



HIV AIDS

za medicinske radnike

zbornik radova

HIV AIDS

za medicinske radnike

Zbornik radova

Sarajevo 2012.

PRIREĐIVAČ I UREDNIK

Amer Paripović

AUTORI ČLANAKA

dr. Aleksandra Radojčić, infektolog
Amer Paripović, projekt menadžer
Danijela Ovcina, dipl. med. sestra
Dinjko Stojaković, kriminalist
dr. Humera Porobić
dr. Jadranka Miličić-Đuranović, ginekolog
Prof. dr. Josip Begovac
dr. Marina B. Latković, mr.sci.stom.
Remzija Šetić, dipl. psiholog
dr. Sana Šabović, spec. infektolog
Suvada Sofić, dipl. soc. radnica
Prim. dr Vesna Hadžiosmanović, infektolog
Prof. dr Zulfo Godinjak, ginekolog

IZDAVAČKI SAVJET/EKSPERTNA GRUPA

Dr. Zlatko Čardaklija
Dr. Stela Stojisavljević
Dr. Senka Mesihović-Dinarević
Dr. Jasminka Vučković

IZDAVAČ

Udruženje Partnerstvo za zdravlje

DTP & GRAFIČKI DIZAJN

Rihad Čovčić

ŠTAMPA

Arch design d.o.o.

TIRAŽ

2000 primjeraka, Prvo izdanje, Sarajevo, 2012.

CIP - Katalogizacija u publikaciji
Nacionalna i univerzitetska biblioteka
Bosne i Hercegovine, Sarajevo

616.98:578.828 HIV](082)

HIV & AIDS za medicinske radnike : zbornik
radova / priredio Amer Paripović. - Sarajevo :
Udruženje Partnerstvo za zdravlje, 2012. - 349
str. : ilustr. ; 23 cm

Bibliografija uz sve radove

ISBN 978-9958-568-08-4
1. Paripović, Amer
COBISS.BH-ID 19725318

© Partnerstvo za zdravlje/Partnerships in Health. Sva prava pridržana.

Korištenje i objavljivanje ove publikacije ili njenih pojedinih dijelova na bilo koji način i bilo kojim sredstvima komunikacije i informisanja nije dozvoljeno bez pismenog odobrenja Partnerstva za zdravlje/Partnerships in Health.

Stavovi izneseni u ovoj publikaciji ne odražavaju nužno stavove i mišljenje Partnerstva za zdravlje, UNDP-a, kao ni ostalih partnera koji su podržali izdavanje ove publikacije.

ZAHVALNICA



Zahvaljujemo svim saradnicima koji su sudjelovali u pripremi ove publikacije.

Posebno zahvaljujemo na podršci u radu i imenovanju ekspertne grupe:

Federalnom ministarstvu zdravstva
Ministarstvu zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske

Izdavanje ove publikacije podržano je od:



NAPOMENA

Znanje o medicini se neprestano mijenja. Svaki čitalac ove publikacije mora imati na umu da nova klinička iskustva i istraživanja neprestano šire ljudsko znanje, te shodno tome, tačnost i korisnost navoda u ovoj publikaciji može da se promijeni tokom vremena.

Savjetujemo svim čitaocima i korisnicima ovog priručnika da prije primjene u praksi provjere sve činjenice, tvrdnje, stavove i teorije iznesene u ovom priručniku, konsultirajući relevantne naučne autoritete, kako bi provjerili da li je u vezi sa određenom temom došlo do novih otkrića i saznanja.

Izdavač i autori ne mogu preuzeti odgovornost za bilo koju povredu ili štetu nanесenu pojedincima ili imovini koja može da se pojavi kao rezultat korišćenja ovog priručnika.



Sadržaj

Predgovor	7
Osnovne činjenice o HIV-u i AIDS-u	9
Etiologija i imunopatogeneza HIV-a	25
Glavne kliničke manifestacije HIV infekcije – oportunističke infekcije	43
Antiretrovirusno liječenje	71
Prevenција HIV infekcije	85
Mjere zaštite od prenosa HIV-a i ostalih seksualno prenosivih infekcija	95
Profesionalno izlaganje HIV-u	105
Mjere prevencije HIV-a u stomatološkoj praksi	125
Standardne mjere zaštite za zdravstvene radnike	135
Rad sa ranjivim grupama	151
Dobrovoljno i povjerljivo savjetovanje i testiranje (DPST)	171
Česte ginekološke manifestacije HIV-a i njihovo liječenje	187
Planiranje trudnoće i HIV/AIDS	225
Prevenција prenošenja HIV-a sa majke na dijete (PMTCT)	237
Oralne manifestacije infekcije HIV-om	247
Stavovi, stigma i diskriminacija	261
Psihičke pojave u stadijima HIV infekcije	283
Mentalno zdravlje, psihosocijalna pomoć i podrška u prevenciji i liječenju HIV-a i AIDS-a	295
Prava i obaveze zdravstvenih radnika i pacijenata	321
Prilozi	345
Spisak DPTS centara u Bosni i Hercegovini	349



Predgovor

Ova publikacija je kompilacija najuspješnijih stručnih tekstova koji su objavljeni proteklih godina u priručnicima za trenere i brošurama za učesnike koje je izdalo Partnerstvo za zdravlje, u cilju stručne podrške kako trenerima, tako i učesnicima treninga. Nekoliko tekstova je napisano specijalno za ovu publikaciju.

Izdavanjem ove zbirke stručnih tekstova pokušaće se prevazići hronični nedostatak literature o HIV-u i AIDS-u na zvaničnim jezicima Bosne i Hercegovine, te na taj način doprineti odgovoru na HIV.

Publikacija će biti besplatno dijeljena učesnicima treninga za uposlenike u medicinskim ustanovama koje organizuje Partnerstva za zdravlje u okviru državnog projekta: „Srazmjerno povećanje univerzalnog pristupa za najrizičnije populacije u Bosni i Hercegovini“.

Partnerstvo za zdravlje

NAPOMENA

Znanje o medicini se neprestano mijenja. Svaki čitalac ove publikacije mora imati na umu da nova klinička iskustva i istraživanja neprestano šire ljudsko znanje, te shodno tome, tačnost i korisnost navoda u ovoj publikaciji može da se promijeni tokom vremena.

Savjetujemo svim čitaocima i korisnicima ovog priručnika da prije primjene u praksi provjere sve činjenice, tvrdnje, stavove i teorije iznesene u ovom priručniku, konsultirajući relevantne naučne autoritete kako bi provjerili da li je u vezi sa određenom temom došlo do novih otkrića i saznanja.

Izdavač i autori ne mogu preuzeti odgovornost za bilo koju povredu ili štetu nanesenu pojedincima ili imovini koja može da se pojavi kao rezultat korištenja ovog priručnika.



Osnovne činjenice o HIV-u i AIDS-u¹

*Prim. dr. Vesna Hadžiosmanović, šef Odjela za HIV/AIDS
Klinika za infektivne bolesti, Klinički centar Univerziteta Sarajevo*

¹ Preuzeto iz priručnika za trenere „Dobrovoljno i povjerljivo savjetovanje i testiranje na HIV“. (2012). Partnerstvo za Zdravlje. Sarajevo.



Šta je HIV?

Uzročnik HIV bolesti je virus humane imunodeficijencije, skraćeno HIV, od engleskog naziva za *human immunodeficiency virus*. Postoje dva tipa HIV-a: HIV tip 1, koji je dominantan i odgovoran za pandemiju u SAD-u, Evropi, centralnoj Africi; i HIV tip 2, koji je manje virulentan od tipa HIV-1, koji je otkriven u zapadnoj Africi, gdje se uglavnom i zadržao. Oba virusa uzrokuju hroničnu infekciju s progresivnim oštećenjem imunološkog sistema.

HIV je retrovirus koji inficira CD4+ T limfocite, koji imaju ključnu ulogu u mobilizaciji imunološkog sistema protiv raznih mikroorganizama, što dovodi do progresivnog propadanja ovih ćelija.

Virus humane imunodeficijencije se sastoji od jezgre (sadrži dva lanca RNK i enzime reverzne transkriptaze, integraze i proteaze), koja je okružena dvoslojnim lipidnim omotačem koji sadrži površinske gp120 i transmembranske gp41 proteine. Proces replikacije, tj. „životni ciklus“ HIV-a, je proces u kojem virus koristi svoje sopstvene komponente, kao i komponentne domaćina za svoju replikaciju. HIV inficira T limfocite tako što se svojim receptorom gp120 veže za CD4 receptor T limfocita i hemokinske receptore CCR5 i CXCR4. Nakon vezivanja za ćelijske receptore, virus ulazi u citoplazmu. U citoplazmi virusna proteaza vrši dekapidaciju i dolazi do oslobađanja virusne RNK. Nakon toga, enzim reverzna transkriptaza (RT) vrši transkripciju virusne RNK u DNK, a zatim enzim integraza vrši integraciju virusne DNK u DNK ćelije domaćina. Integrisana virusna DNK se naziva provirus. Ako dođe do aktivacije inficirane T ćelije vanjskim stimulansom, ćelija odgovara transkripcijom većeg broja sopstvenih gena i produkcijom citokina. Nepovoljna posljedica je da citokini mogu aktivirati provirus, što dovodi do stvaranja virusnih RNK, a zatim i proteina. Tada se formira struktura virusne jezgre koja migrira do ćelijske membrane, poprima lipidni omotač i odvaja se kao infektivna virusna čestica, sposobna da inficira drugu ćeliju.



Šta je to AIDS ili SIDA?

AIDS je terminalna ili kasna faza hronične infekcije izazvane HIV-om. AIDS je kratica engleskog naziva *acquired immunodeficiency syndrome*, a SIDA je kratica francuskog naziva *syndrome d'immunodeficiency acquise* (u prevodu: stečeni sindrom nedostatka imunosti). Od prodora HIV-a u organizam pa do razvoja AIDS-a protekne više godina, čak i preko 15, iako je opisana i kratka inkubacija od nekoliko mjeseci, što je posljedica individualnog imunološkog odgovora na HIV. HIV bolest označava stanje od ulaska HIV-a u krvotok do pada imunološkog sistema, kada se javljaju oportunističke infekcije, tj. infekcije koje se događaju samo kod ljudi ozbiljno smanjenog imuniteta.

Po američkom Centru za kontrolu i prevenciju bolesti (CDC), HIV inficirana osoba ima AIDS:

- Kad ima pad vrijednosti limfocita CD4 ispod 200/mm³ ili
- Kad se razviju specifična, teška stanja – oportunističke infekcije i tumori koji su povezani s HIV infekcijom (indikatorske bolesti AIDS-a).

Koliko ljudi u svijetu živi s HIV-om i AIDS-om?

Prema procjeni UNAIDS-a², u 2010. godini u svijetu je od 31,4 do 35,3 miliona ljudi koji žive s HIV/AIDS-om, uključujući od 1,6 do 3,4 miliona³ djece mlađe od 15 godina. U 2009. godini, broj osoba novoinficiranih HIV-om u svijetu je procijenjen na oko 2,6 miliona, odnosno preko 7.000 novih slučajeva HIV zaraze dnevno. Mladi između 15 i 24 godine čine 42% svih novoinficiranih u 2010. godini. UNAIDS procjenjuje da je više od 5 miliona ljudi primalo antiretrovirusnu (ARV) terapiju, što čini 35% onih kojima treba terapija. U svijetu je od AIDS-a u 2009. godini umrlo 1,8 miliona ljudi⁴.

Prema procjenama UNAIDS-a, 2010. godina je bila prekretnica u odgovoru na AIDS. Broj novoinficiranih i broj smrti povezanih s HIV-om i AIDS-om se smanjio na najnižu stopu od vremena kada je epidemija imala najviše razmjere. Nove infekcije HIV-om su se smanjile, a broj smrtnih slučajeva povezanih s AIDS-om se takođe značajno smanjio zbog spasonosnih efekata antiretrovirusne terapije, povećanog pristupa HIV tretmanu kao i obuhvatnim programima prevencije.

² UNAIDS, Report on the global AIDS epidemic-2010. Strana 21.

³ Ibid. Strana 182.

⁴ Ibid. Strana 8, 12 i 19.



Stanje u Bosni i Hercegovini

Region Zapadnog Balkana ima prevalencu manju od 0,1%. Sve zemlje u regionu imaju manje od 1.000 prijavljenih HIV pozitivnih osoba od početka epidemije, s izuzetkom Srbije, gdje je registrovano 2.448 HIV pozitivnih od 1985. godine.

Po parametrima Svjetske zdravstvene organizacije, BiH je zemlja sa malim brojem zaraženih. Prvi slučaj HIV infekcije zabilježen je 1986. godine i od tada je u BiH registrovano 196 osoba zaraženih HIV-om. Trenutno 63 osobe u BiH živi s HIV-om⁵. Dominantan put prenošenja HIV-a kod naših pacijenata je bio heteroseksualni kontakt – 56,1%, potom homoseksualni/biseksualni kontakt – 21,9%, a nakon toga prenos krvnim putem, odnosno među injekcionim korisnicima droge – 10,7%. Odnos oboljelih muškaraca i žena pokazuje da su muškarci češće oboljevali od HIV-a, kao i u drugim zemljama u svijetu. Registrovana su i dva slučaja vertikalne transmisije.

Najveći broj naših pacijenata pripada grupi radno aktivnog stanovništva. Prosječna starosna dob bolesnika je 39 godina. Nismo imali slučajeve HIV infekcije nakon transfuzije domaće krvi. U BiH se krv donatora obavezno testira na HIV, a provode se i ostale mjere sprečavanja uzimanja krvi od osoba pod povećanim rizikom od HIV infekcije⁶.

Faktori koji mogu doprinijeti širenju zaraze HIV-om u zemlji

Glavni faktori koji mogu doprinijeti širenju zaraze HIV-om u zemlji su:

- Regionalni unutrašnji sukobi i nestabilnost, raseljena lica i izbjeglice,
- Nestabilna ekonomska situacija, koja rezultira unutrašnjim i vanjskim migracijama,
- Raskršće puteva krijumčarenja droga i ljudi,
- Siromaštvo i izolacija nekih grupa (posebno Roma), usljed čega nemaju pristup programima prevencije,
- Stigmatiziranje i nedostatak javne diskusije o rizičnim ponašanjima, što povećava rizik od zaraze HIV-om (česte promjene seksualnih partnera, muškarci koji imaju spolne odnose s drugim muškarcima, injekcioni korisnici droga),
- Porast broja zaraženih hepatitisom C među injekcionim korisnicima droga,

⁵ JZU Institut za javno zdravstvo Republike Srpske. "Izveštaj o epidemiološkom nadzoru HIV/AIDS-a", XII/2011.

⁶ Ibid.



- Regionalni trendovi, koji pokazuju porast epidemije HIV-a (Rusija, Ukrajina, Rumunija, Moldavija, centralna Azija).

U BiH, državni odgovor na HIV i AIDS koordinira se od strane Savjetodavnog odbora za HIV i AIDS, kojeg je osnovalo Vijeće ministara BiH, s koordinatorima za HIV i AIDS za Federaciju BiH, odnosno Republiku Srpsku. Državnu strategiju za HIV i AIDS (2004–2009) usvojilo je Vijeće ministara BiH u januaru 2004. godine. Vijeće ministara BiH je, na prijedlog Savjetodavnog odbora za HIV/AIDS u BiH, 7. septembra 2011. usvojilo novu Strategiju za odgovor na HIV i AIDS u BiH za period 2011-2016 godine.

Kako se može zaraziti HIV-om?

HIV je prisutan u svim tjelesnim tečnostima i tkivima inficirane osobe. Samo u krvi, spermi, vaginalnom sekretu i majčinom mlijeku virusa ima u dovoljnoj koncentraciji da izazove infekciju.

HIV se može prenijeti na tri načina, a rizik za transmisiju zavisi od brojnih faktora. Najvažniji faktori koji mogu uticati na transmisiju HIV-a su vrsta tjelesne tečnosti koja sadrži virus, koncentracija virusa i način transmisije. Krv sadrži najveće koncentracije HIV-a, tako da je rizik za transmisiju putem direktnog kontakta s krvlju inficirane osobe mnogo veći nego putem kontakta s drugim tjelesnim tečnostima. Rizik za infekciju zavisi i od načina na koji je virus ušao u organizam. Naprimjer, ako virus uđe direktno u krvotok, recimo u venu, rizik je mnogo veći nego u slučaju kada virus uđe u organizam preko digestivnog trakta, recimo kod dojenčadi (pri dojenju). Ako je broj virusnih kopija u krvi veći, veća je i mogućnost inficiranja.

Tri glavna načina na koja se može zaraziti HIV-om:

1. Prenos nezaštićenim spolnim odnosom (vaginalni, analni i oralni) sa zaraženom osobom

U svijetu, najčešći način transmisije HIV-a je nezaštićeni spolni odnos. Rizik od transmisije nakon samo jednog spolnog odnosa sa zaraženom osobom se procjenjuje na 0,1% do 1%. Najrizičnijim za transmisiju se smatra nezaštićeni **analni spolni odnos**, jer je sluznica rektuma tanka, bogata krvnim sudovima i podložna povredama.

Prenos HIV infekcije tokom **oralnog spolnog akta** je manje rizičan od analnog ili vaginalnog. Upotrebom lateks barijere, kao što je kondom ili gumica za zube, snižava se rizik od inficiranja HIV-om. Ako se koristi kondom tokom oralnog spolnog akta,



mora se imati na umu da su ruževi za usne često napravljeni na bazi ulja, što može oštetiti kondom.

Ako neka osoba već ima neku **spolno prenosivu bolest**, ima i veće šanse da se inficira HIV om tokom nezaštićenog spolnog odnosa s HIV-inficiranom osobom.

Transmisija HIV-a **sa žene na ženu** tokom spolnog akta je rijetka, ali moguća ukoliko imaju nezaštićene spolne odnose, odnosno kontakte koji za posljedicu imaju ekspoziciju **krv-na-krv**, tj. ukoliko vaginalni sekret ili menstrualna krv dospiju na otvorene rane ili posjekotine oko usta, npr. rane uzrokovane ugrizima, oštrim zubima, energičnim četkanjem i pranjem zuba. Zajednička upotreba seksualnih igračaka također nosi rizik od transmisije. Ukoliko više osoba koristi vibrator ili neku drugu igračku, preporučuje se temeljito čišćenje između dvije upotrebe i eventualno navlačenje neupotrijebljenog kondoma prije svake upotrebe.

HIV inficirana osoba može prenijeti virus na svog partnera čak i ako još uvijek nema simptome HIV bolesti, nema AIDS dijagnozu, pa čak i ukoliko uzima antiretroviralnu terapiju, odnosno ukoliko ima nemjerljiv broj virusnih kopija u krvi.

2. Prenos preko krvi i krvnih produkata

Drugi važan put prenosa HIV-a je putem inficirane krvi. Do zaraze može doći zajedničkom upotrebom nečistih igala i šprica za intravenoznu primjenu psihoaktivnih supstanci, transfuzijom zaražene krvi uzete od osobe koja je u fazi akutne HIV infekcije, prije serokonverzije, kada se još nisu stvorila antitijela. Moguć je i prenos HIV-a presađivanjem organa i umjetnom oplodnjom. Testiranjem donatora taj rizik praktično i ne postoji. Infekcija se može prenijeti i nesterilnim, krvlju kontaminiranim priborom za brijanje, tetoviranje ili pirsing. U praksi, mogu se inficirati i zdravstveni radnici koji se nepažnjom ubodu na iglu koju su prethodno upotrijebili bolesnici zaraženi HIV-om.

3. Prenos sa zaražene majke na dijete (vertikalna transmisija)

Treći način transmisije HIV-a je s inficirane majke na dijete tokom trudnoće, porođaja ili tokom dojenja.



Kako se HIV ne prenosi?

HIV se ne prenosi uobičajenim socijalnim kontaktom. HIV se ne prenosi niti poljupcem, zagrljajem, rukovanjem, kašljanjem, preko odjeće, rublja, posteljine, niti upotrebom zajedničkog pribora za jelo i piće, u bazenima, toaletima, kupaonicama, kao ni posjetama liječniku, stomatologu, preko hrane koju je spremila inficirana osoba, niti boravkom u istom prostoru, školi, na radnom mjestu.

HIV se **ne može** prenijeti **ubodom komarca**, jer komarac ili neki drugi insekt ne injektira svoju krv ili krv svoje prethodne „žrtve“ u organizam nove „žrtve“, nego samo pljuvačku. Za razliku od mikroba koji uzrokuju malariju koja se prenosi ugrizom komarca, HIV se ne reproducira u komarcima i ostalim insektima, dakle u njima ne može preživjeti. Čak ako virus i uđe u komarce, oni se ne inficiraju i ne mogu prenijeti HIV na čovjeka kojeg ugrizu ili usišu njegovu krv.

Kako prevenirati seksualnu transmisiju HIV infekcije?

Jedini potpuno siguran način zaštite od HIV infekcije je **apstinencija. Monogamija**, uzajamno vjeran odnos dvaju nezaraženih partnera, smatra se nerizičnim ponašanjem u smislu prenosa HIV infekcije. Redovna i ispravna **upotreba kondoma** za muškarce ili za žene može značajno smanjiti, ali ne i potpuno eliminirati rizik za transmisiju HIV-a. Svaki drugi spolni odnos bez kondoma danas se smatra rizičnim ponašanjem u pogledu HIV bolesti. Liječenjem spolnih bolesti prevenira se HIV infekcija.

Prevenција širenja HIV infekcije putem krvi

Prevenција širenja HIV infekcije među injekcionim korisnicima droge uključuje više mjera i savjeta koje treba slijediti:

- Stvarati uslove da ne dođe do bolesti ovisnosti i liječiti ovisnike,
- Educirati ovisnike o psihoaktivnim supstancama i korištenju igala za jednokratnu upotrebu,
- Omogućiti razmjenu upotrebljivanih za sterilne igle.

Nikada ne koristiti tuđe oštre predmete za osobnu upotrebu: žilete, makaze, nožice, grickalice za nokte, a prije pirsinga ili tetovaže provjeriti da li je oprema sterilna.



Medicinski radnici se mogu zaštititi koristeći standardne mjere zaštite na poslu pri radu sa svakim pacijentom i prije nego se sazna njegov HIV status.

Prevenција HIV transmisije s majke na dijete

Ako je trudnica zaražena HIV-om, rizik od inficiranja djeteta je visok (10%–40%), dakle, neophodno je testirati se u trudnoći. HIV-inficirane majke se savjetuju da ne doje, jer se i majčinim mlijekom dijete može zaraziti.

Izvjescni faktori mogu smanjiti rizik od vertikalne transmisije, uključujući i anti-HIV-terapiju tokom trudnoće, izbor carskog reza kao tehnike za porođaj, te izbjegavanje dojenja ako je dostupno sigurno i adekvatno zamjensko mlijeko. Majke često dobiju naprsnuća i krvarenja bradavica u vrijeme dojenja, što povećava rizik za transmisiju virusa.

Koji su simptomi HIV infekcije?

Većina osoba koje žive s HIV-om dugo vremena nemaju nikakvih simptoma, mogu izgledati i osjećati se potpuno zdravim i ne biti svjesni da su zaraženi. Testiranje na HIV jeste jedini način da saznaju da li su zaraženi.

Na osnovu kliničke slike i broja limfocita CD4, HIV bolest se može podijeliti u više faza:

1. Akutna HIV infekcija, koja se javlja 3–6 sedmica nakon ulaska HIV-a u organizam. Protiče kao benigna virusna bolest koja se klinički manifestira slično gripi, infektivnoj mononukleozi ili virozi. Javljaju se povišena tjelesna temperatura, glavobolja, malaksalost, bolovi u mišićima i zglobovima, osip i povećanje limfnih žlijezda. Akutna HIV infekcija obično traje 7–21 dan i spontano prolazi. Limfociti CD4 su prolazno sniženi, a u krvi cirkulira velika količina HIV-a. Imunološki sistem počinje proizvoditi HIV antitijela, iako ona neće biti detektibilna, tako da u ovoj fazi test na HIV može biti lažno negativan. Detektibilne vrijednosti antitijela neće biti prisutne u krvi i do tri mjeseca nakon inficiranja („**period prozora**“). U postavljanju dijagnoze osjetljiviji test je određivanje p24 antigena, detekcija provirusne DNK ili virusne RNK reakcijom lančane polimeraze (PCR).



2. Asimptomatska HIV infekcija je druga faza hronične HIV bolesti, koja može trajati i duže od 10 godina a da zaražena osoba ne pokazuje nikakve simptome bolesti, ili može biti prisutna generalizirana limfadenopatija. HIV se aktivno umnožava, napada i ubija stanice imunološkog sistema. Broj limfocita CD4 se postepeno smanjuje na vrijednosti od 200 do 300/mm³.

3. Simptomatska bolest je treća faza HIV infekcije u kojoj se, s propadanjem imunološkog sistema, počinju javljati mnogi simptomi bolesti. Ova faza se dijeli na ranu, srednju ili uznapredovalu i kasnu fazu bolesti.

Kliničke manifestacije u **ranjoj simptomatskoj infekciji HIV-om** su: glavobolja, mijalgije, febrilnost, noćno znojenje, gubitak tjelesne težine. Može biti prisutna i perzistentna generalizirana limfadenopatija. Regresija limfadenopatije može biti loš prognostički znak – upućuje na rizik od progresije bolesti, dok povećanje limfnih čvorova može ukazivati na NHL, tuberkulozu i slično. Česte su razne mukokutane manifestacije, pneumonije, bronhitis ili tuberkuloza.

U srednjoj ili uznapredovaloj fazi bolesti vrijednosti limfocita CD4 su niske (50-200/mm³), dolazi do progresije opštih simptoma, javljaju se oportunističke infekcije, kao što su PCP, kriptosporidoza, bakterijske infekcije, toksoplazmoza mozga, karcinomi cerviksa i rektuma, KS, demencija i slično.

U kasnoj fazi HIV bolesti, broj limfocita CD4 je ispod 50/mm³. Često se javlja CMV retinitis, limfom mozga, uznapredovala demencija, sindrom propadanja, progresivna multifokalna leukoencefalopatija (PML), KS. HIV dovodi do destrukcije CD4 ćelija, a organizam više ne uspijeva nadoknaditi izgubljene limfocite CD4.

Praćenje HIV infekcije

U praćenju zdravstvenog stanja HIV-inficirane osobe vrijednosti limfocita CD4 i PCR testovi predstavljaju najvažnije analize za praćenje toka HIV bolesti i djelotvornosti ARV terapije.

Mjerenje vrijednosti limfocita CD4

Limfociti CD4 su sastavni dio imunološkog sistema. Broj prisutnih limfocita CD4 je direktan indikator sposobnosti imunološkog sistema da se odbrani od oportunističkih infekcija. Teže oportunističke infekcije nastaju kada je broj limfocita CD4 ispod 200/mm³.



Broj limfocita CD4 kod HIV neinficiranih osoba je između 500 i 1.200 u jednom kubnom milimetru krvi. Pad vrijednosti limfocita CD4 kod HIV inficirane osobe se obično javi nakon niza godina, kako infekcija napreduje. Broj limfocita CD4 između 500 i 200 ukazuje da je imunološki sistem donekle oštećen, a vrijednosti ispod 350 ili njihov rapidni pad je indikacija za razmatranje uključivanja anti-HIV tretmana. Uz upotrebu ARV terapije, broj limfocita CD4 će se vremenom povećavati ka normalnim vrijednostima i održavati se na određenom nivou. Važno je pratiti broj limfocita CD4.

Koliko često će se mjeriti vrijednosti limfocita CD4 zavisi od brojnih faktora, kao što su prethodne vrijednosti limfocita CD4, prisustvo ili odsustvo simptoma bolesti, kao i da li je osoba na HIV tretmanu ili da li je upravo započela neki novi tretmanski režim.

Mjerenje broja virusnih kopija u krvi (viremije)

Mjerenje viremije je esencijalno za određivanje koliko je proces virusne replikacije aktivan i koliki je rizik od napredovanja bolesti. Vrijednosti viremije se smatraju dobrim indikatorom za odluku o započinjanju anti-HIV tretmana. Efikasan anti-HIV tretman bi trebao imati za rezultat smanjenje viremije na manje od 50 kopija u mm³ krvi.

Kada je količina HIV-a u krvi tako mala da ga testovi krvi ne mogu registrirati, to nazivamo nedetektibilnom viremijom. To ne znači da virus više nije prisutan u krvi, nego samo da senzitivnost izvedenog testa nije dovoljna da se detektira virus.

Osoba s **nedetektibilnom viremijom** još uvijek ima HIV-u organizmu i može prenijeti virus na druge, ali HIV se sporije i manje umnožava, što znači i da je manje aktivan, da imunološki sistem manje propada i ima šansu da se obnovi, odnosno da bolest sporije napreduje i da se odlaže pojava AIDS-a, te da lijekovi dobro djeluju, odnosno dobro kontroliraju virus.

Testiranje viremije i vrijednosti limfocita CD4 bi uvijek trebalo obavljati istovremeno.



Mogu li se zaraza HIV-om ili AIDS liječiti?

Za liječenje HIV infekcije koriste se antiretroviralni (ARV) lijekovi. Ova terapija ne dovodi do definitivnog izlječenja HIV infekcije, ali uz ove lijekove HIV je danas hronična bolest s kojom se kvalitetnije živi i s kojom se može doživjeti gotovo duboka starost. Za sada ne postoji djelotvorna vakcina za HIV.

Tretman za HIV infekciju uključuje:

- HAART (visokoaktivna antiretroviralna terapija),
- Profilaksu oportunističkih infekcija,
- Tretman oportunističkih infekcija, i
- Upražnjavanje zdravog načina življenja.

HAART (*Highly Active Anti-Retroviral Therapy* – Visokoaktivna antiretroviralna terapija) sadrži tri ili više lijekova koji istovremeno djeluju protiv HIV-a. HAART može osnažiti imunološki sistem i smanjiti količinu HIV-a u krvi, jer terapija suzbija umnožavanje virusa, usporava napredovanje bolesti, odgađa pojavu oportunističkih infekcija, dovodi do produženja života, poboljšava kvalitet života.

Lijekovi protiv HIV-a su podijeljeni u nekoliko klasa ili tipova. U kombinacije se uključuju različite klase lijekova, a svaka od njih utiče na HIV na drugačije načine. Najčešći tipovi su:

- **NRTI** (nukleozidni i nukleotidni inhibitori reverzne transkriptaze): Zidovudin, Didanozin, Lamivudin, Stavudin, Abakavir, Emtricitabin, Tenofovir,
- **NNRTI** (nenukleozidni inhibitori reverzne transkriptaze): Efavirenz, Nevirapine, Etravirine,
- **Inhibitori proteaze**: Indinavir, Ritonavir, Nelfinavir, Saquinavir, Fosamprenavir, Lopinavir/Ritonavir, Atazanavir, Tipranavir, Darunavir,
- **Inhibitor integraze**: Raltegravir,
- **Inhibitor fuzije i inhibitor koreceptora CCR5**: Enfuvirtide (T-20), Maraviroc.

Anti-HIV lijekovi mogu dati nuspojave, a neke od njih su opasne i po život. Neredovno uzimanje, odnosno propuštanje samo nekoliko doza lijeka, može dovesti do razvoja rezistencije.

Profilaksa oportunističkih infekcija. Neke oportunističke infekcije se javljaju samo kada oslabi imunološki sistem, tj. kada broj limfocita CD4 padne ispod određenog nivoa. Uz pravovremeno administriranje antiretroviralne terapije, u novije vrijeme profilaksa postaje manje važna.



Tretman oportunističkih infekcija. Tretman za tumore, infekcije i druge bolesti povezane s AIDS-om je dostupan. Kombinacija ovih tretmana s HAART-om može pomoći osobama s AIDS-om da žive zdravije i duže.

Zdrav način življenja. Dobre navike zdravog načina življenja mogu imati važnu ulogu u HIV tretmanu.

HAART može ojačati imunološki sistem i smanjiti količinu HIV-a u krvi.

Kada započeti antiretroviralno liječenje?

Odgovor na ovo pitanje nije jednostavan. Mnogi faktori utječu na odluku o započinjanju ARV tretmana, uključujući broj limfocita CD4, viremiju, simptome bolesti, moguće nuspojave lijekova i sposobnost organizma da im se suprotstavi, kao i spremnost pacijenta na redovno, svakodnevno, doživotno uzimanje lijekova. Tretman se izričito preporučuje ako se jave simptomi HIV/AIDS-a ili ako je vrijednost limfocita CD4 ispod 350/mm³.

U Bosni i Hercegovini je omogućena primjena HAART-a. Pacijenti dobivaju lijekove u klinikama za infektivne bolesti u Sarajevu, Tuzli i Banja Luci.

Kako se HIV infekcija dijagnosticira?

Prisustvo virusa humane imunodeficijencije u organizmu može se izvršiti pomoću dvije dijagnostičke metode:

1. Otkrivanjem specifičnih antitijela na HIV u krvi, koja se obično javljaju do 12 sedmica nakon kontakta s virusom (**ELISA** – visoko osjetljiv i specifičan skrining test i **Western Blot** – potvrdni test); i
2. Otkrivanjem samog virusa, tj. njegove genetske strukture – **PCR** dijagnostičkom tehnikom.



Rezultat testa može biti:

HIV negativan nalaz, koji pokazuje da u krvi ne postoje antitijela na HIV. Da bi negativan rezultat testa bio pouzdan, test treba uraditi 12 sedmica nakon mogućeg datuma inficiranja. Prije testiranja neophodno je savjetovanje s liječnikom o nužnosti testiranja.

HIV pozitivan nalaz, koji pokazuje da u krvi postoje antitijela na HIV. Biti zaražen HIV-om ne znači imati AIDS.

Koje su koristi od testiranja na HIV

Rano otkrivanje HIV-bolesti omogućava pravovremeno administriranje ARV terapije i profilakse za oportunističke infekcije, te prekid lanca daljnje transmisije infekcije. Liječenjem tokom trudnoće smanjuje se mogućnost vertikalne transmisije HIV-a. Poduzimaju se mjere za zaštitu vlastitog zdravlja: ispravna ishrana, dovoljno odmora, izbjegavanje rizičnog ponašanja, izbjegavanje duševnog i tjelesnog stresa.

Ko bi se trebao testirati?

- Osobe koje su imale veći broj spolnih partnera, nezaštićene spolne odnose s nepoznatim osobama ili seksualnim radnicama,
- Osobe koje su bolovala od neke spolno prenosive bolesti, hepatitisa B i C, tuberkuloze,
- Osobe koje su imale česte gljivične infekcije rodnice,
- Osobe s Herpes zosterom koji se ponavlja,
- Osobe sa psorijazom, a u slučaju da nema nasljedne sklonosti,
- Osobe s teškom upalom pluća,
- Osobe koje duže vrijeme imaju povišenu tjelesnu temperaturu, a uzrok je ostao nepoznat,
- Injekcioni korisnici droga,
- Povratnici iz zemalja s visokom incidencijom HIV/AIDS-a,
- Partneri svih pomenutih osoba.



LITERATURA:

- *Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)*. U: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R, ur. Mandell, Douglas and Benett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 7. izd. Churchill Livingstone. New York. 2009.
- Aidsmap: <http://www.aidsmap.com>
- AIDS epidemic update 2009, UNAIDS <http://unaids.org>
- Begovac J.: Infekcija HIV-om. U Vrhovac B.: Interna medicina. 4. ed. Naprijed. Zagreb. 2009.
- Beus I., Begovac J., ur.: HIV bolest. Graphis. Zagreb. 1996.
- Fauci A.S., Lane H.C.: Human immunodeficiency virus disease: AIDS and related disorders. U: Braunwald E., Fauci A.S., Kasper D.L., Hauser S.L., Longo D.L., Jameson J.L.: Harrison's Principles of Internal Medicine. 15. izd. McGraw – Hill. New York 2001.
- Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. 2011. Dostupno na: <http://www.aidsinfo.nih.gov/Guidelines>
- European AIDS Clinical Society (EACS) guidelines for the clinical management and treatment of HIV-infected adults. Version 5-4. Dostupno na: <http://www.europeanaidscinicalsociety.org/Guidelines/index.htm>
- Izvještaj o epidemiološkom nadzoru HIV/AIDS-a XII/2011. Zavod za javno zdravstvo FBiH.



Etiologija i imunopatogeneza HIV-a

dr. Humera Porobić, spec. infektolog, Klinika za infektivne bolesti, UKC Tuzla



Etiologija HIV-a

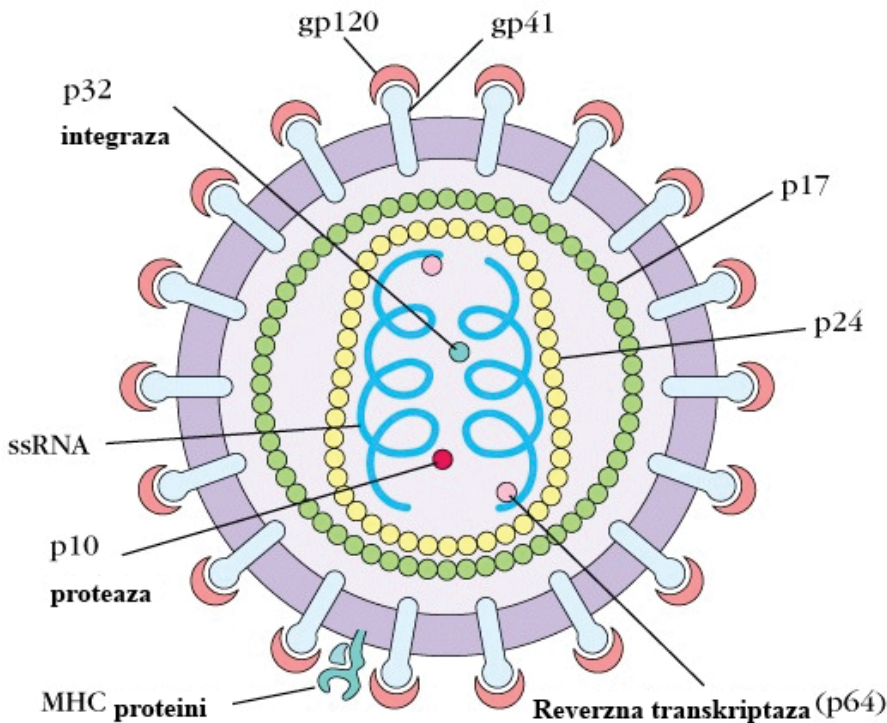
Uzročnik AIDS-a je HIV (virus humane imunodeficijencije). Prema svojim osobinama pripada porodici *Retroviridae*. Zajedno sa šest životinjskih virusa ubraja se u potporodicu *Lentivirinae* (spori virusi). HIV je RNK virus i njegova specifičnost je mogućnost reverzne transkripcije virusne RNK u DNK pomoću enzima reverzne transkriptaze, što predstavlja jedinstvenu karakteristiku retrovirusa. Postoje dva tipa virusa, HIV-1 i HIV-2. HIV-1 dominira u skoro svim dijelovima svijeta. Ova dva virusa ne isključuju mogućnost istovremene infekcije.

HIV virion se sastoji od nukleoproteinske jezgre okružene dvoslojnom lipidnom ovojnicom koja sadržava površinske glikoproteine (gp120) i transmembranske glikoproteine (gp41). Svaki od njih ima određenu ulogu. Gp120 ima afinitet prema ciljnim ćelijama, T limfocitima CD4 (helper – pomoćnici), makrofazima i dendritičnim ćelijama. Gp41 omogućuje fuziju membrana virusne i ciljne ćelije i tako omogućava HIV-u da uđe u ciljnu ćeliju (najčešće CD4 T limfocit).

Sa unutrašnje strane virusnog omotača nalazi se strukturni protein p17, kao i još jedan strukturni protein p24, koji formira konusni omotač oko jezgre viriona. Jezgro viriona se sastoji od dvije jednolančane RNK molekule koje čine RNK genom virusa, kao i od enzima reverzne transkriptaze, integraze i proteaze.

Za većinu retrovirusa je uobičajeno da imaju gene koji kodiraju strukturne proteine virusa, Gag-Pol-Env geni. Gag sadrži kod za proteine koji formiraju jezgro viriona, Env sadrži kod za glikoproteine omotača, a Pol sadrži kod za virusne enzime, reverznu transkriptazu, proteaze i integrazu.

Da bi HIV mogao ući u ciljnu ćeliju, potrebno je da na toj ćeliji budu, u većini slučajeva, dva površna receptora. Dva najvažnija koreceptora za HIV-1 su CCR5 i CXCR4.



Slika 1. Šematski prikaz strukture HIV viriona

Ulaskom u CD4 T limfocit, HIV se razmnožava, prolazeći kroz određene faze. Faze razmnožavanja koje predstavljaju replikacioni ciklus su sljedeće:

1. Replikacioni ciklus počinje vezanjem virusnog gp120 za CD4 receptor ciljne ćelije.
2. Gp41- posreduje fuziju membrana virusa i ciljne ćelije, a zatim slijedi ulazak HIV RNK i njenih pratećih proteina u ciljnu ćeliju. Koreceptori su bitni za ovaj korak.
3. Zatim enzim reverzna transkriptaza katalizira reverznu transkripciju virusne RNK da produkuje dvostruku virusnu DNK.
4. Virusna DNK se preseli u jezgru, gdje se randomizirano integrira u genom ćelije domaćina uz pomoć drugog virusnog enzima, integraze.
5. Integrirana provirusna DNK može ostati inaktivna (latentna) u jezgri ili pak može dovesti do ekspresije gena i transkripcije formirajući genomsku virusnu RNK ili mRNK ako je inficirana ćelija aktivirana.
6. HIV mRNK je prevedena u virusne proteine.
7. Virusna partikula je formirana od skupine HIV proteina, enzima i genomske RNK na membrani ćelijske plazme.



8. Pupanje nezrelog virusa se događa na membrani ćelije domaćina, jer je jezgri potreban vanjski omotač.
9. Tokom, ili odmah nakon pupanja, treći virusni enzim proteaza dovodi do prijanjanja Gag-Pol prekursor proteina tako stvarajući zrele virione koji su infektivni.

Izlaskom novog virusa iz ciljne domaćinove ćelije ta ćelija postaje afunkcionalna.

Virus humane imunodeficijencije je neotporan u spoljnoj sredini. Na temperaturi od 56-60°C inaktivira se za otprilike 30 minuta. HIV u osušenom materijalu brzo ugiba. Varakina-natrijev hipohlorit i drugi hlorni preparati, beta propiolakton, glutaraldehid, povidon jodid ubijaju ga za par minuta. Relativno je otporan na ultraljubičaste zrake. U tekućem mediju slobodan se HIV održi i nakon dvije sedmice na sobnoj temperaturi (23-27°C). Rublje i posteljinu kontaminirane HIV-om treba prati 25 minuta na 71°C.

