλα και τη γενική καθαριότητα ισχύουν οι κανόνες που ισχύουν και στα νοσοκομεία (Stanhope & Lancaster , 2009).

2.7 Το σύνδρομο burn out

Τα άτομα με λοίμωξη HIV, δεν μπορούν πάντα να αυτοεξυπηρετούνται, και χρειάζονται κάποιον φροντιστή να τους βοηθάει. Ο φροντιστής μπορεί να είναι επαγγελματίας υγείας ή άτομο από το στενό οικογενειακό περιβάλλον του αρρώστου. Η ευθύνη της φροντίδας που δημιουργείται σε αυτά τα άτομα είναι συνήθως μεγάλη, και ως εκ τούτου μεγάλη είναι και η συναισθηματική και ψυχική κούραση των φροντιστών, που συνήθως βιώνουν ένα σύνδρομο υπερκόπωσης, ή αλλιώς «σύνδρομο burn out». Οι αιτίες πίσω από την εμφάνιση του συνδρόμου είναι οι μεγάλες απαιτήσεις των αρρώστων, η παραμέληση των προσωπικών αναγκών, η έλλειψη ελεύθερου χρόνου, η κοινωνική απομόνωση που ενδεχομένως βιώνουν, η εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης και η οικονομική εξάντληση. Η εκδήλωση του συνδρόμου γίνεται με συμπτώματα ψυχολογικά όπως άγχος, ευερεθιστότητα, συναισθηματική αδιαφορία, θλίψη, φόβο, μείωση ανοχής και αντοχής, προκατάληψη και εξάρτηση πολλές φορές από φαρμακευτικές ουσίες και αλκοόλ. Ταυτόχρονα μπορεί να συνυπάρχουν και σωματικές εκδηλώσεις όπως πονοκέφαλοι, πόνοι στην πλάτη ή αλλού και γαστρεντερικές ενοχλήσεις. Η αναγνώριση και έγκαιρη αντιμετώπιση αυτού του συνδρόμου μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των φροντιστών αλλά και των ασθενών, επειδή η φροντίδα με θετική διάθεση του φροντιστή γίνεται πολύ πιο αποτελεσματικά (Visintini , Campanini , Fossati , Bagnato , & Maffei, 1996) (Στρομπούκη & Σταυροπούλου , 2008).

Κεφάλαιο 3:

Θεραπεία και πρόληψη

Από όταν πρωτοεμφανίστηκαν τα κρούσματα AIDS ως και τη σημερινή εποχή, θεραπευτική μέθοδος για την πλήρη ίαση δεν έχει ακόμη ανακαλυφθεί. Η θεραπεία της νόσου επομένως περιορίζεται στην κατά το δυνατόν αναστολή της εξέλιξής της, στην παρεμπόδιση του πολλαπλασιασμού του ιού, στην ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος και στην αντιμετώπιση των ευκαιριακών λοιμώξεων στις οποίες είναι επιρρεπείς οι ασθενείς και μπορούν να αποβούν θανατηφόρες σε έδαφος μειωμένης ανοσίας. Τέλος, έχουν γίνει πολλές προσπάθειες να παρασκευαστεί προφυλακτικό εμβόλιο έναντι του ιού (Sprach & Hooton, 1996).

Με την κατάλληλη αντιρετροϊκή αγωγή, οι ασθενείς με AIDS αυξάνουν το προσδόκιμο ζωής τους κοντά στο φυσιολογικό όριο, ενώ χωρίς αυτήν κινδυνεύουν να καταλήξουν από κάποια ευκαιριακή λοίμωξη μέσα σε διάστημα τριών ως οχτώ μηνών. Μια δραστική αντιρετροϊκή θεραπεία που εφαρμόζεται στα πρώιμα στάδια της λοίμωξης, είναι ικανή, σύμφωνα με μελέτες να αποκαταστήσει σχεδόν πλήρως τη λειτουργία του ανοσοποιητικού και να εμποδίσει σε ικανοποιητικό βαθμό τον πολλαπλασιασμό του ιού. Ο ασθενής πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένος από τον θεράποντα γιατρό για τα οφέλη και τη ισόβια διάρκεια της αντιρετροϊκής αγωγής, ώστε να είναι τυπικός στην λήψη της. Ο στόχος της αντιρετροϊκής αγωγής είναι η διασφάλιση χαμηλού ιικού φορτίου πλάσματος (PVL) ώστε το ανοσοποιητικό να επηρεάζεται το λιγότερο δυνατόν και να επιτυγχάνεται με αυτόν τον τρόπο η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς. Η αντιρετροϊκή αγωγή, για να καλύψει αυτό το στόχο πρέπει να αποτελείται από φαρμακολογικό σχήμα με τουλάχιστον τρία διαφορετικά φάρμακα. (Attia , Egger , Müller , Zwahlen , & Low , 2009).

Όταν ένα αποτελεσματικό αντιρετροϊκό σχήμα χορηγηθεί σε ασυμπτωματικό ασθενή που προηγουμένως δεν είχε λάβει άλλη αντιρετροϊκή θεραπεία, θα πρέπει το PVL του να μειωθεί περίπου εκατό φορές μέσα στις πρώτες οκτώ εβδομάδες, ενώ σε τέσσερις μήνες θα πρέπει να βρίσκεται σε μη ανιχνεύσιμα επίπεδα. Εάν αυτοί οι στόχοι δεν καλυφθούν, πρέπει να εξεταστεί αρχικά η συνέπεια του ασθενούς στη λήψη της αγωγής και έπειτα το ενδεχόμενο ανάγκης αλλαγής του θεραπευτικού σχήματος (www.hiv aids.gr, n.d.).

Όταν κάποιος ασθενής με λοίμωξη HIV εισάγεται στην νοσοκομειακή κλινική, πρέπει να πραγματοποιούνται σε αυτόν οι εξετάσεις που αναφέρονται στον πίνακα 2, ώστε να βοηθηθεί το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να διαμορφώσει το θεραπευτικό σχήμα, τους στόχους του και την περαιτέρω νοσηλευτική φροντίδα (Stanhope & Lancaster , 2009) (www.hivaidsg.org, n.d.).

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

Εικόνα 2: Εξετάσεις στις οποίες πρέπει να υποβάλλεται κάθε οροθετικός ασθενής κατά την είσοδο του στο νοσοκομείο.

Ασθενείς που βίωσαν γεγονός που είχε υψηλό κίνδυνο να τους εξέθεσε στον ιό HIV, μπορούν να λάβουν ένα προφυλακτικό κοκτέιλ αντιρετροϊκών φαρμάκων μέσα σε 72 ώρες από το συμβάν, με στόχο να περιοριστεί η εξάπλωση του ιού στον οργανισμό και να αποφευχθεί η οροθετικότητα (Sultan, Benn, & Waters, 2014).

Προφυλακτική αγωγή είναι δυνατόν να δοθεί και πριν την έκθεση στον ιό, και αποτελείται από φάρμακα τα οποία χρησιμοποιούνται και στη θεραπεία της λοίμωξης σε μορφή ενός χαπιού. Εάν το χάπι λαμβάνεται με συνέπεια κάθε μέρα και συνδυάζεται με άλλους μεθόδους πρόληψης όπως τα προφυλακτικά, οι κοινές εξετάσεις με το σύντροφο και η επιλογή πιο ακίνδυνων μεθόδων επαφών όπως το στοματικό σεξ, μπορεί να σταματήσει τη λοιμογόνο δύναμη του ιού ακόμη κι αν το άτομο πραγματοποιήσει σεξουαλική επαφή ή κοινή χρήση βελονών με κάποιον οροθετικό. Η προφυλακτική αυτή αγωγή έχει ενδείξεις αποκλειστικά και μόνο τα άτομα ου είναι αποδεδειγμένα μη οροθετικά και βρίσκονται σε μόνιμο και σημαντικό

κίνδυνο να μολυνθούν από τον ιό. Παραδείγματα τέτοιων ατόμων είναι οι μόνιμοι σύντροφοι οροθετικών ή οι σύζυγοι, που πρέπει να προφυλάσσονται κατά την περίοδο ενδεχόμενης σύλληψης και κύησης. Επιπλέον, όσοι διατηρούν αμοιβαία μη μονογαμική σχέση με άτομα που έχουν σεξουαλικές επαφές χωρίς προφύλαξη ή που έχουν διαγνωσθεί με κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. Τέλος, στην ίδια κατηγορία ανήκουν όσοι έχουν πραγματοποιήσει κοινή χρήση ενέσιμων ναρκωτικών ουσιών ή βρίσκονταν σε πρόγραμμα θεραπείας από χρήση αυτών των ουσιών (Sprach & Hooton, 1996) (Sultan, Benn, & Waters, 2014).

Η προφυλακτική αντιρετροϊκή αγωγή συνταγογραφείται απαραίτητα από ιατρό και απαιτεί τεστ για HIV κάθε τρεις μήνες, στους οποίους και ανανεώνεται η αγωγή. Το φάρμακο που χρησιμοποιείται είναι κυρίως το Truvada, που αποτελεί συνδυασμό δυο αντιρετροϊκών φαρμάκων, του emtricitabine και του tenofovir. Και οι δύο ουσίες μπλοκάρουν διάφορα χημικά μονοπάτια κατά τη διαδικασία μόλυνσης από τον ιό. Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα, ο κίνδυνος για μόλυνση έχει βρεθεί ως και 92% μικρότερος, εφόσον η αγωγή τηρείται με συνέπεια. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν συνήθως στομαχικές διαταραχές αλλά είναι ήπιας μορφής και τις περισσότερες φορές υποχωρούν μετά τον πρώτο μήνα χρήσης (Sultan, Benn, & Waters, 2014).

Για την θεραπεία των οροθετικών, το πρώτο φάρμακο που χρησιμοποιήθηκε με επιτυχία, ήταν η αζιδοθυμιδίνη (AZT). Στην πορεία των μελετών της θεραπείας του AIDS, ανακαλύφθηκαν κι άλλα φάρμακα, και πλέον, τη σημερινή εποχή το θεραπευτικό σχήμα για τη νόσο περιλαμβάνει τρεις ή περισσότερες φαρμακευτικές ουσίες. Οι συνδυασμοί που χρησιμοποιούνται πλέον συχνότερα είναι Trimeq, Tivicay και Truvada, είτε Stribild, Isentress και Truvada, ή Eviplera, Prezistar και Truvada. Γιατροί, φαρμακοποιοί, νοσηλευτές, και όλοι οι επαγγελματίες υγείας, θα πρέπει να ενημερώνουν και την κίτρινη κάρτα σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων αυτών, όταν τις παρατηρούν (Lu & Chen , 2010).

Τα προληπτικά μέτρα είναι απολύτως απαραίτητα για τον περιορισμό της εξάπλωσης του ιού HIV και τον περιορισμό του πανικού που προκαλεί η εξάπλωση, αυτή μιας που δεν έχει ακόμη ανακαλυφθεί κάποια αποτελεσματική θεραπεία για τη νόσο. Πρόληψη οφείλουν να εφαρμόζουν όλα τα άτομα του πληθυσμού ανεξαιρέτως, είτε νοσούν είτε όχι, ενώ ιδιαίτερη βαρύτητα στην πρόληψη πρέπει να δίνει το

υγειονομικό προσωπικό και οι ομάδες υψηλού κινδύνου. Αν και το AIDS δε μπορεί να μεταδοθεί ιδιαίτερα εύκολα, καλό είναι όλοι να αποφεύγουν την κοινή χρήση ξυριστικών μηχανών, οδοντόβουρτσας και άλλων προσωπικών αντικειμένων που έχουν έρθει σε επαφή με το αίμα του κατόχου. Η επαφή με υγρά ή έκκριμα ασθενών που νοσούν κρίνεται απαγορευτική. Το κάθε άτομο που έχει πολλαπλούς συντρόφους ή επαφές με μη ελεγμένες ιερόδουλες ή σεξουαλικές επαφές χωρίς προφυλακτικό, οφείλει να γνωρίζει πως ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου για μόλυνση (Williams & Donnelly, 2002).

Η εκπαίδευση και η ενημέρωση καλό είναι να αρχίσει από το σχολείο, ώστε να περιοριστούν τόσο οι επικίνδυνες ερωτικές επαφές όσο και η χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών. Ταυτόχρονα η σωστή ενημέρωση για τη χρήση προφυλακτικού σε κάθε ερωτική επαφή κρίνεται απολύτως απαραίτητη (Sarma & Oliveras, 2013).

Για τους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, καλό είναι η πολιτεία να φροντίζει να εντάσσονται σε προγράμματα απεξάρτησης και να χρησιμοποιούν δωρεάν αποστειρωμένες σύριγγες, για να μειώνεται ο κίνδυνος εξάπλωσης του ιού (Watters, Estilo, & Clark, 1994).

Όσον αφορά τους αιμοδότες ή τους δότες οργάνων, μυελού και σπέρματος, θα πρέπει να αποκλείονται όσοι ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου και όσοι επιλέγονται να ελέγχονται πάντοτε για HIV αντισώματα πριν γίνουν δότες (Najioullah , et al., 2004).

Οι ιατροί και οι νοσηλευτές στα νοσοκομεία και τις κλινικές πρέπει να δίνουν ιδιαίτερο βάρος στην πρόληψη της μετάδοσης της νόσου, τόσο για την ασφάλεια των ασθενών όσο και για τη δική τους. Απαραίτητη κρίνεται η χρήση προστατευτικών γυαλιών, γαντιών και μασκών ώστε να περιοριστεί η επαφή τους με μολυσμένο αίμα ή υγρά ασθενών. Επίσης στο νοσοκομειακό περιβάλλον, όσα δείγματα θεωρούνται αυξημένης υποψίας θα πρέπει να διαθέτουν ξεχωριστή σήμανση και να απορρίπτονται σε ειδικά δοχεία μαζί με βελόνες και σύριγγες (Hersey & Martin , 1994).

Όταν σε μια περιοχή υπάρχει ένα κρούσμα AIDS, θα πρέπει να δηλώνεται πάντα στην τοπική υγειονομική υπηρεσία. Όλα τα αντικείμενα που έχουν έρθει σε επαφή με αίμα ή υγρά του ασθενούς πρέπει να απολυμαίνονται και να λαμβάνονται

όλα τα απαραίτητα μέτρα για την πρόληψή της αιματογενούς διασποράς του ιού. Ταυτόχρονα ο ασθενής δεν πρέπει να απομονώνεται, διότι αφενός δεν βοηθά στην πρόληψη της νόσου, αφετέρου έχει αρνητική επίπτωση στην ψυχολογία του. Τέλος, τόσο ο ασθενής όσο και οι σεξουαλικοί του σύντροφοι θα πρέπει να αποκλειστούν από συμμετοχή σε αιμοδοσία και δωρεά οργάνου ή σπέρματος (Anderson, 2014).

Κεφάλαιο 4:

Συμπεράσματα

Η λοίμωξη από τον ιό HIV είναι παρούσα εδώ και κάποιες δεκαετίες στον κόσμο και έχει προκαλέσει φοβία, αγωνία και διαφόρων ειδών αντιδράσεις στους ανθρώπους, ενώ ταυτόχρονα έχει διευρύνει το κοινωνικό χάσμα μεταξύ των οικονομικών τάξεων. Πρόκειται για ασθένεια επίκτητη, που βλάπτει το ανοσοποιητικό σύστημα, προκαλώντας σταδιακά την κατάρρευσή του και την κατάληξη του ασθενούς από ευκαιριακές λοιμώξεις. Η νόσος τη σημερινή εποχή έχει γίνει μια αξιόλογη απειλή για τη δημόσια υγεία και εξακολουθεί να εξαπλώνεται.