Imunopatogeneza HIV-a

Normalan imuni sistem

Normalan imuni sistem se sastoji od dva dijela:

- Urođeni imuni sistem
- Stečeni imuni sistem

Urođeni imuni sistem je nespecifičan i čine ga prirodne ćelije ubice limfociti, koji ubijaju ciljne ćelije direktno ili indirektno uz pomoć antitijelo-ovisne ćelijske citotoksičnosti (ADCC) i dendritičkih ćelija koje lokaliziraju i prezentiraju antigene odgovarajućim T i B ćelijama. Ostale sudjelujuće ćelije su monociti, makrofagi, neutrofilni, bazofili, eozinofili, mastociti tkiva i epitelne ćelije.

Stečeni imuni sistem odlikuje se antigen-specifičnim odgovorom na strani antigen. Sastoji se od staničnog i humoralnog imuniteta. T ćelije su glavni posrednici ćelijskog imuniteta. CD8 citotoksične T ćelije djeluju na virusom zaražene ćelije ili strane ćelije, dok su CD4 T ćelije osnovne ćelije regulatori i ćelijskog i humoralnog specifičnog imuniteta. Aktivnost CD4 T ćelija može biti podražena direktnim ćelijskim kontaktom ili indirektno, ispuštanjem regulatornih hemijskih glasnika - citokina. Potonji način zatim aktivira CD8 T ćelije, B ćelije koje proizvode antitijela ili monocite i makrofage. B ćelije su glavni efektori humoralnog imuniteta i dovode do specifične proizvodnje antitijela kada su već jednom aktivirane. Zajedno, urođeni i stečeni imunitet, štite domaćina od infekcija većim brojem organizama.



Imunodeficijencija kod HIV infekcije

Ulazak HIV-au organizam pokreće složeni lanac imunopatogenog mehanizma koji vodi u začarani krug patogeneze i na kraju duboke imunosupresije koja je karakteristična za naprednu HIV infekciju. Primarna infekcija je praćena diseminacijom virusa. Brza replikacija virusa u ovoj ranoj fazi infekcije aktivira odgovarajući imunološki odgovor koji je HIV specifičan. To dovodi do značajnog smanjenja početne viremije. Kako god, ovaj imunološki odgovor je neadekvatan i samo djelimično eliminiira virus iz tijela. Razvija se faza kliničke latencije koja je naizgled neaktivna i asimptomatska. Tokom ove "latentne" faze replikacija virusa se nastavlja posebno u limfnim čvorovima. Hronično i trajno stanje virusne replikacije dovodi do postepenog pogoršanja imunološkog sistema i u konačnici do klinički očite bolesti.

Faktori koji utiču na patogenezu HIV-a

- Faktori domaćina
 - Ćelijski posredovan imunitet
- Humoralni imunitet
- Genetski faktori
- Virusni faktori
- Drugi kofaktori

Ćelijski posredovan imuni odgovor

1) CD4 T limfociti

Deplecija i disfunkcija CD4 T ćelija sa perzistentnom HIV infekcijom je centralna u patogenezi HIV bolesti. Događa se putem direktnih i indirektnih mehanizama.

a) Direktni HIV citopatični efekti

Ovo uzrokuje ubijanje jedne ćelije i fuziju drugih ćelija u formaciju sincicija. Mnoge neinficirane CD4 ćelije ujedinjuju se sa jednom HIV inficiranom ćelijom preko CD4 – gp120 interakcije formirajući gigantske multinuklearne ćelije (sincicijum) koje obično kratko žive. Za mnoge se mehanizme vjeruje da dovode do citotoksičnosti ćelije kod HIV infekcije:

- Akumulacija neintegrirane virusne DNK
- Inhibicija sinteze ćelijskih proteina tako što se pogoršava procesiranje ćelijske RNK



- Ekscesivna produkcija i akumulacija gp120 takođe ima direktni ćelijsko-ubijajući (citopatični) efekat, nezavisno od ubrzanja fuzije virus–ćelija i fuzije ćelija–ćelija

Virusno pupanje iz ćelijske membrane uzrokuje gubitak integriteta membrane

b) Inhibirana limfopoeza

Nedostatak sposobnosti da potpuno regeneriraju broj CD4 T limfocita u perifernoj krvi koji se neprekidno smanjuje kod HIV infekcije. To se dešava zbog uništenja i iscrpljivanja limfoidnih prekursor ćelija u limfoidnim organima i koštanoj srži. Timusne progenitorne ćelije takođe su pogođene. To dovodi do depresije u formiranju novih krvnih ćelija i drugih hematoloških poremećaja.

2) CD8 T limfociti

a) Citotoksični CD8 T limfociti (CTL)

HIV specifičan imunološki odgovor se sastoji i od humoralnog i ćelijskog imunološkog odgovora. HIV-specifični citotoksični CD8 T limfociti uglavnom su uključeni u ćelijsko posredovani imuni odgovor. Kada se aktiviraju oni su citotoksični za CD4 ćelije zaražene HIV-om i druge ciljane ćelije koje pokazuju identične molekule razreda i povezane sa HIV antigenom. CTL su citotoksični i za nezaražene CD4 ćelije (nedužne ćelije) koje imaju površne membranske proteine kao što je gp120. HIV-specifične CD8 CTL se pojavljuju rano u primarnoj HIV infekciji i igraju važnu ulogu u smanjenju viremije u početnom djelimičnom imunološkom odgovoru. Tu je značajna inverzna korelacija između CTL i količine virusa u krvi. Kako bolest napreduje, njihove specifične funkcionalne sposobnosti se smanjuju i u kasnim fazama bolesti broj CTL može biti znatno smanjen. Njihova funkcionalna cjelovitost je dijelom ovisna o odgovarajućim induktivnim signalima iz CD4 T ćelija, glavnih regulatornih ćelija stečenog imuniteta. Stoga, defekt u naprednoj bolesti može biti rezultat značajne redukcije CD4 ćelija.

b) Supresorski CD8 T limfociti – druga grupa CD8 T ćelija koja uzrokuje supresiju HIV replikacije bez ubijanja invadirane ćelije. Supresija je posredovana putem hemijskih izaslanika u formi antivirusnih citokina i hemokina.



- 3) B ćelije** – Mnoge funkcionalne abnormalnosti B ćelija pojavljuju se kod pacijenata sa HIV infekcijom, kao što su poliklonalna aktivacija, hipergamaglobulinemija, produkcija autoantitijela i takođe pogoršan primarni i sekundarni (memorijski) odgovor antitijela na mikroorganizme.
- 4) Prirodne ćelije/limfociti ubice (NK ćelije)** – Uključene u ubijanje ćelija inficiranih HIV-om, bilo direktno ili indirektno putem ADCC, gdje su NK ćelije sa specifičnim antitijelima protiv HIV antigena usmjerene protiv ćelija sa HIV ekspresijom.
- 5) Monociti i makrofagi** – HIV infekcija najčešće vodi u smrt invadirane ciljne ćelije. Međutim, ima nizak smrtonosni efekat na ćelije kao što su monociti i makrofagi, a koje su takođe ciljne ćelije HIV-a. Zato ove ćelije služe kao rezervoar HIV infekcije, funkcija koja može biti smetnja u eradikaciji HIV infekcije sa antiretrovirusnom
- 6) Dendritične i Langerhansove ćelije** – To su prve ćelije koje se pojavljuju u inflamiranoj mukoznoj membrani i vitalne su u započinjanju T ćelijskog odgovora. Na ulazu u inflamirano tkivo HIV se veže za dendritičke ćelije i njima je nošen do limfnih organa bogatih CD4 T ćelijama. Za njih se takođe vjeruje da započinju parcijalnu HIV specifičnu ćelijsko posredovanu imunu odbranu sarađujući sa CTL u limfnim organima.

Humoralni imuni odgovor

HIV-specifični humoralni imuni odgovor je važan u početnom smanjenju HIV replikacije. HIV-vezujuća antitijela produkovana od strane B ćelija unutar 6-12 sedmica su usmjerena prema brojnim HIV antigenima. Antitijela koja se mogu otkriti pomoću ELISA ili Western blot testa nemaju potpuno jasnu funkciju. Neka imaju protektivnu funkciju, dok druga povećavaju patogenezu HIV infekcije.

Protektivna uloga

- Učestvujući u ADCC nakon vezivanja za NK ćelije. To vodi ka ubijanju ćelija inficiranih HIV-om.
- Neutralizirajuća antitijela neutraliziraju HIV direktno i tako preveniraju širenje infekcije.



Patogena uloga

HIV-specifična antitijela mogu takođe doprinijeti progresiji bolesti tako što:

- Čine mehanizam poboljšanja antitijela – Produkcija antitijela koja olakšava infekciju drugih ćelija kao što su makrofazi i NK ćelije.
- Ubijanje nedužnih ćelija – Anti-gp120 antitijela uključena u ADCC mogu takođe ubiti neinficirane CD4 T ćelije koje imaju ekspresiju slobodnog gp120.

Drugi mehanizmi u patogenezi HIV- a

Autoimuni mehanizmi

Brojna auto-antitijela usmjerena protiv normalnih antigena u organizmu jedne osobe su otkrivena kod HIV inficiranih pacijenata. Moguća objašnjenja autoimunih procesa su:

- Proliferacija poliklonalnih B ćelija i produkcija antitijela a zbog nedostatka regulacije T ćelija u slučaju HIV infekcije, a nakon deplecije CD4 T ćelija.
- Molekulska mimikrija – Postoji određeni stepen sličnosti između proteina HIV a i velikog kompleksa histokompatibilnosti (MHC) klase II molekula. Zbog toga bi mogla postojati unakrsna reakcija između antitijela na HIV proteine i humane leukocitne antigene (HLA) klase II molekule. Brojna auto-antitijela su otkrivena kod HIV infekcije.

Apoptoza (programirana ćelijska smrt)

Ovo je normalan mehanizam smrti ćelije preko kojeg tijelo eliminira autoreaktivne klonove T ćelija. HIV infekcija CD4 T ćelija može dovesti do aktivacije inducirane ćelijske smrti ponekad i bez direktne infekcije CD4 T ćelija HIV-om. Smatra se da unakrsno vezivanje CD4-gp120 ili gp120-anti gp120 imunih kompleksa priprema ćeliju za apoptozu.



Limfoidni organi u HIV infekciji

Kada HIV uđe u tijelo jako se diseminira, posebno u limfno tkivo. Limfno tkivo ima važnu ulogu kao rezervoar HIV-a, jer su tu virusne čestice zarobljene u folikularnim dendritičnim ćelijama (FDC) u germinalnom centru, a konstantna replikacija virusa se događa čak i za vrijeme razdoblja kliničke latencije. FDC olakšavaju infekciju CD4 T pomoćnih ćelija i memorijskih T limfocita unutar germinalnih centara limfnih čvorova. Perzistentna aktivacija imunoloških ćelija u limfnim organima dodatno olakšava njihovu infekciju zarobljenim virusom koji se već nalazi unutar ćelija, kao i njegovu replikaciju. Šireća mreža FDC i hronična konstantna replikacija virusa dovodi do folikularne hiperplazije, klinički se predstavljajući kao povećani limfni čvorovi. U naprednoj HIV bolesti degeneracija mreže folikularnih dendritičkih ćelija i involucija germinalnog centra limfnog čvora se događa ispuštanjem zarobljenih HIV viriona u cirkulaciju sa posljedičnim masivnim porastom viremije u plazmi u kasnoj fazi bolesti.

Genetski faktori u patogenezi HIV-a

Za neke genetske faktore domaćina je opisano da mogu uticati na patogenezu i smjer HIV bolesti:

- Aleli MHC klase I i II – Specifični aleli HLA lokusa su povezani sa različitim nivoima progresije i varirajuće prijemčivosti za HIV infekciju.
- Receptori za hemokine (koreceptori), njihove mutacije i mutacije hemokina, hemijskih glasnika za ove receptore će uticati na vezivanje virusa za membranu ćelije domaćina i naknadnu progresiju infekcije.
- Određeni imunodominantni epitopi HIV T helpera ili citotoksičnih T limfocita vode do relativno protektivnog imunog odgovora protiv HIV-a.

Ovi varirajući genetski faktori su povezani sa različitim kliničkim stanjima kod HIV inficiranih osoba, kao i sa različitim kliničkim tokovima bolesti.

Dugo-djelujuće neprogresori ili spori progresori

CCR5 mutacije (homozigotni defekti) su povezane sa smanjenom prijemčivosti za infekciju, dok heterozigotni defekti uzrokuju zakašnjelu progresiju bolesti. Otprilike 1% kavkaza zapadnoevropskog porijekla imaju homozigotne mutacije, dok je oko 20% heterozigota sa CCR5 mutacijama. Ove su mutacije jako rijetke kod Afrikanaca. CCR2 heterozigotne mutacije su takođe povezane sa sporom progresijom.



Brza progresija – HIV -inficirani pacijenti sa homozigotnom mutacijom CX3CR1 koreceptora su pokazali brzu progresiju u AIDS. HLA B35 je takođe povezan sa brzom progresijom.

Eksponirane, ali još neinficirane osobe – Te osobe ostaju negativne uprkos ponavljajućim seksualnim ekspozicijama HIV u u visokorizičnom okruženju. *In vitro* testovi urađeni na uzorcima ovih osoba su pokazali da oni imaju homozigotni defekt na CCR5 mutaciji.

Virusni (HIV) faktori koji utiču na patogenezu bolesti

- Bijeg virusa od imunog odgovora pomoću mutacija.
- Virusna atenuacija – atenuirani HIV može usporiti progresiju bolesti.
- Virusni tropizam – progresija iz M-tropičnih u T-tropične viruse je povezana sa povećanom patogenosti i progresijom bolesti.
- Virusni podtipovi – različiti podtipovi (M, N, O) imaju različitu virulentnost i transmisiju.

Kofaktori koji imaju svoj doprinos u HIV patogenezi

Kofaktori mogu biti endogeni ili egzogeni faktori. Oni mijenjaju patogenezu uz pomoć većeg broja mehanizama kao što je indukcija HIV ekspresije.

Citokini – Proinflamatorni citokini kao što su TNF α i β , IL-1 i IL-6, produkovani kao odgovor na većinu infekcija ili inflamacija, su takođe povišeni kod osoba inficiranih HIV -om. Oni povećavaju replikaciju HIV-a, dok interferon α i β i IL-16 suprimiraju replikaciju HIV-a.

Koinfekcija – Koinfekcija ćelija sa HIV-om i drugim virusima kao što su citomegalovirus, humani herpes virus tip 6, herpes simpleks virus tip 1, Epstein-Barr virus, humani T limfotropni virus tip 1 i drugi mogu pojačati ekspresiju HIV-a. Drugi mikrobi kao što je *Mycobacterium tuberculosis* i *Mycoplasma* takođe imaju sličan efekat.

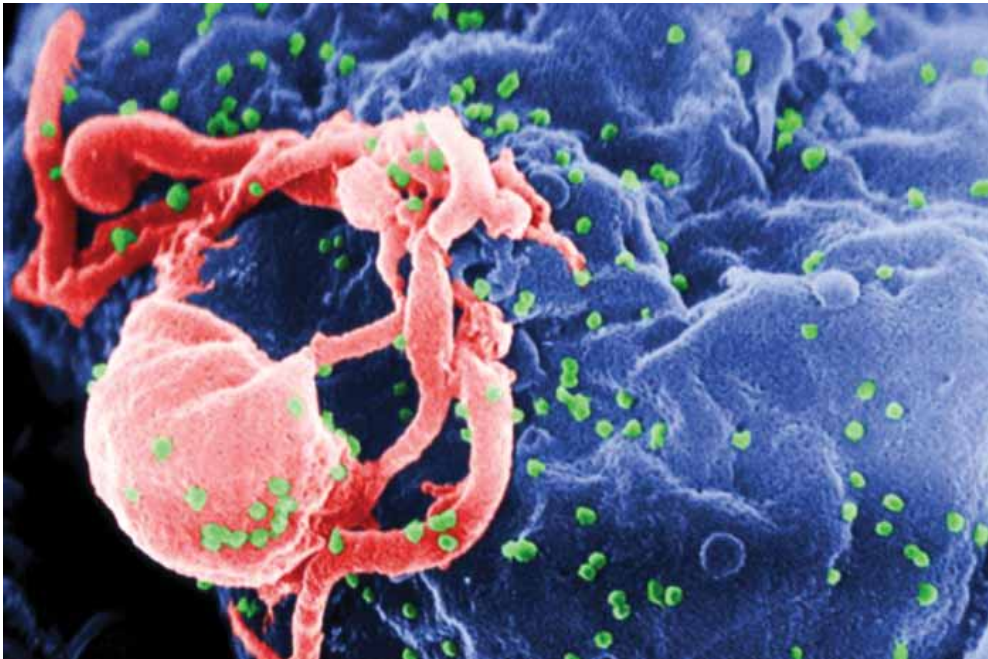
2





LITERATURA:

- Cohen OJ, Kinter A, Fauci AS. Host factors in the pathogenesis of HIV disease. *Immunol Rev*, 1997; 159: 31-48.
- Fauci AS. Host factors and pathogenesis of HIV 1 induced disease. *Nature*, 1996;384:529-534.
- Fauci AS, Pantaleo G, Stanley S, Weissman D. Immunopathogenic mechanisms of HIV infection. *Ann Intern Med* 1996;124:654-63.
- Habeshaw JA, Dalgleish AG, Bountiff L, et al. AIDS pathogenesis: HIV envelope and its interaction with cell proteins. *Immunol Today* 1990;11:418-425
- Levy JA. HIV pathogenesis and long-term survival. *AIDS*. Nov 1993;7 (11):1401-10.
- Levy JA. HIV pathogenesis: knowledge gained after two decades of research. *Adv Dent Res* 2006;19:10-16.
- Lifson JD, Reyes GR, McGrath MS, Stein BS, Engleman EG. AIDS retrovirus induced cytopathology: giant cell formation and involvement of CD4 antigen. *Science* 1986;232:1123-1127
- Pantaleo G, Graziosi C, Fauci AS. The immunopathogenesis of human immunodeficiency virus infection, *N Engl J Med*, 1993;328:327-335
- Pantaleo G, Fauci AS. New concepts in the immunopathogenesis of HIV infection. *Annu Rev Immunol*. 1995;13:487-512
- Stine GJ. The immunology of HIV disease/AIDS. In: *AIDS Update 2000*. New Jersey: Prentice Hal, 2000:123-53.
- Weber J. The pathogenesis of HIV-1 infection. *Br Med Bull*. 2001;58:61-72.
- Brodine SK, Mascola JR, McCutchan FE, et al. Genotypic variation and molecular epidemiology of HIV. *Infect Med* 1997;14(9):739-48.
- Buonaguro L, Tornesello M, Buonaguro F. Human immunodeficiency virus type 1 subtype distribution in the worldwide epidemic: pathogenetic and therapeutic implications. *J Virol* 2007;81:10209-19.
- Gallo RC, Montagnier L. The discovery of HIV as the cause of AIDS. *New Engl J Med*, 2003;349(24):514-515.
- Gelderblom HR, Ozel M, Pauli G. Morphogenesis and morphology of HIV. *Structure-function relations*. *Arch Virol* 1989;106:1-13.
- Hogan CM, Hammer SM. Host determinants in HIV infection and diseases. *Ann Intern Med*, 2001;134:761-776 and 978-996
- Kahn, J. O. and Walker, B. D. (1998). "Acute Human Immunodeficiency Virus type 1 infection". *N. Engl. J. Med.*331 (1): 33-39.
- Klimas N. et al. Overview of HIV. *Psychosomatic Medicine* 70:523-530 (2008)
- Lucivi PA. Human immunodeficiency virus and their replication. In: *Fields BN, Knippe DM, Howley PM (Ed.). Field virology*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p. 1881-952.
- Vergis EN, Mellors JW: Natural history of HIV-1 infection. *Infect Dis Clin North Am* 2000, 14:809-825.
- Wain-Hobson S, Vartanian JP, Henry M, et al. LAV revisited: origins of the early HIV-1 isolates from Institut Pasteur. *Science* 1991;252:961-5.



Slika 2.

Elektronski mikroskop (TEM) prikazuje mnoštvo virusnih čestica (virona) virusa "humane imuno-deficijencije", ili HIV virusa.

HIV virus je član roda *Lentivirus*, a dijeli se u dva serotipa, HIV 1 i HIV 2. Ovaj virus uzrokuje bolest zvanu AIDS ili SIDA.

Virus se može prenijeti s jedne na drugu osobu putem zaražene krvi, sjemenom ili vaginalnom tečnošću ukoliko dođu u kontakt sa oštećenjima na koži ili sa sluzokožom zdrave osobe. Trudnica može prenijeti virus na dijete tokom trudnoće, porođaja ili dojenjem.

Za osobe zaražene HIV virusom uobičajeno se kaže da imaju HIV infekciju koja se kod pojedinaca može razviti u AIDS.

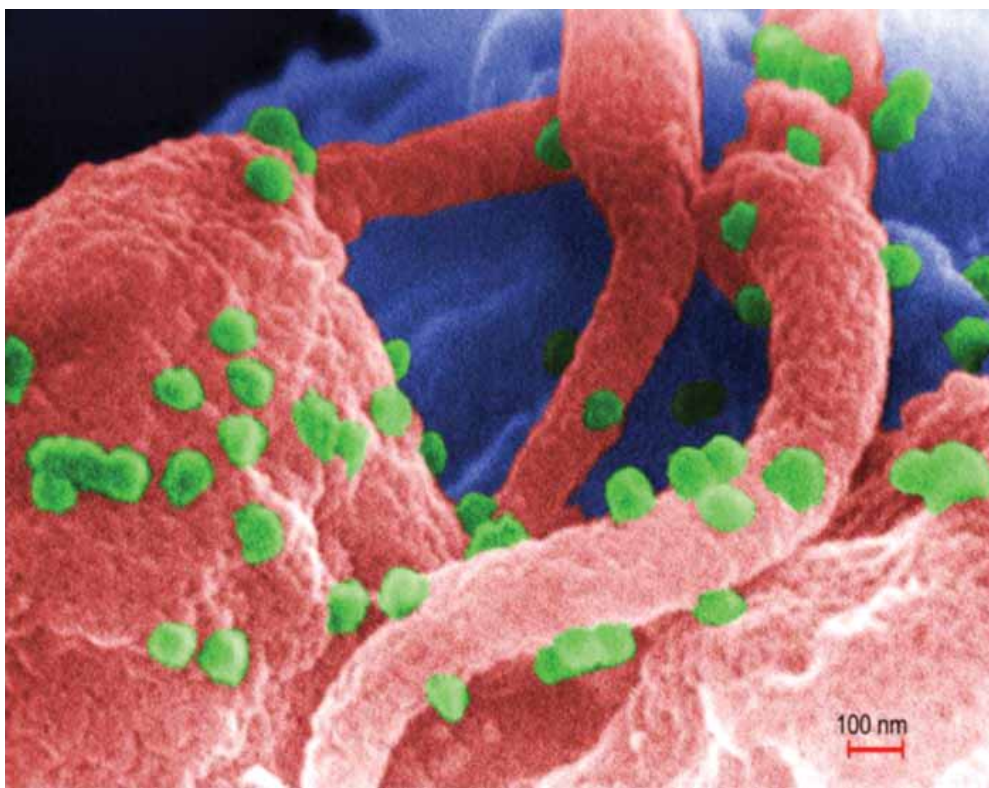
AIDS je skraćenica za "Sindrom stečene imunodeficijencije".

Sindrom - odnosi se na grupu simptoma koje zajedno indiciraju ili karakterišu bolest. U slučaju AIDS-a, to uključuje razvoj pojedinih infekcija i/ili vrsta raka, kao i smanjenje broja T limfocita u čovjekovom imunom sistemu.

Stečen - znači da bolest nije nasljedna već se razvija nakon kontakta sa izazivačem – u ovom slučaju virusom HIV-a.

Imunodeficijencija - znači da bolest karakteriše slabljenje imunog sistema.

© Tekst i fotografija zahvaljujući: ©CDC/ Dr. A. Harrison; Dr. P. Feorino; 1989.



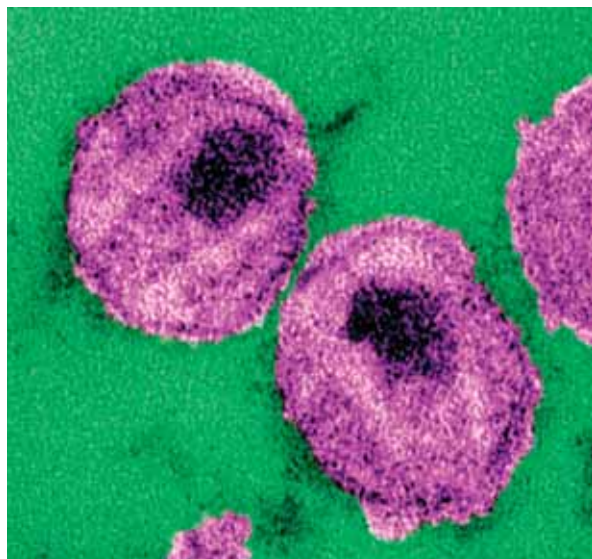
Slika 3.

Elektronski mikrograf pokazuje prisustvo HIV virusa (sferičnog oblika) koltivisanog sa humanim limfocitima.

Vironi HIV-a mogu se vidjeti na površini limfocita i njegovih pseudopoda.

Retrovirus humane imunodeficijencije (HIV) identifikovan je 1983. kao patogen odgovoran za AIDS (Sindrom stečene imunodeficijencije). AIDS karakterišu promjene u populaciji T limfocita koji imaju ključnu ulogu u imunološkom sistemu. Kod zaražene osobe, virus uzrokuje smanjenje broja T limfocita, te stoga ostavlja oboljelog prijemčivim za oportunističke infekcije i pojedine vrste malignih oboljenja.

© *Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC/Dr. A. Harrison; Dr. P. Feorino; 1989.*

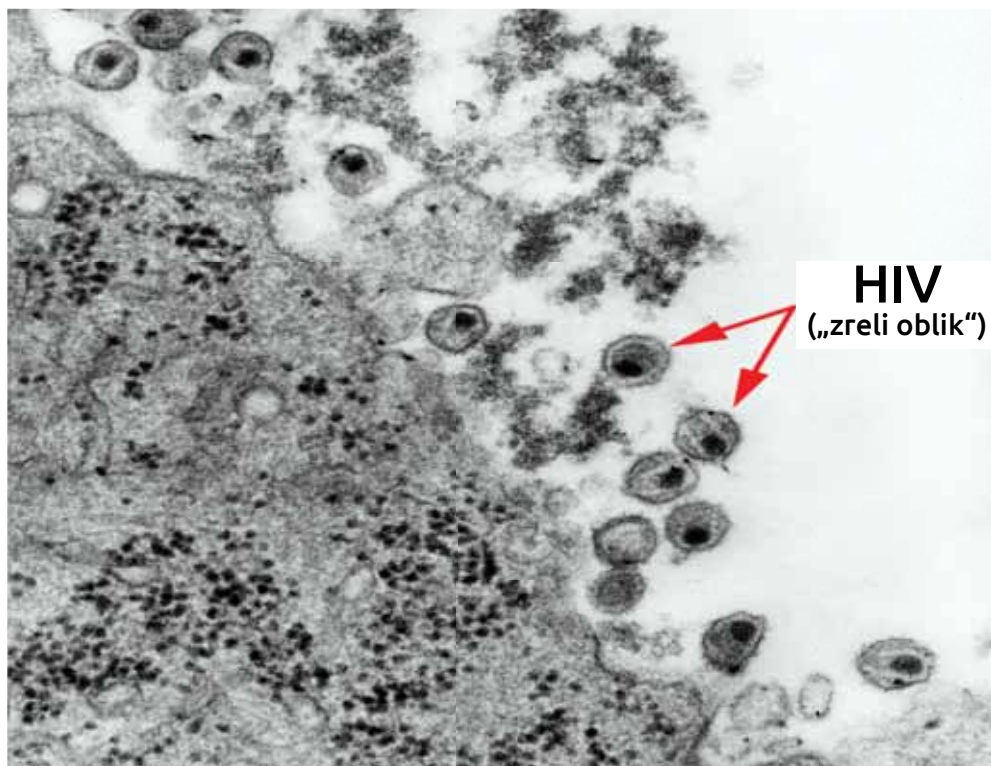


Slika 4.

Elektronski mikrograf pokazuje “pupljenje” HIV-1 virusa iz kulture limfocita.

Višestruki okrugli “pupoljci” na površini ćelije predstavljaju mjesta stvaranja i “pupljenja” virona.

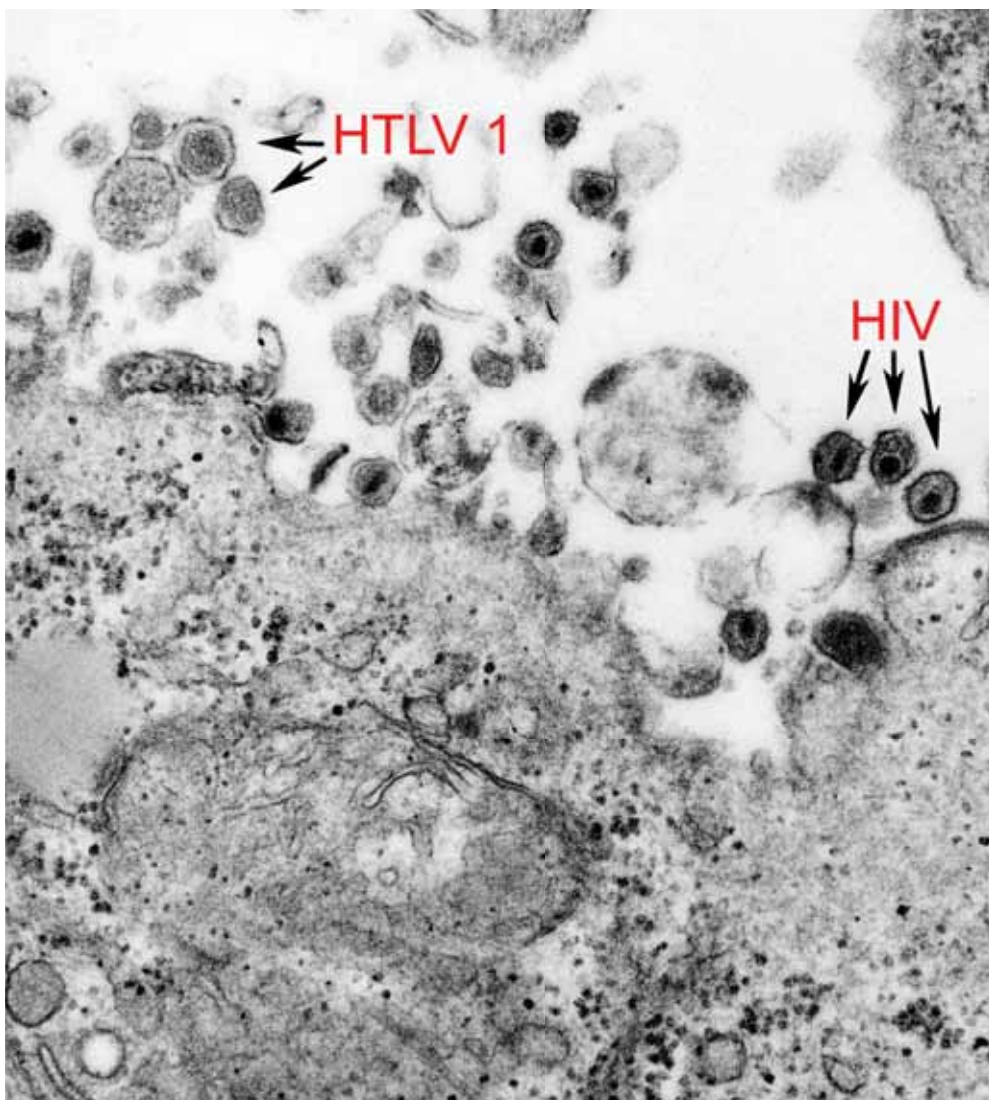
© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC/ C. Goldsmith, P. Feorino, E. L. Palmer, W. R. McManus; Fotografija: C. Goldsmith



Slika 5.

Slika veoma velikog uvećanja dobijena elektronskim mikrografom (TEM) otkriva prisustvo “sazrele” forme HIV virusa u tkivu koje se ispituje.

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC – Centres for Disease Control and Prevention, 1983



Slika 6.

Ova slika otkriva istovremeno prisustvo virusa HTLV-1 i virusa HIV-a.

Virus humane leukemije T-ćelija tipa 1 (HTLV-1), je humani *oncoretrovirus*, a etiološki je agent leukemije T ćelija i tropske spastičke parapareze, odnosno HTLV-1 pridružene meliopatije.

Dva srodna virusa HIV-1 i HIV-2 identifikovani su kao uzročnici AIDS-a u različitim geografskim regionima. Većina slučajeva u SAD-u uzrokovani su virusom tipa HIV-1, sa sporadičnim slučajevima gdje je uzročnik HIV-2 virus. Otkriveno je da je HIV-2 većinom uzročnik AIDS-a u Zapadnoj Africi.

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC – Centres for Disease Control and Prevention



Glavne kliničke manifestacije HIV infekcije – oportunističke infekcije⁷

*Prof. dr Josip Begovac, Infektolog,
Klinika za infektivne bolesti „Fran Mihaljević“, Zagreb*

⁷ Preuzeto iz: „Ginekološka praksa i HIV“. Partnerstvo za zdravlje.Sarajevo. 2010.



Mnogobrojne su oportunističke infekcije i tumori koji se pojavljuju tokom zaraze HIV-om. Infekcije respiratornog sustava su česte u uznapredovaloj fazi HIV-bolesti. Najčešći uzročnici bakterijskih pneumonija su *S. pneumoniae*, *H. influenzae* i *S. aureus*. Pneumonija uzrokovana gljivom *Pneumocystis jiroveci* (PCP od engl. *Pneumocystis jiroveci pneumonia*) je najčešća oportunistička infekcija pluća. PCP u osoba zaraženih HIV-om obično se manifestira vrućicom i respiratornim simptomima kao kašalj (obično neproduktivan), bol u prsištu, osjećaj otežanog udisanja zraka, dispneja i brzo umaranje. Pneumocistoza ima podmukao i hroničan tijek, a respiratorni simptomi postupno progrediraju kroz nekoliko sedmica ili mjeseci do pojave tahipneje, tahikardije i cijanoze. Lijek izbora je trimeoprim-sulfometoksazol. Tuberkuloza je globalno gledajući najčešća oportunistička infekcija u osoba zaraženih HIV-om i jedina koja se prenosi respiratornim putem. Za tuberkulozu tokom HIV-infekcije je tipično često javljanje ekstrapulmonalne infekcije zajedno sa infekcijom pluća. Učestalost ekstrapulmonalne tuberkuloze je obrnuto proporcionalna broju CD4+ limfocita T (što su limfociti CD4 niži, češća je ekstrapulmonalna tuberkuloza). Liječi se kao i tuberkuloza kod osoba koje nisu zaražene HIV-om, no katkad je potrebno dulje liječenje (9 do 12 mjeseci). Tokom HIV-bolesti može doći do patoloških promjena na svim dijelovima probavnog sustava. Najčešće su izražene promjene na ezofagusu te dijarealni sindrom. Budući da smo danas u mogućnosti kontrolirati infekciju HIV-om i time spriječiti pojavu mnogih značajnih oportunističkih infekcija i znatno poboljšati preživljavanje, bolesti jetre uzrokovane virusima hepatitisa B i C sve više dobivaju na značenju i sve više pridonose pobolu i smrtnosti oboljelih od infekcije HIV-om. Neurološke i neuromuskularne manifestacije tokom HIV-bolesti su česte i nisu uzrokovane samo oportunističkim stanjima (toksoplazmoza mozga, kriptokokni meningitis, progresivna multifokalna leukoplakija). U eri prije antiretrovirusnog liječenja demencija uzrokovana samim HIV-om bila je značajna. Međutim, i danas takođe nalazimo bolesnike sa blažim kognitivnim poremećajima. Dva su tipična tumora vezana uz zarazu HIV-om, Kapošijev sarkom i ne-Hodgkinov limfom.



Bolesti pojedinih organskih sustava

Respiratorni sustav i tuberkuloza

Infekcije respiratornog sustava su česte u uznapredovaloj fazi HIV bolesti. Najčešći uzročnici bakterijskih pneumonija su *S. pneumoniae*, *H. influenzae* i *S. aureus*. Bolest se klinički očituje naglim početkom, kašljem, febrilnošću i otežanim disanjem. Na rendgenskoj snimci pluća obično nalazimo lobarne ili segmentalne infiltrate.

Pneumonija uzrokovana gljivom *Pneumocystis jiroveci*⁸

Ovo je najčešća oportunistička infekcija pluća. U početku epidemije dijagnosticirala se u više od 50% bolesnika u uznapredovaloj HIV infekciji. Međutim, primjenom kemoprofilaksa se učestalost dijagnosticiranja PCP smanjila na oko 20%. Primjenom kombinirane antiretrovirusne terapije, njezina incidencija je u daljnjem opadanju. Poremećaj celularnog imuniteta je glavni predisponiraju čimbenik u razvoju pneumocistoze. Bolesnici koji oboljevaju od PCP imaju gotovo redovito apsolutni broj CD4+ limfocita T manji od 200/mm³. Bolesnici najvišeg rizika nastanka pneumocistoze svakako su oni koji su već bolovali od PCP-a. Do recidiva bolesti dolazi tokom narednih 6 mjeseci u 31%, a nakon 12 mjeseci u čak 66% bolesnika koji ne uzimaju kemoprofilaksu. Serološka istraživanja su ukazala da većina ljudi stvori antitijela prema *P. jiroveci* rano u životu (već sa četiri godine). Zbog toga se smatra da se u bolesnika sa HIV-infekcijom radi o reaktivaciji latentne plućne infekcije. PCP u osoba zaraženih HIV-om obično se manifestira vrućicom i respiratornim simptomima kao kašalj (obično neproduktivan), bol u prsištu, osjećaj otežanog udisanja zraka, dispneja i brzo umaranje. Pneumocistoza ima podmakao i hroničan tijek, a respiratorni simptomi postupno progrediraju kroz nekoliko sedmica ili mjeseci do pojave tahipneje, tahikardije i cijanoze. Fizikalni nalaz na plućima je obično oskudan, uglavnom uredan. Na rendgenskoj snimci pluća se obično nalaze difuzni, obostrani intersticijski infiltrati. Međutim, rendgenska slika pluća može pokazivati različite promjene kao npr. uredan nalaz, lokalizirane infiltrate, alveolarne infiltrate, te kavitacije koje se u osoba koje uzimaju pentamidin u obliku aerosola obično nalaze u gornjim dijelovima pluća. Stupanj promjena na rendgenskoj snimci pluća ima prognostičko značenje kao i stupanj hipoksemije. Pneumotoraks komplicira PCP u oko 2% bolesnika. Osim što zahvata pluća, infekcija *P. jiroveci* se katkad diseminira. Ekstrapulmonalna infekcija (otitis, retinitis, kalcifikacije u jetri, slezeni, bubrezima itd.) je opisana i prije primjene pentamidinske profilakse u obliku aerosola, međutim,

⁸ PCP od engl. *Pneumocystis jiroveci pneumonia*



u eri češće primjene takve profilakse povećala se i učestalost tog oblika infekcije. Kultura humanih *P. jiroveci* još nije moguća, a serologija koja se zasniva na dokazu antitijela ili antigena nije pouzdana. Etiološka dijagnoza počiva na dokazu cista ili trofozoita dobivenih iz ljudskih tkiva ili tekućina histopatološkim bojanjem. Klasični način bojanja je onaj koji selektivno prikazuje staničnu stijenkicu ciste *P. jiroveci*, a to je metenamirno srebro ili toluidirno plavilo. Od novijih metoda identifikacije rabi se test direktne ili indirektno imunofluorescencije sa monoklonskim antitijelima i PCR koji otkriva gene rRNK i pojedine proteine *P. jiroveci*. Materijal za analizu je inducirani sputum ili bronhoalveolarni lavat. Dijagnoza diseminirane pneumocistoze se postavlja na osnovu vizualizacije uzročnika u bioptičkom materijalu. Od nespecifičnih nalaza koji upućuju na PCP treba istaknuti povišenu vrijednost serumske laktat dehidrogenaze (LDH), poremećen difuzijski kapacitet za ugljični monoksid, abnormalan alveoarterijski gradijent, hipoksemiju i karakterističnu scintigrafiju pluća galijem. Lijek izbora je kombinacija trimetoprima (15/mg/kg/dan u 3 ili 4 doze) i sulfametoksazola (TMP/SMT) tokom 2-3 sedmice. Međutim, zbog pojave različitih nuspojava svega 50% bolesnika završi započeto liječenje TMP/SMT te treba primijeniti alternative.

Indikacija za kemoprofilaksu PCP-a je:

- 1) preboljela epizoda PCP-a,
- 2) CD4+ limfociti T niži od 200/mm³,
- 3) vrućica nejasnog podrijetla u trajanju >14 dana, i
- 4) orofaringealna kandidijaza. Najčešće se primjenjuju kotrimoksazol, dapson i pentamidin.