Η μετάδοσή του ιού γίνεται κυρίως σεξουαλικά, αλλά μπορεί να γίνει και μέσω έκθεσης σε μολυσμένο αίμα ή περιγεννητικά. Υπάρχουν ομάδες πληθυσμού που θεωρούνται υψηλού κινδύνου για να υποστούν μόλυνση, όπως είναι οι ομοφυλόφιλοι και οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Η λοίμωξη από τον ιό έχει συνήθως συγκεκριμένη κλινική πορεία μέχρι να εκδηλωθεί η νόσος του AIDS, ενώ έκτοτε, οι λοιμώξεις που μπορεί να εμφανιστούν και τα συστήματα που προσβάλλονται μπορούν να διαφέρουν από άτομο σε άτομο.

Υπάρχουν πλέον πολλές αξιόπιστες εργαστηριακές μέθοδοι για τη διάγνωση της λοίμωξης όπως για παράδειγμα ο ανοσοφθορισμός ELISA, ενώ η θεραπεία του AIDS στη σημερινή εποχή στοχεύει κυρίως στην ενίσχυση του ανοσοποιητικού του ασθενούς, στον περιορισμό του πολλαπλασιασμού του ιού και στην έγκαιρη αντιμετώπιση των ευκαιριακών λοιμώξεων που αναπτύσσονται. Οι προσπάθειες για ριζική θεραπεία της ασθένειας είναι εκτεταμένες, ωστόσο δεν έχει βρεθεί ως σήμερα κάποια οριστική θεραπευτική εκλογή. Έτσι, η πρόληψη, εξακολουθεί να είναι η κύρια αντιμετώπιση για τη νόσο, αν και παρά την εφαρμογή διαφόρων προφυλακτικών μέτρων, εξακολουθούν να έχουν HIV λοίμωξη πάνω από τριάντα εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως. Η παρασκευή εμβολίου για τον ιό είναι σε πειραματικό στάδιο, αλλά είναι δύσκολη διότι ο μικροοργανισμός υφίσταται πολλές μεταλλάξεις.

Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να έχει μια συγκεκριμένη στάση απέναντι στους ασθενείς με HIV λοίμωξη, και να γνωρίζει πολύ καλά τους

τρόπους μετάδοσης της ασθένειας, τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται για την πρόληψη της μόλυνσης των ίδιων αλλά και του περιβάλλοντος του ασθενή, καθώς και να προσαρμόζονται στην εξατομικευμένη φροντίδα που χρειάζεται κάθε τέτοιος ασθενής και τα οικεία του πρόσωπα. Από την ώρα που εισέρχεται άτομο με HIV λοίμωξη στο νοσοκομείο, ως την ώρα που μπορεί να χρειαστεί κάποια χειρουργική επέμβαση ή ειδική νοσηλευτική φροντίδα και ως την ώρα που εξέρχεται ή που αποβιώνει, η παροχή νοσηλευτικής βοήθειας πρέπει να είναι συνεχής, ολιστικής φιλοσοφίας, και με σεβασμό προς τον ασθενή. Οι κανόνες αποστείρωσης και απολύμανσης επιφανειών, εργαλείων και ρουχισμού πρέπει να εφαρμόζονται απαραίτητως μέσα και έξω από το νοσοκομείο.

Γ' ΜΕΡΟΣ

Έρευνα: Νέα δεδομένα

1. Quality of life in HIV/AIDS

Abstract:

Given the longevity achievable with current prophylactic and therapeutic strategies for persons with HIV infection, quality of life (QOL) has emerged as a significant medical outcome measure, and its enhancement has an important goal. This review highlights the relevance and complexity of physical, psychological, and social factors as determinants of health-related quality of life in HIV-infected persons. Existing data suggest that physical manifestations, antiretroviral therapy, psychological well-being, social support systems, coping strategies, spiritual well-being, and psychiatric comorbidities are important predictors of QOL in this population. Consequently, the impact of HIV infection on the dimensions of QOL, including physical and emotional well-being, social support systems, and life roles, has emerged as a key issue for persons infected with HIV.

Περίληψη:

Δεδομένης της μακροζωίας που επιτυγχάνεται με τις τρέχουσες θεραπευτικές και προληπτικές στρατηγικές στα άτομα με λοίμωξη από τον ιό HIV, η ποιότητα ζωής (QOL) έχει αναδειχθεί ως σημαντική ένδειξη των ιατρικών αποτελεσμάτων και η βελτίωσή της είναι σημαντικός στόχος της θεραπείας. Αυτή η ανασκόπηση υπογραμμίζει τη συνάφεια και την πολυπλοκότητα των φυσικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων ως καθοριστικών παραγόντων της ποιότητας ζωής σε άτομα που έχουν μολυνθεί από το HIV. Τα υπάρχοντα δεδομένα υποδεικνύουν ότι οι φυσικές εκδηλώσεις, η αντιρετροϊκή θεραπεία, η ψυχολογική ευεξία, τα συστήματα κοινωνικής υποστήριξης, οι στρατηγικές αντιμετώπισης, η πνευματική ευεξία και οι ψυχιατρικές συνεδρίες είναι σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της QOL σε αυτόν τον πληθυσμό. Κατά συνέπεια, ο αντίκτυπος της μόλυνσης από τον ιό HIV στις διαστάσεις του QOL, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής και συναισθηματικής

ευεξίας, των συστημάτων κοινωνικής υποστήριξης και των ρόλων ζωής, έχει αναδειχθεί ως βασικό ζήτημα για άτομα που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV.

(Basavaraj, Navya, & Rashmi, 2010)

2. The HIV/AIDS epidemic in Nigeria: progress, problems and prospects.

Abstract:

Nigeria is Africa's most populous country, and is home to the third largest number of persons living with HIV/ AIDS in the world. Poverty, stigma, discrimination, and a poorly coordinated health system constitute major barriers to HIV treatment and prevention efforts. The purpose of this paper is to review the current status of the HIV/AIDS epidemic in Nigeria, analyze the challenges facing provision of HIV/AIDS services, examine the prospects of attaining universal access to HIV prevention, treatment, care and support, and advance recommendations for developing quality, sustainable and efficient HIV/AIDS services in Nigeria. HIV programs in Nigeria must emphasize sustainability of current foreign-donor driven treatment and prevention initiatives by engaging all segments of the society and enhancing community leadership and ownership of the programs.

Περίληψη:

Η Νιγηρία είναι η πολυπληθέστερη χώρα της Αφρικής και φιλοξενεί τον τρίτο μεγαλύτερο αριθμό ατόμων που ζουν με τον ιό HIV / AIDS στον κόσμο. Η φτώχεια, ο στιγματισμός, οι διακρίσεις και το ανεπαρκώς συντονισμένο σύστημα υγείας αποτελούν σημαντικά εμπόδια για τις προσπάθειες αντιμετώπισης και πρόληψης του HIV. Σκοπός του παρόντος εγγράφου είναι να μελετήσει την τρέχουσα κατάσταση της επιδημίας HIV / AIDS στη Νιγηρία, να αναλύσει τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι υπηρεσίες του HIV / AIDS, να εξετάσει τις προοπτικές της καθολικής πρόσβασης στην πρόληψη, θεραπεία, φροντίδα και υποστήριξη του HIV και τις συστάσεις για την ανάπτυξη ποιοτικών, βιώσιμων και αποτελεσματικών υπηρεσιών HIV / AIDS στη Νιγηρία. Τα προγράμματα για το HIV στη Νιγηρία πρέπει να δώσουν έμφαση στη βιωσιμότητα των πρωτοβουλιών θεραπείας και πρόληψης που κατευθύνονται από τους ξένους χορηγούς, εμπλέκοντας όλα τα

τμήματα της κοινωνίας και ενισχύοντας την ηγεσία και την οικειοποίηση των προγραμμάτων από την κοινότητα.