Tuberkuloza

Tuberkuloza je globalno gledajući najčešća oportunistička infekcija u osoba zaraženih HIV-om i jedina koja se prenosi respiratornim putem. U naših bolesnika se pojavila u 26% slučajeva. Važno je rano dijagnosticirati tuberkulozu, jer se tako umanjuje zastrašujući učinak međudjelovanja ta dva uzročnika. Kako je *M. tuberculosis* virulentniji od drugih patogena kao što su *Pneumocystis jiroveci* i *Mycobacterium avium kompleks*, tuberkuloza obično nastaje u ranijoj fazi HIV-infekcije. Tako dijagnosticiranjem tuberkuloze možemo relativno rano dijagnosticirati i HIV-infekciju, započeti antiretrovirusnu terapiju i savjetima smanjiti prenošenje HIV-a. HIV-infekcija povećava rizik reaktivacije latentne tuberkuloze za 15 do 30 puta. Za tuberkulozu tokom HIV-infekcije je tipično često javljanje ekstrapulmonalne infekcije zajedno sa infekcijom pluća. Učestalost ekstrapulmonalne tuberkuloze je obrnuto



proporcionalna broju CD4+ limfocita T. Tako je ekstrapulmonalna tuberkuloza prisutna u 62% bolesnika sa CD4+ limfocitima T ispod $100/\text{mm}^3$ dok je u osoba sa više od $200/\text{mm}^3$ prisutna u 37% bolesnika. Infekcija pluća nalazi se u 74-100% tuberkuloznih bolesnika zaraženih HIV-om. Iako se viđaju i primarne infekcije kao i reinfekcije, smatra se da se u većine bolesnika radi o reaktivirajućoj infekciji. Dijagnoza tuberkuloze ovisi najviše o interpretaciji rendgenske snimke pluća, uzimanju sputuma na *M. tuberculosis* i bronhoskopiji u slučajevima kada dijagnoza nije jasna. Plućna tuberkuloza u HIV-seropozitivne osobe se smatra AIDS-indikatorskom bolešću. Na rendgenskoj snimci pluća se obično nalazi hilarna adenopatija, pleuralni izljev, infiltrati u gornjim režnjevima pluća, milijarne promjene ili kavitacije. U malog broja bolesnika je snimka pluća uredna ili se nalazi intersticijski infiltrat kojeg ne možemo razlikovati od infekcije pneumocistisom. Nalaz na snimci pluća takođe korelira sa brojem CD4+ limfocita T. Tako se u osoba sa više od $200/\text{mm}^3$ CD4+ limfocita T češće nalazi pleuralni izljev i kavitacija, dok u stanju uznapredovale imunodeficijencije (CD4+ limfociti T ispod $100/\text{mm}^3$) najčešće nalazimo hilarnu adenopatiju milijarne promjene. Limfadenitis i bakteriemija su najčešće manifestacije ekstrapulmonalne tuberkuloze u osoba zaraženih HIV-om. Ekstrapulmonalna tuberkuloza je takođe AIDS-indikatorska bolest. Ekstrapulmonalni tuberkulozni limfadenitis se obično klinički očituje kao generalizirana limfadenopatija sa umjereno osjetljivim limfnim čvorovima, febrilitetom i mršavljenjem. Febrilitet i promjene na rendgenskoj snimci pluća su češći u tuberkulozi nego u limfadenopatiji zbog limfoma, Kapošijevog sarkoma ili obične generalizirane limfadenopatije. Tuberkuloza se može očitovati i kao nejasno febrilno stanje, a katkad klinička slika može biti teška sa hipertermijom, hepatosplenomegalijom i pancitopenijom. Učestalost tuberkuloznog meningitisa u osoba zaraženih HIV-om je pet puta češća nego u HIV-seronegativnih osoba. Klinička slika i likvorski nalaz su slični onima u HIV-seronegativnih bolesnika. Etiološka dijagnoza se temelji na izolaciji uzročnika (mikroskopski pregled po Ziehl-Neelsenu i kultura). *M. tuberculosis* je spororastuća bakterija, tako da je potrebno 4-8 sedmica do detekcije rasta. Novije metode dokazivanja uz pomoć tekućih medija sa radiometrijskom detekcijom rasta (npr. BACTEC) i identifikacija pomoću nukleinske kiseline (hibridizacija, PCR) omogućavaju bržu izolaciju i određivanje vrste (za 2-3 sedmice). Pozitivan PPD u osobe inficirane HIV-om definira se kao induracija veličine od najmanje 5 mm. Iako se to može upotrijebiti kao potpora dijagnozi i utvrđivanju kandidata za profilaksu izoniazidom, do 50% bolesnika sa HIV-infekcijom i aktivnom tuberkulozom može biti anergično. Radi sprečavanja nastanka multiplerezistentne tuberkuloze liječenje se mora nadzirati. Kako postoje značajna farmakokinetička međudjelovanja između inhibitora proteaze, nenukleozidnih analoga i rifampina istovremeno liječenje tuberkuloze i HIV-infekcije nije jednostavno.



Gastrointestinalne bolesti

Tokom HIV-bolesti može doći do patoloških promjena na svim dijelovima probavnog sustava. Najčešće su izražene promjene na ezofagusu, te dijarealni sindrom. Otežano i bolno gutanje upućuje na ezofagealnu etiologiju. Bolest ezofagusa može se očitovati i gubitkom teka, mučninom i bolom u žličici. Najčešća ezofagealna bolest je infekcija kandidom, a 70-80% bolesnika sa kandidnim ezofagistisom ima i orofaringalnu kandidijazu. Bolesnici koji se tuže na otežano i bolno gutanje trebaju se liječiti antifungicima. Ako simptomi i dalje perzistiraju ili se čak pogoršaju, treba pomišljati na druge uzroke (HSV -infekciju, CMV-infekciju ili aftozne ulceracije). U diferencijalnoj dijagnozi disfagije treba pomišljati i na kompresiju ezofagusa od medijastinalnog limfnog čvora (tuberkuloza, limfom). Dijagnoza ezofagealne bolesti je endoskopska sa biopsijom patološke promjene.

Dijarealni sindrom

Dijarealni sindrom je vrlo česta manifestacija HIV-bolesti. Afekcija tankog crijeva tipično se očituje periumbilikalnim bolovima, osjećajem nadutosti, mučninom i proljevom sekretornog tipa. Klinički možemo naći znakove dehidracije različitog stupnja. U uznapređevaloj fazi HIV-bolesti najčešće nalazimo sljedeće uzročnike: *Cryptosporidium*, *Microsporidium*, *I. belli* i *M. avium kompleks*. Kolitis se obično manifestira febrilnošću, bolovima u donjem abdomenu te oskudnijim sluzavim stolicama. Najčešće se radi o CMV-kolitisu, no infekcije sa *Cryptosporidium*, *M. avium kompleks* i sa *Clostridium difficile* dolaze takođe u obzir. Anorektalni ulkus je najčešće uzrokovan HSV-om, rjeđe CMV-om. Ponavljani mikrobiološki pregled stolice je najvažniji dijagnostički postupak u otkrivanju većine crijevnih patogena, parazita i toksina *C. difficile*. Za identifikaciju kriptosporidija potrebno je acidorezistentno bojenje, a za mikrosporidije trikromsko. Treba uzeti i stolicu na mikobakterije. Za dijagnozu nekih virusnih patogena (CMV, HSV), kao i za dijagnozu infekcije sa *M. Tuberculosis*, *M. avium kompleks* i *Microsporidium*, često je potrebna biopsija kolona ili duodenuma. Liječenje treba biti etiološko, no često je potrebno primijeniti i simptomatsku terapiju (npr. loperamid, difenoksilat HC1/atropin sulfat, tinktura opijuma).



Virusi hepatitisa

Danas u vrijeme učinkovitog antiretrovirusnog liječenja na značenju dobivaju i infekcije virusima hepatitisa. Budući da smo danas u mogućnosti kontrolirati infekciju HIV-om i time spriječiti pojavu mnogih značajnih oportunističkih infekcija i znatno poboljšati preživljavanje, bolesti jetre uzrokovane virusima hepatitisa B i C sve više dobivaju na značenju i sve više pridonose pobolu i smrtnosti oboljelih od infekcije HIV-om. Zbog sličnih putova prijenosa koinfekcija virusa hepatitisa B (HBV) i HIV-a je česta. Tako u osoba sa homoseksualnim rizičnim činiocem koinfekciju nalazimo u 90% bolesnika iz SAD-a. Slično se nalazi i u intravenskih korisnika droga. U nas je 68,5% homo/biseksualaca i 93,3% korisnika droga imalo biljege infekcije HBV-om. No, uspoređujući bolesnike sa istim rizičnim činiocem, učestalost infekcije HBV-om u osoba zaraženih HIV-om slična je onoj u osoba koje nisu zaražene HIV-om. Dakle, učestalost infekcije HBV-om u osoba zaraženih HIV-om odraz je stila života, a ne infekcije HIV-om per se. Većina longitudinalnih epidemioloških istraživanja ne pokazuje da infekcija HBV-om utječe na brzinu smanjenja broja CD4+ limfocita T u bolesnika sa infekcijom HIV-om. Isto se tako čini da HBV-infekcija nema utjecaja na brzinu progresije infekcije HIV-om. Učinak HIV-a na težinu hronične infekcije HBV-om manje je jasan. Nekoliko je ispitivanja pokazalo da osobe zaražene HIV-om imaju klinički blažu bolest, blaže povišene transaminaze te histološki manje izražene promjene. Ovi su rezultati sukladni razmišljanju da HBV nije izravno citopatogeni virus, već da hepatocelularno oštećenje nastupa zbog staničnoga imunog odgovora usmjerenog na virusne antigene iskazane na površini hepatocita. No, kontradiktorni su podaci o preživljavanju osoba koinficiranih HIV-om i HBV-om. Dok se u pojedinim ispitivanjima ne nalazi razlike u preživljenju koinficiranih osoba sa onima koje su zaražene samo HIV-om, pojedina istraživanja ukazuju na kraće preživljenje koinficiranih osoba, a uzrok je smrti najčešće bilo zatajenje jetre.

Relativno česta istodobna infekcija virusom hepatitisa C (HCV) i HIV-om ne začuđuje, jer se oba virusa prenose parenteralnim putem. U naših bolesnika koinfekcija je registrirana u 14,6% slučajeva i, prema očekivanjima, najčešće među intravenskim korisnicima droga. U SAD-u se koinfekcija bilježi u oko 33% bolesnika, među intravenskim korisnicima droga u 60-90%, među hemofilicarima u 60-85%, te u muških homoseksualaca u 4-8%. Smatra se da je rizik od prijenosa HCV-a vertikalnim i spolnim putem pet puta veći kada postoji istovremena infekcija HIV-om. Postoje različiti podaci o utjecaju infekcije HCV-om na tijek infekcije HIV-om. Većina istraživanja upućuje na to da HCV nema utjecaja na progresiju imunodeficijencije u



osoba zaraženih HIV-om. No, u pojedinim se istraživanjima, provedenim uglavnom među hemofiličarima, našlo brže napredovanje infekcije HIV-om u osoba istodobno zaraženih HCV-om. Infekcija HCV-om je bila neovisni prognostički činitelj. Učinak je HIV-a na prirodni tijek infekcije HCV-om znatan tako da se HCV može smatrati oportunističkim patogenom u bolesnika zaraženih HIV-om. Tako bolesnici koji su istodobno zaraženi HIV-om i HCV-om imaju oko 10 puta veću viremiju HCV-om od osoba koje su zaražene samo HCV-om. Brži razvoj ciroze također je primijećen u bolesnika sa HIV-infekcijom. Rizik razvoja zatajenja jetre je 21 puta veći u koinficiranih osoba u odnosu na one zaražene samo HCV-om. Zato ne začuđuje što je u pojedinim velikim centrima danas uzrok smrti u oko 30% bolesnika sa infekcijom HIV-om zatajenje jetre, većinom zbog koinfekcije virusima hepatitisa. U jednom velikom longitudinalnom istraživanju bolesnika sa infekcijom HIV-om pokazano je da koinfekcija HCV-om povećava rizik od umiranja 50% u 2,5-godišnjem razdoblju. Hepatitis C se u osoba zaraženih HIV-om liječi kombinacijom pegiliranog interferona sa ribavirinom tokom 48 sedmica, ali je učinak liječenja kod genotipa 1 skroman (<30%).

Neurološke bolesti

Neurološke i neuromuskularne manifestacije tokom HIV-bolesti su česte i nisu uzrokovane samo oportunističkim stanjima. U 10-20% bolesnika neurološka je bolest prva manifestacija simptomske HIV-infekcije, a 30 do 40% bolesnika u uznapredovaloj fazi HIV-bolesti imaće neurološke ispade. HIV prolazi hematoencefalnu barijeru i ulazi u SŽS vjerojatno u fazi akutne primarne HIV-infekcije. U ranoj fazi HIV-bolesti u pravilu nema neuroloških simptoma, iako su katkad opisani akutni aseptični meningitis, encefalitis i polinevropatija. Latentna infekcija SŽS-a odigrava se u makrofazima. No usprkos ranoj infekciji SŽS-a značajni simptomi HIV-demencije javljaju se obično u uznapredovaloj fazi HIV-bolesti. Znakove HIV-demencije nalazimo u sferi ponašanja (apatija, depresija, agitacija), kognicije (gubitak pamćenja, gubitak koncentracije, usporenost misli) i motorike (nestabilan hod, slabost u nogama, slaba koordinacija, tremor).

Osim sindroma demencije, bolesnici mogu bolovati od niza oportunističkih stanja. Neurološke bolesti se mogu prezentirati globalnim znakovima (poremećaj svijesti, generalizirane konvulzije, febrilnost, glavobolja, povraćanje) ili pak žarišnim ispadima (hemipareza, ispadi osjeta, ispadi vidnog polja, poremećaj u govoru). Gljive, virusi i mikobakterije najčešći su uzročnici globalne cerebralne disfunkcije, a žarišni poremećaju su povezani sa parazitom *Toxoplasma gondii*, limfomom ili progresivnom



multifokalnom leukoencefalopatijom. U diferencijalnoj dijagnozi žarišnih neuroloških ispada oslanjamo se na tijek javljanja simptoma i tip lezije na CT-u. Toksoplazmoza mozga se tipično manifestira prstenastim lezijama u području bazalnih ganglija. Tokom HIV-bolesti nalazimo i različite infekcije (pretežno virusne, rjeđe gljivične i parazitarne) medule spinalis. Sistemski limfom također može zahvatiti korijene živaca i ovojnice. Sam HIV uzrokuje bezbolnu spastičnu paraparezu, sličnu onoj kod deficita B12-vitamina. U uznapredovaloj HIV-bolesti u oko 35% bolesnika nalazimo bolnu distalnu neuropatiju. Mialgije su česte, no bolesti mišića rijetko nalazimo. Upalna miopatija i toksična miopatija uzrokovane zidovudinom dobro su definirani entiteti.

Neurološka simptomatologija tokom HIV bolesti može se činiti trivijalnom, biti oskudna, te zahtijeva pažljiv neurološki pregled, pregled cerebrosposinalnog likvora i često aparaturne pretrage (CT mozga, NMR). Kako multiple neurološke bolesti mogu biti prisutne u istog bolesnika, promjena kliničkog stanja zahtijeva detaljnu evaluaciju.

Kapošijev sarkom

Kapošijev sarkom (KS) vaskularna je novotvorina, klinički karakterizirana pojavom lividnosmeđastih makula, plakova i nodusa, smještenih najčešće na koži i sluznicama. Etiologija je složena i multipla. Imunosupresija povećava rizik od pojave KS-a, tako je u primatelja organa koji se liječe imunosupresivnom terapijom incidencija 400–500 puta veća nego u opštoj populaciji. Osim imunosupresije infekcija humanim herpesvirusom tip 8 (HHV-8) nužna je za pojavu KS-a u ljudi. Dijelovi genoma HHV-8 nađeni su u svim oblicima KS-a. Infekcija HHV-8 raširena je među homoseksualnim osobama i KS se većinom povezuje sa tom rizičnom skupinom. Danas je poznato da se HHV-8 prenosi spolnim putem. Opisani su i slučajevi prijenosa putem krvi, no čini se da je efikasnost prijenosa malena. Novija istraživanja pokazuju da se može prenijeti slinom. Danas je učestalost javljanja KS-a znatno manja zbog primjene HAART-a koji sprečava nastanak imunodeficijencije. U početku bolesti se na koži trupa, vrata, lica i gornjih ekstremiteta vide ružičaste ili eritematozne, rijetko lividne, neoštro ograničene mrlje ili papule sa blijedim halom, ne veće od 1 cm u promjeru. Unutar jedne sedmice makula/papula postaje ljubičasta ili smeđa, dok se halo gubi. Kožni je tumor okrugao i lagano uzdignut, tokom sedmica i mjeseci se lagano povećava i može doseći promjer veći od 10 cm. U kasnijim stadijima bolesti dolazi do pojave promjena i na drugim područjima kože, uz čestu zahvaćenost sluznica, ponajprije sluznice usne šupljine, ali i sluznica unutrašnjih organa. KS je submukozno smješten tumor. On se u usnoj šupljini najčešće nalazi na sluznici tvrdog nepca i gingiva. U 30-95% slučajeva KS-a zahvaćeni su limfni čvorovi,



i to najčešće cervikalni i ingvinalni. Katkad zbog zahvaćenosti limfnih čvorova glave i vrata može nastati jako izražen edem lica koji onemogućava normalno otvaranje vjeđa. U oko 50% bolesnika zahvaćena je sluznica probavnog sustava, i to najčešće duodenuma, rjeđe rektuma, želuca ili kolona. Obično je asimptomatski, no opisani su slučajevi krvarenja, perforacije, opstrukcije ili enteropatije. Plućni KS javlja se u 17-50% bolesnika sa KS, loš je prognostički znak i relativno često brzo završava smrtno. Klinički se očituje u obliku infiltrata koji onemogućavaju praćenje sjene srca, KS u plućima opstruira bronh. Epidemijski KS može zahvatiti i perikard te rijetko i miokard. KS se rijetko nalazi u središnjem živčanom sustavu, a kada se javlja, obično je udružen sa plućnim oblikom. Najčešće se radi o hemoragičnim lezijama smještenim uz duru ili uz duru pripadajući supkorteks. Dijagnoza KS postavlja se biopsijom i patohistološkim nalazom karakterističnih vretenastih stanica. Liječenje KS ovisi o rasprostranjenosti tumora, imunosnom statusu i prisutnosti drugih oportunističkih bolesti. Uz HAART se ovisno o situaciji primjenjuje lokalno liječenje (zračenje, lokalna primjena citostatika, alitretinoin gel, krioterapija), sistemska imunoterapija (interferon), sistemska kemoterapija (liposomski doksorubicin ili daunorubicin, kombinacija citostatika, paklitaksel), spojevi sa antiangiogenetskim učinkom (npr. talidomid), retinoidi ili eventualno antivirusici koji djeluju na HHV-8 (cidofovir).

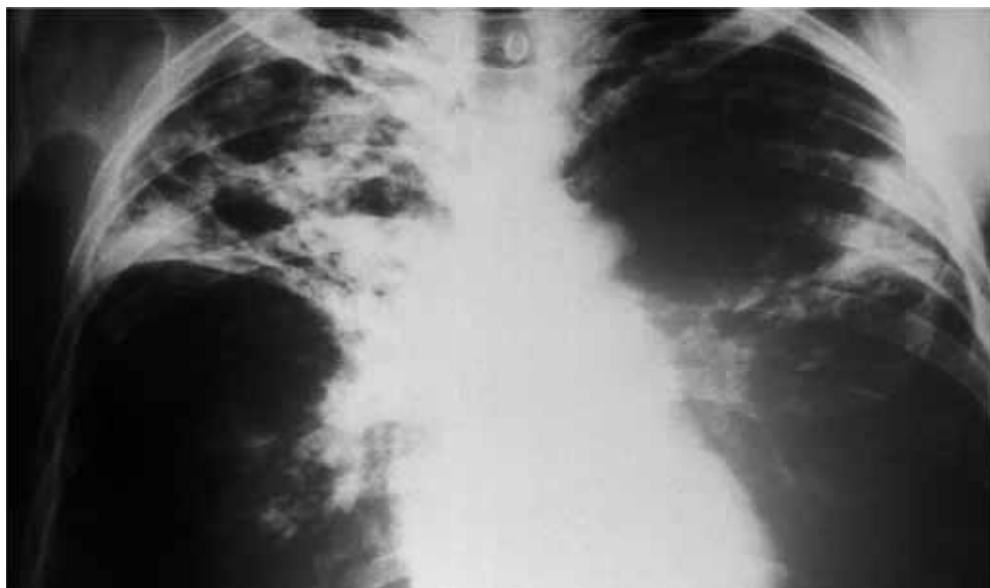
Sistemske limfome

U oboljelih od infekcije HIV-om povećana je učestalost različitih limfoma. Mogu se pojaviti kod različitih vrijednosti CD4 limfocita T, no prognoza je lošija kada su limfociti T niži. Može se pojaviti imunoblastični ne-Hodgkinov limfom (NHL), Burkittov limfom ili Hodgkinov limfom, no tipično se radi o agresivnom NHL-a B-staničnog tipa visokog stupnja malignosti. Često je NHL na neobičnim ekstranodalnim mjestima. Efuzijski limfomi (perikard, pleura, peritoneum) povezuju se sa HHV-8 infekcijom. Gastrointestinalni i hepatobilijarni sustav zahvaćeni su u 27-74% slučajeva svih NHL-a u oboljelih od infekcije HIV-om. Prognoza više ovisi o stupnju imunodeficijencije nego o karakteristikama limfoma. Neinvazivne metode primjenjuju se u identifikaciji suspektnih lezija NHL-a, no konačna se dijagnoza osniva na histopatološkom pregledu. Analiza proširenosti limfoma (engl. staging) provodi se na uobičajen način.

Liječenje limfoma nije jednostavno, jer postoji bojazan da imunosupresivno liječenje citostaticima pospješuje pojavu oportunističkih infekcija. NHL se liječi standardnim protokolima u uobičajenoj dozi (npr. CHOP: ciklofosamid, doksorubicin, vinkristin i prednizon) ili u stanjima izraženije imunodeficijencije sa određenim



manje agresivnim protokolima koji se koriste nižim dozama citostatika (npr. mBACOD: metotreksat, bleomicin, ritoneum) povezuju se sa HHV-8 infekcijom. Gastrointestinalni i hepatobilijarni sustav zahvaćeni su u 27-74% slučajeva svih NHL-a u oboljelih od infekcije HIV-om. Prognoza više ovisi o stupnju imunodeficijencije nego o karakteristikama limfoma. Neinvazivne metode primjenjuju se u identifikaciji suspektnih lezija NHL-a, no konačna se dijagnoza osniva na histopatološkom pregledu. Analiza proširenosti limfoma (engl. staging) provodi se na uobičajen način. Liječenje limfoma nije jednostavno, jer postoji bojazan da imunosupresivno liječenje citostaticima pospješuje pojavu oportunističkih infekcija. NHL se liječi standardnim protokolima u uobičajenoj dozi (npr. CHOP: ciklofosamid, doksorubicin, vinkristin i prednizon) ili u stanjima izraženije imunodeficijencije sa određenim manje agresivnim protokolima koji se koriste nižim dozama citostatika (npr. mBACOD: metotreksat, bleomicin, doksorubicin, ciklofosamid, vinkristin i deksametazon). Uz liječenje citostaticima treba davati i antiretrovirusne lijekove, no treba izbjeći primjenu zidovudina zbog njegove mijelotoksičnosti



Slika 7.

Rendgenski snimak s leđa kome je dijagnosticirana uznapredovala obostrana tuberkuloza pluća.

Rendgenski snimak grudi otkriva prisustvo obostranog plućnog infiltrate i kaverne prisutne u desnom apikalnom region. Dijagnoza je uznapredovala tuberkuloza.

© *Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC – Centres for Disease Control and Prevention, 1972*



Tabela 1. Terapija i sekundarna profilaksa (terapija održavanja) pojedinih oportunističkih infekcija u bolesnika sa HIV –infekcijom

Bolest	Lijek	Pojedinačna doza i način primjene	Interval	Trajanje
Pneumocistis-pneumonija (terapija)	trimetoprim sa sulfametoksazolom ili	5 mg/kg s 25 mg/kg PO, IV	s8h	21 dan
	trimetoprim plus dapson ili	300 mg PO 100 mg PO	s8h s24h	21 dan 21 dan
	pentamidin ili	3-4mg/kg IV	s24h	21 dan
	atovakvon ili	750 mg PO	s24h	21 dan
	klindamicin plus primakvin	300-50 mg PO, IV 15 mg PO	s6h s24h	21 dan 21 dan
	prednizon (dodatna terapija za teške epizode)	40 mg PO	s12h (a)	21 dan
Pneumocistis-pneumonija (terapija održavanja)	trimetoprim sa sulfametoksazolom ili	160 mg/800 mg PO	s24h s24h	Doživotno (b)
	Dapson plus pirimetamin plus folinična kiselina ili	50 mg PO 50 mg PO 25 mg PO	1 x tjedno 1 x tjedno	doživotno doživotno doživotno
	Dapson ili	50-100 mg PO	s24h	doživotno
	pentamidin aerosol ili	300 mg	1 x mjesečno	doživotno
	Pentamidin	3-4mg/kg IV (IM)	svake 2-4 sedmice	doživotno
Tokso plazmoza mozga	Sulfadiazin plus pirimetamin plus folinična kiselina ili	12 g PO 50-100 mg (c) PO 10-25 mg PO, IV	s6h s24h s24	doživotno doživotno doživotno
	Klindamicin plus pirimetamin plus folinična kiselina	600 mg PO 50-100 mgc PO 10-25 mg PO, IV	s6h s24h s24h	doživotno doživotno doživotno
	Kriptosporidioza	nema terapije	-	-
Isosporijaza	Trimetoprim sa sulfametoksazolom	160 mg/800 mg PO, IV	s6h	7 dana
	potom			
	Trimetoprim sa sulfametoksazolom	160 mg/800 mg PO	(d)	doživotno
Kandidijaza Oralna	Nistatin ili	5x105-1x106 iu PO	s6h	7-10 dana
	Flukonazol	100-200 mg PO, IV	s24h	7-10 dana
Ezofagealna	Flukonazol	100-400 mg PO, IV	s24h	14-21dan
Kokcidiodomikoza	Amfotericin B	0,5-1,0 mg/kg IV	s24h	56 dana
	potom Itrakonazol	200 mgd PO	s12h	doživotno
	potom Ketokonazol	400 mg PO	s24h	doživotno



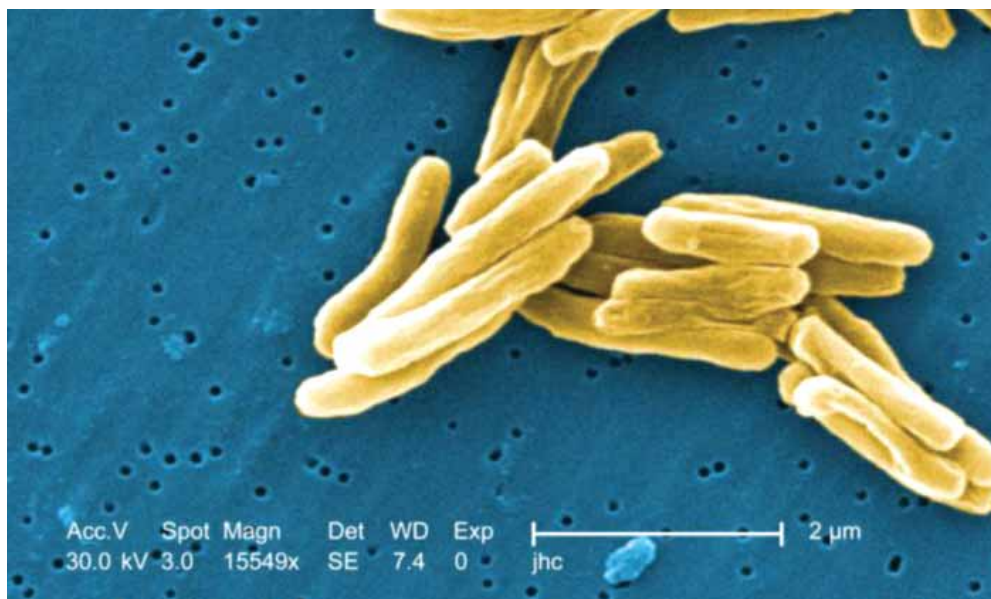
Kriptokokoza	Amfotericin B sa ili bez flucitozinoma ili	0,7-1,0 mg/kg IV 25 mg/kg PO	s24h s6h	14 dana 14 dana
	Flukonazol (e) potom flukonazol	400 mg PO 200-400 mg PO	s24h s24h	14 dana doživotno
Histoplazmoza	Amfotericin B potom	0,5-1,0 mg/kg IV	s24h	28-56 dana
	Itrakonazol	200 mg PO	s12h	doživotno
Virus herpes simplex	Aciklovir ili	200 mg PO	5x	10-14 dana
	Valaciklovir ili	500 mg PO	s12h	10-14 dana
	Famciklovir	125-250 mg PO	s12h	10-14 dana
Virus varicella-zostera dermatoski	Aciklovir ili	800 mg PO	5x	7-10 dana
	Valaciklovir ili	1000 mg PO	s8h	7-10 dana
	Famciklovir	500 mg PO	s8h	7-10 dana
diseminiran	Aciklovir	10-12 mg/kg IV	s8h	7-14 dana
Citomegalovirusni retinitis (terapija)	Ganciklovir (f) ili	5 mg/kg IV	s12h	14-21 dana
	Foskarnet ili	60 mg/kg IV	s8h	14-21 dana
	Ganciklovir plus ganciklovir ili	intravitrealni implant 1,5 g PO	s6-9 mj. s8h	doživotno doživotno
	Cidofovir ili	5mg/kg IV	1x/tj.	14-21 dana
	Valganciklovir	900 mg PO	s12h	21 dan
Citomegalovirusni retinitis (terapija održavanja)	Ganciklovir ili	5-6 mg/kg IV	5-7 d/tj.	doživotno
	Foskarnet ili	90-120 mg/kg IV	s24h	doživotno
	Cidofovir ili	5 mg/kg IV	1x/2tj.	doživotno
	Ganciklovir plus ganciklovir ili	intravitrealni implant 1,0-1,5 g PO	s6-9mj. s8h	doživotno doživotno
	Valganciklovir	900 mg PO	s24h	doživotno
Mycobacterium tuberculosis (g)	Izoniazid plus rifampin plus pirazinamid plus etambutol	00 mg PO, IM 600 mg PO, IV 15-25 mg/kg PO 15-25 mg/kg PO	s24h s24h s24h s24h	6-9 mj. 6-9 mj. 2 mjeseca 2 mjeseca
Mycobacterium avium kompleks	Klaritromicini (jedan ili više) Etambutol Rifabutin Klofazimin	500 mg PO 15 mg/kg PO 300 mg PO 500 mg PO	s12h s24h s24h s24h	doživotno doživotno doživotno doživotno



- a) Prednizon: 40 mg s 12h x 5 dana, potom 20 mg dva puta na dan x 5 dana, potom 20 mg/dan 11 dana.
- b) Doživotna sekundarna profilaksa se može prekinuti nakon uspješnog oporavka CD4 limfocita T tokom HAART-a
- c) Nakon jednokratne udarne doze pirimetamina od 200 mg. Nakon 3-6 sedmica, doza održavanja pirimetamina je obično 50-75 mg/dan
- d) Prvo, itrakonazol 2x300 mg tri dana potom 2x200 mg.
- e) Rijetko se preporuča kao inicijalna terapija, osim u vrlo blagim oblicima bolesti sa povoljnim prognostičkim parametrima.
- f) Kombinacija intravenskog ganciklovira i foskarneta je terapija izbora recidiva koji su prethodno liječeni monoterapijom
- g) Liječenje infekcije *M. tuberculosis* osjetljivog na uobičajene antituberkulotike
- PO = per os, IV=intravenski, IM=intramuskulano
- S = svakih

LITERATURA:

- Begovac J. *Infekcija HIV-om*. Vrhovac B. *Interna medicina*. 4. ed. Zagreb: Naprijed; 2009.
- Begovac, J. *Definicije, uzročnik i dijagnostika zarazne virusom humane imunodeficijencije // Infektologija / Begovac, Josip ; Božinović, Dragomir ; Lisić, Miroslav ; Baršić, Bruno ; Schonwald, Slavko (ur.). Zagreb : Profil, 2006. Str. 338-340.*
- Begovac, J. *Imunopatogeneza, imuni odgovor i imunološki poremećaji tokom zaraze virusom humane imunodeficijencije // Infektologija / Begovac, Josip ; Božinović, Dragomir ; Lisić, Miroslav ; Baršić, Bruno ; Schonwald, Slavko (ur.). Zagreb : Profil, 2006. Str. 340-342.*
- Begovac, J. *Klasifikacija, klinički tijek i praćenje bolesnika zaraženih virusom humane imunodeficijencije // Infektologija / Begovac, Josip ; Božinović, Dragomir ; Lisić, Miroslav ; Baršić, Bruno ; Schonwald, Slavko (ur.). Zagreb : Profil, 2006. Str. 344-348.*
- *Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)*. U: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, ur. *Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 6. izd. New York: Churchill Livingstone; 2004.
- Begovac, J. *Bolesti pojedinih organskih sustava tokom zaraze virusom humane imunodeficijencije // Infektologija / Begovac, Josip ; Božinović, Dragomir ; Lisić, Miroslav ; Baršić, Bruno ; Schonwald, Slavko (ur.). Zagreb : Profil, 2006. Str. 348-356.*
- Begovac, J. *Oportunističke infekcije i tumori tokom zaraze virusom humane imunodeficijencije // Infektologija / Begovac, Josip ; Božinović, Dragomir ; Lisić, Miroslav ; Baršić, Bruno ; Schonwald, Slavko (ur.). Zagreb : Profil, 2006. Str. 356-363.*



Slika 8.

Snimak izbliza kulture *Mycobacterium tuberculosis* koji otkriva morfologiju kolonije ovog organizma.

Obratite pažnju na bezbojnu grubu površinu koja je tipična morfološka karakteristika viđena kod *Mycobacterium tuberculosis* rasta u kolonijama. Ispitivanja obrazca rasta kolonije je još uvijek čest način identifikacije ovog mikroorganizma.

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC /Dr. George Kubica, 1976



Slika 9.

Fotomikrograf uzorka razmaza koji sadrži *Mycobacterium tuberculosis*.

M. tuberculosis bakterija može napasti bilo koji dio tijela, ali obično napada pluća uzrokujući tuberkolozu. Širi se kašljanjem ili kihanjem, kojima zaražene osobe u vazduh izbacuju mikrokapljice koje sadrže bakteriju, a koje druge osobe u blizini mogu da udahnu.

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC – Centres for Disease Control and Prevention, 1979.



Slika 10.

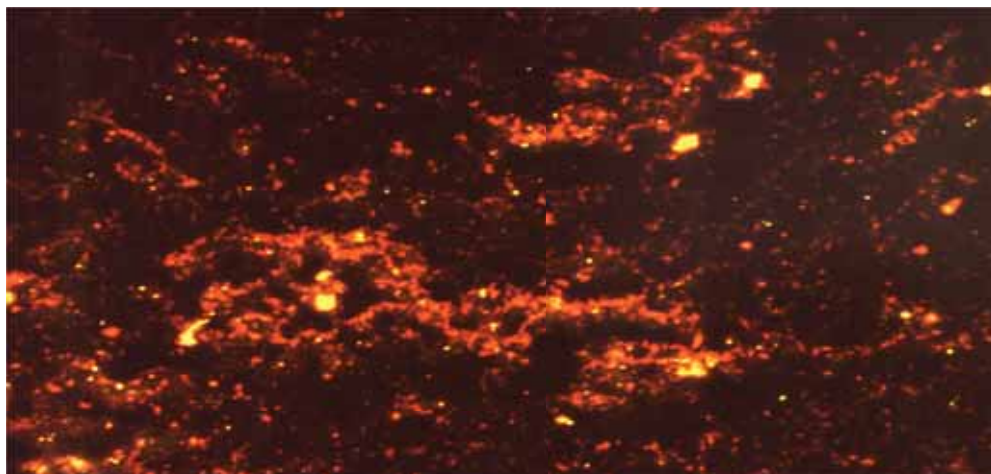
Pod jakim uvećanjem od 15,549x, ovaj vještačkim bojama obojeni skanirajući elektromikrograf (SEM) otkriva neke od strukturalnih detalja konfiguracije ćelijskog zida kod brojnih gram-pozitivnih *Mycobacterium tuberculosis* bakterija.

M. tuberculosis je anaerobičan organizam i može preživjeti isključivo u okruženju koje sadrži kiseonik. Bakterija je dužine između 2 - 4 mikrona, a širine između 0.2 - 0.5 mikrona.

Bakterija tuberkuloze postaje aktivna i počinje da se razmnožava ukoliko imuni sistem ne može da spriječi njen rast. Bakterija napada tijelo i uništava tkiva. Ukoliko je u plućima, može da stvori "rupu" u plućnom tkivu. Pojedinci mogu da razviju aktivnu tuberkulozu ubrzo nakon što se inficiraju, prije no što imuni sistem može da se izbori sa bakterijom. U drugim slučajevima do razvoja tuberkuloze dolazi kasnije, ukoliko iz bilo kog drugog razloga dođe do slabljenja imunološkog sistema.

Bebe i djeca često imaju slab imuni sistem. Osobe inficirane HIV-om imaju takođe oslabljen imuni sistem. Ostale osobe takođe mogu imati oslabljen imuni sistem, a pogotovo ukoliko imaju *diabetes mellitus*; *silicosis*; rak glave ili vrata; leukemiju; Hodgkin-ovu bolest; ozbiljna bubrežna oboljenja, nisku telesnu težinu, ili ukoliko koriste pojedine medicinske tretmane (kortikosteroide ili transplataciju organa), ali ukoliko su korisnici droga u injekcijama,

© Tekst zahvaljujući CDC/ Dr. Ray Butler, 2006; © Fotografija: Janice Haney Carr

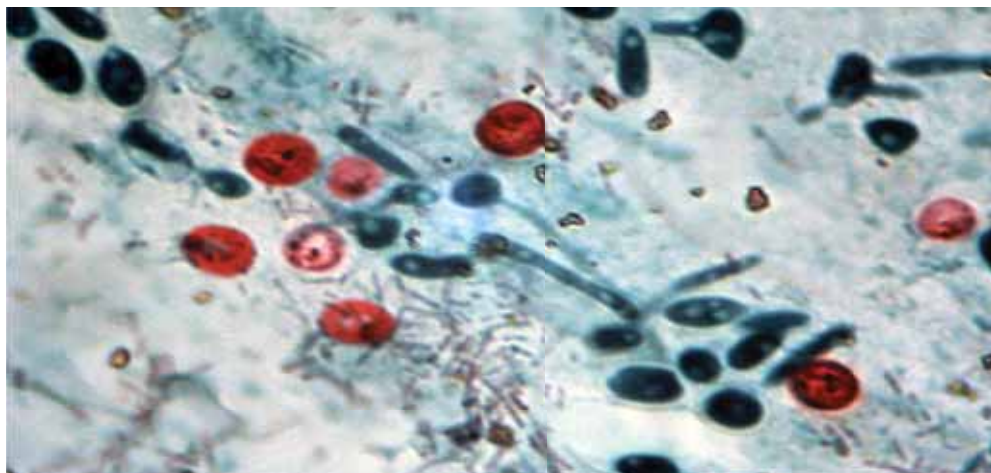


Slika 11.

Pod uvećanjem od 125X, ovaj fluorescentni mikrograf otkriva prisustvo *Mycobacterium tuberculosis* bacteria u razmazu sputuma.

Korišćenjem Smithwick metode, *M. tuberculosis* bakterija svijetli žuto pod ultraljubičastim svjetlom.

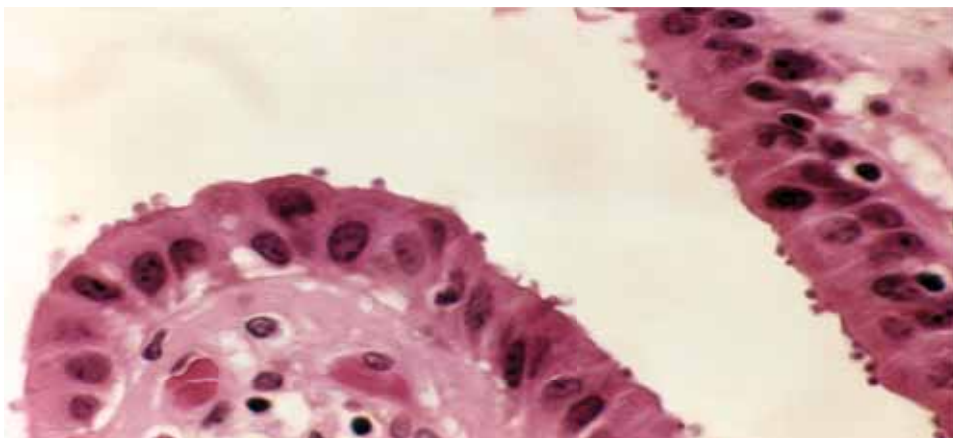
© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC/Ronald W. Smithwick, 1971



Slika 12.

Mikrograf direktnog fekalnog razmaza urađen da otkrije prisustvo *Cryptosporidium sp.*, unutarćelijskog parazita.

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC/J Infect Dis. 1983.

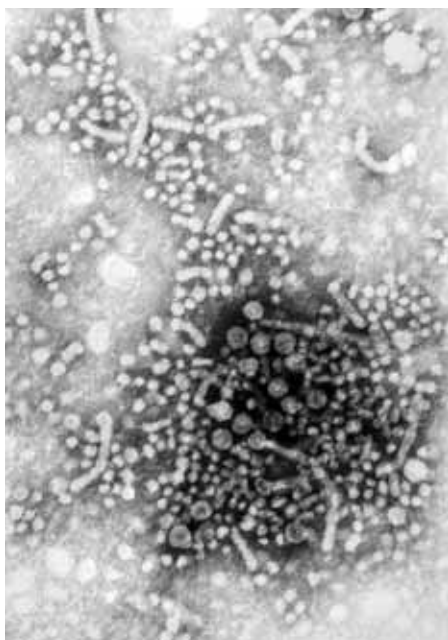


Slika 13.

Cryptosporidiosis žučnog mjehura kod oboljelog od AIDS-a.

Histopatologija epitela žučnog mjehura pokazuje brojne epithelium shows numerous jedinice *Cryptosporidiu-am* duž luminalne površine epitelnih ćelija. organisms along luminal surfaces of epithelial cells. Cryptosporidiosis je parazit.

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC/Dr. Edwin P. Ewing, Jr. 1986.



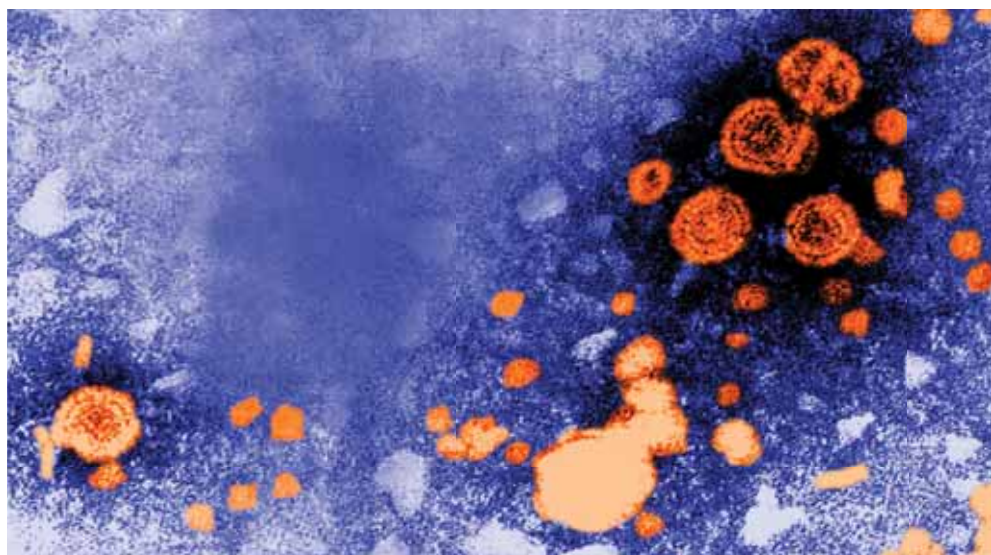
Slika 14.

Transmisioni elektronski mikrograf (TEM) otkriva prisustvo brojnih virona Hepatitis B (HBV).

HBV je član *Hepadnavirida* porodice virusa. Može izazvati ozbiljnu bolest napadajući jetru, infekcija može biti doživotna, poznata pod imenom ciroza jetre, a može prouzrokovati rak jetre, otkazivanje jetre i u konačnici – smrt. Postoji vakcina protiv hepatitis B kojok se može obezvjediti prevencija ove bolesti.

Osobe koje su pod rizikom od infekcije Hepatitisom B takođe mogu biti pod rizikom od infekcije sa Hepatitis C i HIV virusima.

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC/Betty Partin, 1976.



Slika 15.

Digitalno obojeni transmisioni elektronski mikrograf (TEM) otkriva prisustvo virona hepatitisa B.

Otrovi, pojedine droge, prekomjerna upotreba alkohola kao i bakterijske i virusne infekcije mogu izazvati hepatitis. Hepatitis je takođe naziv za porodicu virusnih infekcija koja napada jetru, najčešći tipovi su A, B i C.

Ne postoji vakcina za hepatitis C. Najbolji način da se prevenira Hepatitis C je izbjegavanja ponašanja kojima se može prenijeti ova infekcija, a posebno uzimanje droga putem injekcija.

© *Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC/ Dr. Erskine Palmer; 1981.*



Slika 16.

Ženski pacijent iz Kambodže sa otečenim abdomenom zbog malignog hepatoma koji je rezultat hronične hepatitisa B infekcije.

© *Tekst i fotografija zahvaljujući CDC/ Patricia Walker, M.D., Regions Hospital, MN; 1995.*



Slika 17.

Ovaj pacijent predstavlja slučaj kada se *lichen planus* raširio po čitavom tijelu, a posebno po njegovom torzou.

Kao kožna bolest ili dermatitis, *lichen planus* izgleda kao mala, ravna eritematoza, odnosno kao upaljeni okruglasti osip koji se može pojaviti bilo gdje na tijelu. Uzročnik ove bolesti je nepoznat, ali faktori kao što su stress, autoimuni poremećaji ili mogući patogeni uticaj virusa kao što je hepatitis C, smatraju se mogućim uzročnicima.

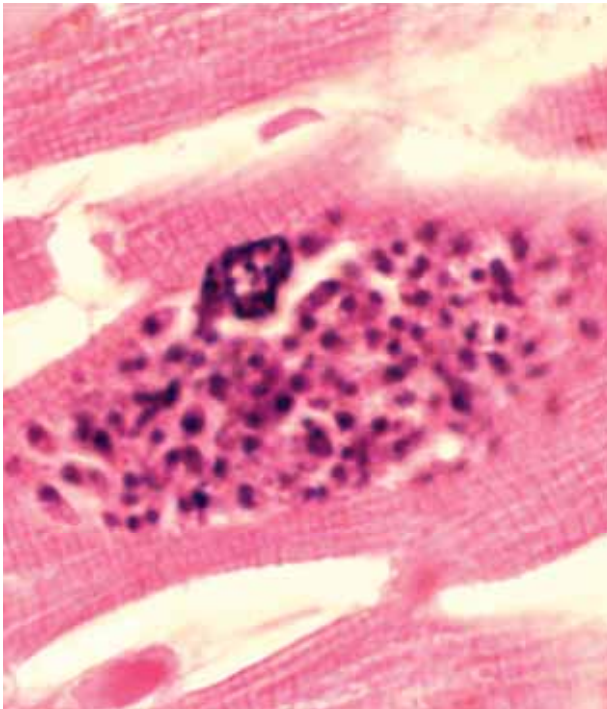
© Tekst i fotografija zahvaljujući CDC/ Susan Lindsley; Donated by Brian Hill, New Zealand



Slika 18.

Slučaj dermatitisa na zglobu obe šake koji je dijagnosticiran kao *lichen planus*.

© Tekst i fotografija zahvaljujući CDC/Susan Lindsley, 1977.

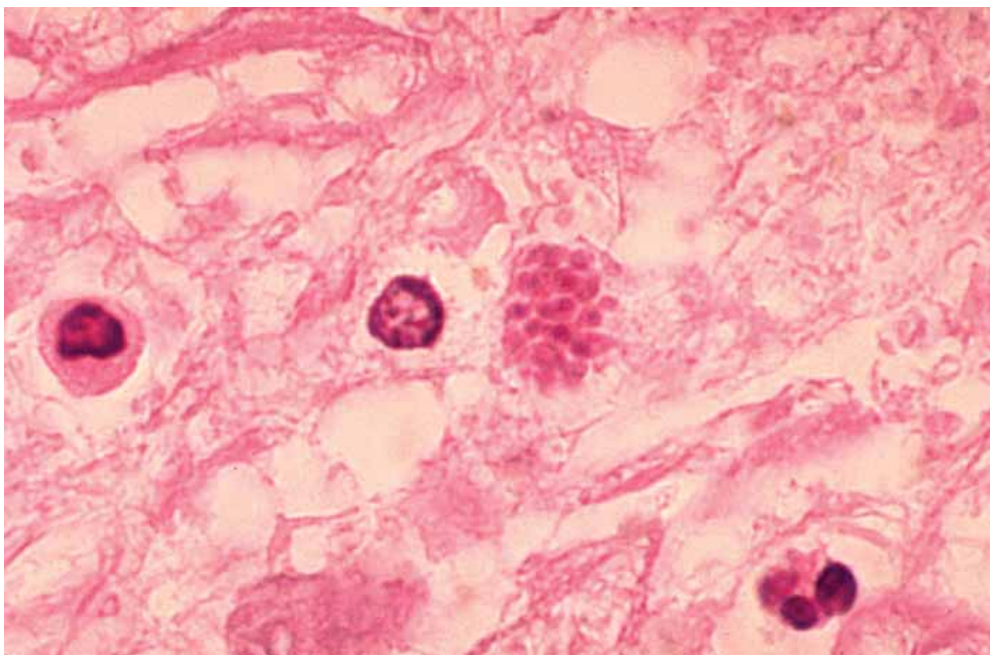


Slika 19.

Toksoplazmoza srca kod AIDS-a.

Histopatologija aktivne toksoplazmoze miokarda. Brojni tahoziti *Toxoplasma gondii* su vidljivi unutar pseudociste u miocitu. Toksoplazmoza je parazit.

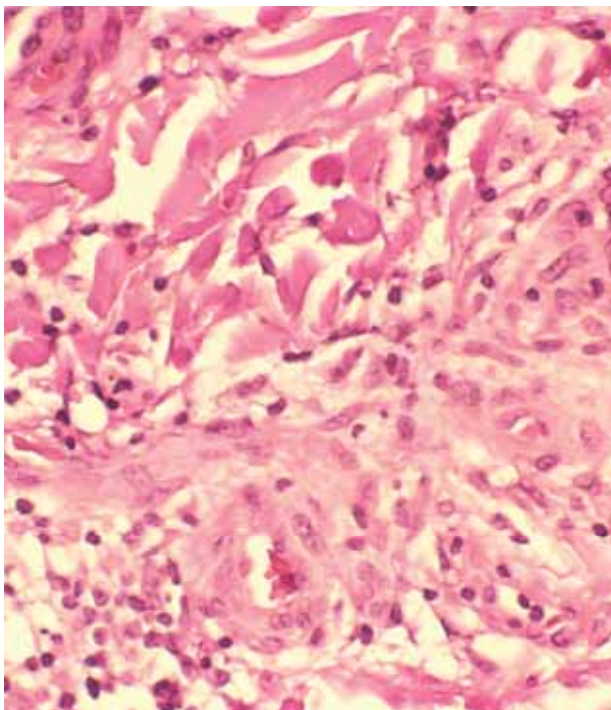
© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC/ Dr. Edwin P. Ewing, Jr, 1984.



Slika 20.

Histopatologija toksoplazmoze mozga kod AIDS-a sa fatalnim ishodom

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC/Dr. Edwin P. Ewing, Jr., 1984.



Slika 21.

**Rana faza lezije na koži
uzrokovane Kapšijevim
sarkomom kod pacijenta sa
AIDS-om**

© Tekst i fotografija zahvaljujući:
CDC/Dr. Edwin P. Ewing, Jr.,
1984.



Slika 22.

Plavo-crvena kvrga Kapošijevog sarcoma na plantarnoj površini lijevog stopala.

Kod osoba sa oslabljenim imunim sistemom, organizam ne može da se odbrani od infekcija i drugih bolesti. Kod osoba sa AIDS-om Kapošjev sarkom se običnoširi mnogo brže i često se nalazi na različitim djelovima tijela.

© *Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC/ Dr. Steve Kraus, 1981.*

Smeđe kožne kvržice lezije Kapošijevog sarcoma koje se često nalaze kod pacijenata sa AIDS-om.



Prije pandemije AIDS-a, Kapošijev sarkom je bio neuobičajena vrsta kancera. Uglavnom se mogao naći među stanovnicima mediterana, kod Afričke djece i među Aškenazi jevrejima. U međuvremenu je postao jedna od najčešćih neoplazija kod pacijenata sa AIDS-om.

© *Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC/ Dr. Steve Kraus, 1987.*

Slika 23.



Slika 24.

Za ovu leziju se ispočetka sumnjalo da je *stasis dermatitis ulcer* ali se ispostavilo da je Kapošjev sarkom na distalnoj nozi.

U skorije vrijeme, ogromna većina slučajeva Kapošjevog sarcoma je otkrivena kod pacijenata sa AIDS-om. Najčešća lokacija KS-a je koža ali on se može pojaviti in a unutrašnjim organima, posebno na limfnim čvorovima, plućima i sistemu za varenje.

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC/Dr. Steve Kraus, 1981.



Slika 25.

Intraoralna lezija Kapošijevog sarkoma sa kandidijazom kod pacijenta sa AIDS-om.

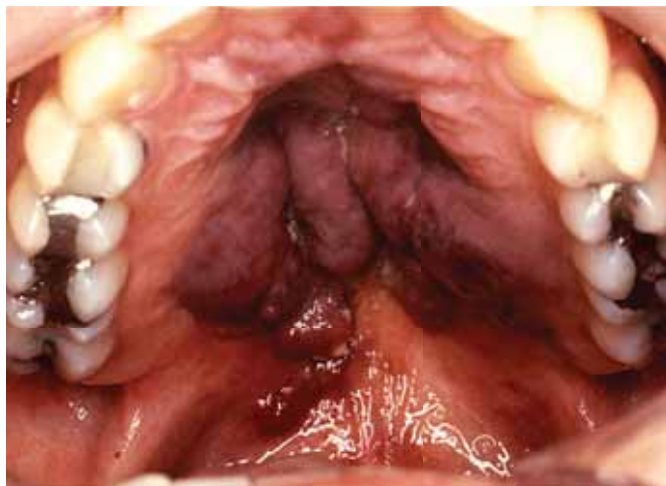
Kod ovog AIDS pacijenta je zabilježen broj CD4+ T-ćelija manji od 200, i visoko prisustvo virusa. S početka, lezije KS-a su ravne i crvene, ali vremenom se podižu i postaju tamnije, boja se mijenja ka purpurnoj.

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC/Sol Silverman, Jr., DDS; 1999.

Kod ovog pacijenta je vidljiv uznapredovali Kapošjev sarkom na nepcu koji je sekundarna infekcija AIDS-a.

Kaposi's sarcoma je drugačiji od većine ostalih oblika kancera zato što se češće istovremeno razvija na različitim mjestima na tijelu, nego na samo jednom. Sistem za varenje, u koji spada i usna šupljinana, je jedno od uobičajenih mjesta gdje se KS razvija

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC/Sol Silverman, Jr., D.D.S., University of California, San Francisco; 1987.



Slika 26.



Slika 27.

Sekundarna akutna psudomembranska kandidijaza kod HIV/AIDS pacijenta

Kod osoba koje žive sa HIV-om dramatično se smanjuje efikasnost imunog sistema što rezultira većom mogućnošću razvoja oportunističkih/ sekundarnih infekcija. Iz tih razloga, kod HIV pacijenata se može razviti i spontana gljivična infekcija kandidijaza..

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC; Sol Silverman, Jr., D.D.S., 1987.

Slučaj kandidijaze koja se razvila na glansu penisa



Slika 28.

Candida albicans živi u mnogim djelovima tijela kao dio normalne flore. Međutim, kada se poremeti ravnoteža, kao što je promjena hormonske ravnoteže, *C. albicans* može da se raširi, uzrokujući mukoznu ili kožnu infekciju koja se naziva kandidijaza.

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC/Susan Lindsley ; Fotografija: Brian Hill, New Zealand, 1976.



Antiretrovirusno liječenje⁹

*Prof. dr. Josip Begovac, Infektolog,
Klinika za infektivne bolesti „Fran Mihaljević“, Zagreb*

⁹ Preuzeto iz: „Ginekološka praksa i HIV“. Partnerstvo za zdravlje.Sarajevo. 2011.



HIV i AIDS je hronična, doživotna bolest za koju još nije pronađen lijek, zbog čega se osobe koje žive sa HIV-om (PLHIV) moraju zdravstveno pratiti do kraja života. Glavna komponenta liječenja PLHIV-a sastoji se od antiretrovirusnog liječenja (ART). Optimalni ART produžuje i poboljšava kvalitet života osoba zaraženih HIV-om, te otežava daljnje prenošenje virusa. SZO propagira pristup ART-u sa aspekta javnog zdravlja, koji promovira racionalan izbor i svrstavanje klasa lijekova u terapije prvog i drugog reda, uz opcije spasa; pojednostavljen i standardizovan klinički menadžment; i standardizovano evidentiranje kako bi se sačuvala terapijske opcije, minimizirala toksičnost lijekova i nuspojave, maksimiziralo pridržavanje terapije i podržali ciljevi ART-a. Razvijene zemlje, s druge strane, imaju na raspolaganju veliki broj antiretrovirusnih lijekova i koriste individualistički pristup ART-u. Većina zemalja Jugoistočne Evrope koje nisu članice EU nemaju sve dostupne antiretrovirusne lijekove, ali još uvijek pribjegavaju individualističkom pristupu ART-u, doduše uz ograničene opcije.

Ciljevi antiretrovirusnog liječenja su maksimalna i dugotrajna supresija virusa, obnavljanje i očuvanje imunološke funkcije, poboljšanje kvalitete života, te smanjenje pobola i smrtnosti od HIV-a. Rezultati terapije procjenjuju se kroz nivo HIV RNK u plazmi, koji bi se trebao smanjiti za 1.0 log₁₀ kroz dvije do osam sedmica, dok se virus ne bi trebao detektirati (<50 kopija/mL) četiri do šest mjeseci nakon početka liječenja. Neuspjeh terapije nakon četiri do šest mjeseci može se pripisati nediscipliniranosti pacijenta, neodgovarajućoj potenciji lijekova ili suboptimalnoj dozi antiretrovirusnih agenasa, potom rezistenciji virusa, te drugim neobjašnjenim faktorima. Ukoliko se pacijenti pridržavaju terapijskog režima, a terapija se pokaže neuspješna, potrebno je promijeniti režim; kod ove promjene treba uzeti u obzir detaljnu istoriju medikamentoznog liječenja, kao i rezultate testiranja rezistentnosti na lijekove. Zbog ograničenog broja dostupnih alternativnih antiretrovirusnih lijekova koji su se pokazali efikasnim, ponekad je u terapiju teško uvesti optimalne izmjene kod pacijenata kod kojih je terapija izbora bila neuspješna.



U 2009. godini, početak liječenja HIV-a preporučuje se: 1) osobama sa simptomima bolesti HIV-a, 2) osobama bez simptoma sa manje od 350 CD4+ stanica u mm³ krvi. Liječenje osoba bez simptoma sa više od 350 CD4+ stanica u mm³ se u pravilu ne preporučuje. Sve trudnice koje su zaražene HIV-om moraju se podvrci liječenju bez obzira na broj CD4+ stanica. Inicijalno liječenje treba da uključuje dva nukleozidna analoga (NRT) i jedan nenukleozidni analog (NNRT) ili inhibitor proteaze (PI) sa pojačanim djelovanjem. Već prema povremenoj kontroliranoj kliničkoj upotrebi i dostupnosti lijekova u regiji, može se preporučiti inicijalno liječenje sa dva NRT-a uz lijekove efavirenz ili lopinair/ritonavir. Mi preporučujemo sljedeće nukleozidne analoge za inicijalno liječenje: zidovudin + lamivudin, abacavir + lamivudin i tenofovir + emtricitabin. Stavudin bi se trebao koristiti samo kada druge vrste liječenja nisu dostupne i to u ograničenom periodu (tri do šest mjeseci). U slučaju neuspjeha, treba obratiti pažnju na faktore kao što su disciplina pacijenta kod uzimanja terapije, rezistentnost i farmakokinetika. U slučaju nedjelovanja lijeka, preporučuje se testiranje rezistentnosti na lijek i terapija bi, po mogućnosti, trebala da uključuje najmanje dva nova aktivna antiretrovirusna lijeka.

Ciljevi antiretrovirusnog liječenja

Ciljevi ART-a su:

- klinički: produženje života i poboljšanje njegove kvalitete
- imunološki: kvantitativna i kvalitativna imunološka rekonstitucija s ciljem sprečavanja nastanka oportunističkih infekcija
- virološki: maksimalno moguće smanjenje količine virusa na najduži mogući period s ciljem zaustavljanja progresije bolesti i sprečavanja i odgađanja razvijanja rezistencije na lijekove
- epidemiološki: otežavanje, u idealnom slučaju sprečavanje, daljnjeg prenošenja

SZO je izradila niz smjernica u smislu podrške pružanju ART-a u nacionalnim programima i od strane zdravstvenih radnika.

Zdravstvena istorija, rezultati pregleda, precizna istorija ART-a, laboratorijski nalazi, nalazi drugih medicinskih zahvata, kao i socijalni aspekt, moraju se evidentirati tokom cijelog liječenja, koje može trajati godinama ili čak decenijama. Takva dokumentacija je ključna ne samo za konkretnog pacijenta nego i za retrospektivnu analizu (primjerice, kod endoskopskih zahvata, CT-a, složenih mikrobioloških testiranja ili pak testiranja količine virusa /VL/). U tom smislu preporučuje se elektronski sistem



vođenja evidencije, naročito na kliničkom nivou. Pored toga, povjerljivost zdravstvenih informacija mora biti zagarantovana.

Optimalnu njegu i usluge liječenja HIVa treba da pružaju klinički timovi. Glavninu kliničkog tima koji se bavi osnovnim upravljanjem zdravstvenog slučaja pacijenta treba da čine ljekar (obično infektolog), medicinska sestra i socijalni radnik ili stručnjak iz neke druge nezdravstvene oblasti. Svaki član tima ima specifičnu ulogu u pružanju njege i liječenju i njihove usluge bi se trebale nadopunjavati. Mreža drugih specijalista i grupa za samopomoć trebala bi da bude na raspolaganju za podršku kad je u pitanju PLHIV.

Početak ART-a

Najbolji trenutak za početak ART-a je stvar polemike. Nekoliko povezanih studija i smjernica ukazuju na rasprostranjeno mišljenje da su kliničke faze (treća ili četvrta) i broj CD4 najbolji primarni markeri, a količina virusa sekundarni marker prilikom donošenja ovakve odluke. Međutim, skorašnje studije su pokazale da raniji početak ART-a proizvodi pozitivne kliničke učinke. Prije nego što počnete sa ART-om, nastojte osigurati voljnost pacijenta. Odluka o početku ART-a treba da se bazira na dva različita mjerenja CD4, u idealnom slučaju u razmaku od sedam dana zbog sklonosti broja CD4 da varira, a i kako biste isključili laboratorijske pogreške i ostale varijable (primjerice, postojanje istodobnih bolesti). U slučaju istodobne akutne bolesti, mjerenje CD4 stanica treba da se ponovi tek nakon što se ta bolest izliječi. Međutim, terapiju ne bi trebalo odlagati ako se osoba ne osjeća dobro ili ako se drugo mjerenje ne može na vrijeme izvršiti. Ako ne postoje podaci o broju CD4, odluka o početku ART-a se ipak može donijeti isključivo na osnovu kliničke slike – i to u trećoj ili četvrtoj kliničkoj fazi bolesti. Broj CD4 stanica na početku ART-a (u idealnom slučaju utvrđen kada pacijent nema nikakvu aktivnu veliku oportunističku infekciju) predstavlja ključnu vrijednost kod utvrđivanja prognoze, reakcije na ART, kao i za praćenje naknadne imunološke reakcije na ART.

Liječenje HIV-a preporučuje se:

- 1) osobama sa simptomima bolesti HIV-a,
- 2) osobama bez simptoma sa manje od 350 CD4+ stanica u mm³ krvi. Liječenje osoba bez simptoma sa više od 350 CD4+ stanica u mm³ se u pravilu ne preporučuje, s tim da postoje izuzeci. Neki stručnjaci preporučuju liječenje svih osoba sa manje od 500 CD4+ stanica u mm³.



Mjerenja količine virusa

Količina virusa je povezana sa gubitkom CD4 stanica. Iako ona sama nije marker za početak ART-a, u slučaju da je količina virusa >100.000 kopija/ml (može se popeti čak i na jedan milion kopija), brz pad broja CD4 stanica je vrlo izgledan. Stoga se preporučuje da se razmisli o početku ART-a kod vrijednosti od 350 CD4 stanica u mm^3 ako je količina virusa prešla 100.000 kopija/ml. Iako je testiranje količine virusa skupo i ponekad nedostupno, važno je utvrditi početnu količinu virusa ako je to moguće, pošto je ova vrijednost važna za praćenje ART-a. Nepostojanje podataka o količini virusa ne bi trebao da bude kriterij za odlaganje početka liječenja ili razlog za isključenje liječenja.

Testiranje rezistentnosti na lijekove

Prevalencija rezistentnosti na lijekove za HIV varira od zemlje do zemlje i zavisi od nekoliko faktora, uključujući trajanje ART-a, istoriju liječenja (mono i dvojni terapija), te disciplinirano uzimanje terapije. U zapadnoj Evropi, multicentrične studije su ukazale na brojku od 10% ukupne prevalencije rezistentnosti kod novih slučajeva zaraze HIV-om između 1996. godine i 2002. godine. Studijom u 40 gradova u SAD-u došlo se do stope rezistentnosti od 14%. Najveće stope u ovim studijama identificirane su u Španiji (26%) i San Francisku (19%). Nema mnogo podataka o rezistentnosti na lijekove u jugoistočnoj Evropi; međutim, izvještaj iz Slovenije pokazuje mali nivo rezistentnosti, a slični podaci dolaze i iz Hrvatske ($<5\%$). U zemljama koje imaju kratku ili nikakvu istoriju ART-a, rizik od prenošenja virusa koji je otporan na lijekove za HIV je znatno manji, i vrlo aktivno antiretrovirusno liječenje lijekovima prvog reda (HAART), koje je preporučeno niže u tekstu, daje rezultate kod liječenja „naivnih“ pacijenata koji ranije nisu uzimali antiretrovirusnu terapiju. Važno je imati strategije o rezistentnosti na lijekove za HIV koje obuhvataju cijelu populaciju zbog praćenja nastanka i širenja rezistentnosti na njih; i djelovanja na temelju ranih pokazatelja koji upozoravaju na pojavu rezistentnosti na lijekove, a kako bi se njena pojava i daljnje širenje svelo na najmanju moguću mjeru.



Terapija višestrukom kombinacijom lijekova prvog reda (HAART)

Preporučuje se da se u terapiji lijekovima prvog reda kombiniraju dva nukleozidna/ nukleotidna inhibitora reverzne transkriptaze (NRTI) i jedan nenukleozidni inhibitor reverzne transkriptaze (NNRTI).

Komponenta NRTI

Okosnica prvog reda ART-a je kombinacija dva NRTI. Jedan bi trebao biti lamivudin (3TC) ili emtricitabin (FTC); smatra se da je FTC ekvivalentan 3TC-u i po efikasnosti i po toksičnosti. Drugi je najčešće zidovudin kao analog timidina (ZDV poznat i kao AZT). Za ZDV postoje mnogobrojni podaci i iskustva u upotrebi jer je to prvi poznati antiretrovirusni lijek.

Stavudin (d4T) je još jedan analog timidina. Međutim, on ima loš profil toksičnosti i mnoge novije studije bilježe veću stopu dugoročnih nuspojava kod upotrebe d4T. Mnoge državne i međunarodne preporuke ga ne spominju za inicijalnu terapiju. Sve se više koristi kao alternativa za ZDV (supstitucija unutar klase) kada se isti mora zamijeniti ili isključiti zbog nuspojava ili toksičnosti. Manja doza od 30 mg se trenutno preporučuje za sve težine kako bi se smanjila dugoročna toksičnost, s tim da treba izbjegavati dugoročno liječenje (>6 mjeseci).

Drugi mogući analozi (bez analoga timidina) kao lijekovi prvog reda su tenofovir (TDF) ili abacavir (ABC) u kombinaciji sa 3TC ili FTC. Nedavno je jedna studija zabilježila blagu prednost TDF/FTC nad ZDV/3TC kada se upotrebljava u kombinaciji sa EFV, vjerovatno zbog manje stope nuspojava kod TDF. Potrebne su dodatne studije. Treba spomenuti da kod ABC-a postoji rizik od sindroma hipersenzitivnosti dok TDF može uzrokovati oštećenje bubrega, zbog čega se obično preporučuju prethodne pretrage bubrežne funkcije. Nedavno je ukazano na mogućnost da TDF/FTC pokazuje bolje rezultate od ABC/3TC kod većih količina virusa. Sugerira se i da je abacavir povezan sa povećanim rizikom od kardiovaskularnih događaja; međutim, ovo je osporeno.

Prednost TDF i ABC leži u njihovom profilu rezistentnosti, koji potencijalno dozvoljava više NRTI kombinacija za podršku inhibitorima proteaze (PI) drugog reda. Nedostaci su troškovi, dostupnost i licenciranje.



NRTI su dostupni (ili će vjerovatno uskoro biti prekvalificirani i dostupni) u sljedećoj fiksnoj dozi ili formulacijama jedne tablete od originatora:

- ZDV + 3TC
- TDF + FTC
- ABC + 3TC

Dodatna prednost TDF/FTC i ABC/3TC je dostupnost terapije koja se uzima jednom dnevno.

Kod upotrebe NRTI primjenjuju se određena pravila:

- Ne kombinirati „d-lijekove“ (ddl (didanozin), d4T).
- Ne davati jedan d-lijek ako postoji polinevropatija.
- Ne kombinirati ZDV i d4T.
- Ne kombinirati 3TC i FTC.

Komponenta NNRTI

Postoje dva NNRTI – efavirenz (EFV) i nevirapin (NVP) – koji su dostupni i koji se preporučuju za ART prvog reda. Efektivnost NVP se može usporediti sa onom EFV. Oba imaju znatnu toksičnost i nuspojave koji ograničavaju njihovu širu upotrebu.

Najbolji podaci postoje za terapijski režim koji uključuje ZDV + 3TC + EFV. Efavrenz se preporučuje kao NNRT izbora u mnogim međunarodnim smjernicama. Ova kombinacija od tri tablete daje se u dvije doze dnevno. Brzo djeluje, količina virusa brzo pada u prve dvije sedmice sa EFV, porast broja CD4 je sličan onom kod drugih režima, a problemi su ograničeni.

EFV se treba izbjegavati kod pacijenata sa istorijom ozbiljnih psihičkih bolesti, kod žena u reproduktivnom razdoblju koje ne koriste efektivno sredstvo za kontracepciju, te za vrijeme prvog tromjesečja trudnoće.

NVP predstavlja alternativu za ove slučajeve.

NVP može biti izrazito toksičan za jetru, što po svemu sudeći ima veze sa nivoom imunosupresije, tako da je njegova upotreba ograničena na žene sa CD4 <250 stanica/mm³ i na muškarce sa CD4 <400 stanica/mm³. Veći broj CD4 od ovih dovodi se u vezu sa povećanim rizikom od toksičnog oštećenja jetre.

Upotreba NVP mora se pažljivo intenzivirati. Kada se počinje sa ovom vrstom terapije, preporučuje se inicijalni period od 14 dana sa 200 mg NVP jednom dnevno



(OD), zbog bolje tolerancije. Nakon 14 dana, doza se treba povećati na standardnih 200 mg dva puta dnevno (BID).

EFV je najčešći izbor kod pacijenata koji u isto vrijeme uzimaju rifampicin zbog TBC-a.

Kombinacija dva NNRTI i jednog NRTI se ne preporučuje.

Treći dostupan NNRT, etravirin, nije licenciran za liječenje „naivnih“ pacijenata.

Inhibitori proteaze

PI sa pojačanim djelovanjem su alternativa za NNRT za terapiju prvog reda. Oni mogu biti prvi izbor u sljedećim slučajevima:

- psihičke smetnje
- porast nivoa ALT za više od tri do pet puta
- ciroza
- trudnoća sa CD4 250–350 stanica/mm³, naročito u prvom tromjesečju trudnoće
- (pošto je EFV kontraindiciran)
- HIV-2 infekcija zbog intrinzične rezistencije na klasu NNRTI

Zbog dostupnosti PI u regiji, lopinavir/ritonavir mogu se smatrati inhibitorima izbora.

Pridržavanje ART-a

Optimalan učinak liječenja iziskuje striktno pridržavanje ART-a. Dobro je poznato da kod discipliniranog uzimanja terapije dolazi do drastičnog pada pobola i smrtnosti od HIV-a, dok u suprotnom dolazi do brzog razvoja rezistentnosti na lijekove. Efektivni nivoi uzimanja terapije još nisu u potpunosti definirani za ART (zbog razlika između različitih terapijskih režima), ali nivo manji od 95% se dovodi u vezu sa lošim virološkim i imunološkim odgovorom, dok nivo od 100% čini se postiže bolje rezultate od 95%. Najnoviji podaci ukazuju na korelaciju između rezistentnosti na lijekove u raznim klasama antiretrovirusnih lijekova i pridržavanja terapije.

Slabo ili nedovoljno pridržavanje terapije proizvodi posljedice za pacijente, javno zdravstvo i državne ekonomije:



- Pacijenti su u opasnosti da razviju značajnu rezistentnost na virus, da liječenje ne uspije i da bolest počne napredovati. Prelazak na novi terapijski režim nakon neuspjelog liječenja u većini slučajeva rezultira u još manjim šansama da se osoba pridržava terapije (veća količina tableta, nuspojave, restrikcije u ishrani, toksičnost i kompleksno doziranje).
- Slabo pridržavanje terapije takođe znači povećani rizik od progresije bolesti, što za rezultat ima povećanje troškova za liječenje oportunističkih infekcija.

Virološki neuspjeh

- Primarni virološki neuspjeh – pacijent ne reaguje, tj. VL se ne smanjuje na <50 kopija/ml u dva različita navrata nakon više od šest mjeseci ART-a.
- Sekundarni virološki neuspjeh – povratak virusa, tj. VL >50 kopija/ml je potvrđena.

Virološki neuspjeh ne mora biti pokazatelj za promjenu.

Imunološki neuspjeh (broj CD4 stanica, ako VL nalaz nije dostupan):

- pad od 25% sa maksimalnog nivoa pacijenta, ili
- neuspješno povećanje broja CD4 stanica na >50 stanica/ mm^3 u prvoj godini ART-a

Faktori kao što su slabo pridržavanje terapije i interakcije lijekova moraju da se isključe prije potvrđivanja neuspjeha.

Baziranje neuspjeha ART-a isključivo na kliničkim osnovama smatra se suboptimalnim pristupom; zemlje se ohrabruju da osiguraju barem redovito praćenje CD4.

Strategije za promjenu režima ART-a

Ako terapijski režim drugog reda sadrži lijekove koji isključuju mogućnost unakrsne rezistentnosti režima prvog reda koji trenutno ne daje rezultate kod pacijenta, test rezistentnosti se ne mora raditi da bi se uvela promjena.

Rana promjena: VL >400 ($>50 - <1000$) kopija/ml.

- Prednosti: čuvanje opcija za liječenje, veća vjerovatnoća efektivne reakcije, smanjeni rizik od događaja koji jesu, ali i ne moraju biti, povezani sa AIDS-om
- Nedostaci: veliki troškovi i brže iscrpljivanje opcija za antiretrovirusne lijekove; potreba za rutinskim laboratorijskim testiranjem VL



- Kasna promjena (VL \geq 1000 – 10000 kopija/ml ili pad broja CD4 za 25%)
- Prednost: smanjeni troškovi
- Nedostaci: veća akumulacija mutacija rezistentnosti i potencijalno lakše prenošenje rezistentnog virusa; može kompromitirati reakciju na liječmože ograničiti izbor aktivnih antiretrovirusnih lijekova za terapiju drugog reda

Ako je nakon šest mjeseci VL >50 kopija/ml, ljekar prije prelaska na liječenje drugog reda treba da ocijeni i riješi pitanje discipline pacijenta u uzimanju terapije, toksičnosti lijekova (zamijeniti toksične lijekove) i interakcije sa drugim lijekovima.

Dugoročne implikacije ovih pristupa nisu poznate; stoga su studije u kojima će se usporediti pristupi uvođenja promjena prijeko potrebne.

Minimalno praćenje

- VL treba da bude dio standardnog liječenja PLHIV-a.
- VL treba da se izmjeri prije početka ART-a, zatim nakon prvog, trećeg, šestog i dvanaestog mjeseca; daljnje praćenje može da se obavlja u dužim intervalima kod pacijenata koji dobro reaguju na liječenje.
- Mjerenje VL svakih šest do dvanaest mjeseci je prihvatljivo ako postoje lokalna ograničenja u smislu dostupnosti ili troškova.
- Mjerenje CD4 stanica treba da se izvrši prije početka ART-a, a zatim dva do četiri puta u prvoj godini; daljnja praćenja mogu se obavljati dva puta godišnje.

Definicija neuspjeha drugog reda

Definicija je ista kao i kod neuspjeha prvog reda, s tim da se menadžment razlikuje u zavisnosti od raspoloživosti medikamentoznih opcija i učestalosti testiranja rezistentnosti na lijekove. Tamo gdje je to moguće, treba uvesti nove klase lijekova.

Testiranje rezistentnosti na lijekove

Ako testiranje rezistentnosti na lijekove za HIV nije dostupno nakon neuspjeha prvog reda, treba se uzeti uzorak krvi koji će se držati zamrznut u slučaju neuspjeha drugog reda; nakon neuspjeha prvog i drugog reda, oba uzorka krvi se trebaju testirati radi donošenja odluke o terapiji spasa.



Interakcije lijekova

Interakcije među različitim antiretrovirusnim lijekovima i interakcije antiretrovirusnih lijekova sa drugim lijekovima jako su važne kod vođenja pacijenata koji su na antiretrovirusnom liječenju. Interakcije lijekova mogu biti pozitivne ili negativne interakcije među antiretrovirusnim agensima ili između njih i lijekova kojima se liječe druga prisutna stanja. Ove smjernice neće se osvrutati na detaljnu listu interakcija. Klinički važne interakcije antiretrovirusnih agenasa sa drugim lijekovima uključuju sljedeće lijekove: metadon, oralna kontraceptivna sredstva (koja sadrže estrogen), antiepileptike, antidepresive, agense koji smanjuju lipide, agense koji smanjuju kiseline, određene antimikrobiološke agense (npr. klaritromicin, minociklin i flukonazol), neke lijekove protiv aritmije, terapiju za tuberkulozu, lijekove protiv raka, lijekove za imunosupresiju, inhibitore fosfodiesteraze i terapije za HCV. Veliki broj ovih interakcija se može prevazići; međutim, ima dosta primjera kada se istodobno davanje treba izbjeći.

Inhibitori proteaze u pravilu imaju više interakcija sa drugim lijekovima. Primjerice, istodobno davanje lopinavira i etinilestradiola dovelo je do smanjenja etinilestradiola AUC za 42%, dok je noretindron AUC pao za 17% (podaci od 12 HIVsubjekata). Preporučuje se korištenje drugih kontraceptivnih metoda. Istodobno davanje etinilestradiola (50 µg, jednokratna doza) i efavirenza (400 mg, jednom dnevno) dovelo je do porasta etinilestradiola AUC od 37%, ali nije promijenilo C_{max}. Efavirenz AUC, C_{max} odnosno C_{min} su ostali isti. Klinična važnost porasta koncentracije etinilestradiola nije poznata. Budući da potencijalna interakcija efavirenza sa oralnim kontraceptivnim sredstvima nije u potpunosti okarakterizirana, pouzdana metoda kontracepcije koji koristi prepreku treba da se koristi pored oralnih kontraceptivnih sredstava.

Na kraju, kliničari koji liječe žene kod kojih postoji rizik od interakcije lijekova treba da razmisle o potrebi za eventualnim korištenjem alternativnih metoda kontracepcije ili za prilagođavanjem doze interaktivnog agensa. Postoji vrlo malo informacija o interakcijama lijekova kod upotrebe novijih hormonalnih metoda kontracepcije (flaster, vaginalni prsten, injekcije estrogena-progestina).



LITERATURA:

- Department of Health and Human Services. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV 1-infected adults and adolescents. December 1, 2009. Web site: <http://aidsinfo.nih.gov>
- Hammer SM, Eron JJ, Jr., Reiss P i sur. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2008 recommendations of the International AIDS Society-USA panel. *JAMA* 2008;300:555-70.
- European AIDS Clinical Society (EACS) guidelines for the clinical management and treatment of HIVinfected adults. Versdion 5, 2009. Web site: <http://www.evropeanaidsclinicalociety.org/guidelines.asp>
- WHO Regional Office for Evrope. Sexually transmitted infections/HIV and AIDS programme. Patient evaluation and antiretroviral treatment for adults and adolescents. In: HIV/AIDS protocols on treatment and care for the Evropean Region. Copenhagen, 2007
- WHO. Rapid advice: antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents. Geneva, World Health Organization, November, 2009
- Gazzard BG. British HIV Association Guidelines for the treatment of HIV-1-infected adults with antiretroviral therapy 2008. *HIV Med* 2008;9:563-608.
- WHO antiretroviral therapy for HIVinfection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach – 2006 revision. Geneva, World Health Organization, 2006
- Begovac J. Smjernice za antiretrovirusno liječenje odraslih bolesnika u Hrvatskoj u 2009. godini. *Infektološki glasnik* 2008;28(suppl 1):3-20.



Prevenција HIV infekcije¹⁰

*Prof. dr Josip Begovac, Infektolog,
Klinika za infektivne bolesti „Fran Mihaljević“, Zagreb*

¹⁰ Preuzeto iz: „Ginekološka praksa i HIV“. Partnerstvo za zdravlje.Sarajevo. 2011.



Standardne intervencije

Intervencije za prevenciju HIV infekcije mogu se pružiti prije infekcije, u trenutku infekcije, te nakon infekcije (tabela 2.). Standardne intervencije su obuhvatale edukaciju, promjenu ponašanja i programe zamjene igala. Ključni element standardnog pristupa je bio otvaranje centara za dobrovoljno savjetovanje i testiranje kako bi se omogućio nesmetan pristup testiranju na HIV i upućivanje na njegu u slučaju da dijagnoza HIV infekcije bude uspostavljena.

Tabela 2: Spektar strategija za prevenciju HIV-a

Prije izlaganja	U momentu prenošenja	Nakon infekcije
Promjena ponašanja i edukacija	Muški i ženski kondomi	Antiretrovirusna terapija
Pristup sterilnim špricama	Antiretrovirusna terapija (PMTCT)	Njega/ishrana
Cirkumcizija muškarca	Mikobici	Edukacija i promjena ponašanja
Vakcine za prevenciju	Cervikalne prepreke	Terapije za oportunističke infekcije
Profilaksa prije izlaganja		Profilaksa nakon izlaganja
Liječenje STI		Terapeutske vakcine
Testiranje donatora krvi i organa na HIV		



Nove biomedicinske intervencije – biomedicinske osnove prevencije

Znatan napredak je postignut u pronalasku novih antiretrovirusnih spojeva, kao i u distribuciji antiretrovirusnih lijekova u sredinama koje imaju ograničene resurse. Međutim, nove HIV infekcije se i dalje pojavljuju u svijetu, sa oko 14.000 novih infekcija dnevno. Intervencije u ponašanju do sada nisu bile dovoljne da bi se kontrolisala globalna epidemija HIV-a, zbog čega se moraju osmišljavati nove strategije prevencije. Cirkumcizija za prevenciju heteroseksualnog sticanja HIV-a kod muškaraca pokazala se uspješnom u tri randomizirana pokusa. Međutim, mnoge strategije nisu uspjele da spriječe HIV infekciju, uključujući supresiju herpes virusa tip 2 (HSV-2) i liječenje izlječivih spolno prenosivih infekcija (STI). Strategije koje se nisu pokazale korisnima u prevenciji HIV-a uključuju upotrebu nonoksinola-9 ili celuloznog sulfata kao vaginalnih mikrobnocida, te sve dosadašnje strategije vakcinisanja za koje postoje podaci. Međutim, javljaju se nove perspektivne strategije kao što su profilaksa prije izlaganja i mikrobnocidi (PRO 2000). Takođe postoje obećavajući podaci vezano za životinje o mikrobnocidima koji se baziraju na antiretrovirusnim supstancama. Podaci o efektivnosti antiretrovirusnog liječenja kao preventivnog sredstva takođe se pojavljuju. Izuzev jedne nedavne studije, pokusi sa vakcinama su imali razočaravajuće rezultate.

Biomedicinske intervencije

Najveći pomak u nedavnim istraživanjima o prevenciji vezan je za tri nedavna randomizirajuća pokusa u kojima je dokumentovano da se sticanje HIV-a kod muškarca može smanjiti cirkumcizijom. Međutim, zabilježeno je da vodeći kandidat – vakcina protiv HIV-a – prošle godine nije bio efektivan u smanjenju sticanja HIV-a. Pored toga, uprkos mnogobrojnim studijama kojima se dokumentovao povećani rizik od HIV-a kod osoba sa herpes simpleks virusom 2, placebo-kontrolirani pokus sa aciklovirom za supresiju herpesa kod osoba koje nisu zaražene HIV-om nije uspio pokazati nikakvo smanjenje sticanja HIV-a kod onih koji su primili terapiju za supresiju herpesa u odnosu na one koji nisu.

Dvije dodatne strategije koje su bile u središtu nekoliko velikih, randomiziranih pokusa su:

- profilaksa prije izlaganja (PrEP), i
- topikalni mikrobnocidi.



Profilaksa prije izlaganja

PrEP je skraćenica za „profilaksu prije izlaganja“. Ona pretpostavlja upotrebu lijekova unaprijed (prije nego što se nečemu izložite) kako ne biste dobili neku bolest ili stanje. U tom smislu se koristi nekoliko vrsta lijekova. Kada govorimo o PrEP-u u kontekstu HIV-a, mislimo na ideju da HIV-negativne osobe uzimaju antiretrovirusne lijekove (ARV) kako bi smanjile rizik od zaražavanja HIV-om ako mu budu izložene. PrEP se trenutno ne preporučuje za prevenciju HIV-a jer se još uvijek ne zna da li će to zapravo uspjeti da spriječi HIV. Istraživanja se trenutno vrše kako bi se utvrdilo da li će ona djelovati ili ne.