3. HIV/AIDS-related stigma and discrimination in Nigeria: review of research studies and future directions for prevention strategies.

Abstract:

Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection and AIDS remain a major public health crisis in Nigeria which harbors more people living with HIV than any other country in the world, except South Africa and India. A significant challenge to the success of achieving universal access to HIV prevention, treatment, care and support by 2010 is HIV-AIDS stigma and discrimination. Eight studies looking at some degree of measurement of stigma and discrimination in Nigeria were reviewed in an attempt to investigate the cultural context of stigma, health seeking behavior and the role both perceived and community stigma play in HIV prevention. Results suggest that reducing stigma does increase the individual as well as community acceptance of people living with HIV-AIDS (PLWHAs), but long term studies are needed. Some suggestions are recommended for future research on culture specific stigma studies in Nigeria.

Περίληψη:

Η μόλυνση από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) και το AIDS παραμένουν ως ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας στη Νιγηρία, η οποία φιλοξενεί τους περισσότερους ανθρώπους που ζουν με τον ιό HIV από οποιαδήποτε άλλη χώρα στον κόσμο, με εξαίρεση τη Νότια Αφρική και την Ινδία. Σημαντικό πρόβλημα για την επιτυχία της καθολικής πρόσβασης στην πρόληψη, τη θεραπεία, τη φροντίδα και την υποστήριξη του ιού HIV μέχρι το 2010 είναι το στίγμα και οι διακρίσεις κατά των ασθενών με AIDS. Οκτώ μελέτες που εξετάζουν κάποιο βαθμό μέτρησης του στιγματισμού και των διακρίσεων στη Νιγηρία αναθεωρήθηκαν σε μια προσπάθεια να διερευνηθεί το πολιτιστικό πλαίσιο του στιγματισμού, της συμπεριφοράς που αναζητά την υγεία και του ρόλου που διαδραματίζει τόσο το στίγμα όσο και ο κοινοτικός στιγματισμός στην πρόληψη του HIV. Τα αποτελέσματα

υποδηλώνουν ότι η μείωση του στιγματισμού αυξάνει την ατομική και την κοινοτική αποδοχή των ατόμων που ζουν με HIV-AIDS (PLWHA), αλλά απαιτούνται μακροπρόθεσμες μελέτες. Ορισμένες προτάσεις συνιστώνται για τη μελλοντική έρευνα σχετικά με μελέτες του στίγματος σχετικά με τον πολιτισμό στη Νιγηρία. (Monjok , Smesny , & Essien , 2009)

4. Task shifting of HIV management from doctors to nurses in Africa: Clinical outcomes and evidence on nurse self-efficacy and job satisfaction

Abstract:

With 24% global disease burden and 3% global health workforce, the World Health Organization (WHO) designates the African region a critical workforce shortage area. Task shifting is a WHO-recommended strategy for countries with severe health worker shortages. It involves redistribution of healthcare tasks to make efficient use of available workers. Severe physician shortages, increasing HIV disease burden, and the need for improved access to antiretroviral treatment (ART) posed serious challenges for Africa. Shifting ART management from physicians to nurses was adopted by many countries to increase access to treatment. Growing evidence from Africa supports this model of care but little is known about its impact on African nurses. A PubMed literature search was conducted for most recent task-shifting studies in Africa between January 2009 and August 2012. Thirty-four studies were identified but 11 met criteria for “task shifting from physicians to nurses in HIV settings.” The methodologies and findings related to patient outcome, nurses' perceived self-efficacy, and job satisfaction were summarized. Patient outcomes were measured in 10 of the studies and all demonstrated comparable results. Seven of eight studies showed no difference in mortality while five found better retention and lower client loss to follow-up in nurse-managed groups. Four studies showed that nurses built on existing nursing and HIV knowledge; improved HIV and other disease management skills; and had increased comfort levels with using treatment guidelines. Results of job satisfaction from three studies showed that nurses expressed “feelings of emotional rewards, accomplishment, prestige, and improved morale.” In six studies, nurse-managed care was acceptable to patients in five studies, nurses in two studies, and majority of physicians and program managers in one study. Nurse-

managed care had comparable outcomes and retained more patients but only two studies “directly” assessed nurses' perceptions. Research exploring nurses' response, self-efficacy, and job satisfaction are critically to sustainability.

Περίληψη:

Με 24% παγκόσμια επιβάρυνση ασθενειών και 3% παγκόσμιο εργατικό δυναμικό στον τομέα της υγείας, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την αφρικανική περιοχή ως κρίσιμη περιοχή έλλειψης εργατικού δυναμικού. Η μετατόπιση των καθηκόντων είναι μια στρατηγική που προτείνεται από την ΠΟΥ για χώρες με σοβαρή έλλειψη εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Περιλαμβάνει την ανακατανομή των καθηκόντων υγειονομικής περίθαλψης για την αποτελεσματική χρήση των διαθέσιμων εργαζομένων. Οι σοβαρές ελλείψεις των ιατρών, η αύξηση της επιβάρυνσης από την ασθένεια HIV και η ανάγκη για βελτιωμένη πρόσβαση στην αντιρετροϊκή θεραπεία (ART) δημιούργησαν σοβαρές προκλήσεις για την Αφρική. Η μετατόπιση της διαχείρισης ART από γιατρούς σε νοσηλευτές υιοθετήθηκε από πολλές χώρες για την αύξηση της πρόσβασης στη θεραπεία. Οι αυξανόμενες αποδείξεις από την Αφρική υποστηρίζουν αυτό το μοντέλο περίθαλψης, αλλά λίγα είναι γνωστά για τον αντίκτυπό της στις αφρικανικές νοσοκόμες. Έχει διεξαχθεί έρευνα βιβλιογραφίας PubMed για τις πιο πρόσφατες μελέτες μετατόπισης εργασιών στην Αφρική μεταξύ Ιανουαρίου 2009 και Αυγούστου 2012. Εντοπίστηκαν τριάντα τέσσερις μελέτες, αλλά τα 11 πληρούσαν τα κριτήρια για "μετακίνηση εργασιών από ιατρούς σε νοσηλευτές σε περιβάλλον HIV". Οι σχετικές μεθοδολογίες και ευρήματα στην έκβαση του ασθενούς, την αντιληπτή αυτοεκτίμηση των νοσοκόμων και την ικανοποίηση από την εργασία. Τα αποτελέσματα των ασθενών μετρήθηκαν σε 10 από τις μελέτες και όλα έδειξαν συγκρίσιμα αποτελέσματα. Επτά από οκτώ μελέτες δεν έδειξαν διαφορά στη θνησιμότητα, ενώ πέντε βρήκαν καλύτερη διατήρηση και χαμηλότερη απώλεια του πελάτη για παρακολούθηση σε ομάδες που διαχειρίζονται νοσηλευτές. Τέσσερις μελέτες έδειξαν ότι οι νοσοκόμες βασίζονται σε υπάρχουσες γνώσεις για νοσηλεία και HIV. βελτιωμένες δεξιότητες διαχείρισης του ιού HIV και άλλων ασθενειών · και είχαν αυξημένα επίπεδα άνεσης με τη χρήση κατευθυντήριων γραμμών θεραπείας. Τα αποτελέσματα της ικανοποίησης από την εργασία από τρεις μελέτες έδειξαν ότι οι νοσοκόμες εξέφρασαν «συναισθήματα συναισθηματικής

ανταμοιβής, επίτευξης, κύρους και βελτιωμένου ηθικού». Σε έξι μελέτες, η νοσηλευτική φροντίδα ήταν αποδεκτή από τους ασθενείς σε πέντε μελέτες, οι νοσηλευτές σε δύο μελέτες, των ιατρών και των διαχειριστών προγραμμάτων σε μια μελέτη. Η φροντίδα που διαχειρίζεται η νοσοκόμα είχε συγκρίσιμα αποτελέσματα και διατήρησε περισσότερους ασθενείς, αλλά μόνο δύο μελέτες "άμεσα" αξιολόγησαν τις αντιλήψεις των νοσοκόμων. Η έρευνα που διερευνά την ανταπόκριση των νοσοκόμων, την αυτο-αποτελεσματικότητα και την ικανοποίηση από την εργασία κρίνει σημαντικά και τη βιωσιμότητα. (Ngozi Iwu & Holzemer, 2014)

5. Stigmatization of patients with HIV/AIDS among doctors and nurses in Belize.

Abstract:

This study, conducted from August to September 2007, utilized a population-based survey to investigate stigmatizing attitudes and acts of discrimination against HIV/AIDS patients among doctors and nurses working in public hospitals in Belize. A total of 230 subjects (81.0%) completed the survey. The mean age was 36.8 years; 75% were women; 61% were nurses; 74% were Belizean. Stigmatization was greatest for "attitudes of blame/judgment"; disclosing a patient's HIV/AIDS status to colleagues was the most frequent act of discrimination (29%). Formal HIV/AIDS training was significantly associated with less stigmatization for "attitudes towards imposed measures" ($p < .01$); "attitudes of blame/judgment" ($p < 0.05$); and testing without consent ($p < 0.05$). Doctors showed more stigmatization in "attitudes towards imposed measures," conducted HIV tests without consent and disclosed patient status to colleagues more frequently than nurses ($p < 0.05$) while nurses gave differential care to patients based on HIV status more frequently ($p < 0.01$) than doctors. Female and religious health care workers (HCWs) were more stigmatizing in their "attitudes of blame/judgment" than male and nonreligious HCWs ($p < 0.05$). Cuban HCWs were more stigmatizing in their "attitudes toward imposed measures" and were less comfortable dealing with HIV/AIDS patients than their Belizean counterparts ($p < 0.01$). Older age was associated with less frequent disclosure of patients' HIV status ($p < 0.05$). HIV/AIDS training that incorporates stigma reduction strategies tailored to

the target groups identified is needed. Additionally, we recommend that the effectiveness of national HIV/AIDS policies be investigated.

Περίληψη:

Αυτή η μελέτη, η οποία διεξήχθη από τον Αύγουστο έως τον Σεπτέμβριο του 2007, χρησιμοποίησε δημογραφική έρευνα για τη διερεύνηση των στάσεων στιγματισμού και των διακρίσεων κατά των ασθενών με HIV / AIDS μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία του Belize. Συνολικά 230 άτομα (81,0%) ολοκλήρωσαν την έρευνα. Η μέση ηλικία ήταν 36,8 έτη. Το 75% ήταν γυναίκες. Το 61% ήταν νοσηλευτές. Το 74% ήταν από τη Belize. Ο στιγματισμός ήταν μεγαλύτερος για τις "στάσεις ευθύνης / κρίσης" και η αποκάλυψη του HIV / AIDS του ασθενούς σε συναδέλφους ήταν η συχνότερη πράξη διάκρισης (29%). Η τυπική εκπαίδευση HIV / AIDS συνδέθηκε σημαντικά με τον λιγότερο στιγματισμό για «στάση έναντι των επιβαλλόμενων μέτρων» ($p < .01$). "στάση ευθύνης / κρίσης" ($p < 0,05$). και δοκιμές χωρίς συγκατάθεση ($p < 0,05$). Οι γιατροί έδειξαν περισσότερο στιγματισμό σε «στάσεις απέναντι στα επιβαλλόμενα μέτρα», διενήργησαν δοκιμές HIV χωρίς συναίνεση και αποκάλυψαν στους συναδέλφους τους την κατάσταση των ασθενών συχνότερα από τους νοσηλευτές ($p < 0,05$) ενώ οι νοσηλευτές εφάρμοσαν συχνότερα από τους γιατρούς διαφορετική παροχή βοήθειας σε ασθενείς με HIV ($p < 0,01$). Οι γυναίκες θρησκευόμενες εργαζόμενες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ("HCWs") ήταν περισσότερο στιγματισμένες στις "στάσεις ευθύνης / κρίσης" τους από ό, τι οι άντρες μη θρησκευόμενοι HCWs ($p < 0,05$). Οι κουβανοί HCW ήταν πιο στιγματισμένοι στην «στάση τους απέναντι στα επιβαλλόμενα μέτρα» και ήταν λιγότερο άνετοι που αντιμετώπιζαν ασθενείς με HIV / AIDS από τους ομολόγους τους από το Μπελιζε. ($p < 0,01$). Η μεγαλύτερη ηλικία συσχετίστηκε με λιγότερο συχνή αποκάλυψη της κατάστασης του HIV ($p < 0,05$) των ασθενών. Η εκπαίδευση HIV / AIDS που περιλαμβάνει στρατηγικές μείωσης στίγματος προσαρμοσμένες στις ομάδες-στόχους είναι απαραίτητη. Επιπλέον, συνιστάται η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των εθνικών πολιτικών για το HIV / AIDS. (Andrewin & Chien , 2008)

6. Retaining HIV-Infected Patients in Care: Where Are We? Where Do We Go from Here?

Abstract

Retaining human immunodeficiency virus (HIV)–infected patients in medical care at regular intervals has been shown to be linked to positive health outcomes. This article examines the available literature and research on retention and engagement in care of HIV-infected patients. We identify the extent of the problem of keeping patients engaged in care, as well as analyze which groups of patients are likely to be lost to follow-up. A review of different ways to measure patient retention is considered, as well as some preliminary data that suggest successful ways to re-engage patients in care. The need to ensure that HIV-infected patients are retained in care is a pressing public health issue and one that affects multiple populations. Further research and exchange of information are needed to keep patients in continuous care and to ensure that all patients are provided with regular, high-quality care that achieves both desired patient and population health outcomes.

Περίληψη

Η παρακολούθηση των ασθενών που έχουν προσβληθεί από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) σε τακτά χρονικά διαστήματα έχει αποδειχθεί ότι συνδέεται με θετικά αποτελέσματα για την υγεία. Αυτό το άρθρο εξετάζει τη διαθέσιμη βιβλιογραφία και την έρευνα σχετικά με τη παρακολούθηση και επέμβαση στη φροντίδα των ασθενών με HIV. Αναγνωρίζουμε την έκταση του προβλήματος της παρακολούθησης των ασθενών που ασχολούνται με την περίθαλψη, καθώς και την ανάλυση των ομάδων ασθενών που πιθανόν να χαθούν χωρίς παρακολούθηση. Εξετάζεται μια ανασκόπηση των διαφόρων τρόπων μέτρησης της διατήρησης των επανεξετάσεων του ασθενούς, καθώς και ορισμένα προκαταρκτικά δεδομένα που υποδεικνύουν επιτυχείς τρόπους για την εκ νέου συμμετοχή των ασθενών στην περίθαλψη. Τονίζεται ότι οι ασθενείς που επανέρχονται για θεραπεία από τον ιό HIV είναι ιδιαίτερο θέμα για τη δημόσια υγεία και ότι μπορούν να επηρεάσουν πολλούς πληθυσμούς. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα και ανταλλαγή πληροφοριών για τη διατήρηση της συνεχούς φροντίδας των ασθενών και για την εξασφάλιση της τακτικής και ποιοτικής φροντίδας όλων των ασθενών ώστε να επιτυγχάνονται τα επιθυμητά αποτελέσματα για την υγεία τους.