Na koji način bi PrEP mogao spriječiti širenje HIVa?

Ako se pokažu djelotvornim, lijekovi za PrEP bi spriječili HIV da se reproducira u tijelu osobe koja ih redovno uzima (ili možda samo u vrijeme izlaganja virusu). Evo kako bi to funkcioniralo. Kada se stanice zaraze HIV-om, one postaju male tvornice koje proizvode hiljade novih virusa HIV-a svaki dan. Antiretrovirusni lijekovi djeluju tako što blokiraju određene korake u proizvodnji koje HIV koristi kako bi se replicirao. Ako HIV-negativna osoba prilikom izlaganja HIV-u (npr. za vrijeme nezaštićenog spolnog odnosa) već ima ARV u svom krvotoku, lijek bi mogao da spriječi HIV da napravi dovoljno vlastitih kopija, da „preuzme kontrolu“ i zarazi je.

Ponovo napominjemo da nije dokazano da upotreba antiretrovirusnih lijekova za PrEP uistinu djeluje na smanjenje rizika od zaražavanja HIV-om. Ovaj pristup još uvijek je predmet istraživanja. Čak i ako se dokaže da PrEP smanjuje rizik od HIV-a, on neće biti efektivan kao kondomi. Sprečavanje HIV-a da uđe u organizam je očito efektivniji način prevencije HIV infekcije od pokušaja da ga se onespособi kad već bude unutra.

Koji dokazi već postoje o tome da bi PrEP mogao biti djelotvoran?

Istraživači su počeli vršiti kliničke pokuse vezane za PrEP nakon što je njegova djelotvornost pokazana u pokusima sa životinjama. Životinje ne dobijaju HIV ali majmuni mogu dobiti dva virusa (SIV i SHIV), koji su „bliski rođaci“ HIV-a. Naučnici koriste ove viruse kako bi iskušali moguće lijekove na životinjama i utvrdili da li vrijedi na njima raditi za ljudsku upotrebu. U okviru jedne studije, uspoređeni su majmuni kojima je dat PrEP sa onima koji ga nisu dobili. Obje grupe su bile izložene SHIV-u i svi su majmuni, izuzev jednog, u netretiranoj grupi (koja nije dobila PrEP) zaraženi.



Međutim, između 50 i 80 posto majmuna koji su dobili PrEP nisu dobili SHIV, čak ni nakon ponovnog izlaganja. Ovakvi rezultati nam ne govore o tome kakav efekat bi PrEP imao kod ljudi, ali zato podstiču istražitelje da nastave sa svojim aktivnostima kako bi saznali.

Šta se sada dešava?

Trenutno se obavlja šest kliničkih pokusa kako bi se testirao učinak dnevne upotrebe PrEP-a. Jedan od njih odnosi se na relativno malu studiju u SAD-u kojom se pokušava utvrditi koliko je PrEP siguran. Ostalim pokusima, koji se obavljaju u SAD-u, Africi, Južnoj Americi i Jugoistočnoj Aziji, pokušava se utvrditi njegova efektivnost. Jedan pokus je obuhvatio muškarce koji imaju spolni odnos sa muškarcima, dok je drugi obuhvatio intravenozne korisnike droga. Hiljade žena i muškaraca u cijelom svijetu obuhvaćeno je svim ovim pokusima vezanim za PrEP koji su u toku i od kojih ćemo podatke dobiti u narednom periodu, a najkasnije do 2012. godine. Svim učesnicima u ovim pokusima pružaju se usluge prevencije HIV -a, uključujući besplatne kondome i savjetovanje o sigurnijem spolnom odnosu i ponašanju, a kako bi im se pomoglo da smanje rizik od HIV-a.

Mikrobicidi

Studije o upotrebi mikrobicida za prevenciju HIV -a postigle su razočaravajuće rezultate, uključujući prijevremeno okončanje pokusa sa celuloznim sulfatom i SAVVY, kao i nedavni izvještaj o pokusu Carraguard kojim nije pokazano smanjenje sticanja HIV-a kod žena koje su slučajno odabrane da uzmu ovaj spoj. Međutim, rezultati studije 035 Mreže pokusa za prevenciju HIV-a (HPTN) o mikrobicidima, koji su 2009. godine prezentirani na Konferenciji o retrovirusima i oportunističkim infekcijama, ponudili su prve dokaze da je vaginalni mikrobicid, u ovom slučaju 0,5% PRO 2000/5 gel, bio barem djelimično efektivan u smanjenju incidence HIV-a kod žena. Novi modeli studija na životinjama pružili su podršku kada je u pitanju efektivnost i sistemskih i topikalnih antiretrovirusnih terapija u prekidanju prenošenja HIV-a nakon vaginalnog ili rektalnog izlaganja. U toku je nekoliko velikih studija o oralnom i topikalnom PrEP-u sa primjenom tenofovira ili kombinacije tenofovir/emtricitabin, i njima će se utvrditi da li ovi lijekovi smanjuju sticanje HIV-a kada se koriste profilaktički.



Pokusi sa vakcinama

Prvi veliki pokus sa vakcinama (STEP pokus) nije pružio nikakve dokaze da je vakcinisanje spriječilo infekciju ili smanjilo količinu virusa. U studiji je korištena MRKAd5 trivalentna vakcina, čija je svrha bila da stimulira proizvodnju T stanica imunološkog sistema koje mogu da ubiju stanice zaražene HIV-om. Cilj studije je bio da se utvrdi da li vakcina može spriječiti HIV infekciju, da li može smanjiti količinu HIV-a kod već zaraženih osoba, ili oboje. STEP pokus je imunizacijom obuhvatio gotovo 3000 zdravih nezaraženih volontera sa tri rAD5 vektora, od kojih svaki izražava jedan gen HIV-a: Ad5-gag, Ad5-pol i Ad5-Nef.

Prva studija kojom je pokazana kolika tolika efikasnost vakcine protiv HIVa je RV144 pokus. Kombinacija primarnog cjepila sa docjepljivanjem – ALVAC(R) HIV i AIDSVAX(R) B/E smanjila je stopu HIV infekcije za 31,2% u odnosu na placebo. Ovo smanjenje je statistički relevantno, što znači da je mogućnost da rezultati budu slučajni vrlo mala, ali su intervali pouzdanosti za procjenu smanjenja rizika bili dugi ($p=0,039$, interval pouzdanosti od 95% 1,1% - 51,1%). U konačnoj analizi, 74 osobe koje su primile placebo zaražene su HIV-om u odnosu na 51 onih koji su primili vakcinu. Studija je obuhvatila 16.402 učesnika. Vakcina nije utjecala na količinu virusa u krvi volontera koji su za vrijeme studije zaraženi HIV-om, s tim da se detalji studije tek trebaju objaviti. Postoji niz prepreka za razvoj efektivne vakcine protiv HIV-a, uključujući varijabilnost HIV-a i nedovoljno poznavanje korelata zaštitnog imuniteta za HIV infekciju.

Antiretrovirusno liječenje kao prevencija (testiraj i liječi)

Nedavno se pojavio interes za proučavanje potencijalnog učinka šire primjene antiretrovirusnog liječenja na incidencu HIV-a. Bolji pristup liječenju i tradicionalne strategije prevencije mogu imati sinergijski učinak na prenošenje HIV-a. Nedavne studije su obrađivale pitanja kao što su liječenje parova sa različitim serostatusom i terapija za dojenčad i/ili majke radi prevencije prenošenja HIV-a za vrijeme dojenja.

Studija na gotovo 3.000 parova sa različitim serostatusom u Ruandi i Zambiji, koja je vršena između 2002. i 2008. godine, otkrila je da je uzimanje antiretrovirusne terapije od strane osoba koje su zaražene HIVom smanjilo incidencu HIV-a kod njihovih nezaraženih partnera za najmanje 79%. Preliminarni podaci iz studije Ban (engl. Breastfeeding, Antiretroviral, and Nutrition; dojenje, antiretrovirusni lijekovi i ishrana) iz Afrike pokazali su znatno smanjenje broja novih HIV infekcija kod dojene novorođenčadi koja je bila na antiretrovirusnoj terapiji i kada su majke uzimale antiretrovirusne lijekove.

2





LITERATURA:

- Begovac J. *Infekcija HIV-om*. Vrhovac B. *Interna medicina*. 4. ed. Zagreb: Naprijed; 2009.
- Sharon L.H. *Biomedical Approaches to Prevention*. In *Clinical Care Options HIV Annual Update 2009*
- GRAY RH , Wawer MJ *Reassessing the hypothesis on STI control for HIV prevention*. *Lancet*. 2008;371:2064-5.
- Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, Sobngwi-Tambekou J, Sitta R (2005) *Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: The ANRS 1265 trial*. *PLoS Med* 2: e298 doi: 10.1371/journal.pmed.0020298
- Bailey RC, Moses S, Parker CB, Agot K, Maclean I, et al. (2007) *Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: A randomised controlled trial*. *Lancet* 369: 643–656.
- Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, Makumbi F, Watya S, et al. (2007) *Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: A randomised trial*. *Lancet* 369: 657–666.
- Chasela C, Hudgens M, Jamieson D, et al. *Both maternal HAART and daily infant nevirapine (NVP) are effective in reducing HIV-1 transmission during breastfeeding in a randomized trial in Malawi: 28 week results of the Breastfeeding, Antiretroviral and Nutrition (BAN) study*. Program and abstracts of the 5th International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention; July 19-22, 2009; Cape Town, South Africa. Abstract WELBC103.
- Sullivan P, Kayitenkore K, Chomba E, et al. *Is the reduction of HIV transmission risk while prescribed antiretroviral therapy (ARVT) different for men and women? Results from discordant couples in Rwanda and Zambia*. Program and abstracts of the 5th International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention; July 19-22, 2009; Cape Town, South Africa. Abstract WEAC101.



Mjere zaštite od prenosa HIV-a i ostalih seksualno prenosivih infekcija¹¹

*Prim. dr. Vesna Hadžiosmanović, šef Odjela za HIV i AIDS
Klinika za infektivne bolesti, Klinički centar Univerziteta u Sarajevu*

¹¹ Preuzeto iz: "Seksualno prenosive infekcije i HIV za vosku policiju i vatrogasce". (2012) Partnerstvo za zdravlje, Sarajevo



Kako spriječiti seksualni prenos HIV infekcije?

Jedini potpuno siguran način zaštite od HIV infekcije je apstinencija. Monogamija i uzajamno vjeran odnos dvaju nezaraženih partnera smatraju se nerizičnim ponašanjem u smislu prenosa HIV infekcije. Redovita i ispravna upotreba kondoma za muškarce ili za žene može značajno smanjiti, ali ne i potpuno eliminirati rizik za prenošenje HIV-a. Svaki drugi spolni odnos bez kondoma danas se smatra rizičnim ponašanjem u pogledu HIV bolesti. Liječenje spolnih bolesti pomaže i u sprečavanju HIV infekcije.

Kondom – ono što treba znati

Upotreba lateks kondoma za muškarce tokom vaginalnog, analnog ili oralnog seksualnog akta značajno smanjuje rizik HIV infekcije, s obzirom da se na taj način smanjuje mogućnost direktnog kontakta sa spermom, krvlju ili vaginalnim sekretom druge osobe. Upotreba kondoma za žene tokom vaginalnog seksualnog akta također smanjuje rizik od HIV infekcije. Ipak, kondomi ne obezbjeđuju 100% zaštitu od inficiranja HIV-om.

Glavni razlozi za to što kondomi ponekad ne ispune svoju funkciju povezani su s nekonzistentnom ili nepravilnom upotrebom:

- **Stalna** upotreba znači korištenje novog kondoma prilikom svakog seksualnog odnosa.
- **Pravilna** upotreba znači navlačenje i svlačenje kondoma za muškarce na pravilan način i uz pomoć lubrikanta/podmazivača (npr. glicerina), kako bi se spriječilo njegovo oštećenje ili pucanje. Lubrikanti na bazi ulja, kao što su petrolejski gel (vazelin), hladna krema, losion za ruke i ulje za bebe, mogu oslabiti čvrstoću kondoma za muškarce i uzrokovati njegovo pucanje. Kondomi za žene se mogu koristiti uz upotrebu lubrikanta zasnovanih na vodi ili na ulju. Za osobe koje su alergične na lateks, dostupni su kondomi od poliuretana.



Zaštita koju daju kondomi zavisi i od načina na koji ih čuvamo, koliko pažljivo otvorimo pakovanje, da li ih ispravno navlačimo, pravilno upotrebljavamo, kao i od kontrole kvaliteta proizvođača, te od nekih drugih faktora. Općenito, kondomi za muškarce pucaju ili skliznu češće tokom analnog nego tokom vaginalnog ili oralnog seksualnog akta. Kondomi za žene se upotrebljavaju samo za vaginalne seksualne odnose. U slučaju analnog odnosa, uz kondom treba obavezno koristiti lubrikante!

Ispravna upotreba kondoma za muškarce:



- Navući kondom kada je penis u erekciji. Ako penis nije obrezan (cirkumcizija), navući kožicu prije navlačenja kondoma.
- Pritisnuti vrh kondoma kako bi se ostavilo malo prostora (oko 1,5 cm) za spermu koja će izaći, ali treba provjeriti da u tom dijelu nije ostalo nimalo zarobljenog zraka.
- Odmotati kondom sve do korijena penisa.
- Podmazati vanjski omotač kondoma s malo lubrikanta napravljenog **na osnovi vode** (npr. glicerina); lubrikanti na uljnoj osnovi kao što su vazelin, parafin, kreme ili mlijeko za tijelo, dječije ulje ili ulja za masažu, povećavaju mogućnost pucanja kondoma i ne bi ih trebalo koristiti.
- Nakon ejakulacije, držati omotač kondoma i svući ga s penisa dok je on još uvijek u erekciji/ukrućen, tako da se sperma ne izlije.
- Ukoliko dođe do pucanja kondoma za vrijeme seksualnog odnosa, penis se mora izvući i staviti novi kondom. Ukoliko je pucanje bilo neposredno prije ejakulacije, preporučuje se primjena spermicida. Primjena kondoma koji imaju spermicide dodatno štiti protiv seksualno prenosivih infekcija.
- Upotrebljavati novi kondom prilikom svakog novog vaginalnog, analnog ili oralnog seksualnog akta.

Slika 29 – Pravilna upotreba kondoma za muškarce



Ispravna upotreba kondoma za žene:

- Ubaciti kondom prije bilo kakvog seksualnog kontakta.
- Držati kondom za žene s otvorenim krajem tako da visi nadole. Držeći vanjski omotač kondoma, pritisnuti unutrašnji prsten palcem i srednjim prstom. Staviti kažiprst između palca i srednjeg prsta.
- Još uvijek pritišćući unutrašnji prsten, ubaciti kondom u vaginu onoliko duboko koliko je to moguće.
- Unutrašnji prsten drži kondom na svom mjestu. Vanjski prsten mora biti izvan vagine. Provjeriti da kondom nije uvrnut/iskrivljen.
- Tokom seksualnog akta kondom se može okretati lijevo-desno i gore-dole, ali je važno samo da je penis pokriven. Ako penis izađe van kondoma (ispod ili iznad njega), odmah prekinuti spolni akt. Ako se vanjski prsten uvuče unutar vagine, odmah prekinuti spolni akt. Izvaditi kondom i ponovno ga namjestiti ili upotrijebiti novi.
- Nakon seksualnog akta, okrenuti vanjski prsten tako da sperma ostane unutar kondoma i pažljivo/nježno izvući kondom van.
- Upotrebjavati novi kondom prilikom svakog novog seksualnog odnosa.

Slika 30 – Pravilna upotreba kondoma za žene



Da li kondomi za muškarce i oni za žene daju isti stepen zaštite od HIV infekcije?

Studije pokazuju da kondomi za žene daju isti stepen zaštite od HIV-a kao i kondomi za muškarce, a mogu biti čak i efikasniji u zaštiti od seksualno prenosivih infekcija. Kondomi za žene se prave od poliuretana, koji je efikasna barijera za HIV. Kondomi za muškarce i za žene se ne smiju upotrebljavati istovremeno. Kondomi za žene kao i lateks kondomi za muškarce se mogu nabaviti u DPST centrima, kao i u nevladinim organizacijama koje se bave seksualnim i reproduktivnim zdravljem.

Kako spriječiti prijenos HIV-a tokom oralnog seksualnog akta?

Rizik za prenos HIV-a tokom oralnog seksualnog akta je nizak, ali su se neki ljudi ipak inficirali na ovaj način. Oralni seksualni odnos može biti sigurniji uz upotrebu lateks barijere. Za oralno zadovoljavanje muškarca preporučuje se kondom bez lubrikanta. Za oralno zadovoljavanje žene preporučuje se dentalna/zubna gumica (tanki komadić lateksa), kondom koji nije podmazan lubrikantom ili plastični štitnik vagine.

Da li tuširanje i temeljito pranje nakon seksualnog akta smanjuju rizik od HIV infekcije?

Tuširanje i unutrašnje pranje nakon seksualnog akta ne štiti od prenosa HIV-a, jer sperma ulazi u cervikalni kanal gotovo istovremeno s ejakulacijom. Također, nema dokaza da pranje nakon analnog seksualnog akta daje bilo kakvu zaštitu od HIV-a. Unutrašnje pranje može iritirati vaginalno tkivo i učiniti ga ranjivijim na seksualno prenosive infekcije/bolesti i HIV. To može uzrokovati infekciju zbog narušene prirodne ravnoteže bakterija i gljivica unutar vagine, te može praktički iskomplikovati već postojeću infekciju.

Da li spolni partneri, ako su oboje HIV inficirani, moraju upotrebljavati kondome?

Osobe koje žive s HIVom se ipak moraju štititi od seksualno prenosivih infekcija, a možda imaju potrebu i za sprečavanjem začeća. Kondomi štite i od izlaganja različitim tipovima HIV-a.



Reinfekcija ili superinfekcija nekim novim tipom HIV-a može dovesti do brže progresije bolesti, kao i do potrebe da se uključe neki novi lijekovi, različiti od onih koje je osoba koristila za svoj originalni tip HIV-a. Zbog toga, kada dvije osobe koje žive sa HIV-om stupaju u seksualne odnose, trebaju obavezno koristiti kondom.

SAVJETI U VEZI KONDOMA

- ! Kupujte ga **samo u apoteci**.
- ! Provjerite **rok trajanja**.
- ! Na dobrom kondomu uvijek piše da je **elektronski testiran**.
- ! Čuvajte ga **dalje od izvora toplote**.
- ! **Ne nosite ga** u džepu ili novčaniku **duže od 24h**.
- ! **Ne koristite dva puta isti** kondom.
- ! **Nikad** ne upotrebljavajte **dva kondoma** istovremeno.
- ! Koristite kondom **od lateksa ili od poliuretana**.
 - (prednosti: nisu alergeni, tanji su, komotniji, bez mirisa su, imaju duži rok trajanja, nisu osjetljivi na toplinu i hladnoću kao lateks prezervativi; nedostaci: cijena, teža dostupnost)
- ! **Ne stidite se kupiti** kondom.
- ! Upotreba kondoma **smanjuje rizik od infekcije** za najmanje 80%.



Prevenција širenja HIV infekcije putem krvi

Prevenција širenja HIV infekcije među injekcionim korisnicima droga uključuje više mjera i savjeta koje treba slijediti. Potrebno je:

- Stvarati uvjete da ne dođe do bolesti ovisnosti i liječiti ovisnike
- Educirati korisnike droga u injekcijama da koriste igle i šprice za jednokratnu upotrebu
- Omogućiti zamjenu upotrebljivanih igala za sterilne igle¹²

Nikada ne upotrebljavati tuđe oštre predmete za osobnu upotrebu: žilete, makaze, nožiče, grickalice za nokte, a u slučaju pirsinga ili tetovaže, provjeriti da li je oprema sterilna. Medicinski radnici se mogu zaštititi koristeći standardne mjere zaštite na poslu pri radu sa svakim pacijentom i prije nego se sazna njegov HIV status.

Prevenција prenosa HIV-a s majke na dijete

Ako je trudnica zaražena HIV-om, rizik od inficiranja djeteta je visok (10–40%); stoga je neophodno testirati se tokom trudnoće. HIV inficirane majke se savjetuju da ne doje, jer se i majčinim mlijekom dijete može zaraziti.

Izvjeshni faktori mogu smanjiti rizik ovim načinom prenosa, uključujući i anti-HIV terapiju tokom trudnoće, izbor carskog reza kao tehnike za porođaj, te izbjegavanje dojenja ako je dostupno sigurno i adekvatno zamjensko mlijeko. Majke često dobiju napsnuća i krvarenja bradavica u vrijeme dojenja, što povećava rizik za prenos virusa.

SAVJETI

Budi vjeran svom partneru!

Koristi kondom (čak i pri oralnom spolnom aktu)!

Nikad ne koristi već upotrijebljenu iglu i špricu; koristi samo sterilan pribor!

Preporučuje se svakoj ženi i svakom muškarcu koji žele dijete da se testiraju na HIV!

¹² Ovu uslugu pruža nekoliko nevladinih organizacija u BiH.



Imajte na umu:
**Možete se BESPLATNO testirati na HIV u
DPST centrima!**

LITERATURA:

- *Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) (2009) U: Mandell G. L., Bennet J. E., Dolin R., ur. Mandell, Douglas and Benett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 7. izd. New York: Churchill Livingstone.*
- *Fauci A. S., Lane H. C. (2001) Humanimmunodeficiency virus disease: AIDS and related disorders. U: Braunwald E., Fauci A. S., Kasper D. L., Hauser S. L., Longo D. L., Jameson J. R., ur. Harrison's Principles of Internal Medicine. 15. izd. McGraw-Hill. New York.*
- *Beus I., Begovac J., ur. (1996) AIDS – HIV bolest. Graphis. Zagreb.*
- *Collins Simon et al. (2004) Treatment for Advocates. HIV I Base. <http://www.ibase.info/education/index.html>*
- *Aidsmap. <http://www.aidsmap.com>*
- *Čardaklija Zlatko et al. (2008) Dobrovoljno povjerljivo savjetovanje na HIV. Protokol. Partnerstvo za zdravlje.*



Profesionalno izlaganje HIV-u¹³

*Amer Paripović, Project menadžer,
Udruženje „Partnerstvo za zdravlje“, Sarajevo*

¹³ Preuzeto iz: "Seksualno prenosive infekcije i HIV za vosku policiju i vatrogasce brošura za učesnike." (2010). Partnerstvo za zdravlje, Sarajevo.

2



Šta je profesionalno ili okupaciono izlaganje HIV-u?

Profesionalno izlaganje HIV-u je ono koje se događa tokom obavljanja radnih dužnosti i zadataka. Ovo se odnosi kako na zdravstvene radnike, tako i na policajce, vatrogasce, vojnike i uposlenike službi spašavanja. Profesionalno izlaganje dovodi do rizika dobijanja HIV infekcije putem povreda kontaminiranom iglom, oštrim predmetima, izlaganjem ispucale, izgrebane kože, kao i kontaktom sa sluzokožom¹⁴.

Neprofesionalna izlaganja su ona koja su se dogodila prilikom nezaštićenog seksualnog odnosa, tokom seksualnog odnosa kada dođe do spadanja ili pucanja kondoma, kada injekcioni korisnici droga dijele istu iglu, u slučaju ugriznih rana, kao i slučajnim ili namjernim ubodima na iglu, izlaganjem sluzokože krvi i tjelesnim tečnostima i sl. U ovu vrstu izlaganja spada i izlaganje pacijenta prilikom liječenja.

Povezanost HIV infekcije, policije i oružanih snaga

Povezanost HIV infekcije sa policijom/oružanim snagama može se posmatrati i analizirati na dva nivoa:

- Uticaj HIV infekcije na pripadnike policije/oružanih snaga, i na policiju/oružane snage kao organizovanu cjelinu
- Uticaj policije na tok i razvoj HIV epidemije

¹⁴ HIV/AIDS treatment and care. Clinical Protocols for the WHO European region. WHO Europe. Denmark.



Uticaj HIV infekcije na pripadnike policije/oružanih snaga, i na policiju/oružane snage kao organizovanu cjelinu

Policajci i vojnici su ljudska bića sa svim slabostima, rizicima i vulnerabilnošću.

Zato su poznavanje i samoprocjena individualnog rizika veoma bitni za svakog pripadnika policije i vojske.

Rizik se može posmatrati kao:

1. Lični rizik

U lični rizik spada rizično seksualno ponašanje i rizik eventualnog intravenskog drogiranja. Rizično ponašanje smatra se osnovnim uzrokom najvećeg broja HIV infekcija u svakoj sredini.

- Lični rizik se može efikasno umanjiti pridržavanjem sljedećih pravila:
- Vaginalni ili analni seksualni odnos uvijek sa kondomom
- Oralni seksualni odnos uvijek sa kondomom ili sa lateks barijerom

Nikada, ni u jednoj situaciji (droga, pirsing, tetovaža) dijeliti i koristiti tuđe, nesterilne špriceve i igle

2. Profesionalni rizik

Profesionalni rizik je veoma značajan za pripadnike policije i odnosi se na kontakt sa krvlju prilikom obavljanja radnih aktivnosti. Iako neka istraživanja iz 2008. godine govore da je broj izlaganja ubodu kod pripadnika policije nizak (4,41 na 1000 policajaca), ipak je to rizik koji se ne smije i ne može zanemariti. U sredinama gdje je broj inficiranih i oboljelih policajaca veliki, policija se kao organizacija susreće sa svim onim izazovima sa kojima se susreću druge institucije, bilo privatne bilo državne. U cilju smanjenja profesionalnog rizika potrebno je razvijati i provoditi programe prevencije.

Program prevencije bi obavezno trebao sadržavati:

- Pridržavanje mjera zaštite na radnom mjestu
- Program edukacije iz oblasti HIV/AIDS-a
- Program edukacije iz oblasti ljudskih prava
- Definisan način na koji će policija kao organizacija obezbijediti princip baziran na ljudskim pravima za sve osobe zaposlene u policiji
- Definisane mjere za zaštitu ženskog osoblja koje radi u policiji
- Širenje informacija o značaju dobrovoljnog, povjerljivog savjetovanja i testiranja, kao i informacija o mjestu i vremenu mogućeg testiranja



- Informacije o zdravstvenim institucijama gde se obezbeđuje potvrдна dijagnostika i terapija
- Podjelu kondoma

Preventivne mjere su značajne kako bi se u policijskim i vojnim ustanovama izbjegle posljedice širenja HIV-a i AIDS-a među službenicima, kao što su:

- Odsustva sa posla zbog bolesti
- Preopterećenost službenika koji nisu bolesni, tj. onih koji ostaju na poslu
- Ugroženost porodice u socijalnom i zdravstvenom smislu
- Stigma i diskriminacija

Uticaj policije na tok i razvoj HIV epidemije

Policija može uticati na tok i razvoj epidemije u jednoj sredini u pozitivnom ili negativnom smislu. Taj uticaj je vezan za niz problema, od kojih su neki vezani za provođenje zakona, a neki za samu praksu pripadnika policije. Među brojnim izazovima ističe se:

- Mogućnost policije da pomogne u implementaciji nekih programa ili da oteža njihovu primjenu. To se posebno odnosi na programe smanjenja štete za pojedine vulnerabilne grupe. Ti programi nisu svuda oficijelno prihvaćeni od zdravstvenog i socijalnog sistema i nailaze na razne otpore, od kojih je policijski najčešći (programi razmjene špriceva i igala kod IV narkomana). U nekim zemljama postoji neusklađenost aktuelnih zakona sa programima i mjerama HIV prevencije, uz rigorozno provođenje zakona koji kriminalizuju određene oblike ponašanja ili same vulnerabilne grupe (intravenske ovisnike psihoaktivnih supstanci, seksualne radnice /SW/, muškarce koji imaju seks sa muškarcima /MSM/ i sl.). Policija tu zapravo otežava provođenje HIV preventivnih programa i aktivnosti.
- U sredinama gde se toleriše kršenje ljudskih prava, gdje postoje nehumani i drugi degradirajući postupci, policija može mnogo doprinijeti uspjehu preventivnih programa i uspostavljanju saradnje sa sektorima koji te programe realizuju. Svako kršenje prava ljudi ima niz zdravstvenih posljedica. Policija mora biti svjesna zdravstvenih implikacija svojih akcija.



Kada su policajci, vojnici i vatrogasci pod rizikom za inficiranje HIV-om?

Automatske pretpostavke da su uniformisane osobe pod većim rizikom za dobivanje HIV-a su potencijalno opasne i izazivaju klimu straha i tajnosti¹⁵.

Ipak, ovisno o dužnosti koju obavljaju, kao i okolnosti konkretnog slučaja, uniformisane osobe su pod rizikom HIV infekcije, i to:

- **Prilikom privođenja/hapšenja, ukoliko dođe do krvarenja i kontakta sa krvlju**

Ukoliko tokom privođenja/hapšenja dođe do izlivanja bilo čije krvi, a policajac nije koristio zaštitne mjere, postoji mogućnost dobijanja HIV-a. Opiranje osobe često vodi povređivanju, a tada posebno treba voditi računa o adekvatnoj zaštiti. U svijetu su zabilježeni i slučajevi napada zaraženom špicom i iglom, ali su iznimno rijetki. Ukoliko se nešto slično dogodi, potrebno je odmah kontaktirati ljekara, najbolje u najbližem DPST centru ili infektivnoj klinici.

- **Prilikom pomaganja ranjenom i povrijeđenom kolegi ili građanima**

Treba imati na umu da i kolega policajac, vojnik ili vatrogasac može imati HIV. Zbog toga, čak i kad se pomaže kolegi koga jako dobro poznajete, treba koristiti osnovne mjere zaštite (rukavice, naprimjer), a pogotovo ako se zna da je kolega sklon rizičnom ponašanju.

Kod pomaganja ranjenim ili povrijeđenim građanima potrebno je takođe koristiti mjere zaštite. Ne zaboravite da je zakonom utvrđena vaša dužnost da pružite pomoć osobama koje se nalaze u neposrednoj životnoj opasnosti¹⁶. Pri tome ne smijete praviti diskriminaciju prema ranjivim grupama, tako da strah od HIV-a ne može biti izgovor za nepružanje pomoći.

- **Prilikom istražnih radnji, prikupljanja i obrade dokaza**

Budući da HIV virus može preživjeti svega nekoliko sati izvan ljudskog organizma, vjerovatnoća dobijanja HIV-a ubodom na staru, odbačenu iglu je veoma mala. No, bez obzira na to, potrebno je biti oprezan, pogotovo prilikom pretresa. Ukoliko dođe do uboda na odbačenu iglu ili neki drugi oštri predmet, potrebno je se odmah

¹⁵ Pearce Hilary (2008) HIV/AIDS and the Police, citirano iz: Garrett Laurie. "HIV and National security: Where are the Links?" Council on Foreign Relations. p. 25.

¹⁶ Krivični zakon Federacije BiH („Službene novine Federacije BiH”, br. 36/03, 37/03, 21/04, 69/04, 18/05, 22/05 i 42/10)



javiti ljekaru, ne samo zbog HIV-a, već i zbog drugih bolesti koje se mogu dobiti na ovaj način. Ukoliko se istražne radnje poduzimaju neposredno nakon izvršenja krivičnog djela, rizik za HIV infekciju je vrlo visok. Korištenjem vrlo jednostavnih mjera zaštite ovaj rizik se može umanjiti.

• Šta treba imati na umu kod zaštite tokom obavljanja dužnosti

Prilikom obavljanja svakodnevnih dužnosti, vojnici, vatrogasci, a naročito policajci izloženi su riziku od zaraze HIV virusom.

Prilikom pomaganja povrijeđenim kolegama ili stanovništvu, kao i prilikom privođenja/hapšenja, policajci često dolaze u dodir sa krvlju drugih osoba. Pružanje pomoći ljudima u nevolji i prve pomoći povrijeđenim je zakonska obaveza svih građana, a policajci, vatrogasci i vojnici često tokom obavljanja redovnih dužnosti dolaze u ovakve situacije.

Da bi se spriječilo prenošenje HIV-a, ali i ostalih krvno prenosivih bolesti, koristite rukavice. Najbolje je koristiti hirurške rukavice od lateksa, a uz njih se mogu koristiti i dodatne rukavice ako se barata sa oštrim i hrapavim predmetima. Mudro je nekoliko pari rukavica imati uvijek u rezervi, u džepu uniforme ili u kompletu prve pomoći. Ako nema rukavica pri ruci, onda treba improvizovati – upotrebljavati npr. plastičnu kesu, papirne ubruse, krpe i slično.

Nikada ne treba dijeliti lični pribor za higijenu (opremu za brijanje, makazice, noktariće, četkicu za zube), pa ni na terenu ili vježbi.

Vojnici i policajci koji idu na misiju u zemlje gdje je visok postotak zaraženih HIV-om moraju posvetiti posebnu pažnju zaštiti od HIV-a. U ovim slučajevima bi rukovodioci trebali obezbijediti zalihu kondoma kao dio opreme.

Kod policajaca postoji i rizik da budu napadnuti špicom i iglom. Ukoliko se desi namjerni ubod iglom ili se unifromisano lice samo ubolo na iglu tokom npr. pretresa, odmah se treba javiti najbližem DPST centru ili infektivnoj klinici.

Infektolog će izvršiti testiranje i odlučiti da li je potrebna primjena zaštitne terapije (postekspozicijska profilaksa). Zbog mogućih nuspojava, ova terapija, koja se mora primiti u roku od 48 sati od mogućeg izlaganja HIV-u, daje se samo kada je veoma moguće da postoji HIV zaraza.



Slučajevi iz prakse

Važnost znanja o HIV-u se najbolje ogleda iz istinitih slučajeva, poput sljedećih:

Sredinom jula 2008. godine, N.N., gospodin koji već dugo godina živi i radi u Njemačkoj, a rodom je iz jednog sela u Bosni i Hercegovini, došao je kući na godišnji odmor. Jedne večeri bio je u kafani i u pijanom stanju vratio se kući u kojoj žive njegova majka i mlađi brat. Počeo je praviti probleme, lupati po kući, fizički je napao svog brata i majku. Bio je jako agresivan, tako da su ukućani pozvali policiju. Kad su policajci stigli i pokušali da ga smire, fizički je napao jednog policajca, tako da su bili prisiljeni da ga silom savladaju, stave mu lisice i privedu u policijsku stanicu, a potom u pritvor. Za vrijeme privođenja, obzirom da je bio agresivan, N.N. se nekako ozlijedio, pa je njegova krv dospjela na ruke policajaca kao i na njihove uniforme. Sutradan je u policijsku stanicu došao njegov brat i donio vrećicu sa lijekovima koje je N.N koristio. Brat je zamolio policajce da N.N-u odnesu lijekove u zatvor. Pošto se N.N. otriježnio, rekao je policiji da je on pacijent koji ima AIDS i da uzima terapiju, ali da mu je sva medicinska dokumentacija ostala u Njemačkoj. Kada su to čuli policajci koji su ga noć prije uhapsili, veoma su se uplašili i uznemirili. Jedan od njih odmah me je nazvao i pitao mogu li doći kod mene kući da porazgovaraju sa mnom. Naravno, ja sam pristala, i trojica policajaca su već za deset minuta stigli. Sa sobom su donijeli i platnenu vrećicu u kojoj su bili lijekovi za AIDS. Željeli su da potvrdim da su to zaista lijekovi za tu bolest, ispričali mi šta se dogodilo te večeri i da je na njihovim rukama bilo tragova krvi gospodina N.N. Rekli su mi da će ležaj (jogi) na kojem je N.N. prespavao noć u zatvoru morati zapaliti, jer je i ležaj zarazan. Bili su strašno uplašeni i gotovo izbezumljeni. Pregledala sam njihove ruke, nije bilo nikakvih ranica i povreda na rukama, koža je bila neoštećena. Umirila sam ih, ukratko im objasnila kako se HIV prenosi i kako se ne može prenijeti, objasnila da postoje centri za dobrovoljno, anonimno testiranje i uputila ih na najbliži DPST centar. Komentar jednog od policajaca je bio da oni vrlo malo, skoro ništa ne znaju o toj bolesti i da bi trebali imati nekakvu edukaciju ili predavanje o tome...Na kraju sam im poklonila nekoliko edukativnih brošura o HIV-u i AIDS-u. Oni su se zahvalili i smireni otišli u policijsku stanicu.

Federacija BiH (priča zabilježena zahvaljujući odgovornoj sestri Doma zdravlja)

N. N., 30 godina, po zanimanju ugostitelj, nezaposlen, na forenzičkom odjeljenju jedne psihijatrijske klinike u Bosni i Hercegovini izdržavao je mjeru bezbjednosti obaveznog liječenja od ovisnosti i kaznu za produženo djelo teške krađe (34 djela krađe). Liječen je pod dijagnozom antisocijalni poremećaj ličnosti sa razvijenom toksikomanskom



zavisnošću prema upotrebi droga. HIV pozitivan, prema vlastitoj izjavi inficiran sa HIV-om putem seksualnog odnosa.

U toku boravka na odjeljenju, prilikom primopredaje smjene, medicinska sestra koja je izlazila iz noćne smjene obavještava kolegicu da je pacijent navukao u špricu svoju krv i da odbija komunikaciju. Inače, bio je smješten u sobi za izolaciju zbog lošeg stanja (somatskog i psihičkog).

Imajući to u vidu, medicinska sestra u pratnji policajca kreće u obavljanje uobičajenih jutarnjih aktivnosti na odjeljenju i dolazi do sobe u kojoj je smješten navedeni pacijent kako bi podijelila terapiju. Pacijent odbija da uzme propisanu terapiju, kao i da mu bilo ko uđe u sobu. Sestra uz blagonaklon stav traži da obavi razgovor, na šta on pristaje, ali bez prisustva policajaca, u odnosu na koje je, inače, ispoljavao netrpeljivost i nepovjerenje. Tokom razgovora izražava nezadovoljstvo liječenjem, paranoidan stav u odnosu na policiju i veliki otpor da preda špricu sa zaraženom krvlju. Popio je lijek, ali je špricu predao doktoru tek sutradan, nakon dugotrajnog ubjeđivanja i pregovora.

Prema raspoloživim podacima (objavljenim u medijima), pacijent je dvije godine nakon ovog događaja umro u zatvoru.

Psijhijatrijska klinika, Bosna i Hercegovina

Kontrola infekcije na radnom mjestu

Međunarodna organizacija rada je 2001. godine donijela „Kodeks postupanja sa HIV/AIDS-om u svijetu rada“, koji predstavlja skup smjernica vezanih za HIV/AIDS u radnoj sredini. Ovim kodeksom su definisane i univerzalne mjere predostrožnosti kada su u pitanju krv i tjelesne tečnosti. Ove univerzalne mjere predostrožnosti (poznate još i kao “Standardne mjere predostrožnosti”) su nastale u američkim centrima za kontrolu i prevenciju bolesti još 1985. godine, kao odgovor na HIV/AIDS epidemiju i zbog potrebe za hitnim razvojem strategija za zaštitu bolničkog osoblja od infekcija koje se prenose krvlju. Ovaj novi pristup je po prvi put naglašavao potrebu univerzalne primjene mjera predostrožnosti bez obzira na infektivni status. Primjenjivanje ovih univerzalnih mjera predostrožnosti predstavlja jednostavan standard za kontrolu infekcije, koji treba primjenjivati uvijek tokom rada kako bi se minimizirao rizik od krvlju prenosivih infekcija.



Univerzalne mjere predostrožnosti podrazumijevaju:

- Pažljivo rukovanje i izlaganje oštrim predmetima (igle ili drugi oštri predmeti)
- Pranje ruku prije i poslije postupka
- Korištenje zaštitnih rekvizita – kao što su rukavice, ogrtači, maske – kako bi se spriječio direktni kontakt sa krvlju i drugim tjelesnim tečnostima
- Bezbjedno odlaganje otpada kontaminiranog tjelesnim tečnostima i krvlju
- Pravilna dezinfekcija instrumenata i druge kontaminirane opreme, kao i
- Odgovarajuće odlaganje prljave posteljine

Korištenje zaštitnih rekvizita

- Koristite rukavice kada god dirate nešto mokro, kao i prilikom čišćenja instrumenata.
- Koristite masku, naočale, kada god se očekuje prskanje krvi (prilikom pranja instrumenata, spašavanja povrijeđenih, pružanja prve pomoći)
- Koristite zaštitnu odjeću kada dolazite u kontakt s velikim količinama krvi ili tjelesnih tečnosti (prilikom transporta povrijeđenog, kada se radi o ranama nanesenim vatrenim oružjem itd.)
- Nosite zatvorene cipele za zaštitu stopala od oštrih predmeta i izlaganja krvlju i tjelesnim tečnostima

Pranje ruku

Pranje ruku jedan je od najučinkovitijih načina smanjenja rizika od prenosa infekcije. Ruke i druge izložene dijelove tijela treba odmah i temeljito oprati, posebno ako se isprljane krvlju i drugim tjelesnim tečnostima koje su potencijalno kontaminirane. Ruke treba prati uvijek, pa i nakon korištenja rukavica, čak i ako se rukavice čine nedirnuti. Ruke treba prati temeljito, snažnim trljanjem ruku, prstiju, palčeva, noktiju i podlaktice sapunom i potpuno isprati sapun tekućom vodom, te osušiti jednokratnim papirnim ubrusom. Nokti se trebaju održavati kratkim, treba izbjegavati korištenje vještačkih noktiju i dodataka noktima.

Ukoliko voda i sapun nisu dostupni, jedinica je dužna obezbijediti odgovarajuća antiseptička sredstva za pranje i čišćenje ruku.



Oprezno rukovanje oštrim instrumentima

Ozljede od oštrih instrumenata su jedan od najčešćih faktora rizika izloženosti HIV-u na radnom mjestu. Pod oštrim instrumentima podrazumijevaju se igle, skalpeli, makaze, noževi i sl. S njima treba oprezno rukovati i moraju se pravilno odlagati. Oštri instrumenti odlažu se u zatvorene, nepropusne i čvrste spremnike od kartona ili tvrde plastike. Ovaj otpad bi trebao biti spaljen u skladu sa propisima, kako bi se osiguralo da niko ne može doći do instrumenata i koristiti ih ponovo.

Čišćenje izljeva krvi na mjestu nesreće

Prilikom čišćenja izljeva krvi, potrebno je nositi rukavice. Ukoliko rukavice nisu na raspolaganju, potrebno je koristiti bilo kakvu zaštitu između ruke i prosute krvi, npr. papirni ubrus. Kod čišćenja izljeva krvi koristiti 10% varikinu. Neposredno nakon čišćenja ruke treba temeljito oprati sapunom i vodom.

Sve ostale otpatke koji mogu biti kontaminirani, kao što su npr. krhotine, treba očistiti i dekontaminirati. Ako to nije moguće, trebaju biti smješteni u odgovarajuće zatvorene, nepropusne i čvrste spremnike i zbrinuti prema pravilima službe i u skladu sa propisima o odlaganju otpada.

Čišćenje opreme i zaprljane zaštitne odjeće

Uprljana oprema treba se očistiti i dekontaminirati. Ako to nije moguće, treba biti smještena u odgovarajuće, zatvorene, nepropusne i čvrste spremnike i zbrinuta prema pravilima službe i u skladu sa propisima o odlaganju otpada.

Cipele i čizme se u ovakvim slučajevima mogu isprljati. Tamo gdje ima velike kontaminacije krvlju na podovima, neophodno je koristiti obloge za cipele za jednokratnu upotrebu. Prilikom uklanjanja uprjanih obloga sa cipela, moraju se koristiti zaštitne rukavice. Nužno je obezbijediti plastične vreće za odlaganje kontaminiranih predmeta s mjesta gdje je došlo do izljeva krvi i tjelesnih tečnosti.

Obloge i rukavice takođe treba odlagati u plastične vreće. Plastične vreće koje će se koristiti za odlaganje kontaminiranih predmeta trebaju se obavezno nalaziti u ličnim terenskim setovima, a dodatne plastične vreće treba čuvati u terenskom ili sanitetskom vozilu.



Posteljina, uniforma i zaštitna odjeća mogu takođe biti uprljani krvlju i tjelesnim tečnostima, pa samim tim i sadržavati opasne viruse. U takvim slučajevima nema potrebe za rigoroznim zaštitnim mjerama. Dovoljno je zaprljanu posteljinu staviti u nepropusne plastične vreće i oprati je na uobičajen način, deterdžentom i vrelom vodom. Osoblje koje radi na uklanjanju i pranju kontaminirane odjeće i posteljina mora nositi zaštitne rukavice. Rukovodioci su u ovim slučajevima dužni obezbijediti mogućnost kvalitetnog pranja.

Promovisanje sigurnog ponašanja – obezbjeđivanje kondoma

Ovo nije mjera u sklopu univerzalnih mjera predostrožnosti i zaštite, već opšti način zaštite od seksualno prenosivih bolesti. Ovdje ga spominjemo jer je u nekim okolnostima neophodno da nadležna institucija/komanda obezbijedi promovisanje sigurnog ponašanja, dostupnost kako muških tako i ženskih kondoma, savjetovanje, podršku i upućivanje na usluge liječenja i testiranja. Poželjno je kontaktirati organizacije koje se bave prevencijom HIV-a i AIDS-a i seksualno prenosivih bolesti, jer one često besplatno dijele kondome i pružaju usluge savjetovanja, podrške i upućivanja, a posjeduju i edukativni materijal. Ove okolnosti mogu biti: duža odsustvovanja od kuće zbog školovanja, rada na terenu, dugotrajnih vježbi ili dužeg terenskog obavljanja dužnosti, slanje grupe ili pojedinaca u mirovne misije van zemlje i sl.

Smjernice za kontrolu infekcije za vatrogasce i službe hitne medicinske pomoći

Smjernice u ovom dijelu odnose se i na vatrogasce, osoblje hitnih medicinskih službi, pripadnike saniteta i službi za spašavanje. Za sve ove službe važe iste smjernice, jer sve one često pružaju hitnu medicinsku pomoć, vrlo često i u neadekvatnim uslovima, kada zbog nedostatka vremena i drugih okolnosti obično nema svih uslova za složenije i temeljitije mjere zaštite.

Ovdje prikazani opšti principi su razvijeni iz postojećih načela zaštite.

Osnovno polazište je da radnici u toku svojih radnih aktivnosti moraju biti zaštićeni od izlaganja krvi i drugim potencijalno zaraznim tjelesnim tečnostima.



Obezbjeđenje lične zaštitne opreme

Postojanje i dostupnost odgovarajuće lične zaštitne opreme treba biti rutinski obezbijeđeno od strane poslodavca kako bi se smanjio rizik od HIV infekcije. U mnogim situacijama može se predvidjeti da će spasilac biti izložen krvi i drugim tjelesnim tečnostima. Stoga, ako su visoke šanse izlaganja krvi (npr. reanimacija, intubiranje, trauma, porođaj), radnik treba staviti zaštitnu odjeću prije početka pružanja pomoći povrijeđenoj osobi.

Najvažnija lična zaštitna oprema su:

a) Rukavice

Jednokratne rukavice trebaju biti sastavni dio standardne opreme jedinica koje pomažu u hitnim medicinskim slučajevima ili koje mogu doći u takvu situaciju. Svo osoblje treba staviti rukavice prije pokretanja bilo kakve hitne intervencije koja uključuje izlaganje krvi ili tjelesnim tečnostima. Dodatne parove rukavica uvijek treba imati na raspolaganju. Prilikom izbora modela/vrste jednokratnih rukavica treba razmotriti njihov kvalitet, izdržljivost, praktičnost, ali i uticaj na efikasno obavljanje zadataka. Naprimjer, standardne hirurške rukavice sa puderom mogu biti izvrsne za pomoć ranjenom planinaru ljeti, ali nedostatne za pomoć tokom zime, na vrlo niskim temperaturama.

Dakle, ne postoji jedna vrsta ili odgovarajuća debljina rukavica za zaštitu u svim situacijama. U situacijama u kojima je vjerovatno da će biti velike količine krvi, važno je da rukavica čvrsto obuhvata ručni zglob i tako spriječi kontaminaciju ruku oko manžetni. Ukoliko se pomoć pruža većem broju osoba, rukavice bi trebalo mijenjati između kontakta sa svakim pacijentom ukoliko hitnost intervencije to dozvoljava. Viši nivo mjera zahtijevaju situacije gdje ima razbijenog stakla i gdje može doći do povrede na oštre rubove stakla ili metala, kao što je izvlačenje osoba iz olupine automobila. Standardne vatrogasne rukavice moraju se nositi u bilo kojoj situaciji u kojoj postoji mogućnosti povreda na oštrim ili grubim površinama.

Rukavice kontaminirane krvlju ili drugim tjelesnim tečnostima treba ukloniti što je prije moguće, vodeći računa da se izbjegne kontakt sa kožom tokom skidanja. Isprljane rukavice trebaju biti odložene i transportovane u vrećicama koje sprečavaju curenje, a u slučaju ponovnog korištenja rukavica, očišćene i ispravno dezinfikovane.



b) Maske, naočale i zaštitna odjeća

Maske, naočale i zaštitna odjeća trebaju se nalaziti u svim vozilima koja se koriste ili se mogu koristiti za hitne medicinske intervencije ili spašavanje žrtava. Ove zaštitne rekvizite treba koristiti u skladu sa stepenom izloženosti s kojim se osoba susretne. Manji prelomi ili male količine krvi ne zahtijevaju isti nivo predostrožnosti kao velika arterijska krvarenja. Kod pacijenta koji ne krvari i koji nema po sebi tjelesnih tečnosti, rutinski se ne bi trebalo zahtijevati korištenje maske, naočala i zaštitne odjeće. Maske i naočale (npr. sigurnosne naočale) treba uvijek nositi sa sobom, a obavezno ih staviti prije svake situacije u kojoj postoji vjerovatnoća da će doći do prskanja krvi ili drugih tjelesnih tečnosti. U tim okolnostima se preporučuje i nošenje zaštitnih kecelja, ogrtača, haljina i jednokratnih navlaka za cipele. Zamjenska radna odjeća treba biti dostupna sve vrijeme.

c) Oprema za oživljavanje

Dosada nije poznat ni jedan slučaj prenosa HBV i HIV infekcije kod reanimacije usta na usta. Međutim, zbog opasnosti od pljuvačnog prenošenja drugih zaraznih bolesti (npr. *Herpes simplexom* i *Neisseria meningitidisom*), a i teoretskog rizika od HIV-a i HBV-a prenosa tokom davanja vještačkog disanja, treba koristiti lične maske za vještačko disanje. Ako su maske za višekratnu upotrebu, treba ih temeljito očistiti i dezinficirati nakon svake upotrebe u skladu s preporukama proizvođača. Ukoliko nije moguće da se obezbijede svakom pojedincu, svako vozilo za intervenciju mora imati najmanje jednu masku za vještačko disanje.

Smjernice za kontrolu infekcije u institucijama za izvršenje krivičnih sankcija, pritvora i drugih mjera

Službenici institucija za izvršenje krivičnih sankcija, pritvora i drugih mjera, kao i policija mogu biti izloženi krvi tokom obavljanja svojih dužnosti, te stoga postoji i rizik od HIV infekcije. Naprimjer, na mjestu izvršenja krivičnog dijela ili za vrijeme obrade osumnjičenog, službenici mogu naići na krvlju kontaminirane potkožne igle, oruđe ili oružje, a takođe mogu učestvovati i u uklanjanju leša. Ovlašteni službenici institucija za izvršenje krivičnih sankcija i pritvora po potrebi mogu pretraživati zatvorenike, pritvorenike ili njihove ćelije u potrazi za iglama, oruđem ili oružjem, a može biti i potrebe za fizičkim savladavanjem zatvorenika.



U svim ovim institucijama je vrlo širok spektar različitih situacija u kojima je neophodno kontrolisati osobe sa nepredvidljivim, nasilnim ili psihotičnim ponašanjem. Stoga su procjene odgovornih osoba o mjerama zaštite i postupanju jako važne kada nastanu ovakve okolnosti ili događaji. Ove preporuke trebaju poslužiti kao pomoć pri racionalnom donošenju odluka u onim situacijama u kojima posebne smjernice ne postoje, a osobito tamo gdje se zahtijeva hitna akcija da se sačuva život ili spriječi teška tjelesna povreda.

Tuče i napadi

Policija i službenici institucija za izvršenje krivičnih sankcija, pritvora i drugih mjera mogu biti izloženi raznim vrstama napada od strane pojedinaca ili grupa koje remete red i mir, te tako potencijalno postati izloženi krvi i drugim tjelesnim tečnostima koje sadrže krv. U tom smislu, od posebne važnosti su napadi ugrizom i napadi oštrim predmetima. Borbe i tuče zatvorenika, kako među sobom, tako i sa osobljem institucija za izvršenje krivičnih sankcija, pritvora i drugih mjera, predstavljaju značajan rizik, jer u takvim situacijama lako može doći do krvarenja. Tuče mogu izbiti prilikom hapšenja, rutinskih ispitivanja, privođenja, kao i tokom redovnih aktivnosti u institucijama za izvršenje krivičnih sankcija, pritvora i drugih mjera.

Kad god postoji rizik izlaganja krvi ili krvlju kontaminiranih tjelesnih tečnosti, treba nositi odgovarajuću zaštitu ako je to izvodljivo u datim okolnostima. Zaštitne mjere se sa velikim oprezom moraju koristiti u svim slučajevima kada se osumnjičeni/zatvorenik nasilno ili ratoborno ponaša. Kada je prisutna krv, a zatvorenik nasilan i prijeti osoblju, treba staviti rukavice čim to okolnosti dopuste. U slučaju uprljane odjeće ili uniforme, mora se obući čista čim to bude moguće, a uprljana poslati na pranje na propisan način, kako je već ranije objašnjeno.

Kardiopulmonalna reanimacija

Do sada nije poznat ni jedan slučaj prenosa HBV i HIV infekcije kod reanimacije usta-na-usta. Međutim, zbog opasnosti od pljuvačnog prenošenja drugih zaraznih bolesti treba koristiti lične maske za vještačko disanje. Sve osoblje treba biti obučeno da ispravno koristi ove maske.



Pretrasi i rukovanje dokazima

Poseban potencijalni rizik dobijanja HIV ili HBV infekcije predstavlja izlaganje prilikom pretresa, traganja za dokazima i rukovanja njima. U ovim okolnostima se mogu dogoditi ubodne ozljede, a ubodne rane ili ubod iglom predstavljaju posebnu, realnu opasnost za vrijeme pretresa osoba, vozila ili prostorija. Ove vrste povreda mogu se dogoditi i kasnije, tokom rukovanja dokazima.

Bezbjednosne mjere koje pomažu smanjenju rizika od infekcije:

- a) Službeno lice treba biti veoma oprezno prilikom pretresa osoba. Po individualnom nahođenju, te na temelju okolnosti konkretnog slučaja, službeno lice će procijeniti da li će osoba koju pretresa sama isprazniti svoje džepove ili će to učiniti službeno lice.
- b) Uvijek treba održavati sigurnu udaljenost između službenog lica i osobe koju pretresa.
- c) Nositi zaštitne rukavice ako je vjerovatno da će se dogoditi izloženost krvi.
- d) Nositi zaštitne rukavice za svako pretraživanje šupljina tijela.
- e) Ako se pri radu s dokazima na licu mjesta nose pamučne rukavice, preko njih se mogu nositi zaštitne rukavice za jednokratnu upotrebu kada se može dogoditi izloženost krvi.
- f) Uvijek nositi svjetiljku za pretraživanje skrivenih i neosvijetljenih područja, čak i za vrijeme dnevnih smjena. Kad god je moguće, koristiti ogledala i svjetiljke za pretraživanje nedovoljno osvijetljenih područja (npr. ispod sjedišta u automobilu).
- g) Ako pretražujete torbicu, pažljivo je ispraznite tako što je okrenete naopako i istresete sav sadržaj.
- h) Koristite kontejnere otporne na oštre predmete za odlaganje instrumenata i jasno označene plastične vrećice za odlaganje ostalih, eventualno kontaminiranih predmeta.
- i) Da biste izbjegli cijepanje rukavica, koristite traku umjesto metalnih spojnica za pečaćenje prikupljenih dokaza u skladu sa zakonima i propisima. U principu, dokazi trebaju biti osušeni na zraku prije smještanja u kontejner/vrećicu za dokaze.
- j) Nisu sve vrste rukavica prikladne za pretraživanja. Rukavice od vinila ili lateksa pružaju malo zaštite od oštrih instrumenata, jer nisu otporne na probijanje instrumentima. Postoji direktna veza između nivoa zaštite i manipulativnosti rukavica. Drugim riječima, deblje rukavice pružaju više zaštite, ali one su manje



učinkovite prilikom rukovanja predmetima. Dakle, ne postoji jedna vrsta ili odgovarajuća debljina rukavice za zaštitu u svim situacijama. Službenici trebaju odabrati tip i debljinu rukavice koja pruža najbolju ravnotežu zaštite i neophodne učinkovitosti.

- k) Istražitelji se mogu susresti sa neobično visokim stepenom opasnosti kada je riječ o krivičnom djelu ubistva, gdje mogu biti prisutne velike količine krvi. Zaštitne rukavice trebaju biti dostupne i nositi se u ovim okolnostima. Kod vrlo velikih izlivanja krvi, treba uzeti u obzir i drugu zaštitnu odjeću, kao što su kombinezoni, pregače, čizme, cipele ili zaštitne obloge za obuću. Ukoliko se pocijepa ili umrlja krvlju, zaštitna odjeća treba biti zamijenjena. Tokom nošenja rukavica, treba izbjegavati rukovanje ličnim predmetima, kao što su češljevi i olovke, koji bi se tako mogli zaprljati ili kontaminirati. Maske za zaštitu lica i očiju ili štitovi za lice su neophodni za sve službenike koji se tokom rada mogu potencijalno izložiti krvi putem prskanja po licu, ustima, nosu ili očima. Lebdeće čestice sasušene krvi mogu biti stvorene struganjem mrlja krvi. Preporučljivo je da se zaštitne maske, naočale ili štitovi za lice nose prilikom prikupljanja dokaza, te uzimanja uzoraka krvi za laboratorijske analize.
- l) Prilikom uviđaja na mjestu izvršenja krivičnog djela osoblje treba biti upozoreno na prisustvo oštih predmeta, kao što su igle, noževi, britve, razbijena stakla, ekseri ili drugi oštri predmeti.

Postupak sa tijelom umrle osobe i uklanjanje tijela

Za službenike policije koji prikupljaju dokaze, kao i za druge koji mogu doći u dodir sa tijelom ili učestvovati u uklanjanju tijela, postupak treba biti isti kao i u situacijama koje zahtijevaju oživljavanje ili pružanje prve pomoći: treba nositi zaštitne rukavice, odnosno pokriti sve posjekotine i ogrebotine nekom zaštitom, te pažljivo oprati sva izložena područja nakon svakog kontakta s krvlju. Mjere opreza koje se koriste sa umrlim osobama trebaju se koristiti i pri rukovanju amputiranim udovima ili drugim dijelovima tijela. Isti postupak treba slijediti nakon kontakta s bilo čijom krvlju, bez obzira na to da li je poznato ili se sumnja da je osoba zaražena HIV-om ili HBV-om.



Obdukcija

Zaštitne maske, naočale, štitove za lice, laboratorijske ogrtače, rukavice i vodootporne pregače treba nositi prilikom vršenja ili prisustvovanja svakoj obdukciji. Sve materijale tokom obdukcije treba smatrati zaraznim. Posmatrači trebaju biti zaštićeni na isti način kao i osobe koje vrše obdukciju. Instrumenti i površine kontaminirane tokom obdukcije trebaju biti dekontaminirane odgovarajućim sredstvima i po odgovarajućim procedurama. Mnogi laboratoriji imaju detaljne standardne procedure za obavljanje obdukcija sa zaštitnom opremom na raspolaganju; te bi procedure trebale biti poštovane.

Forenzičke laboratorije

Krv svih pojedinaca treba smatrati zaraznom. Sljedeće mjere opreza se preporučuju za radnike u forenzičkim laboratorijama:

- a) Svi uzorci krvi trebaju biti čuvani u dobro konstruisanim, primjereno označenim posudama s poklopcem, sigurnim od curenja prilikom transporta. Uzorci se moraju brižljivo prikupljati i njima se mora pažljivo rukovati, kako bi se izbjeglo kontaminiranje vanjskih površina posude i same laboratorije.
- b) Sve osobe koje obrađuju uzorke krvi trebaju nositi rukavice. Maske, zaštitne naočale ili štitovi za lice moraju se nositi ako je kontakt s krvlju moguć ili očekivan (naprimjer: uklanjanje vrha iz vakuum cijevi/vakutajnera). Ruke obavezno treba prati svaki put nakon završetka obrade uzorka.
- c) Za rutinske postupke, kao što su histološki i patološki nalazi ili zasijavanje kulture, neophodan je kabinet biološke sigurnosti klase I ili II. Biološki siguran kabinet (klase I ili II), treba koristiti kad god se provode postupci koji imaju visok potencijal za stvaranje kapljica. To uključuje aktivnosti kao što su miješanje, sonikacija ili centrifugiranje.
- d) Mehanički uređaj za pipetiranje bi trebalo koristiti za rukovanje svim tečnostima u laboratoriji. Pipetiranje ustima ne smije se raditi.
- e) Upotreba igala i šprica treba biti ograničena na situacije u kojima ne postoji alternativa, a tada se obavezno mora pridržavati preporuka za sprečavanje ozljeda iglama, navedenim u opštim mjerama opreza (odlaganje u odgovarajuće kontejnere, nikada ne vraćati poklopac igle na iglu itd.).
- f) Radne površine u laboratoriji nakon završetka rada uvijek treba očistiti od vidljivih materijala, a zatim dekontaminirati odgovarajućim sredstvom za dezinfekciju, a posebno nakon prolivanja krvi, sperme, te tjelesnih tečnosti koje sadrže krv.



- g) Kontaminirane materijale koji se koriste u laboratorijskim testovima treba dekontaminirati prije dalje prerade ili ih treba staviti u vrećice i zbrinuti u skladu s pravilima institucije koja se odnose na odlaganje infektivnog otpada.
- h) Medicinska oprema koja je kontaminirana krvlju treba se očistiti i dekontaminirati u laboratoriji prije nego što je odvezena na servis. Sve osobe trebaju oprati ruke nakon završene laboratorijske aktivnosti, te skinuti i bezbjedno odložiti zaštitnu odjeću prije napuštanja laboratorije.
- i) Mjesta za postavljanje znakova upozorenja trebaju biti određena u svakom laboratoriju, kako bi se i na taj način uposlenici podsjećali na opasnosti od prenosa zaraznih bolesti u laboratorijskom okruženju.

LITERATURA:

- *Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) (2009) U: Mandell G. L., Bennet J. E., Dolin R., ur. Mandell, Douglas and Benett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 7. izd. New York: Churchill Livingstone.*
- *Guidelines for Prevention of Transmission of HIV and Hepatitis B Virus to Health-Care and Public-Safety Workers (1989) MMWR. Vol. 38. No. S-6. CDC.*
- *Pearce Hilary (2008) HIV/AIDS and the Police. Cranfield Centre for Security Sector Management, Cranfield University, Shrivenham, UK, Journal of Security Sector Management. Volume 6. Number 1.*
- *HIV/AIDS treatment and care. Clinical Protocols for the WHO European region. WHO Europe. Denmark.*
- *An ILO Code of Practice on HIV/AIDS and the world of work (2001) International Labour Office. Geneva.*
- *Yeager Rodger (2000) AIDS brief: military populations. U.S. Agency for International Development. World Health Organization.*
- *Lee-Nah Hsu (2009) Raising awareness of HIV and AIDS at work. A training manual for public and private sector employers and workers. Partnerships in Health Albania.*



Mjere prevencije HIV-a u stomatološkoj praksi¹⁷

*dr Marina B. Latković, Mr.sci.stom.
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu,*

¹⁷ Preuzeto iz: „Osnove HIV-a i AIDS-a za zdravstvene radnike u stomatološkoj službi”.(2009). Partnerstvo za zdravlje. Sarajevo.



Virus humane imunodeficijencije (HIV pripada porodici retrovirusa, podporodici lentivirusa, a nalazi se u svim tjelesnim tečnostima (izlučevine i sekreti).

Najveća koncentracija slobodnog virusa nalazi se u cerebralnoj spinalnoj tečnosti (10-1000 virusnih čestica/ml), ali ovaj medij je rijetko izvor prenosa HIV-a. HIV se nalazi i u krvnoj plazmi, serumu, slini, suzama, mlijeku, urinu, vaginalnom i cervikalnom sekretu, i to manje od 1 virusne čestice/ml. Ovo je znatno manje od prisutnosti virusa Hepatitisa B u krvi, koja iznosi sto miliona do jedne milijarde/ml krvi. Ovo odražava činjenicu da je rizik od zaraze ubodom igle manji kod HIV-a nego kod Hepatitisa B.

Koncentracija virusa u tjelesnim tečnostima određuje načine prenosa HIV-a:

- Seksualni kontakt: homoseksualni, heteroseksualni (češće sa muškog na ženskog partnera);
- Krv i krvni produkti (kao i zaraženim špricama koje koriste injekcioni korisnici droga);
- Vertikalni prenos (posteljicom, pri porođaju ili majčnim mlijekom).

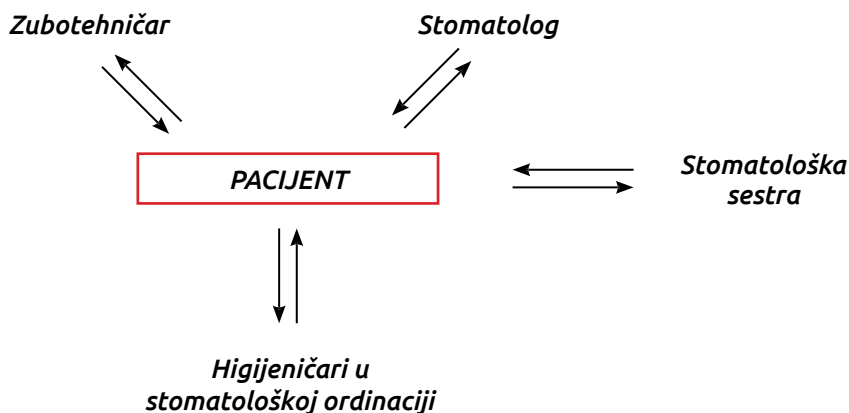
HIV se ne prenosi svakodnevnim socijalnim kontaktima – rukovanjem, prijateljskim poljupcem, boravkom u istoj prostoriji, hranom koju je pripremila zaražena osoba, u bazenu, kašljanjem, kihanjem ili ubodom komarca.

Koncentracija virusa HIV-a po ml krvi manja je od koncentracije virusa Hepatitisa B po ml krvi.

Kada govorimo o riziku od HIV-a u stomatološkoj praksi, prvo pitanje je pitanje profesionalnog rizika.



Grafikon 1: Moguće putevi prenosa HIV-a u stomatološkoj praksi.



Za prenos HIV-a mogu biti odgovorni kako pacijent tako i bilo ko od uposlenika.

Tabela 3: Odgovornost za prenos HIV-a u stomatološkoj praksi

VRSTA	NAČIN PRENOSA
Latrogenski	
HIV pozitivan pacijent	pacijent indirektno
HIV pozitivan stomatolog	pacijent direktno
Profesionalna infekcija	
HIVpozitivan pacijent	stomatolog - direktno i indirektno

Indirektni prenos je prenos infektivnih agenasa putem radnog materijala ili neadekvatno steriliziranih instrumenata.

Do direktnog prenosa dolazi kada se ne primjenjuju mjere stomatološke zaštite, kao i nemarom u radu, usljed kojeg se pacijentima nanose ozljede.

Preventivne mjere u stomatološkoj praksi

Izgledom se HIV pozitivna osoba i zdrava osoba ni na koji način ne razlikuju. Stoga je od presudne važnosti poduzeti stroge preventivne i zaštitne mjere u stomatološkoj praksi. Lipoproteinski sloj i jednolančana RNK su elementi koji čine HIV podložnim na hemijske i fizičke reagense. HIV je najosjetljiviji na organske rastvore, kao što su alkohol, eter i aceton, te deterdžente, kiseline i baze.



U slučaju vrlo niske PH vrijednosti (ispod 3) ili vrlo visoke PH vrijednosti (preko 10), HIV se onesposobljuje za 10 minuta. Otporan je na normalne doze zračenja (UV, X-zrake i gama zrake), tako da zračenje nije preporučeno za dezinfekciju i sterilizaciju.

Temperatura od 56 do 60°C onesposobljuje HIV za 30 do 60 minuta, a temperatura od 100°C u potpunosti uništava HIV za 30 minuta. Slobodni virus može preživjeti na kulturama tkiva na sobnoj temperaturi maksimalno 15 dana, dok se virus na suhom na sobnoj temperaturi deaktivira za 1 dan. HIV podnosi niske temperature do -70°C. Međutim, višestruko topljenje i zamrzavanje onesposobljuje HIV.

Zaštita uposlenih

- Obavezna upotreba jednokratnih rukavica, maski i naočala.
- Nikada ne prati rukavice umjesto ruku.
- Nakon pranja ruku, obrisati ruke jednokratnim papirnim ručnikom ili osušiti toplim zrakom.
- Dezinficirati ruke dezinfekcijskim sredstvom.
- Nositi zaštitnu odjeću kratkih rukava. Uniforme treba prati samo u praonici medicinskog rublja.
- Obavezan rad s koferdamom.

Zaštita pacijenata

- Koristiti jednokratne šprice i igle.
- Koristiti jednokratne plastične sisaljke.
- Koristiti jednokratne papirne čaše.
- Koristiti jednokratne papirne ručnike.
- Koristiti jednokratni materijal za instrumente koji rade na komprimirani vazduh.

Procedure za kontaminirane instrumente

Stomatološki instrumenti (osim kada su fiksirani pa je to nemoguće) trebaju biti potopljeni u dezinfekcijsko sredstvo (pridržavati se uputstva proizvođača).



Procedure su sljedeće:

- Prati instrumente vodom.
- Koristiti ultrazvučnu dezinfekciju dezinfekcijskim sredstvima u skladu sa uputstvom proizvođača.
- Sterilizirati instrumente.

Napomena: Pri postupanju s kontaminiranim instrumentima neophodno je koristiti jednokratne rukavice. Sve instrumente treba prebrisati odgovarajućim dezinfekcijskim sredstvom prije sterilizacije. Obavezno je sterilizirati svaki instrument u autoklavu nakon korištenja na svakom pacijentu.

Dezinfekcijska sredstva koja se preporučuju za stomatološke instrumente:

- 2% glutaraldehyd (kiselina, baza, neutral) 10 minuta na sobnoj temperaturi.
- 5% formaldehyd 60 minuta na sobnoj temperaturi.
- 10% formaldehyd 15 minuta na sobnoj temperaturi.
- 1% NaOCl (varikina) 30 minuta na sobnoj temperaturi.

Napomena: NaOCl nije vremenski stabilna i ne može se miješati sa glutaraldehydom.

Sterilizacija suhom toplinom

Čisti i suhi instrumenti steriliziraju se na 180 °C kroz 1,5 do 2 sata. Imajte na umu da je sterilizatorima je potrebno najmanje pola sata za postizanja željene temperature. Sitni stomatološki instrumenti kao što su svrdla i endodontski instrumenti, trebaju biti sterilizovani na 120 °C tokom 6 sati. Ukoliko bi se sterilizacija radila na višim temperaturama sitni instrumenti bi se mogli oštetiti.

Sterilizacija vlažnom toplinom (autoclave)

Čisti instrumenti izlažu se pari pod pritiskom od jednog Bara na 121°C 30 minuta ili pod pritiskom od 2 bara na 134 °C 15 minuta.

- Koristiti autoclave klase B sa aktivnom evakuacijom zraka i najširim spektrom djelovanja.
- Obavezna kontrola procesa sterilizacije.



Lanac potpune sigurnosti

- Kontrola opreme (hemijski indikator)
- Kontrola izolacije (hemijski indikator)
- Kontrola punjenja (biološki i hemijski indikator)
- Kontrola pakiranja (hemijski indikator)
- Dokaz o kontroli

Čuvanje instrumenata

Svi instrumenti bi trebalo da se čuvaju u metalnim kutijama da bi ostali sterilni, u slučaju da nisu zapakovani prije sterilizacije.

Držite ih u prostoriji odvojenoj od mjesta centralne sterilizacije.

Zbrinjavanje medicinskog otpada

Svi jednokratni instrumenti bi trebali biti spremljeni u posebne kutije na radnom mjestu.

Kutije za kontaminirani materijal trebale bi biti uklonjene u skladu s propisima o odlaganju kontaminiranih materijala.

Higijena u zubotehničkoj laboratoriji

Svi materijali u doticaju s tjelesnim tekućinama pacijenta moraju biti potopljeni u dezinfekcijsko sredstvo i pohranjeni u posebne vreće.

Preporučuje se 1% rastvor NaOCl (osim za cink-oksidi eugenol pastu).

Za cink-oksidi eugenol pastu trebao bi se koristiti 2% glutaraldehid.

Sve ranije opisane mjere za zaštitu osoblja primjenjuju se i u zubotehničkim laboratorijama.



Higijena u stomatološkoj ordinaciji i higijena stomatološke opreme

Sve površine stomatoloških stolica i radnog mjesta bi trebale biti dezinficirane nakon svakog pacijenta.

Koristite 2% glutaraldehyd u vremenu od 10 minuta, 10% rastvor NaOCl (varikina) u vremenu od 10 minuta (5000 do 10000 ppm aktivnog hlora).

Zidovi i podovi bi se trebali brisati i dezinficirati dezinfekcijskim sredstvima namijenjenim isključivo za tu svrhu (u ordinaciji ne bi smjelo biti prostirki, tepiha ili drugih podnih materijala).

*Napomena: **Korištenje jednokratnih rukavica je obavezno!***





LITERATURA:

- *Smjernice Svjetske zdravstvene organizacije/Međunarodne organizacije rada o postekspozicijskoj profilaksi (PEP) za sprečavanje HIV infekcije na radnom mjestu: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/PEP/en/>*
- *Izlaganje van radnog mjesta:*
- *<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5402a1.htm>*



Standardne mjere zaštite za zdravstvene radnike¹⁸

dr. Sana Šabović, spec. infektolog, Klinika za infektivne bolesti, UKC Tuzla

¹⁸ Preuzeto iz: „HIV i AIDS za medicinske radnike uposlene u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti“. (2012). Partnerstvo za zdravlje. Sarajevo.



Zdravstveni radnici bi trebali poštovati standardne mjere zaštite radi prevencije infekcije koje preporučuje Svjetska zdravstvena organizacija. Prema tim standardnim mjerama zaštite, zdravstveni radnici bi trebali smatrati krv i izvjesne ljudske tjelesne tečnosti kao da su inficirane HIV-om ili drugim infektivnim patogenima, bez obzira da li je status date osobe poznat ili se na njega sumnja. Tjelesne tečnosti koje se smatraju neinfektivnim su: suze, feces, urin, pljuvačka, nazalni sekreti, sputum, povraćeni sadržaj i znoj (ukoliko nema primjesa krvi). Imajući ovo na umu, zdravstveni radnici moraju voditi računa o sopstvenoj zaštiti u interakciji sa pacijentom, birajući, međutim, u isto vrijeme mjere koje su primjerene datoj situaciji i pazeći da ne dođe do ispoljavanja diskriminatornog ponašanja prema ljudima za koje se sumnja ili je potvrđeno da su HIV pozitivni.

Standardne mjere zaštite koje zdravstveni radnici mogu preduzeti da zaštite sebe od dobijanja HIV-a i drugih infektivnih bolesti su sljedeće:

- Krv, krvni pripravci i druge tjelesne tečnosti (osim znoja) svih bolesnika smatraju se potencijalno zaraznim
- Korištenje zaštitnih barijera kao što su rukavice, (radna) odjeća, kecelje, maske i zaštitne naočale – kada su u direktnom kontaktu s krvlju i drugim tjelesnim tečnostima
- Pranje ruku vodom i sapunom prije i nakon svake procedure
- Preduzimanje specijalnih mjera zaštite prilikom rukovanja svim oštrim instrumentima koji mogu prouzrokovati posjekotine ili punkcijske povrede, uključujući igle, skalpel i ostala sječiva, noževe, set za infuziju itd.
- Sigurno odlaganje (bacanje) svih oštrog instrumenata u specijalne kontejnere
- Igle se nikada ne dodiruju, savijaju ili lome, niti se na njih vraća poklopac
- Pravilno dezinfikovanje instrumenata i ostale kontaminirane opreme
- Preduzimanje specijalnih mjera zaštite prilikom čišćenja mrlja krvi; na mrlje od krvi treba prvo staviti upijajuće jednokratne ubruse, potom ih treba ukloniti, a onečišćenje oprati sapunicom, te dezinfikovati prostor sa 0,5% otopinom hipoklorita (npr. 1:10 razrjeđenje 4%-tne varikine), a tokom provođenja navedenih postupaka moraju se nositi rukavice



- Sigurno odlaganje/bacanje otpadaka koji su kontaminirani krvlju ili tjelesnim tečnostima
- Pranje zaprljane ili krvave odjeće, posteljine ili ručnika u toploj vodi sa dodatkom sapuna/deterdženta
- Zdravstveni radnici sa otvorenim ranama i drugim oštećenjima kože trebaju izbjegavati neposredni dodir sa bolesnicima i kontaminiranim materijalom
- Bolesnike zaražene HIVom nije potrebno posebno izolovati, osim u slučajevima kad boluju od prenosivih oportunističkih infekcija

Kako primjenjivati standardne mjere zaštite

Ekspozicije koje najčešće dovode zdravstvene radnike u rizik od infekcije HlV-om su:

- 1) povrede u vidu posjekotine ili punkture kože, kao što su ubodi iglom
- 2) kontakt između infektivnih tečnosti i membrana (sluznica).

Tabela 4. Procjena rizika infekcije zdravstvenog radnika nakon profesionalne ekspozicije patogenima koji se prenose krvlju

VIRUS	VRSTA INCIDENTA rizik prijenosa		
	PERKUTANI	MUKOKUTANI	UGRIZ
HBV*	2 – 40 %	Moguć (veći nego za HCV i HIV)	Moguć
HCV**	3 – 10 %	Vjerovatan	Nije dokazan
HIV***	0,2 – 0,5 %	Moguć (procjenjuje se na 0,1 %)	Vjerovatan

* HBV = virus hepatitisa B;

** HCV = virus hepatitisa C;

*** HIV = virus humane imunodeficijencije



HIV i zdravstveni radnici

Prema raspoloživim podacima, u 23 promatrane studije sa obuhvaćena 6.202 zdravstvena radnika koji su imali perkutanu izloženost HIV-u, do serokonverzije je došlo kod 20 osoba (0,32%).

U šest promatranih studija, sa obuhvaćenih 1.111 zdravstvenih radnika kod kojih je došlo do izloženosti mukoza HIV pozitivnoj krvi, zabilježena je svega jedna serokonverzija (0,09%) i to u slučaju velikog prskanja iz arterijskog katetera po rukama, očima i ustima.

Kod 2.712 zdravstvenih radnika koji su imali kontakt sa HIV pozitivnom krvi preko neoštećene kože nije zabilježena ni jedna serokonverzija.

Tabela 5. Registrovani slučajevi HIV infekcija među zdravstvenim radnicima u svijetu

Zdravstveni radnici	Dokumentovano	Moguće
Medicinske sestre	56	72
Ljekari i studenti medicine	14	28
Hirurzi	1	17
Stomatolozi	--	8
Klinički laboranti	17	22
Paramedicinari	--	13
Neklinički laboranti	3	4
Ostali	15	74
UKUPNO	106	238

Do kraja 2002. godine u svijetu je registrovano 106 dokumentovanih slučajeva profesionalne HIV infekcije među zdravstvenim radnicima, dok u 238 slučajeva profesionalni rizik nije mogao biti odbačen.

Treba napomenuti da se radi o podacima iz Zapadne Evrope i Sjeverne Amerike, dok se u drugim dijelovima svijeta ovakve pojave ne registruju, što ne znači da se nisu dešavale.



Postupak nakon izlaganja potencijalno infektivnom materijalu (PEP)

Prije razmatranja postupka nakon izlaganja potencijalno infektivnom materijalu potrebno je definisati ključne pojmove.

Zdravstveni radnik – U kontekstu rizika za HIV pod zdravstvenim radnicima podrazumijevaju se osobe čije aktivnosti ih dovode u kontakt sa pacijentima, krvlju ili drugim tjelesnim tečnostima pacijenata u zdravstvenim ustanovama, laboratorijama ili drugim objektima u kojima se provode medicinske procedure koje uključuju kontakt sa pacijentima. To su zaposleni u zdravstvenim ustanovama (ljekari, više i srednje medicinsko osoblje, kao i nemedicinsko osoblje koje ostvaruje navedene kontakte – spremačice, bolničari, njegovateljice), studenti medicine i drugih fakulteta na praksi u navedenim ustanovama, učenici srednje medicinske škole i drugih škola na praksi u navedenim ustanovama, gostujući stručnjaci, volonteri, kao i svi drugi kod kojih je došlo do kontakta sa pacijentima, krvlju ili drugim tjelesnim tečnostima pacijenata u navedenim ustanovama.

Izloženost – Izloženost koja može nositi rizik od infekcije HIV-om, HBV-om i HCV-om predstavlja perkutanu povredu (ubod na iglu ili posjekotina na oštar predmet) ili kontakt sluzokože ili ozlijeđene kože (napukla, abradirana ili zahvaćena dermatitisom) sa krvlju, tkivima ili tjelesnim tečnostima koje su potencijalno infektivne.

Potencijalno infektivni materijal – Podrazumijeva krv, spermu, vaginalni sekret, kao i druge tjelesne tečnosti koje sadrže krv. Potencijalno infektivnim materijalom smatra se i: likvor, sinovijalna tečnost, pleuralna tečnost, perikardijalna tečnost i amnijska tečnost. Rizik od ovih tečnosti je nepoznat. Feces, nazalni sekret, pljuvačka, sputum, znoj, suze, urin i povraćene mase se ne smatraju potencijalno infektivnim, osim ako sadrže krv. Rizik za transmisiju ovih tečnosti je ekstremno nizak. Kao potencijalno infektivan smatra se i direktan kontakt sa tkivima. Svaki direktni kontakt sa koncentrovanim virusom u laboratoriji ili proizvodnoj jedinici smatra se izloženošću koja zahtijeva dalju evaluaciju. Za humani ujed, evaluacija rizika mora podrazumijevati da su obje osobe (ujedena i ona koja je ujela) bile potencijalno izložene.

Rizik za transmisiju – Podrazumijeva mogućnost inficiranja virusima humane imunodeficijencije (HIV hepatitisa B (HBV) i hepatitisa C (HCV) usljed izloženosti infektivnim tjelesnim tečnostima.

Rezervoar – Osoba od koje potiče potencijalno infektivan materijal, najčešće hospitalizovani bolesnik, ambulantni pacijent, štíćenik neke od navedenih institucija, povrijeđeno lice, klijent savjetovališta i drugi.



Lokalni koordinator – Osoba koja je na nivou zdravstvene ustanove ili druge navedene ustanove zadužena za nadzor nad izloženošću, kao i za upućivanje izložene osobe na dalju evaluaciju izloženosti. Po pravilu to je glavna sestra doma zdravlja, glavna odjeljenska sestra ili druga zadužena osoba ili njen zamjenik.

Rukovodilac službe – Osoba koja rukovodi zdravstvenom stanicom, ambulantom, bolničkim odeljenjem ili drugom ustanovom u kojoj je došlo do izloženosti.

Infektivna klinika – Klinika za infektivne bolesti.

Postupak nakon izlaganja/ incidenta

Tretiranje mjesta izlaganja – Prvi postupak nakon izlaganja krvi ili tjelesnim tečnostima je detaljno pranje izloženog dijela tijela vodom i sapunom, kao i ispiranje izloženih sluzokoža velikom količinom vode. Ne postoje dokazi da upotreba antiseptika ili istiskanje tečnosti iz rane može da smanji rizik od HIV-a, HBV-a i HCV-a, mada upotreba antiseptika nije kontraindikovana. Primjena kaustičnih sredstava ili injiciranje antiseptika ili dezinfekcionih sredstava u ranu se ne preporučuje.

Prijava profesionalne izloženosti – Izloženi zdravstveni radnik odmah nakon izloženosti prijavljuje izloženost lokalnom koordinatoru ili njegovom zamjeniku. Izloženi zdravstveni radnik može prijaviti izloženost i rukovodiocu službe, koji tu izloženost odmah prijavljuje lokalnom koordinatoru ili njegovom zamjeniku.

Odmah po dobijanju informacije o izloženosti zdravstvenog radnika, lokalni koordinator popunjava prijavu o izloženosti i dostavlja je u roku od 24 sata nadležnoj ambulanti/savjetovalištu za HIV i AIDS. Podaci o izloženom zdravstvenom radniku su povjerljivi i trebaju ih znati samo lokalni koordinator i rukovodilac službe.