(Horstmann , Brown , Islam, Buck , & Agins, 2010)

7. Stigma, burden, social support, and willingness to care among caregivers of PLWHA in home-based care in South Africa

Abstract

Despite its benefits for people living with HIV/AIDS (PLWHA), home-based care (HBC) may have negative effects on caregivers. Caregivers experience high levels of burden and may be targets of HIV-related prejudice and discrimination. In this cross-sectional survey of 358 caregivers from five hospices across KwaZulu-Natal, South Africa, 49 (13.7%) caregivers personally experienced discrimination as a result of caring for PLWHA. One hundred and seventy (47.5%) marked one or more items on the HIV stigma scale. Eighty-eight percent had low to moderate levels of caregiver burden. People with higher level of burden and higher income were more likely to hold stigmatizing beliefs. Caregivers with the following characteristics: support from a nurse, support from community careworker, HIV stigmatizing beliefs, and personal experience of discrimination as result of caring for PLWHA and low caregiver burden, had more than twice the odds of wanting to care for another PLWA in the future. Overall, caregivers in HBC experience low level of severe caregiver burden. The support offered to caregivers from the hospice and relatively low levels of discrimination encourage expansion of HBC programs for PLWHA.

Περίληψη:

Παρά τα οφέλη της για τα άτομα με HIV / AIDS (PLWHA), η κατ 'οίκον φροντίδα (HBC) μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στους φροντιστές. Οι φροντιστές αντιμετωπίζουν υψηλά επίπεδα επιβάρυνσης και μπορεί να είναι στόχοι των προκαταλήψεων και των διακρίσεων που σχετίζονται με το HIV. Σε αυτή τη συγχρονική έρευνα 358 φροντιστών από πέντε νοσοκομεία σε ολόκληρο το KwaZulu-Natal της Νότιας Αφρικής, 49 (13,7%) φροντιστές προσωπικά αντιμετώπισαν διακρίσεις ως αποτέλεσμα της φροντίδας για το PLWHA. Εκατόν εβδομήντα (47,5%) σημείωσαν ένα ή περισσότερα αντικείμενα στην κλίμακα του στίγματος HIV. Το ογδόντα οκτώ τοις εκατό είχε χαμηλά έως μέτρια επίπεδα επιβάρυνσης. Τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο επιβάρυνσης και υψηλότερο εισόδημα ήταν πιο πιθανό να διατηρούν στιγματισμένες πεποιθήσεις. Οι υπεύθυνοι φροντίδας

με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: υποστήριξη από νοσηλευτή, υποστήριξη από τον φροντιστή της κοινότητας, διαγνωστικές πεποιθήσεις για τον ιό HIV και προσωπική εμπειρία διάκρισης ως αποτέλεσμα της φροντίδας του PLWHA και της επιβάρυνσης με χαμηλή φροντίδα, είχαν περισσότερες από δύο φορές περισσότερες πιθανότητες να φροντίσουν άλλο PLWA το μέλλον. Συνολικά, οι φροντιστές στην HBC αντιμετωπίζουν χαμηλό επίπεδο βαρύτητας στιγματισμών. Η υποστήριξη που προσφέρεται στους φροντιστές από το νοσοκομείο και τα σχετικά χαμηλά επίπεδα διακρίσεων ενθαρρύνουν την επέκταση των προγραμμάτων HBC για το PLWHA. (Singh, Chaudoir, Escobar, & Kalichman, 2011)

8. The Spectrum of Engagement in HIV Care and its Relevance to Test-and-Treat Strategies for Prevention of HIV Infection

Abstract

For individuals with human immunodeficiency virus (HIV) infection to fully benefit from potent combination antiretroviral therapy, they need to know that they are HIV infected, be engaged in regular HIV care, and receive and adhere to effective antiretroviral therapy. Test-and-treat strategies for HIV prevention posit that expanded testing and earlier treatment of HIV infection could markedly decrease ongoing HIV transmission, stemming the HIV epidemic. However, poor engagement in care for HIV-infected individuals will substantially limit the effectiveness of test-and-treat strategies. We review the spectrum of engagement in care for HIV-infected individuals in the United States and apply this information to help understand the magnitude of the challenges that poor engagement in care will pose to test-and-treat strategies for HIV prevention.

Περίληψη:

Για να επωφεληθούν πλήρως από τη δραστική συνδυασμένη αντιρετροϊκή θεραπεία τα άτομα με μόλυνση από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) πρέπει να γνωρίζουν ότι είναι μολυσμένα από τον HIV, να υπόκεινται σε τακτική φροντίδα του HIV και να λαμβάνουν τακτικά αποτελεσματική αντιρετροϊκή θεραπεία. Οι στρατηγικές δοκιμών και θεραπείας για την πρόληψη του ιού HIV υποθέτουν ότι η εκτεταμένη εξέταση και η προηγούμενη θεραπεία της λοίμωξης από τον ιό HIV θα μπορούσαν να μειώσουν σημαντικά τη συνεχιζόμενη μετάδοση του HIV,

εξαλείφοντας την επιδημία του ιού HIV. Ωστόσο, η ανεπαρκής δέσμευση στην περίθαλψη και παρακολούθηση ατόμων που έχουν μολυνθεί από το HIV θα περιορίσει σημαντικά την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών δοκιμών και θεραπείας. Αναθεωρούμε την εμπλοκή στην περίθαλψη ατόμων που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV στις Ηνωμένες Πολιτείες και εφαρμόζουμε αυτές τις πληροφορίες για να κατανοήσουμε τις προκλήσεις που θα θέσει η κακή ανταπόκριση στην περίθαλψη και παρακολούθηση οσον αφορά τις στρατηγικές δοκιμών και θεραπείας για την πρόληψη του HIV. (Gardner , McLees , Steiner , Del Rio , & Burman , 2011)

9. The HIV care cascade and antiretroviral therapy in female sex workers: implications for HIV prevention.

Abstract

To achieve viral suppression and fully benefit from antiretroviral therapy (ART), it is important that individuals with HIV know that they are HIV infected, link to and remain in HIV care, start and remain on ART and adhere to treatment. In HIV epidemics where female sex workers (FSWs) are key drivers of HIV transmission, the extent to which FSWs use ART and engage in the HIV care cascade could have a considerable impact on HIV transmission from FSWs to the wider population. In this article we review the spectrum of FSW engagement in the HIV care cascade, look at the impact of the HIV care cascade and ART use among FSWs on population-level HIV transmission and discuss HIV prevention for FSWs in the context of ART and the HIV care cascade.

Περίληψη

Για να επιτευχθεί η καταστολή του ιού και να επωφεληθεί πλήρως από την αντιρετροϊκή θεραπεία (ART), είναι σημαντικό τα άτομα με HIV να γνωρίζουν ότι είναι μολυσμένα με HIV, να εμμένουν στη φροντίδα για την ασθένεια, να ξεκινούν και να παραμένουν στην ART και να ακολουθούν τη θεραπεία. Στις επιδημίες του HIV, όπου οι εργαζόμενες γυναίκες θύματα σεξουαλικής κακοποίησης (FSWs) είναι βασικοί παράγοντες της μετάδοσης του ιού HIV. Ο βαθμός στον οποίο τα FSW χρησιμοποιούν ART και συμμετέχουν στον καταρράκτη μετάδοσης του HIV μπορεί

να έχει σημαντικό αντίκτυπο στη μετάδοση του HIV από τους FSW στον ευρύτερο πληθυσμό. Σε αυτό το άρθρο εξετάζουμε το φάσμα της εμπλοκής του FSW στον καταρράκτη μετάδοσης HIV, εξετάζουμε τον αντίκτυπο της κλιμάκωσης της φροντίδας του HIV και της χρήσης ART μεταξύ FSWs σε πληθυσμιακό επίπεδο μετάδοσης του ιού HIV και συζητάμε για την πρόληψη του HIV στο FSW στο πλαίσιο της ART και της φροντίδας για τη μετάδοση του HIV.