Evaluacija rezervoara zaraze – Osoba čija je krv ili druga tjelesna tečnost izvor izloženosti treba se podvrgnuti pregledu kako bi se utvrdio njen HIV, HBV i HCV status. Lokalni koordinator informiše rukovodioca službe u kojoj radi izloženi zdravstveni radnik o neophodnosti da se izvrši uzorkovanje krvi rezervoara. Ukoliko je rezervoar u momentu registrovanja izloženosti i dalje prisutan u zdravstvenoj ustanovi, objašnjavaju mu se okolnosti koje su dovele do izloženosti i predlaže se da mu se uzorkuje krv na analizu, uz njegovu informisanu saglasnost.

Ukoliko rezervoar prihvati uzorkovanje krvi, krv se odmah dostavlja u laboratorij na testiranje. Krv se dostavlja propisno obilježena i na propisan način. Ukoliko je nalaz reaktivan, pacijent se upućuje u kliniku za infektivne bolesti, HIV specijalisti. Za



razmatranje potrebe za PEP kod izloženog zdravstvenog radnika dovoljan je jedan reaktivan rezultat testa rezervoara. Međutim, radi potvrde statusa rezervoara i njegovog informisanja o rezultatu, neophodno je uraditi i potvrdni test. Ukoliko se za rezervoar zna da ima HIV infekciju, potrebno je imati na raspolaganju informacije o broju CD4 limfocita, nalaz viremije, podatke o trenutnoj i ranijoj antiretroviralnoj terapiji, kao i rezultate testova rezistencije. Nepostojanje ovih podataka ne treba uticati na započinjanje PEP, koja se može modifikovati po dobijanju ovih podataka.

Ukoliko rezervoar odbije testiranje, ili rezervoar nije dostupan, a o njemu postoji medicinska dokumentacija, rukovodilac službe ili njegov zamjenik vrše uvid u medicinsku dokumentaciju sa ciljem prikupljanja podataka od značaja za procjenu rizika za HIV, HBV i HCV i o tome obavještavaju nadležnog infektologa-HIV specijalistu (kao u u ranije pomenutim slučajevima). Podaci značajni za procjenu rizika, dobijeni iz medicinske dokumentacije ili drugog izvora podataka, su: rizično ponašanje rezervoara (seksualni kontakt sa pozitivnim partnerom; intravenska i/ili intranazalna upotreba droga; homoseksualni odnosi; promiskuitet; seksualni rad; nedavno prisustvo seksualno prenosivih infekcija; rekurentne pneumonije ili tuberkuloza ili drugi klinički znaci; rezultati testiranja na HIV, HbsAg, anti-HCV (navesti i datum posljednjeg testiranja); kao i drugi laboratorijski nalazi od mogućeg značaja (ALT, AST i dr.).

Ukoliko je rezervoar nepoznat, rukovodilac službe ili njegov zamjenik informišu infektologa o podacima značajnim za procjenu rizika za HIV, HBV i HCV na njihovom odjeljenju. Podaci od značaja su: učestalost HIV-a, HBV-a i HCV-a na odjeljenju; učestalost pacijenata koji koriste droge intravenski/intranazalno; učestalost muških pacijenata koji imaju seksualne odnose sa drugim muškarcima; učestalost pacijenata koji se bave seksualnim radom; učestalost pacijenata sa tuberkulozom ili rekurentnim pneumonijama.

Procjena rizika – Nakon što je zdravstveni radnik prijavio izloženost nadležnoj osobi, a ovaj prikupio potrebne podatke nakon što je izvršeno uzorkovanje krvi rezervoara (kad je to moguće), izloženi zdravstveni radnika se javlja infektologu.

Nadležni infektolog procjenjuje rizik za HIV/ HBV i HCV na osnovu raspoloživih podataka dobijenih od izloženog zdravstvenog radnika (vrsta tjelesne tečnosti, način i vrijeme izloženosti, osjetljivost-vakcinalni status na HB vakcinu, imuni status na HIV, HBV i HCV i drugo). Vršiti se testiranje krvi rezervoara (ukoliko je moguće) i izloženog zdravstvenog radnika. Krv rezervoara se testira na HIV, HbsAg i anti-HCV, a krv izloženog zdravstvenog radnika na HIV, HbsAg i anti-HCV (ukoliko nije ranije vakcinisan protiv HBV), odnosno na HIV, anti-HBs i anti-HCV (ukoliko je ranije vakcinisan protiv HBV-a). Nakon dobijanja rezultata, razmotriti primjenu PEP.



Savjetovanje izložene osobe

Nakon evaluacije, HIV specijalista bi trebao posavjetovati izloženu osobu o ponašanju koje će smanjiti rizik. Bez obzira na koji način je osoba bila izložena, te da li će antiretroviralni (ARV) lijekovi biti preporučeni za PEP, savjetovanje može smanjiti rizik od budućih izlaganja. Vakcinisanje protiv HBV-a se preporučuje ako površinsko antitijelo hepatitisa B nije prisutno i ako je hronična HBV infekcija isključena (na temelju negativnog HBsAg testa).

Vrijeme početka i trajanje PEP-a

Započinje se što je prije moguće, idealno u prvih 24 sata nakon izloženosti, najduže za 36 sati od povrede. U izuzetnim situacijama kada je rizik visok a postoje dodatne informacije, postekspoziciona profilaksa (PEP) se može započeti do 72 sata od izloženosti. PEP se provodi tokom četiri sedmice od izloženosti, a testiranje na HIV periodično u toku narednih šest mjeseci (neposredno po izloženosti, poslije 3, 6 i 12 sedmica i poslije 3 mjeseca).

Danas se za PEP nakon profesionalne ekspozicije HIV-u (HIV PEP) preporučuje primjena antiretroviralnih lijekova (ARV) koji se i inače koriste u liječenju HIV-infekcije. Najčešće se preporučuje kombinacija dva analoga nukleozida, uz dodatak jednog inhibitora proteaze ili analoga neneukleozida. Kad se zna ili sumnja da je virus kojim je zaražen izvorni bolesnik rezistentan na jedan ili više gore navedenih ARV lijekova, preporučuje se izbor lijekova na koje virus nije rezistentan.

Svrha je primjene ARV lijekova u postekspozicijskom postupku da u ranom stadiju spriječe utemeljenje HIV infekcije, odnosno izazovu njezinu eliminaciju prije razvoja ireverzibilne sistemske infekcije i serokonverzije. Samo primjena Zidovudina rano nakon profesionalne ekspozicije smanjuje rizik HIV-infekcije za >80% što je, u odsutnosti drugih, osobito prospektivnih studija, dovoljan razlog za primjenu ARV lijekova u postekspozicijskoj profilaksi.



Tabela 6. Preporučena HIV postekspoziciona profilaksa nakon perkutane ozljede

Infektivni status izvora*					
Tip ekspozicije	HIV negativan	HIV pozitivan (vrsta 1)	HIV pozitivan (vrsta 2)	Nepoznat HIV status	Nepoznat izvor
Manje težak tip ozljede (npr. solidna igla, površna povreda)	PEP nije potreban	Preporučiti standardni režim PEP-a sa dva lijeka	Preporučiti prošireni PEP režim sa ≥ 3 - lijeka	Općenito PEP se ne preporučuje; treba razmisliti o bazičnom PEP režimu sa 2 lijeka u slučaju da izvor ima rizično ponašanje#§	Općenito PEP se ne preporučuje; treba razmisliti o bazičnom PEP režimu sa 2 lijeka u slučaju da je ekspozicija HIV pozitivnoj osobi moguća#
Teži tip ozljede (npr. velika šuplja igla, duboki ubod, vidljiva krv na spravi, igla koja je bila u pacijentovoj veni ili arteriji)	PEP nije potreban	Preporučiti prošireni PEP režim sa ≥ 3 - lijeka	Preporučiti prošireni PEP režim sa ≥ 3 - lijeka	Općenito PEP se ne preporučuje; treba razmisliti o bazičnom PEP režimu sa 2 lijeka u slučaju da izvor ima rizično ponašanje#§	Općenito PEP se ne preporučuje; treba razmisliti o bazičnom PEP režimu sa 2 lijeka u slučaju da je ekspozicija HIV pozitivnoj osobi moguća#§

* HIV pozitivan (vrsta 1): asimptomatska HIV infekcija ili poznat nizak nivo viremije (npr. < 1500 kopija/mL); HIV pozitivan (vrsta 2): simptomatska HIV infekcija, AIDS, akutna serokonverzija, ili poznat visok nivo viremije; nepoznat HIV status: npr. bolesna osoba čiju krv ne možemo uzeti za testiranje; nepoznat izvor: npr. igla iz kontejnera za odlaganje oštrog materijala.

Preporuka „razmisliti o PEP-u“ indicira da je PEP opcionalan; odluka o započinjanju PEP-a treba biti bazirana na osnovu diskusije između eksponirane osobe i kliničara, a u odnosu na rizik i benefit PEP-a u datom slučaju.

§ Ako je PEP preporučen, a kasnije se dokaže da je izvor negativan, PEP treba prekinuti.



Tabela 7. Preporučena HIV postekspozicijska profilaksa nakon ekspozicije mukoznih membrana i ekspozicije oštećene kože*

Infektivni status izvora#					
Tip ekspozicije	HIV negativan	HIV pozitivan (vrsta 1)	HIV pozitivan (vrsta 2)	Nepoznat HIV status	Nepoznat izvor
Mala količina krvi (npr. nekoliko kapi)	PEP nije potreban	Razmisliti o bazičnom PEP režimu sa dva lijeka	Preporučiti standardni režim PEP-a sa dva lijeka	Općenito PEP se ne preporučuje**	Općenito PEP se ne preporučuje
Velika količina krvi (npr. velika lokva krvi)	PEP nije potreban	Preporučiti standardni režim PEP-a sa dva lijeka	Preporučiti prošireni PEP režim sa ≥3- lijeka	Općenito PEP se ne preporučuje; treba razmisliti o bazičnom PEP režimu sa 2 lijeka u slučaju da je izvor sa rizičnim HIV faktorima**§	Općenito PEP se ne preporučuje; treba razmisliti o bazičnom PEP režimu sa 2 lijeka u slučaju da je ekspozicija HIV pozitivnoj osobi moguća§

* U slučaju kožne ekspozicije, pratiti u slučaju indikacije samo ako postoje dokazi o oštećenju kože (npr., dermatitis, abrazija, otvorena rana).

HIV pozitivan (vrsta 1): asimptomatska HIV infekcija ili poznat nizak nivo viremije (npr., <1,500 kopija/mL); HIV pozitivan (vrsta 2): simptomatska HIV infekcija, AIDS, akutna serokonverzija, ili poznat visok nivo viremije; nepoznat HIV status: npr., bolesna osoba čiju krv ne možemo uzeti za testiranje; nepoznat izvor: npr., igla iz kontejnera za odlaganje oštrog materijala.

§ Preporuka „razmisliti o PEP-u“ indicira da je PEP opcionalan; odluka o započinjanju PEP-a treba biti bazirana na osnovu diskusije između eksponirane osobe i kliničara, a u odnosu na rizik i benefit PEP-a u datom slučaju.

** Ako je PEP preporučen, a kasnije se dokaže da je izvor negativan, PEP treba prekinuti.



Tabela 8. ARV opcije za postekspozicionu profilaksu profesionalne HIV infekcije

Bazični PEP režim sa dva nenukleozidna inhibitora reverzne transkriptaze
Preferirani <ul style="list-style-type: none">• Tenofovir 300 mg jednom na dan + Emtricitabine 200 mg jednom na dan (dostupno kao Truvada, 1 tableta jednom na dan)• Zidovudine 300 mg dva puta na dan + Lamivudine 150 mg dva puta na dan (dostupno kao Combivir, 1 tableta dva puta na dan)
Prošireni režim (jedan od navedenih lijekova može biti dodat bazičnom režimu)
Inhibitori proteaze
Preferirani <ul style="list-style-type: none">• Lopinavir/Ritonavir (Kaletra) 400/100 mg dva puta na dan Alternativa <ul style="list-style-type: none">• Atazanavir 300 mg jedan puta na dan + Ritonavir 100 mg jedanput na dan• Darunavir 800 mg jedan puta na dan + Ritonavir 100 mg jedanput na dan• Atazanavir 400 mg jedanput na dan*
Inhibitor integraze
Alternativa <ul style="list-style-type: none">• Raltegravir 400 mg dva puta na dan <p>* Nebustirani Atazanavir ne može biti dat zajedno sa Tenofovirom (treba koristiti Atazanavir + Ritonavir).</p>



Šta je PrEP?

PrEP je skraćenica za preekspozicionu profilaksu i može biti dio obuhvatne prevencije HIV-a, gdje HIV negativni ljudi koji spadaju u ključnu populaciju s višim rizikom uzimaju antiretroviralni lijek svakodnevno da bi smanjili mogućnost inficiranja HIV-om ako su HIV izloženi. Do danas, PrEP je pokazao efikasnost samo kod MSM populacije i transseksualnih žena koje imaju odnose sa muškarcima. Provode se studije da bi se evaluiralo da li je PrEP siguran i efikasan u smanjivanju HIV infekcije kod heteroseksualnih muškaraca i žena, kao i kod injekcionih korisnika droga, ali ti rezultati još nisu dostupni.

U novembru 2010. godine američki Nacionalni institut za zdravlje (National Institute of Health, NIH) objavio je rezultate velike kliničke studije, koja je istraživala da li lijekovi koji se koriste u tretmanu HIV-a mogu prevenirati HIV infekciju. Studija je dokazala da dnevno uzimanje Tenofovira + Emtricitabina (fabrički naziv Truvada) povećava za 44% dodatnu zaštitu muškarcima koji imaju seks sa muškarcima.

- PrEP se treba koristiti samo kod osoba koje su dokazano HIV negativne. Inicijalno i regularno testiranje na HIV je neophodno za korištenje PrEP-a. Sve osobe koje hoće koristiti PrEP moraju biti evaluirane i za druga zdravstvena stanja koja mogu uticati na upotrebu PrEP-a.
- PrEP se ne treba smatrati prvom linijom odbrane od HIV-a. Dokazano je da je samo djelimično efikasan u kombinaciji sa uobičajenim HIV testiranjem, upotrebom kondoma i drugih preventivnih mjera.

Muškarci koji imaju seks sa muškarcima trebaju i dalje:

- Koristiti kondome
 - Testirati se da bi znali svoj status, kao i partnerov
 - Testirati se, te liječiti po potrebi, druge seksualno prenosive bolesti, koje mogu olakšati HIV transmisiju, kao što su sifilis i gonoreja
 - Dobiti informacije i podršku kako smanjiti upotrebu droga i rizično seksualno ponašanje
 - Smanjiti broj seksualnih partnera
- Svakodnevno korištenje PrEP-a je jako bitno. Ova studija je pokazala da je PrEP dao visoki stepen zaštite samo onima koji su redovno uzimali lijekove.
 - PrEP se treba koristiti u bliskoj saradnji sa zdravstvenim radnicima, koji će obezbijediti redovno HIV testiranje, redukciju rizika, savjetovanje, te sigurnosni monitoring.



Prije započinjanja PrEP-a treba:

- **Prvo:** Pacijent treba testom potvrditi da je HIV negativan, da je pod visokim rizikom da se inficira HIV-om, da je vrijednost kreatinina ≥ 60 mL u minuti (putem Cockcroft-Gault formule).
- **Drugo:** Skrining za hepatitis B infekciju; vakcinacija protiv hepatitisa B; ili pak tretirati samu infekciju ako je pacijent pozitivan na hepatitis B; uraditi skrining na druge seksualno prenosive bolesti i liječiti u slučaju pozitivnosti.

Započeti PrEP režim: Propisati 1 tabletu Truvade na dan; uopćeno ne treba prepisati više od 90-dnevnog tretmana, a obnoviti samo nakon što testiranje na HIV pokaže HIV negativnost.

Praćenje pacijenta dok se provodi PrEP režim: Svaka 2-3 mjeseca treba uraditi ELISA test na HIV i dokumentirati negativan rezultat. Svaka 2-3 mjeseca provjeriti rizična ponašanja i omogućiti savjetovanje za smanjenje rizika i dati kondome. Provjeriti postojanje simptoma drugih seksualno prenosivih bolesti, te ih tretirati ako su prisutne. Svakih 6 mjeseci testirati pacijenta na seksualno prenosive bolesti i liječiti pacijenta ako je pozitivan na neku od njih. Početno svaka tri mjeseca, a kasnije jednom godišnje provjeriti vrijednosti uree i kreatinina u krvi.





LITERATURA:

- Čardaklija Zlatko (et al.). *Dobrovoljno povjerljivo savjetovanje na HIV: Protokol. Partnerstvo za zdravlje. 2008.*
- Kijevčanin Slavica, Lobodok-Štulić Irena. *Ginekološka praksa i HIV: Priručnik za realizaciju treninga. Partnerstvo za zdravlje. Sarajevo. 2010.*
- Osnovni HIV i AIDS kurs: *Trening za zdravstvene radnike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Priručnik za učesnike. UNDP i Partnerstvo za zdravlje.*
- Latković B. Marina, Hsu Lee-Nah, Gjonbalaj Alban. *Osnove HIV-a i AIDS-a za zdravstvene radnike u stomatološkoj službi. Priručnik za učesnike. Partnerstvo za zdravlje. 2009.*
- *Occupational Postexposure Prophylaxis: Guide for HIV I AIDS Clinical Care, HRSA HIV I AIDS Bureau. January 2011.*
- *HIV-infekcija i zdravstveni djelatnici. Dostupno na www.huhiv.hr*
- Đurić Predrag, Ilić Svetlana. *HIV infekcija i zdravstveni radnici. LitoStudio, Novosadski humanitarni centar. Novi Sad. 2007.*



Rad sa ranjivim grupama¹⁹

*Amer Paripović, Projekt menadžer, Partnerstvo za zdravlje
Dinjko Stojaković, kriminalist, MUP TK, sektor Kriminalističke policije*

¹⁹ Preuzeto iz: "Seksualno prenosive infekcije i HIV za vosku policiju i vatrogasce". (2012). Partnerstvo za zdravlje, Sarajevo.



Etička pozadina problema rada sa ranjivim grupama

Generalna Skupština UN u svom „Kodeksu postupanja policije“ istakla je još 1979. godine da je dužnost policije da poštuje, štiti i unapređuje prava svih ljudi. Kao institucija u prvoj liniji sistema pravde, policija ima mogućnost da kombinuje svoj autoritet sa preventivnim djelovanjem u odbrani ljudskih prava. Neodvojivo od obavljanja osnovne, vitalne dužnosti policije, potrebno je raditi na razvijanju svijesti kod pripadnika policije o prirodi, razlozima, izvorima i sadržaju kršenja ljudskih prava pripadnika svih grupa sa kojima dolaze u dodir, a posebno ženama, djeci i vulnerabilnoj populaciji generalno.

U „Kodeksu policijske etike“ kaže se: „Glavni ciljevi policije, kao i policijskih službenika jesu održavanje javnog reda i mira, provođenje zakona, zaštita i poštovanje ljudskih prava, prevencija i otkrivanje krivičnih djela i drugih vidova borbe protiv kriminala, pružanje pomoći i služenje ljudima u skladu sa ustavom i zakonima.“

Ovaj kodeks je u skladu sa „Evropskim kodeksom policijske etike“ i „Evropskom konvencijom o zaštiti ljudskih prava i osnovnih sloboda“.

Test za modernu profesionalnu policiju nije pitanje da li će ona kršiti ljudska prava bilo koje kategorije stanovništva, već način na koji će se ona boriti za njihovu zaštitu i prevenirati njihovo kršenje.

Rad sa ranjivim grupama

Da bi se bolje razumjela ljudska prava i njihova veza sa HIV-om, potrebno je najprije razumjeti ključne termine.



Ranjivost (vulnerabilnost²⁰)

Postoje brojne definicije u literaturi koje pomažu da se bolje razumije ovaj termin.

Ranjivost ili vulnerabilnost se definiše kao svojstvo osobe da bude povrijeđena na različite načine, zato što joj nedostaju mehanizmi odbrane i nedostaje joj podrška na svim nivoima (od porodične do državne). Ranjiva je ona osoba koja nema sposobnost (kapacitet) da kontroliše svoje rizike, a u ovom slučaju to su rizici koji je dovode u situaciju da dobije HIV infekciju.

Faktori ranjivosti mogu biti:

- **Subjektivni** (vezani za ličnost, vaspitanje i odrastanje mlade osobe, kao i za biološko-medicinske faktore)
- **Objektivni** (vezani za spoljnu situaciju i uticaje, najčešće socijalno-ekonomskog porijekla)

Ako se ranjivost kombinuje sa rizikom i rizičnim ponašanjem, onda te osobe ne uspijevaju realizovati svoje razvojne i životne potencijale, a ni dostići pozitivne zdravstvene ishode.

RIZIK = faktor vezan za individuu ili okolinu koji povećava vjerovatnoću pojave nekog problema ili oboljenja.

Prisustvo rizika ne garantuje pojavu negativnog ishoda, ali povećava vjerovatnoću za takav ishod. Isto tako, rizik ne djeluje podjednako na sve osobe. Neke osobe uspijevaju izbjeći rizik ili rizičnu situaciju.

Faktori ranjivosti

Faktori koji dovode do ranjivosti su:

- Nizak stepen opšte i zdravstvene kulture, nedostatak informacija
- Rodne razlike i položaj žene
- Razvojni i porodični problemi
- Nedostatak socijalne podrške (usamljenost)
- Seksualna orijentacija
- Pripadnost nacionalnoj manjini
- Status izbjeglice ili raseljene osobe
- Nasilje nad ženama
- Emocionalna nezrelost
- Mladost

²⁰ Engleski: vulnerability = ranjivost, povredivost



Rizično ponašanje

Ovaj faktor vezan je za individualnu praksu ili ponašanje kojim pojedinac (često svjesno i voljno) ostvaruje blizak kontakt sa rizikom i ne uzima u obzir posljedice koje zbog toga mogu nastati (recimo, nezaštićen seksualni odnos, to jest seksualni odnos bez kondoma, injekciono uzimanje droga tuđim priborom).

Faktori rizičnog ponašanja:

Faktori rizičnog ponašanja su:

- Seks bez kondoma
- Oralni seks bez kondoma
- Kolektivan analni seks
- Prodaja seksualnih usluga
- Veliki broj partnera
- Zajedničko konzumiranje droga u injekcijama, nesterilnom špricom

Uticaj ranjivih grupa na epidemiju HIV-a

U prvoj dekadi pojave HIV-a, one socijalne grupe u kojima je bolest bila najprije otkrivena nazivane su rizičnim grupama. Tu su spadali MSM, seksualni radnici, kao i injekcioni korisnici droga. Kako se radilo o grupama ljudi koji su i ranije bili neprihvaćeni od društva, veoma lako je „krivica“ za bolest i njeno širenje prebačena na njih, a stigma (obilježavanje od ostalih članova društva) i diskriminacija (uskraćivanje osnovnih ljudskih prava zbog toga ŠTA SU) je porasla. Obilježene, uskraćeni prava, često kriminalizovane zakonima, ove osobe se povlače u ilegalu, daleko od preventivnih programa, informacija, testiranja i zdravstvene službe, a nemoćne da se same izbore sa svojom ranjivošću, rizicima i društvenom osudom.

Epidemija HIV-a je nastavila nesmetano rasti iz dva osnovna razloga:

- Preventivne mjere nisu stizale do onih pojedinaca i grupa kojima su bile najpotrebnije.
- Opšta populacija, a naročito mladi, ponašali su se kao da se to njih ne tiče, upražnjavajući sami čitavu paletu rizičnih oblika ponašanja bez ikakve društvene osude, jer je sva osuda bila fokusirana na takozvane „rizične grupe“.



Kada je epidemija počela da se širi i u opštoj populaciji, nastala je panika kako među profesionalcima, tako i među običnim ljudima. Ogromna sredstva uložena su u preventivne programe s ciljem da informacija o HIV-u i načinima zaštite stigne do svakog stanovnika.

Radikalne promjene donio je kraj 90-tih godina prošlog vijeka, kada je prepoznat poseban položaj ranjivih grupa, njihova nemoć da sami nešto promijene bez pomoći zajednice i njihova izolovanost od glavnih preventivnih tokova. Kombinacija njihove ranjivosti, stigmatizacije i diskriminacije, kao i rizičnog ponašanja, kreirala je posebnu HIV ranjivost na koju se moralo djelovati posebnim programima da bi se zaustavila epidemija.

Vrste ranjivih grupa

Različite zemlje, a često i različiti dijelovi iste zemlje, u središte svojih preventivnih programa stavljaju različite ranjive grupe, kao što su:

- Injekcioni korisnici droga (IDU)
- Seksualni radnici/radnice (SW)
- Muškarci koji imaju seksualne odnose sa muškarcima (MSM)
- Zatvorenici i pritvorenici
- Beskućnici
- Migranti (izbjeglice, azilanti, sezonski radnici)
- Žrtve trgovine ljudima (trafikinga)

U velikom broju zemalja stope HIV infekcije u svim ili u nekim od tih grupacija veće su nego u opštoj populaciji, jer su one uključene u ponašanje koje ih stavlja u veći rizik da budu inficirani, a nedostaju im mehanizmi individualne ili socijalne odbrane.

O ovim grupama se može govoriti kao o „zanemarenim i zapostavljenim“ (UNAIDS, 2006), jer su skoro po pravilu:

- Marginalizovane i diskriminisane
- Lišene brojnih osnovnih ljudskih prava
- Često zakonski gonjene

U programima prevencije, HIV-a resursi i kadrovi predviđeni za rad sa ranjivim grupama nisu proporcionalni njihovom udjelu u epidemiji. Zbog svog socijalnog položaja i društvene stigme, to su grupe čiji se život odvija u „ilegali“.



Zbog toga se i nazivaju „grupama koje su teško dostupne“. Kada se radi o zastupljenosti HIV-a, najčešće grupe o kojima se govori su:

- Injekcioni korisnici droga (IDU)
- Seksualni radnici/radnice (SW)
- Muškarci koji imaju seksualne odnose sa muškarcima (MSM)

Uticaj policije na ranjive grupe i osobe koje žive s HIV-om

Ranjive grupe su često stigmatizirane i protjerivane iz društva, nerijetko izvan dosega zajednice, socijalnih usluga i ostale dostupne pomoći. Budući da svakodnevnog kontakata s ranjivim grupama nema, policija može djelovati kao značajna veza između ranjivih, marginalizovanih grupa u zajednici i institucija sistema, te usluga koje su im na raspolaganju. Uloga policije može i treba biti preventivna. Policija može uočiti prijeteće probleme i rješavati ih u začetku. Ona može uticati na smirenje konflikata u zajednici, a posebno je značajna njena uloga u prevenciji nasilja nad ženama.

Danas već postoje brojna iskustva i dokazi da negativni stavovi policije, tradicionalni represivni pristup koji uključuje tjeranje, mjere prinude, udaljavanje sa HOTspotova²¹, hapšenje, imaju za posljedicu više štete nego koristi. Upotrebom represivnih mjera pojava ne nestaje; samo se pripadnici grupe sklanjaju još dalje od mogućnosti da se na njih djeluje.

Jedna kanadska studija o provođenju nadzora nad drogama²² naglašeno zaključuje da tradicionalni pristup policije, uključujući hapšenja i procesuiranja korisnika i dilera, neprekidno pokreće narkomane iz njihovih područja, što može imati ozbiljne nuspojave kad je u pitanju zdravlje. Često dolazi do poremećaja u pružanju zdravstvene zaštite, uključujući programe obezbjeđenja čistih igala i kondoma, te se na taj način generalno povećava mogućnost rizičnog ponašanja povezanog sa seksualnim radom i sa injekcionim korisnicima droga, a samim tim povećava se i mogućnost širenja HIV-a i AIDS-a. Pod prevelikom represijom pripadnici ranjivih grupa više se povlače iz društva u svojim nastojanjima da izbjegnju policiju, pa je manje vjerojatno da će tražiti pomoć, što dodatno povećava rizik. Konačno, represivna politika može prouzrokovati pokrete korisnika droga na područja gdje droge prije nije bilo ili može imati učinak stvaranja geta u kojima se okupljaju korisnici droga. Represivne vrste akcija mogu povećati nivo stigme i zablude o bolesti, a isto tako potkopati sposobnost osoba koje žive sa HIV-om ili njihovih porodica da dobiju podršku.

²¹ Engleski: hot spot – vruća tačka, vruće mjesto

²² Kerr, Thomas, et al. (2005) The public health and social impacts of drug market enforcement: A review of the evidence. *International Journal of Drug Policy* 16: 210-20.



Spomenuta kanadska studija utvrđuje alternative tradicionalnim pristupima kojima se može izbjeći negativan uticaj na zdravstvene probleme, kao što su HIV i AIDS. To uključuje izmjenu policijske prakse, odnosno daleko više nijansiranu praksu prilagođenu zajednici, a koja podrazumjeva njegovanje partnerstva između policije i javnog zdravstva, obrazovanje i pristup programima s ciljem da se droge koriste sigurnije, te uspostavljanje programa liječenja i pomoći korisnicima droga. Ovaj pristup uključuje obrazovanje i same policije, kako bi se pomoglo da se policajci bolje suočavaju sa stavovima ranjivih skupina i smanjenju eventualne diskriminacije prema tim zajednicama.

Na primjer, studija iz 2003²³ o strožijem kažnjavanju korisnika droga u Tajlandu, koja je dobila međunarodnu nagradu, potvrđuje te nalaze. Glavne preporuke izvještaja ukazuju na to da injekcioni korisnik droga ne bi trebao biti kažnjen kad sam sebe identifikuje bilo kao HIV pozitivnu osobu ili kao korisnika droga, a da policija treba biti edukovana o upućivanju injekcionog korisnika droga u centre za liječenje, centre za obezbjeđenje čistih igala i kondoma, kao i u centre koji nude programe prevencije HIV-a i AIDS-a koje provode vladine ili nevladine organizacije.

Slično se dešava kad se policija bori protiv seksualnog rada. Suviše represivne mjere mogu se promatrati kao dodatna stigmatizacija (obilježavanje) ove grupe. Ova ranjiva grupa tako ostaje bez egzistencije i prihoda, što ih tjera u ilegalu, a tada traženje i pružanje pomoći i savjeta o HIV-u i AIDS-u postaju sve teži. Studije pokazuju da se u većim urbanim sredinama seksualni rad premješta na rubna područja grada, često u napuštene industrijske zone, gdje su seksualne radnice još dalje od pomoći u vezi s HIV-om i AIDS-om, ali istovremeno više izložene potencijalnom nasilju²⁴. Međunarodni odbor za prava prostitutki u Evropi smatra da su stavovi i odnos policije, kao i prateći zdravstveni programi, od temeljne važnosti za uspjeh programa borbe protiv HIV-a.

Seksualni rad

Seksualni rad je dugo u svakodnevnom govoru i u stručnoj literaturi bio poznat kao „prostitucija“ i podrazumijevao je obezbjeđivanje seksualnih usluga za novac ili drugu materijalnu nadoknadu.

23 Not Enough Graves: The War on Drugs, HIV/AIDS, and Violations of Human Rights in Thailand. Human Rights Watch Organisation. 2003.

24 DeBeck Kora et al. (2008): Police and public health partnerships: Evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy. University of British Columbia. Vancouver.



Termin „seksualni radnik“ novijeg je datuma i ušao je u upotrebu na inicijativu samih prostitutki. Smatralo se da je manje pogrdniji od prethodnog, a pored toga uključuje riječ „rad“, što bi trebalo da predstavlja osnovni preduslov da osobe koje se time bave imaju puna ljudska i radna prava. Oni koji su smatrali da je promjena naziva neodgovarajuća isticali su da je „seksualni rad“ daleko širi od onoga što se svrstavalo u prostituciju i da uključuje, recimo, osobe na „seks telefonima“, striptizete, erotske igračiće, porno modele i još mnogo toga.

Predlagači promjene naziva definisali su „seksualne radnike“ kao „odrasle žene, muškarce i transvestite, kao i mlade ljude koji primaju novac ili druga materijalna dobra za seksualne usluge, bilo regularno ili povremeno, a koji mogu, ali ne moraju tu aktivnost definisati kao izvor zarade“.

UNAIDS se zalaže da termin „prostitucija“ bude rezervisan za maloljetničku prostituciju, a da se za sve druge oblike koristi „seksualni rad“ ili „komercijalni seks“, odnosno „seksualni radnik“.

Do pojave HIV infekcije nije postojalo neko šire interesovanje među istraživačima za ovu grupaciju. Sada se javlja sve više istraživanja, ali sama pojava u mnogim svojim dimenzijama ostaje nedovoljno poznata.

Pravni aspekti seksualnog rada

Pravni aspekt seksualnog rada višestruko je značajan u aktivnostima vezanim za HIV prevenciju. Stručnjaci su davno utvrdili da će svaka zdravstvena politika biti bezuspješna ako počiva na zabrani prostitucije i kažnjavanju drugih koji su u nju uključeni. Pored toga, stručnjaci se zalažu da se u svjetlu postojanja jedne tako opasne i fatalne bolesti, kao što je HIV infekcija, preispitaju tradicionalne metode odgovora na komercijalni seks. Potrebno je urgentno uspostaviti dugotrajne mjere nove politike i to zato što je AIDS mnogo veći problem za društvo nego sama prostitucija.

Zakonska regulativa koja je diskriminatorna i koja okrivljuje seksualne radnice, kako ističu stručnjaci, samo povećava njihovu ranjivost, kao i ranjivost klijenata i šire zajednice na infekciju. Zalaganje za reformu zakona koji se odnose na prostituciju u pravcu poštovanja građanskih sloboda i drugih ljudskih prava, prevencije eksploatacije i jačanja samopouzdanja seksualnih radnika, osnovni je preduslov za zaštitu njihovog zdravlja, kao i javnog zdravlja generalno. Danas se može govoriti o četiri osnovna oblika uređenja ovog pitanja u legislativi, kao i o nekoliko varijanti tih oblika.



Abolicija

Ovaj pristup počiva na jedinstvenom stavu da prostitucija mora nestati. Međutim, na to kako i zašto to treba učiniti, različito se gleda u različitim sredinama.

Dva osnovna pristupa se pri tome razlikuju:

- Prostitucija je nemoralna, te stoga prostitutke i njihove klijente treba zakonski goniti i kažnjavati. Ovaj pristup zastupljen je u muslimanskim zemljama, kao i u najvećem broju država u SAD.
- Prostitucija je tužna realnost u kojoj su prostitutke eksploatisane (i stoga njih ne treba goniti) i to od klijenata koje treba kažnjavati ili makroa (Švedska).

Regulacija

Ovaj se pristup različito tumači u različitim sredinama. Najčešće podrazumijeva nepostojanje posebnih zakona koji zabranjuju prostituciju, a ona se shvata kao neizbježno zlo koje može biti manje ako se reguliše posebnim propisima, kao što su izdavanja dozvola za rad, propisivanje obaveze zdravstvenih pregleda, uslova gdje se može obavljati profesija i slično. Ovdje se, takođe govori i o građanskoj nasuprot pravnoj regulaciji, kao i o razvoju mehanizama samoregulacije, odnosno definisanja rada i načina života od strane samih prostitutki. Ovakav pristup postoji u Njemačkoj, Švajcarskoj, Holandiji i na Novom Zelandu.

Legalizacija

Za ovaj pristup vezuje se najveći broj kontroverzi, počev od toga da li uopšte ima smisla za njega se zalagati i u kom obliku, pa preko toga šta on zapravo obuhvata i znači. U literaturi ne postoji nijedna oficijelna definicija legalizacije, ali se pod tim najčešće podrazumijeva postojanje sistema koji dopušta neki oblik prostitucije, ukida sve oblike kriminalizacije koji se primjenjuju na prostituciju, a ostavlja da niz aspekata pojave bude regulisan opštim zakonima (recimo, nasilje, status maloljetnih lica i slično).

U ovakvom shvatanju legalizacije, na prostituciju se gleda kao na bilo koji drugi oblik zapošljavanja u kojem prostitutke plaćaju porez na ostvarene prihode (Francuska, Španija, Portugal). Pristalice legalizacije u svom zalaganju ističu da su njene glavne prednosti sadržane u prestanku krivičnog ili prekršajnog gonjenja prostitutke, kao i u ostvarivanju profita od strane države.



Iste argumente koriste i oni koji su protiv legalizacije, ističući da se takvim pristupom oduzima od prostitutke svaka kontrola nad vlastitim životom i radom i prenosi na državu, koja registruje prostitutke, čuva podatke o njima, izdaje dozvole, propisuje uslove rada, prikuplja poreze. U sociološkom smislu legalizacija je nedvojbeno sistem uspostavljanja državne kontrole, gdje određene prostitutke dobijaju dozvolu za rad u specifičnim, najčešće limitiranim okvirima. U mnogim sistemima gdje postoji legalizacija, policija je upravo ta koja reguliše i kontroliše prostituciju.

Generalno se može reći da se legalizacija javlja u dva osnovna oblika:

- 1) Legalizacija pod određenim uslovima, dozvolama i definisanjem uslova rada
Ovaj oblik je najčešći i njegove prednosti se mogu sagledati u izvjesnom sistemu kontrole i mogućnostima za provođenje zdravstveno-vaspitnih mjera. Nedostatak ovog pristupa je, pored već pomenutih, da osoba koja ima i želi da zadrži dozvolu za rad mora pristati na sve predložene mjere, jer će u protivnom izgubiti dozvolu.
- 2) Legalizacija gdje je prostitucija jednostavno shvaćena kao pojava koja nije protiv zakona, što postoji prevashodno kao mogućnost, a manje kao praksa.

Stoga bi svako zalaganje za legalizaciju seksualnog rada, koje je često praćeno i pominjanjem ljudskih prava, trebalo biti bazirano na poznavanju svega što je sa njom povezano i šta taj sistem zapravo znači.

Dekriminalizacija

Oaj pristup ušao je u literaturu sa pojavom HIV infekcije i mahom je iniciran od organizacija koje se bave pravima prostitutki. Polazeći od toga da dogovoreni seksualni odnos između dvije odrasle osobe nije krivično djelo, bilo da se radi o komercijalnom ili nekomercijalnom seksu – ovaj pristup podrazumijeva potpunu ili selektivnu suspenziju svih zakona protiv prostitucije. Pristup se iskazao najprije po otvorenom isticanju da svaka kriminalizacija prostitucije vodi pojavu u ilegalu i ne doprinosi javnozdravstvenim mjerama. Prednost ovog pristupa je višestruka:

- Prostitutke, odnosno seksualni radnici oba spola, imaju pred zakonom isti status kao i njihovi klijenti.
- Zakoni o radu i sigurnosti mogu se otvoreno i slobodno primjenjivati.
- Preventivne i zdravstvene promotivne mjere, kao i sve druge mjere zaštite zdravlja, primjenjuju se otvoreno i planski.



Kako je već istaknuto, legislativne mjere analizirane su ovdje prevashodno sa aspekta mogućnosti za provođenje zdravstveno-vaspitnih aktivnosti među seksualnim radnicima, jer u toj oblasti postoji skoro univerzalni konsenzus profesionalaca i pritom se ističe da je provođenje javnozdravstvenih intervencija utoliko lakše i efikasnije ukoliko postoji veća pravna tolerancija.

HIV epidemija među seksualnim radnicima

Procenat HIV inficiranih seksualnih radnika nigdje nije u potpunosti poznat, pa se iznose podaci samo iz onih sredina gdje postoje neke informacije. Neke sredine bilježe izuzetno visok procenat inficiranih. Tako u Kini od ukupnog broja svih HIV pozitivnih osoba, 20% otpada na seksualne radnike i njihove klijente. Veliki broj inficiranih seksualnih radnika je na Karibima, u Latinskoj Americi se kreće oko 20%, a u nekim zemljama subsaharske Afrike (Etiopija, Zambija, Gana) inficiranost je veća od 50%, a negdje i do 70%. Stope inficiranosti vrlo su visoke u Rusiji i Ukrajini, a 33% seksualnih radnica u Petrogradu ispod 19 godina je HIV pozitivno. Stope su visoke i kod muškaraca u komercijalnom seksu, a posebno visoke kod transrodnih osoba.

Razvoju epidemije doprinose dva opšte poznata rizika:

- 1) Nezaštićeni seksualni odnos sa velikim brojem partnera. U nekim studijama 60% transrodnih osoba i 65% muškaraca u komercijalnom seksu prijavljuju nezaštićene seksualne odnose.
- 2) Injekciono korištenje droga.

U mnogim zemljama se registruje vrlo bliska veza između seksualnog rada i korištenja droge i to na dva nivoa:

- 1) Seksualni radnici se drogiraju da bi izbjegli radni stres.
- 2) Korisnici droge prodaju seksualne usluge da bi došli do sredstava.

Procenat HIV pozitivnih posebno je visok kod seksualnih radnika oba spola koji koriste drogu u injekcijama, jer su izloženi dvostrukom riziku.

Preventivne strategije među seksualnim radnicima

Zajednička karakteristika seksualnih radnika u skoro svim zemljama, a naročito u onima koje su kriminalizovale ovu pojavu, jeste lišavanje ove ranjive grupe brojnih ljudskih prava, od kojih je od posebnog značaja pravo na zdravstvene informacije i pravo na zdravstvenu zaštitu.



Programi prevencije koji postoje u nekim zemljama imaju za cilj da nadomjeste ono što državni sistem ne obezbijedi. Iako su veoma značajni, ovi programi su malobrojni i ograničenog trajanja da bi u potpunosti izmijenili tok stvari. Zbog toga se neprestano ističe obaveza država i njihovih vlada da obezbijede promjene sistema u pravcu prepoznavanja potreba seksualnih radnika i njihovog uključivanja u regularne društvene tokove. Posebno se insistira na potrebi da se reformiše sistem policije i pravosuđa u pravcu dekriminalizacije i povećanja poštovanja prava seksualnih radnika.

Programi koji postoje u zemljama uključuju:

- 1) Promociju sigurnijeg seksa među seksualnim radnicima, partnerima i klijentima (korištenje kondoma, vještine pregovaranja), kao i solidarnost i lokalno organizovanje seksualnih radnika
- 2) Obezbeđivanje preventivnih tehnologija: kondoma i lubrikanata
- 3) Edukaciju seksualnih radnika koji će dalje educirati svoje kolege/kolegice (takozvana *pir*²⁵ edukacija)
- 4) Terenski rad i mobilne timove koji obezbjeđuju zdravstvene, socijalne, pravne i druge savjete, pomoć i upućivanje, a služe kao most između zvaničnih službi i seksualnih radnika. (takozvani *autric*²⁶ rad – rad na terenu sa teško dostupnim grupama)

Uzroci ranjivosti na HIV kod injekcionih korisnika droga

Uzroci ranjivosti na HIV kod injekcionih korisnika droga su faktori u širem društvenom okruženju koji postavljaju kontekst za socijalnu organizaciju i funkcionisanje zajednica, kao što su zakoni, ekonomski sistem i infrastruktura.