(Mountain , et al., 2014)

10. A systematic review of best practices in HIV care

Abstract

Best practices in HIV care have the potential to improve patient outcomes and inform practice. We conducted a systematic review of best practices in HIV care that were published from 2003 to 2013. Practices that demonstrated success in achieving desired results based on their objectives were included in the review. Two themes emerged from the eight articles reviewed: (a) the importance of linking newly diagnosed people living with HIV to care and (b) the role of integrated and comprehensive service provision in improving patient outcomes. Inconsistencies in reporting and arbitrary use of the term “best practices” were hurdles in this review.

Περίληψη:

Οι βέλτιστες πρακτικές για τη φροντίδα των ασθενών με HIV έχουν τη δυνατότητα να βελτιώσουν τα αποτελέσματα της θεραπείας και να ενημερώσουν για τις διαδικασίες που ακολουθούνται. Διεξήγαμε μια συστηματική ανασκόπηση των βέλτιστων πρακτικών στον τομέα της περίθαλψης για τον ιό HIV που δημοσιεύτηκαν από το 2003 έως το 2013. Οι πρακτικές που κατέδειξαν επιτυχία στην επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων βάσει των στόχων τους συμπεριελήφθησαν στην ανασκόπηση. Από τα οκτώ αναθεωρημένα άρθρα προέκυψαν δύο θέματα: (α) η σημασία της σύνδεσης των προσφάτως διαγνωσμένων ατόμων που ζουν με τον ιό HIV και (β) ο ρόλος της ολοκληρωμένης παροχής υπηρεσιών για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών. Οι ανακολουθίες στην αναφορά και την αυθαίρετη

χρήση του όρου "βέλτιστες πρακτικές" αποτελούσαν εμπόδια σε αυτήν την ανασκόπηση. (Maina, Mill, Chaw-Kant, & Caine, 2016)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Alexander, M., Fawcett, J., & Runciman, P. (2006). *Nursing Practice: Hospital and Home* (3 εκδ.). Churchill Livingstone.
- Algera, M., Francke, A., Kerkstra, A., & Van Der Zee, J. (2004). Home care needs of patients with long-term conditions: literature review. *JAN*, 46(4), σσ. 417–429.
- Aliyu, M., Varkey, P., Salihu, H., Iliyasu, Z., & Abubaka, I. (2010). The HIV/AIDS epidemic in Nigeria: progress, problems and prospects. *Afr J Med Med Sci.*, 39(3), σσ. 233-9.
- Anderson, J. (2014). *HIV and AIDS: Symptoms, Testing, Treatment, Risk Factors, Preventions, Nutrition, Marriage, Having Children, Legal Issues*. CreateSpace Independent Publishing Platform.
- Andrewin, A., & Chien, L. (2008). Stigmatization of patients with HIV/AIDS among doctors and nurses in Belize. *AIDS Patient Care STDS*, 22(11), σσ. 897-906.
- Attia, S., Egger, M., Müller, M., Zwahlen, M., & Low, N. (2009). Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis. *AIDS*, 23(11), σσ. 1397-404.
- Basavaraj, K., Navya, M., & Rashmi, R. (2010). Quality of life in HIV/AIDS. *Indian J Sex Transm Dis.*, 31(2), σσ. 75–80.
- Becquet, R., & Mofenson, L. (2008). Early antiretroviral therapy of HIV-infected infants in resource-limited countries: possible, feasible, effective and challenging. *AIDS*, 22(11), σσ. 1365–1368.
- Beyrer, P., Baral, S., van Griensven, F., Goodreau, S., Chariyalertsak, P., Wirtz, A., & Brookmeyer, P. (2012). Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet*, 380(9839), σσ. 367–377.
- Boniphace, B., Omari, M., Fred, R., Ferdinand, M., & Marcel, T. (2011). HIV/AIDS Clinical Manifestations and their Implication for Patient Clinical Staging in Resource Limited Settings in Tanzania. *Open AIDS J*, 5, σσ. 9–16.
- Burkhardt, M., & Nathaniel, A. (2013). *Ethics and Issues in Contemporary Nursing* (4 εκδ.). CENGAGE Delmar Learning.
- Ciesla, J., & Roberts, J. (2001). Meta-Analysis of the Relationship Between HIV Infection and Risk for Depressive Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 158(5), σσ. 725-730.
- Danziger, R. (1996). An epidemic like any other? Rights and responsibilities in HIV prevention. *BMJ.*, 312(7038), σσ. 1083–1084.
- Durham, J. (2009). *The Person with HIV/AIDS: Nursing Perspectives* (4 εκδ.). Springer.
- Emanuel, E., Fairclou, D., Slutsman, J., Alpert, H., Baldwin, D., & Emanuel, L. (1999). Assistance from Family Members, Friends, Paid Care Givers, and Volunteers in the Care of Terminally Ill Patients. *N Engl J Med*, 341, σσ. 956-963.

- Engels, E., Biggar, R., Hall, H., Cross, H., Crutchfield, A., Finch, J., . . . Goedert, J. (2008). Cancer risk in people infected with human immunodeficiency virus in the United States. *Int J Cancer*, 123(1), σσ. 187-94.
- Epstein, L., Sharer, L., Oleske, J., & Connor, E. (1986). Neurologic manifestations of human immunodeficiency virus infection in children. *Pediatrics*, 78(4), σσ. 678-87.
- Fauci, A., Johnston, M., Dieffenbach, C., Burton, D., Hammer, S., Hoxie, J., . . . Greene, W. (2008). HIV Vaccine Research: The Way Forward. *Science*, 321(5888), σσ. 530-532.
- Friedland, G., & Klein, R. (1987). Transmission of the Human Immunodeficiency Virus. *N Engl J Med*, 317, σσ. 1125-1135.
- Gardner, E., McLees, M., Steiner, J., Del Rio, C., & Burman, W. (2011). The spectrum of engagement in HIV care and its relevance to test-and-treat strategies for prevention of HIV infection. *Clin Infect Dis*, 52(6), σσ. 793-800.
- Glick, M., Muzyka, B., Lurie, D., & Salkin, L. (1994). Oral manifestations associated with HIV-related disease as markers for immune suppression and AIDS. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 77(4), σσ. 344-349.
- Halkitis, P., Wolitski, R., & Millett, G. (2013). A holistic approach to addressing HIV infection disparities in gay, bisexual, and other men who have sex with men. *American Psychologist*, 68(4), σσ. 261-273.
- Hersey, J., & Martin, L. (1994). Use of infection control guidelines by workers in healthcare facilities to prevent occupational transmission of HBV and HIV: results from a national survey. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 15(4), σσ. 243-52.
- Horstmann, E., Brown, J., Islam, F., Buck, J., & Agins, B. (2010). Retaining HIV-Infected Patients in Care: Where Are We? Where Do We Go from Here? *Clinical Infectious Diseases*, 50(5), σσ. 752-761.
- Jackson, J., Parsons, J., Nichols, L., Knoble, N., Kennedy, S., & Piwowar, E. (1997). Detection of human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) antibody by western blotting and HIV-1 DNA by PCR in patients with AIDS. 35(5), σσ. 1118-1121.
- Johnston, S., Kendall, C., Hogel, M., McLaren, M., & Liddy, C. (2015). Measures of Quality of Care for People with HIV: A Scoping Review of Performance Indicators for Primary Care. *PLoS One*, 10(9).
- Levy, J. (2007). *HIV and Pathogenesis of AIDS* (3 εκδ.). ASM Press.
- Lee, P., & Ho, K. (2008). Risk factors associated with human immunodeficiency virus (HIV) infection among attendees of public sexually transmitted infection clinics in Hong Kong: implications for HIV prevention. *Hong Kong Med J*, 14(4), σσ. 259-66.
- Lu, X., & Chen, Z. (2010). The development of anti-HIV-1 drugs. *Yao Xue Xue Bao*, 45(2), σσ. 165-76.

- Moylett, E. (2002). HIV: Clinical manifestations. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 110(1), σσ. 3-16.
- Maina, G., Mill, J., Chaw-Kant, J., & Caine, V. (2016). A systematic review of best practices in HIV care. *J HIV AIDS Soc Serv.*, 15(1), σσ. 114–126.
- Marks, G., Crepaz, N., Senterfitt, J., & Janssen, R. (2005). Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. *J Acquir Immune Defic Syndr.*, 39(4), σσ. 446-53.
- Marranzano, M., Ragusa, R., Platania, M., Faro, G., & Coniglio, M. (2013). Knowledge, attitudes and practices towards patients with HIV/AIDS in staff nurses in one university hospital in Sicily. *EBPH*, 10(1).
- Mathers, B., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M., Strathdee, S., . . . 2007 Reference Group to the UN, o. (2008). Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet.*, 372(9651), σσ. 1733-45.
- McGowan, J., & Shah, S. (2000). Prevention of perinatal HIV transmission during pregnancy. *J Antimicrob Chemother*, 46(5), σσ. 657-68.
- McHale, J., & Gallagher, A. (2004). *Nursing and Human Rights*. Butterworth-Heinemann .
- Minnaar, A. (2005). HIV/AIDS issues in the workplace of nurses. *Curationis.*, 28(3), σσ. 31-8.
- Mitchell, W. (2001). Neurological and developmental effects of HIV and AIDS in children and adolescents. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.*, 7(3), σσ. 211-6.
- Monjok, E., Smesny, A., & Essien, E. (2009). HIV/AIDS-related stigma and discrimination in Nigeria: review of research studies and future directions for prevention strategies. *Afr J Reprod Health.*, 13(3), σσ. 21-35.
- Mountain, E., Pickles, M., Mishra, S., Vickerman, P., Alary, M., & Boily, M. (2014). The HIV care cascade and antiretroviral therapy in female sex workers: implications for HIV prevention. *Expert Rev Anti Infect Ther.*, 12(10), σσ. 1203-19.
- Naif, H. (2013). Pathogenesis of HIV Infection. *Infect Dis Rep.*, 5(1).
- Najioullah, F., Barlet, V., Renaudier, P., Guitton, C., Crova, P., Guérin, J., . . . André, P. (2004). Failure and success of HIV tests for the prevention of HIV-1 transmission by blood and tissue donations. *J Med Virol.*, 73(3), σσ. 347-9.
- Ngozi Iwu, E., & Holzemer, W. (2014). Task shifting of HIV management from doctors to nurses in Africa: Clinical outcomes and evidence on nurse self-efficacy and job satisfaction. *Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 26(1), σσ. 42-52.
- O'Connell, R., Merritt, T., Malia, J., VanCott, T., Dolan, M., Zahwa, H., . . . De Witt, C. (2003). Performance of the OraQuick Rapid Antibody Test for Diagnosis of Human Immunodeficiency Virus Type 1 Infection in Patients with Various Levels of Exposure to Highly Active Antiretroviral Therapy. *J Clin Microbiol*, 41(5), σσ. 2153–2155.

- Ola, S. (2006). Hospital treatment of HIV patients. *Afr J Med Med Sci.*, 35, σσ. 25-43.
- Petroll, A., Hare, C., & Pinkerton, S. (2008). The Essentials of HIV: A Review for Nurses. *J Infus Nurs.*, 31(4), σσ. 228–235.
- Picker, L. (2006). Immunopathogenesis of acute AIDS virus infection. *Curr Opin Immunol.*, 18(4), σσ. 399-405.
- Richman, D. (2000). Normal physiology and HIV pathophysiology of human T-cell dynamics. *J Clin Invest.*, 105(5), σσ. 565–566.
- Rosenkvist , J., & Dybkjaer , E. (1990). False negative results in anti-HIV ELISA due to insufficient antigen coating of microtitre plates. *Med Lab Sci.*, 47(4), σσ. 353-5.
- Sarma, H., & Oliveras, E. (2013). Implementing HIV/AIDS Education: Impact of Teachers' Training on HIV/AIDS Education in Bangladesh. *J Health Popul Nutr.*, 31(1), σσ. 20–27.
- Sharma , A., & Mafratia, Y. (2008). Laboratory diagnosis of HIV. *Indian J Sex Transm Dis*, 29(1), σσ. 42-45.
- Sharp, P., & Hahn , B. (2010). The evolution of HIV-1 and the origin of AIDS. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.*, 365(1552), σσ. 2487-94.
- Sharp, P., & Hahn, B. (2011). Origins of HIV and the AIDS Pandemic. *Cold Spring Harb Perspect Med.*, 1(1).
- Singh, D., Chaudoir, S., Escobar, M., & Kalichman, S. (2011). Stigma, burden, social support, and willingness to care among caregivers of PLWHA in home-based care in South Africa. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 23(7), σσ. 839-845.
- Smit, S. (2010). Guidelines for surgery in the HIV patient. *CME*, 28(8), σσ. 356-358.
- Spach , D., & Hooton, T. (1996). *The HIV Manual: A Guide to Diagnosis and Treatment*. Oxford University Press.
- Stanhope , M., & Lancaster , J. (2009). *Κοινωνική Νοσηλευτική* (Τόμ. 2). Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
- Sultan, B., Benn, P., & Waters, L. (2014). Current perspectives in HIV post-exposure prophylaxis. *HIV AIDS (Auckl)*, 6, σσ. 147–158.
- Visintini , R., Campanini , E., Fossati , A., Bagnato , M., & Maffei, C. (1996). Psychological stress in nurses' relationships with HIV-infected patients: the risk of burnout syndrome. *AIDS Care.*, 8(2), σσ. 183-94.
- Watters, J., Estilo, M., & Clark, G. (1994). Syringe and Needle Exchange as HIV/AIDS Prevention for Injection Drug Users. *JAMA.*, 271(2), σσ. 115-120.
- Waweru , S., Reynolds , A., & Buckner , E. (2008). Perceptions of children with HIV/AIDS from the USA and Kenya: self-concept and emotional indicators. *Pediatr Nurs*, 34(2), σσ. 117-24.

- Williams, E., & Donnelly, J. (2002). Older Americans and AIDS: Some Guidelines for Prevention. *Soc Work*, 47(2), σσ. 105-111.
- Yolken, R. (1980). Enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA): a practical tool for rapid diagnosis of viruses and other infectious agents. *Yale J Biol Med.*, 53(1), σσ. 85–92.
- www.hivaid.gr. (χ.χ.). Ανάκτηση 6 11, 2017
- www.hivguidelines.org. (χ.χ.). Ανάκτηση 7 9, 2017
- <http://www.unaids.org/>. (χ.χ.). Ανάκτηση 7 10, 2017
- <https://aidsetc.org/>. (χ.χ.). Ανάκτηση 6 10, 2017
- Καρτάλη, Σ. (1994). Τρόποι μετάδοσης του AIDS και της ηπατίτιδας Β στον εργασιακό χώρο. *Ιατρική Παιδεία*, 2, σσ. 55-60.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. (1991). *Νοσηλευτική φροντίδα ατόμων με λοίμωξη από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας HIV*. Βητα Ιατρικές εκδόσεις.
- Στρομπούκη, Θ., & Σταυροπούλου, Α. (2008). Η φροντίδα των ατόμων με HIV/AIDS και η εμφάνιση του συνδρόμου «burn-out». *Ιατρικά χρονικά*, 21(11), σσ. 532-537.