Faktori koji povećavaju ranjivost injekcionih korisnika droga na infekcije HIV-om uključuju:

- 1) Represivne zakone koji se odnose na injekcione korisnike droga i njihovo ponašanje, kao što su zakoni koji predviđaju kazne za posjedovanje rekvizita za uzimanje narkotika (kao što su igle i šprice), ili kada služe kao izgovor za maltretiranje od strane policije, kao i zakoni koji ustanovljavaju obavezu prijavljivanja i registracije korisnika droga
- 2) Ekonomski sistem koji lišava neke ljude mogućnosti zapošljavanja, podstičući ih da se bave drogom i koji uništava nadu za produktivnijom, alternativnom budućnošću

²⁵ Engleski: peer = izjednačiti, jednakovrijedan, na istoj razini, motriti

²⁶ Terenski rad sa teško dostupnim grupama; engleski: outreach = dohvat



- 3) Nenamjerno i štetno djelovanje u borbi protiv droge, naprimjer, strožije kažnjavanje korištenja droga koje se puše, jer ono može dovesti do povećanja upotrebe droga koje se injektiraju, što dodatno povećava rizik od prenosa HIV-a

Preventivne strategije rada sa injekcionim korisnicima droga

Svjetska zdravstvena organizacija je utvrdila smjernice za prevenciju HIV-a među injekcionim korisnicima droga. Ove smjernice je preporučljivo poštovati koliko god zakonodavni okvir države to dopušta. Potrebno je zagovarati i promjenu rada u praksi, internih odluka i naredbi i prilagođavanja zakonodavnog okvira.

Sprečavanje prenosa HIV-a putem injekcionog korištenja droga jedan je od ključnih izazova u zdravstvenom sektoru. Sveobuhvatan paket za prevenciju, liječenje i njegu HIV-a među injekcionim korisnicima droga uključuje sljedećih **devet intervencija**²⁷:

- 1) Programi zamjene igala i šprica
- 2) Programi zamjenske terapije i druge metode liječenja ovisnosti o drogama
- 3) HIV testiranje i savjetovanje
- 4) Antiretroviralna terapija
- 5) Prevencija i liječenje seksualno prenosivih infekcija
- 6) Programi dijeljenja kondoma za injekcione korisnike droga i njihove seksualne partnere
- 7) Ciljane informacije, edukacija i komunikacija za injekcione korisnike droga i njihove seksualne partnere
- 8) Vakcinacija, dijagnoza i liječenje virusnih hepatitisa
- 9) Prevencija, dijagnostika i liječenje tuberkuloze

Ovih devet intervencija su uključene u sveobuhvatan paket, jer imaju najveći uticaj na HIV prevenciju i liječenje. Postoje brojni naučni dokazi koji potkrepljuju efikasnost ovih intervencija u sprečavanju širenja HIV-a.

Uz rijetke izuzetke, istraživanja dosljedno pokazuju da programi zamjene igala i šprica rezultiraju značajnim smanjenjem prenosa HIV-a, čak 33–42% u nekim sredinama. Programi zamjenske terapije uz metadon ili buprenorphine vrlo su učinkoviti u smanjenju injektiranja droga, što značajno smanjuje i rizik HIV infekcije. Pridržavanje antiretroviralne terapije smanjuje smrtnost. HIV testiranje i savjetovanje je važna aktivnost u otkrivanju i prevenciji HIV-a, a posebno u omogućavanju pristupa HIV tretmanu i brizi, uključujući pristup antiretroviralnoj terapiji.

²⁷ Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users (2008) WHO, UNODC, UNAIDS.



Projekti u vezi sa smanjenjem rizičnog seksualnog ponašanja injekcionih korisnika droga, uključujući podjelu besplatnih kondoma i poboljšan pristup zdravstvenim uslugama, uglavnom imaju manje uticaja na prenos HIV-a od onih koji smanjuju rizike vezane za injektiranje droga. Međutim, važnost takvih projekata je široko prihvaćena, posebno ako se uzme u obzir uticaj kondoma na prevenciju i liječenje kod populacije injekcionih korisnika droga koji se upuštaju u seksualni rad. Obrazovanje i komunikacija sa injekcionim korisnicima droga i njihovim seksualnim partnerima u kombinaciji s drugim mjerama djeluje pozitivno i utiče na smanjenje rizičnog ponašanja. Kao odgovor na HIV, sveobuhvatni paket mjera takođe uključuje prevenciju, dijagnozu i liječenje tuberkuloze, koja je česta koinfekcija HIV-a.

Terenski rad u lokalnoj zajednici nije uključen kao posebna intervencija u sveobuhvatni paket mjera. Međutim, preporučuje se kao izvanredno efikasna metoda injekcionim korisnicima droga, koji su grupa kojoj je vrlo teško pristupiti. Ova metoda je veoma efikasna za provođenje mjera prevencije HIV-a i AIDS-a, kao što su programi zamjene igala i šprica, dijeljenje kondoma, informisanje, edukacija i upućivanje na ostale potrebne usluge, kao što je besplatno i anonimno testiranje. Ova metoda se vrlo snažno preporučuje kao način pružanja usluga i kao bitna komponenta svih programa HIV prevencije.

Zbog toga policijske strukture trebaju omogućiti nesmetan rad, ali i blisko saradivati sa organizacijama koje koriste ovu metodu, a posebno kada su u pitanju programi zamjene upotrijebljenih šprica i igala.

Programi smanjenja štete

Za osobe koje injektiraju droge ili su u riziku da ih započnu injektirati ove intervencije uključuju sljedeće²⁸:

- Rad na terenu u zajednici (engl. community outreach)
- Promjena ponašanja
- Snabdijevanje sterilnom opremom za injektiranje, te njeno sigurno uklanjanje nakon upotrebe
- Liječenje ovisnosti, a posebno tretman supstitucije opioidima
- Dobrovoljno, povjerljivo savjetovanje i testiranje

²⁸ **Državna strategija** nadzora nad opojnim drogama, sprečavanja i suzbijanja zloupotrebe opojnih droga u Bosni i Hercegovini za period 2009–2013. ("Službeni glasnik BiH", broj 31/09)



- Sprečavanje prenošenja uzročnika oboljenja seksualnim putem između osoba koje injektiraju droge i njihovih partnera
- Sprečavanje širenja i liječenje seksualno prenosivih infekcija
- Liječenje i njega osoba koje žive s HIV/AIDS-om, uključujući antiretroviralnu terapiju i liječenje koinfekcija, poput tuberkuloze ili hepatitisa
- Vakcinacija protiv hepatitisa B
- Reforma politike i legislative
- Podizanje znanja i svijesti u opštoj populaciji u cilju stvaranja okruženja koje daje potporu programima smanjenja štete
- Smanjenje stigme i diskriminacije

Kod osoba koje injektiraju droge u principu se primjenjuju dva tipa djelovanja iz široke lepeze smanjenja štete, a to su:

- Supstitucija opijatskim antagonistima
- Programi zamjene igala, šprica i opreme za injektiranje

Programi zamjene igala i šprica

Programi zamjene igala i šprica osiguravaju injekcionim korisnicima droga sterilnu opremu za ubrizgavanje zajedno s drugim materijalima za smanjenje rizika, kako bi se osiguralo da se svaka doza ubrizgava sterilnom iglom i špricom. Ova vrsta programa je do sada jedna od najefikasnijih metoda prevencije HIV-a. Ovi programi su intenzivno praćeni i ocjenjivani u raznim sredinama, te postoje uvjerljivi dokazi da programi zamjene igala i šprica ne promovišu ubrizgavanje droga.

Skupljanje i sigurno odlaganje korištene opreme za ubrizgavanje je veoma važan aspekt ovih programa, jer se eliminiše mogućnost ponovnog korištenja potencijalno infektivne opreme.

Zbog izuzetnih rezultata u prevenciji HIV-a, ovi programi se rutinski provode u Evropskoj uniji (najčešće ih provode nevladine organizacije). Zbog toga policijske strukture trebaju omogućiti nesmetan rad, ali i blisko sarađivati sa organizacijama koje provode ovakve programe.

U Bosni i Hercegovini je 2009. godine usvojena Državna strategija nadzora nad opojnim drogama, sprečavanja i suzbijanja zloupotrebe opojnih droga u Bosni i Hercegovini za period 2009–2013. godine.



Ova strategija definiše okvir u kojem bi se odvijali programi zamjene igala. Po strategiji, ove programe treba provoditi osoblje koje je educirano iz oblasti ovisnosti od psihoaktivnih supstanci, a naročito o štetnim posljedicama konzumiranja supstanci i ovisnosti, kao i o infekcijama virusima hepatitisa B, C i HIV-a. Ovo osoblje će **provoditi**²⁹:

- Zamjenu opreme za injektiranje droga
- Sigurno odlaganje upotrijebljene opreme za injektiranje droga
- Savjetovanje
- Informisanje
- Obuku ovisnika o štetnim posljedicama uzimanja droga
- Obuku ovisnika o sigurnijim načinima upotrebe droga
- Obuku o efektima i opasnostima konzumiranja droga u trudnoći
- Savjetovanje o rizičnom ponašanju

U skladu sa svojim mogućnostima, ministarstva odgovorna za zdravstvo u entitetima, kantonima i Brčko Distriktu BiH određuju sastav kompleta za programe zamjene igala, šprica i ostale opreme za pripremu i injektiranje, kao i načine za sigurno uklanjanje korištene opreme za injektiranje.

Zdravstvene institucije, nevladine organizacije ili udruženja uključeni u ove programe moraju biti potvrđeni (certificirani) od strane ministarstava odgovornih za zdravstvo i sigurnost. Ova ministarstva će propisom odrediti izgled dozvole za učestvovanje u pomenutom programu, načine kontrole provođenja i druga pitanja bitna za ovaj program. Dozvole za pojedince koji će provoditi ovaj program na terenu izdaje ministarstvo nadležno za oblast sigurnosti.

Rad na terenu

Rad na terenu omogućava da se pomoć i usluge nude na mjestima gdje osobe koje upotrebljavaju nedozvoljene droge borave ili gdje injektiraju droge, a obavljaju ga zdravstvene i socijalne institucije, nevladine organizacije, vjerske institucije i udruženja građana.

Nevladine organizacije koje provode programe zamjene igala u Bosni i Hercegovini su navedene su u prilogu i.

²⁹ Državna strategija nadzora nad opojnim drogama, sprečavanja i suzbijanja zloupotrebe opojnih droga u Bosni i Hercegovini za period 2009–2013. ("Službeni glasnik BiH", broj 31/09)

2





LITERATURA:

- *Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users (2008)* WHO, UNODC, UNAIDS.
- *Državna strategija nadzora nad opojnim drogama, sprečavanja i suzbijanja zloupotrebe opojnih droga u Bosni i Hercegovini za period 2009–2013.* ("Službeni glasnik BiH", broj 31/09)
- *DeBeck Kora et al. (2008) Police and public health partnerships: Evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility, Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, University of British Columbia. Vancouver.*
- *Kerr Thomas et al. (2005) The public health and social impacts of drug market enforcement: A review of the evidence. International Journal of Drug Policy 16: 210 - 20.*
- *Not Enough Graves: The War on Drugs, HIV/AIDS, and Violations of Human Rights in Thailand (2003) Human Rights Watch Organisation.*
- *Cucić Viktorija (2009) HIV prevention among vulnerable populations – police as partner. Zapadnobalkanski program za borbu protiv HIV-a i AIDS-a. Partnerships in Health.*



Dobrovoljno i povjerljivo savjetovanje i testiranje (DPST)

Dr. Aleksandra Radojčić, infektolog, Opšta bolnica Bijeljina



Dobrovoljno i povjerljivo savjetovanje i testiranje je proces u kojem se klijent savjetuje i testira na HIV i druge seksualno prenosive bolesti.

Centri za DPST se još skraćeno zovu i VCCT centri (engl. Voluntary Confidential Counselling and Testing).

Osnovni principi DPST-a su:

- anonimnost,
- povjerljivost,
- dobrovoljnost, i
- besplatnost.

U svakom centru za DPST rade savjetnici koji poštuju principe rada. Osnovni princip je prije svega dobrovoljnost. Svaki klijent u savjetovalište dolazi dobrovoljno. Na početku bude upoznat sa osnovnim principima rada savjetovališta, kao i sa načinom na koji se provodi savjetovanje i testiranje. Sve informacije koje savjetnik dobije od klijenta su povjerljive. Ako klijent želi, proces može biti anoniman. Svako savjetovanje i testiranje je besplatno. Klijent u savjetovalište može doći i sa vaučerom kojeg dobija od nekih nevladinih organizacija.

Ciljevi DPST-a su:

- Saznanje i procjena rizika klijenta u vezi sa dobijanjem ili prenošenjem HIV-a
- Podsticaj promjene ponašanja s ciljem izbjegavanja, odnosno smanjivanja rizika od HIV infekcije
- Određivanje HIV statusa radi daljeg kliničkog postupanja
- Informisanje HIV negativne osobe o riziku prenošenja HIV-a, a HIV pozitivne o smanjenju rizika prenošenja virusa na druge
- Informisanje o načinu zaštite partnera HIV pozitivnih osoba
- Informisanje ili upućivanje klijenata na liječenje, njegu i usluge u oblasti psiho-socijalne podrške



Uloga centara za DPST-a u smanjenju širenja HIV-a je velika. Zahvaljujući ovoj službi, ljudi imaju mjesto i osobe kojima se mogu obratiti radi razgovora o brigama i strahovima vezanim za zdravlje. U ovim objektima mogu dobiti tačne informacije koje će im pomoći u donošenju odluka. Klijenti koji su testirani u savjetovalištim znaju svoj HIV status, kao i načine kako da se zaštite od HIV-a i drugih seksualno prenosivih bolesti.

Savjetovalište je objekat ili prostorija koja je predviđena samo za provođenje savjetovanja. Obično ima čekaonicu i jednu ili dvije prostorije u kojima se provodi savjetovanje. Savjetnik je u civilnoj odjeći, a u prostoriji se nalazi sto za savjetovanje i stolice. Sto je obično okrugli ili elipsoidni, dok su sve stolice iste. Tu su još i promotivni materijal i sredstva za zaštitu (kondomi).

Ovo su sve jako bitni detalji s gledišta klijenata, jer se tada osjećaju ravnopravno sa savjetnikom. Savjetovanje je veoma važan i veoma delikatan proces.

Neophodno je da se klijent osjeća sigurnim kada dođe u savjetovalište. Jedino na taj način je moguće dobiti od klijenta informacije koje su važne savjetniku za procjenu rizika. Klijenti koji dolaze na savjetovanje i testiranje mahom su nepovjerljivi, nesigurni i obično su to mlađi ljudi ili adolescenti. Osnovno u toku savjetovanja je da pružite ruku i predstavite se klijentu. U svakom savjetovalištu imaju bar dva savjetnika i svaki klijent može da se odluči kod koga će i kada doći na savjetovanje i testiranje.

Prednosti savjetovališta koja se nalaze u krugovima medicinskih ustanova je velika, kao i njihova uloga u širenju pravih informacija i prikupljanju informacija o broju pojedinih grupa sa rizičnim ponašanjem.

Dosadašnja praksa je pokazala da je zahvaljujući savjetovalištim došlo do smanjenja obolijevanja od HIV-a u pojedinim grupama sa rizičnim ponašanjem.

Savjetovanje je moguće provesti sa jednim, dva ili više klijenata, uz njihovo odobrenje. U nekim periodima savjetovanja prije testiranja obično se zamoli da ostane samo jedan klijent. Testiranje se izvodi za svakog klijenta pojedinačno, bez prisustva ostalih klijenata, a takođe se rezultati testa saopštavaju svakom klijentu pojedinačno, čak i ako je u pitanju grupno predtest savjetovanje.

Dobrovoljno i povjerljivo savjetovanje i testiranje se sastoji iz:

- Savjetovanja prije testiranja
- Testiranja
- Savjetovanja poslije testiranja



Savjetovanje prije testiranja

Kada klijent prvi put dođe u savjetovalište, upozna se sa savjetnikom i obično dogovori odgovarajući termin da se provede savjetovanje. U nekim situacijama klijentima odgovara da se savjetovanje odmah provede. Savjetnik i klijent se upoznaju i potom se počinje provoditi predtest savjetovanja. U toku predtest savjetovanja savjetnik razgovara sa svojim klijentom o ranijim mogućim rizičnim situacijama.

Veoma je važno napraviti dobar odnos sa klijentom, jer se na taj način mogu dobiti informacije koje su savjetniku važne za procjenu rizika. Klijentima je obično veoma teško pričati sa nepoznatom osobom o intimnim stvarima. U savjetovalištima uglavnom vlada vedra atmosfera. Savjetnici i drugi zaposleni u savjetovalištima se trude da se klijenti prijatno i sigurno osjećaju. Jedino na taj način je moguće ostvariti dobru saradnju i provesti dobro predtest savjetovanje. Na osnovu procjene rizika savjetnik predlaže ili ne predlaže testiranje. Ako je rizična situacija bila dan prije predtest savjetovanja nema svrhe provoditi testiranje, osim ako klijent prije toga nije znao svoj HIV status.

Ako od posljednje rizične situacije nije prošlo 6 sedmica, neophodno je sugerisati klijentu da je potrebno još jedno testiranje koje će se provesti 6 sedmica nakon posljednje rizične situacije. Period od 6 sedmica je period prozora i u tom periodu nije moguće detektovati virus u krvi. U procesu savjetovanja savjetnik ne treba držati predavanje klijentu, već treba napomenuti moguće rizične situacije i objasniti način na koji se klijent može zaštititi. Nakon završenog predtest savjetovanja provodi se testiranje.

Uzimanje krvi radi laboratorijski radnik ili savjetnik u savjetovalištu. U druge ustanove koje rade testove krv se šalje u obilježenoj epruveti sa šifrom korisnika.

Nalaz koji se dobija je sa istom šifrom koju je klijent koristio.

Testiranje se vrši na više načina. Jedan od najčešćih načina je brzim COMBO testovima u savjetovalištu. Testovi su komforni za upotrebu i rezultati budu gotovi za 30–40 minuta. Uzima se uzorak krvi iz prsta. Brzi COMBO testovi nisu apsolutno pouzdani.

ELISA testovi su testovi 3. i 4. generacije testova. Uzima se uzorak venske krvi. Testovi su pouzdani, ali se rezultat čeka 3 do 4 dana. Testove rade službe mikrobiologije, transfuziologije ili instituti. U slučaju pozitivnog testa, rezultat se potvrđuje i na drugom ELISA aparatu. Tek nakon toga se izdaje pozitivan rezultat.



Western blot je visoko specifičan test za potvrđivanje HIV-a u krvi. Rade ga samo klinički centri, a u slučaju da je na dva različita aparata dobijen pozitivan rezultat, klijent se šalje na Western blot test radi potvrđivanja pozitivnosti.

U rijetkim situacijama svi do sada nabrojani testovi mogu biti lažno pozitivni (kod oboljelih od lupusa, Lyme borreliosis, sifilisa). U tom slučaju se radi i PCR, tj. određuje se broj kopija virusa u krvi kao krajnji i najsigurniji test.

Nakon urađenog testiranja sa klijentom se dogovara termin posttest savjetovanja.

Savjetovanje nakon testiranja

Na savjetovanje nakon klijentu se donosi koverat sa rezultatom testa. Klijent može sam pogledati svoj rezultat ili to može za njega uraditi savjetnik.

Ako je test negativan, klijentu se sugeriše kako da se zaštiti od budućih rizičnih situacija i daje mu se promotivni materijal i zaštita. Naravno, klijentu se kaže da se može uvijek javiti u savjetovanište radi daljnje saradnje.

U slučaju da je test pozitivan, klijentu se to saopštava sa dozom opreza. Klijentu se omogući da se par trenutaka sabere. Ponudi mu se kafa, sok ili čaj.

Savjetnik nastavlja posttest savjetovanje u cilju da olakša klijentu situaciju u kojoj se našao. Provjerava da li klijent ima neku osobu od povjerenja s kojom bi želio razgovarati i reći da je HIV pozitivan. Objasni mu se da je neophodno uraditi i potvrđne testove.

Način prijavljivanja oboljelih od HIV-a u savjetovaništima je određen na nivou države. Svako savjetovanište ima prijave za anonimne klijente koje testira, kao i obrasce na kojima se oboljeli prijavljuju. Klijent se upućuje u najbližu ustanovu u kojoj se provode potvrđni testovi.

Nakon nekog vremena, u toku posttest savjetovanja pozitivnog klijenta, sugeriše mu se da na testiranje dovede osobe s kojima je bio u kontaktu, tj. koje su sa klijentom bile u rizičnim situacijama.

Veoma važno pitanje je i učestalost testiranja klijenata koji pripadaju ključnoj populaciji sa višim rizikom. Kod pripadnika nekih grupa neophodno je testiranje bar dva puta godišnje (seksualne radnice i njihovi klijenti, injekcioni korisnici psihoaktivnih supstanci, MSM i seksualni partneri HIV pozitivnih osoba), ali s obzirom na finansijsku situaciju kantona/regija, zadovoljavajuće je i testiranje jednom godišnje.



Prema opštim pravilima Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), DPST centri nude testiranje:

- Svim odraslim, adolescentima i djeci koja dolaze u zdravstvene ustanove sa znacima, simptomima ili opštim stanjem koje bi moglo pobuditi sumnju na HIV
- Djeci rođenoj od HIV pozitivnih majki kao rutinsku proceduru praćenja nakon poroda
- Muškarcima koji zahtijevaju cirkumciziju kao metodu za sprečavanje HIV-a

Shodno gore navedenim preporukama SZO, savjetovanje i testiranje u zdravstvenim ustanovama bi trebalo preporučiti:

- Osobama sa više seksualnih partnera, nepoznatih partnera ili seksualnih radnika, a da se pri tome radilo o nezaštićenom seksualnom odnosu
- Osobama koje se bave pružanjem seksualnih usluga
- Osobama koje se liječe od seksualno prenosivih bolesti
- Osobama koje su bile ili su sada injekcioni korisnici psihoaktivnih supstanci
- Osobama muškog pola koje imaju nezaštićene seksualne odnose sa drugim muškarcima
- Partnerima svih gore navedenih
- Osobama koje dolaze ili se vraćaju iz visoko endemičnih HIV i AIDS područja
- Zdravstvenim radnicima, kao i drugom nemedicinskom osoblju koje radi u zdravstvenim ustanovama, a izloženi su kontaktu sa izlučevinama oboljelih od HIV-a i AIDS-a
- Žrtvama silovanja ili seksualnog zlostavljanja
- Osobama koje su imale seksualne kontakte sa njima poznatom HIV pozitivnom osobom
- Osobama koje su primale transfuzije krvi kada se krv nije testirala na HIV
- Trudnicama koje su imale faktore rizika (jedan ili više gore navedenih)
- Osobama koje imaju dijagnostikovanu tuberkulozu i neki od gore navedenih faktora rizika

Savjetovanje i testiranje osoba mlađih od 18 godina na HIV

Po zakonima i propisima u BiH, nije moguće provesti ni jednu invazivnu metodu maloljetnim osobama bez pristanka roditelja/staratelja/hranitelja. Imajući ovu činjenicu u vidu, moguće je provesti pretest savjetovanje i procjenu rizika, te na osnovu toga pomoći maloljetnom klijentu da dobije pristanak staratelja za testiranje.



Po zakonskim odredbama u Federaciji BiH, moguće je provesti testiranje osoba koje imaju navršениh 16 godina.

DPST na terenu – outreach rad

Radi boljeg obezbjeđenja dostupnosti DPST-a, posebno kada su u pitanju osjetljive grupe za HIV, kao što su seksualne radnice, injekcioni korisnici psihoaktivnih supstanci, MSM populacija ili teže dostupnima grupama, kao što je romska populacija, može se organizovati savjetovanje i izvan savjetovališta, u blizini ciljane populacije. Ova aktivnost se može organizovati i u „drop in centru“ ili u mobilnoj jedinici.

Prednost outreach rada je mnogostruka:

- Lakša dostupnost većeg broja osoba koje pripadaju ključnoj populaciji sa višim rizikom
- Mogućnost da se DPST obavlja kontinuirano u okviru redovnih aktivnosti
- Uspostavljanje povjerenja između savjetnika i klijenta na terenu
- Veća pouzdanost podataka
- Mogućnost brze intervencije, edukacije, dijagnostike i terapije
- Mogućnost uticaja na promjenu ponašanja – višestruki susreti sa klijentima na terenu
- Mogućnost stupanja u kontakt i sa drugim osobama iz okruženja
- Mogućnost uspostavljanja sistema koji povezuje klijenta sa drugim vladinim i nevladinim organizacijama u cilju pružanja podrške

Slabost „outreach“ DPST-a:

- Nekonformni uslovi rada
- Korištenje samo brzih testova
- Ograničeno vrijeme savjetovanja i testiranja
- Prisustvo straha o saznanju HIV statusa od osoba iz okruženja
- Gubitak ili zabrana rada u slučaju pozitivnog rezultata kod seksualnih radnica
- Povećanje troškova rada zbog organizovanja terenskog rada i mobilne opreme



DPST za posebno osjetljive grupe

Posebna pitanja tokom DPST-a za MSM populaciju

DPST sa MSM populacijom u našoj zemlji ima posebnu težinu. Zbog velike stigmatizacije ove seksualne orijentacije, postoje teškoće kako za same MSM da o tome pričaju tokom DPST-a, tako i za savjetnike da prevaziđu svoje kulturološki utemeljene tabue i predrasude. Ipak, kvalitetno obučeni savjetnik za DPST umjet će da stvori atmosferu povjerenja i razumijevanja sa klijentom i obezbijedi uslove za DPST. Očekivana i često iskušana stigmatizacija i diskriminacija MSM populacije nerijetko je razlog zbog koga se pripadnici MSM populacije ne javljaju zdravstvenoj službi, pa time ni u savjetovališta ili to čine skrivajući svoju seksualnu orijentaciju. Na sreću, pozitivna iskustva u sve većem broju savjetovališta se brzo šire vršnjačkim/parnjačkim kanalima i time utiču na povećanje zahtjeva MSM populacije za testiranjem.

Nerijetko podvrgavanje HIV testu može biti preduslov da se upražnjava nezaštićen seks u nekoj vezi. Ova vrsta pristanka oslanja se na dogovor da nema nezaštićenog seksualnog odnosa prije veze i na dogovor među partnerima šta čini prihvatljivo seksualno ponašanje van veze. Recimo, jedan partner može imati nedoumice o sigurnosti oralnog seksa, drugi ne. Ovakva vrsta nesaglasnosti može stvoriti duboku napetost i tenziju u okviru veze, a pomoć obojici partnera da iskažu ovakav stav vrlo je važan dio savjetovanja prije i poslije testiranja na HIV.

Savjetovanje partnera može predstavljati problem u vezi HIV testiranja – recimo, ako jedan partner nije rekao drugom partneru neke aspekte svoje seksualne istorije – ali partnere treba ohrabriti da zajedno potraže savjetovanje nakon negativnog ili pozitivnog rezultata, da bi bili sigurni da imaju pravu predstavu o implikacijama rezultata na njihovu vezu.

Za neke u MSM populaciji, pogotovo one na početku seksualne aktivnosti, bilo bi korisno da se naglasi da test na anti-HIV antitijela ne treba smatrati standardnim dijelom monitoringa, kao što su testovi krvi na sifilis i hepatitis B.

Utvrđivanje obrasca na rutinskom testiranju na anti-HIV antitijela može biti psihološki poražavajuće za neke iz MSM populacije i može podsvjesno ohrabriti fatalizam. Za neke druge MSM, obrazac ponovljenog testiranja pri kojem se dobija negativan rezultat poslije nesigurnog seksa, može značiti praktikovanje sigurnog seksa neko vrijeme i onda opet upražnjavanje nesigurnog seksa. Kako su ponovo negativni na testu na HIV, mogu pridavati manje važnosti sigurnom seksu i vidjeti sebe ili kao misteriozno imune na HIV ili mogu početi osjećati da je samo pitanje



vremena kada će postati inficirani s obzirom na teškoće u upražnjavanju sigurnog seksa. U ovakvim situacijama testiranje možda neće davati odgovor na pitanje kako se u budućnosti mogu zaštititi. Korisno je uključivanje specijalizovanih grupa za podršku ili savjetovanje za dio MSM populacije koja želi da svoje seksualno ponašanje u budućnosti učini manje rizičnim.

Mnogi MSM će biti upoznati sa svim argumentima za i protiv HIV testiranja i biće dobro obaviješteni o HIV infekciji, ali možda će se dugo uzdržavati od HIV testiranja prije nego što odluče da je neophodno da znaju svoj HIV status.

Za mnoge će potreba da to znaju prevagnuti u odnosu na stav da ignorišu HIV status. Ovo može biti posljedica ulaska u vezu sa HIV pozitivnom ili HIV negativnom osobom u kojoj se privlačnost nezaštićenog seksa mora razmotriti.

Odluka da se testira na HIV može biti posljedica i novih informacija o liječenju asimptomatskih HIV infekcija ili nelagodnosti zbog opšteg zdravlja.

U svim ovim okolnostima savjetnik će morati prepoznati da neuvjerenost može, paradoksalno, postati stanje sigurnosti i da očigledno dobro obaviješten pojedinac vjerovatno podjednako pati od šoka ako dobije pozitivnu dijagnozu kao i neko ko dobije pozitivnu dijagnozu bez prethodne informisanosti.

Posebna pitanja tokom DPST-a za žene

Žene mogu iskusiti teškoće u određivanju rizika s kojim se suočavaju. Mnoge žene će učestvovati u rizičnom ponašanju (nezaštićen seksualni odnos sa muškarcem), ali često nisu u poziciji da lako procijene rizik od HIV-a. Žene koje žive sa HIV/AIDS-om u ovoj zemlji različitog su porijekla. Ogromna većina je nesvjesna visokorizičnog ponašanja svojih muških partnera, npr. seks s drugim muškarcima ili injekciono korištenje psihoaktivnih supstanci. Samo zato što žena nije imala partnera koji se uklapa u bilo koju od ovih kategorija ne znači da nije bila izložena riziku. Možda nije svjesna prošlog rizičnog ponašanja ili njen partner može negirati rizično ponašanje. Vrlo je važno ne izbjegavati razgovor o mogućnosti pozitivnog testa sa ženama za koje se ispostavi da su bile i pod najmanjim rizikom. Istražite s klijentkinjom strategije za siguran seks. Da li ga ona trenutno ima? Da li zna naglasiti dobra ili loša iskustva u prošlosti? Postoje li neke dodatne poteškoće, kao što su problemi sa kontracepcijom (oralni kontraceptivi) ili zlostavljanje i nasilno ponašanje muških partnera?



O homoseksualnim odnosima među ženama se relativno malo priča pri „uobičajenim“ (rutinskim) posjetama ljekaru. Zato je prilika da se tokom savjetovanja koje DPST podrazumijeva pruži podrška i ohrabri razgovor kod žena koje imaju seksualne odnose sa ženama. Ovdje je potrebno naglasiti praktične primjere i konkretne mjere zaštite, jer je ovo oskudno navedeno u postojećoj literaturi na našem jeziku (npr. korištenje sopstvenog kondoma kod razmjene seksualnih igračaka, korištenje barijere, femidon, nakvašeni celofan i slično). Pažljivo provjerite razloge klijentkinje za testiranje na HIV. Neke žene mogu tražiti testiranje jer znaju ili sumnjaju na rizično ponašanje svojih muških partnera (npr. nevjerstvo).

U slučaju negativnog rezultata testa, važno je procijeniti u kojoj mjeri je testirana žena spremna prihvatiti informacije o potrebi za budućim, sigurnijim seksualnim ponašanjem.

Neke žene žele imati djecu. Ovo može, ali ne mora biti povezano s traženjem HIV testa. Sve žene u reproduktivnom periodu (svih seksualnih orijentacija) trebale bi dobiti informacije o HIV-u i trudnoći. To treba uključiti i rizike od prenosa s majke na dijete, opcije koje omogućavaju da se umani rizik prenosa i razmotri način porođaja. Ukoliko žena traži testiranje na anti-HIV antitijela da bi saznala svoj status prije nego zatrudni, važno je da i potencijalni otac razmotri testiranje na HIV. Sve veći broj žena se testira u trudnoći. Važno je da se u potpunosti obrati pažnja na potrebe žena u ovom periodu i da se žene ne prisiljavaju da urade test.

Posebna pitanja tokom DPST-a za korisnike psihoaktivnih supstanci

Samo zato što je klijent ubrizgavao ili trenutno ubrizgava psihoaktivne supstance ne znači automatski da je bio pod rizikom vezanim za HIV. Prvi korak je da se sa klijentom veoma specifično vrednuje rizično ponašanje prije nego što se dođe do zaključka o rizicima vezanim za psihoaktivne supstance ili seks. Važno je da se osnaže strategije koje klijent već primjenjuje, a odnose se na sigurniji seks i sigurnu upotrebu psihoaktivnih supstanci. Lakše je graditi na postojećim strategijama nego stvarati potpuno novu strategiju.

Da li je klijent pretjerano drogirani ili pijan da primi novu informaciju? Da li bi bilo bolje da se pomjeri savjetovanje za neki drugi dan? Pažljivo bi trebalo provjeriti razloge klijentata za testiranje na HIV. Da li se testira zbog pritiska spolja ili je to njegov slobodan izbor? Pritisak može doći od partnera ili porodice. To može biti najizraženije u bolničkom ili zatvorskom okruženju. Iako je važno da uživaoci psihoaktivnih supstanci



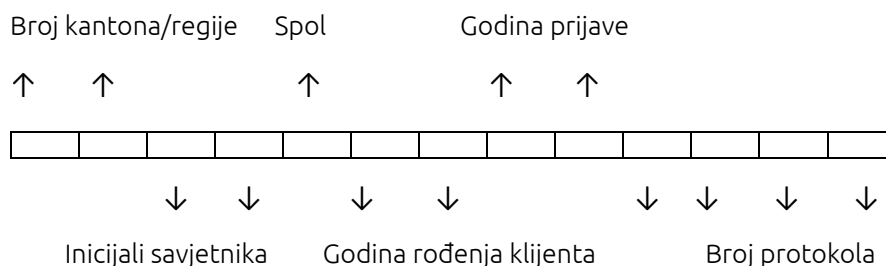
dobiju iste informacije o zaposlenju, osiguranju, hipoteci, međunarodnom putovanju, važno je zapamtiti da ubrizgavanje psihoaktivnih supstanci može biti samo po sebi isključujuće iz mnogih ovih oblasti, bez obzira da li je test na HIV urađen. Štaviše, sve veći broj poslodavaca isključuje korisnike psihoaktivnih supstanci pri zapošljavanju, bez obzira da li ubrizgavaju ili ne. Koliko je klijent postojan u uzimanju istih? Koliko pozitivan rezultat može uticati na dalje korištenje psihoaktivnih supstanci? Da li je klijent nedavno započeo program liječenja ili je počeo uzimati psihoaktivne supstance opreznije? U ovom slučaju bilo bi najbolje dozvoliti klijentu da se ustali na novom režimu prije testiranja na HIV. Da li je klijent nedavno pristupio detoksikaciji ili programu rehabilitacije? Bilo bi, možda, najbolje dopustiti klijentu da se prilagodi ovom programu prije testiranja na HIV.

Trebalo bi provjeriti klijentove razloge za testiranje – da li su ga zato hrabрили u rehabilitacionom centru? Ako jesu, zašto?

Za mnoge ljude informacije koje su im date tokom savjetovanja prije testiranja mogu biti zbunjujuće i složene, dopunjene nervozom i faktorima povezanim sa drogom i alkoholom. Često je od pomoći da se osnaži usmena informacija tako što će se ključne tačke napisati ili nacrtati, predlažući da ih klijent sam napiše ili pomoću letaka. Trebalo bi pitati klijenta kome se namjerava povjeriti dok čeka rezultat testa na HIV. Mnogi ljudi se pretjerano otvore očekujući negativan rezultat. Ovo može proizvesti ozbiljne probleme sa povjerljivošću ako je rezultat testa na HIV pozitivan.

Način prijavljivanja i identifikacioni kod

Grafikon 2: Šematski prikaz načina kreiranja DPTS koda





Prva dva mjesta u identifikacionom kodu su broj kantona/regije:

01. Unsko-sanski
02. Posavski
03. Tuzlanski
04. Zeničko-dobojski
05. Bosansko-podrinjski
06. Srednjobosanski
07. Hercegovačko-neretvanski
08. Zapadnohercegovački
09. Kanton Sarajevo
10. Hercegbosanski/Kanton 10
11. Banja Luka
12. Doboj
13. Zvornik
14. Istočno Sarajevo
15. Foča
16. Trebinje
17. Brčko Distrikt

Sljedeća dva mjesta su inicijali savjetnika.

Nakon toga je jedno mjesto za spol klijenta:

1. Muški
2. Ženski

Sljedeća dva mjesta su posljednja dva broja godine rođenja klijenta. Naprimjer, godina rođenja je 1960., upisuje se 60.

Po istom principu, naredna dva mjesta su posljednja dva broja godine prijave. Naprimjer, evidencija se obavlja u 2012. godini, a upisuje se 12.

Posljednja četiri mjesta su brojevi evidencionog protokola, koji počinju sa 0001 i završavaju se sa 9999.

Ovaj identifikacioni kod će klijenta pratiti u svim medicinskim postupcima neophodnih kod testiranja na HIV.



Zaštita privatnosti korisnika DPST-a

Povjerljivost i anonimnost klijenata u savjetovalištu je obezbijedena korištenjem identifikacionog koda. Taj kod savjetnik dodjeljuje klijentu kada unosi podatke u protokol.

Identifikacioni kod, kao što smo vidjeli, ne sadrži ime ili prezime korisnika niti njihove inicijale, a od ličnih podataka sadrži samo pol i godinu rođenja.

Dokumentacija

U centru za DPST se uredno vodi sljedeća dokumentacija:

- 1) Spisak klijenata – baza podataka
- 2) Spisak poziva
- 3) Spisak supervizija

Zapisnici sa sastanaka

Pored ove redovne dokumentacije, centar za DPST je u obavezi da ima i sljedeću dokumentaciju:

- 1) Uputnicu za testiranje
- 2) Uputnicu u druge organizacije i institucije

Povjerljiva dokumentacija savjetnika se čuva na zaštićenom mjestu i nije dostupna neovlaštenim licima. U bazi podataka su identifikacioni kodovi i samo supervizor ima pristup ovim povjerljivim dokumentima. Direktor ili odgovorna osoba pismeno ovlašćuje osobu koja je zadužena za primanje uzoraka iz centra za DPST. Na tu osobu se odnose sva pravila postupaka koja važe i u centru za DPST, a u protivnom se provode mjere disciplinske komisije u slučaju nepridržavanja istog ili odavanja profesionalne tajne.



Supervizija

Da bi se prevenirao sindrom sagorijevanja, potrebno je u toku rada imati redovne sastanke i supervizije.

Sindrom sagorijevanja se definiše kao „fizički, emocionalno-psihološki fenomen, osjećaj iscrpljenosti, otuđenja i neuspjeha“ uz sve veći gubitak idealizma, energije ili svrhe, što doživljavaju ljudi u profesijama vezanim za pomoć drugim ljudima.

Interne supervizije treba provoditi jednom u 3–4 sedmice, dok eksterne supervizije treba provoditi jednom u 5–6 mjeseci. U toku supervizija se razmjenjuju iskustva, prenose osjećaji, iznose brige, slabosti, ograničenja, strepnje, nedoumice i otvoreno se govori o problemima s kojim se susreću savjetnici u toku svog rada.

Ovaj „ventil“ kroz supervizije je prevencija sagorijevanja, ali u isto vrijeme predstavlja i efikasnu strategiju za održavanje kvaliteta rada u centrima za DPST.

Supervizija stručnog rada i kvaliteta rada savjetnika je spoljna nezavisna supervizija i obavlja se najviše dva puta godišnje.

LITERATURA:

- Čardaklija Zlatko (et al.). *Dobrovoljno povjerljivo savjetovanje na HIV: Protokol. Partnerstvo za zdravlje. 2008.*
- *VCT Toolkit, HIV Voluntary Counseling and Testing: Skills Training Curriculum. Family Health International. January 2005.*
- *World AIDS Campaign: Men Make a Difference. UNAIDS. July 2000.*
- Ilić Dragan, Paunić Mila (2006) *Priručnik za DPST: za savetnike i trenere savetnika. Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata. Beograd.*



Česte ginekološke manifestacije HIV-a i njihovo liječenje³⁰

*Prof. Dr. Zulfo Godinjak, Ginekolog,
Ginekološko-akušerska klinika, Klinički Centar Univerziteta u Sarajevu*



Oboljenja genitalnog trakta su česta kod žena koje žive sa HIV-om i AIDS-om. Ona utječu na reproduktivne organe žene, uključujući jajnike, jajovode, maternicu, vaginu, grlić maternice i vulvu. Za žene koje žive sa HIV-om, oboljenja genitalnog trakta mogu biti češća, ozbiljnija i teža za liječenje. Mogu se javiti u rasponu od hroničnih, ponavljanih gljivičnih infekcija (kandidijaza), abnormalnih mjesečnica, vaginalnih bradavica do raka grlića maternice. Za mnoge žene, oboljenja genitalnog trakta često predstavljaju prve znakove imunosupresije uzrokovane HIV infekcijom. Zbog uspjeha antiretrovirusne terapije, životni vijek osoba sa HIV-om značajno se produžio. To znači da mnogo više osoba nego što je to ranije bio slučaj doživi 50 ili 60 godina. Sugerirano je da HIV može da ubrza starenje na mnogobrojne načine. Javila se bojazan da HIV-pozitivne žene mogu ući u menopauzu ranije i da mogu biti podložne riziku od raznih komplikacija, uključujući osteoporozu, rizik od kardiovaskularnih oboljenja, rak dojke itd.

Spolno prenosive infekcije

Postoji jaka epidemiološka veza između HIV-a i AIDS-a i drugih spolno prenosivih infekcija (engl. sexually transmitted infections – STI). Pored toga, postoje čvrsti dokazi da rano otkrivanje i liječenje izlječivih STI predstavljaju efektivnu strategiju za sprečavanje spolno prenosive HIV infekcije.

Rano otkrivanje i liječenje STI trebali bi da budu samo jedna od komponenti sveobuhvatnog programa prevencije HIV-a, koji mora uključiti čitav niz socijalnih, biheviorističkih i biomedicinskih intervencija, te obraditi druge zdravstvene probleme kao što su neplodnost koja je povezana sa spolno prenosivim bolestima (engl. sexually transmitted diseases – STD) ili nepovoljni ishodi trudnoće.

Istodobne STI povećavaju ukupnu vjerovatnoću prenošenja HIV infekcije. Pored ovog efekta kofaktora kojeg STI imaju, učinak drugih STI na prenošenje HIV-a zavisice od razmjera epidemije drugih STI među populacijom, te mjere u kojoj se epidemiologija izlječivih STI preklapa sa epidemiologijom HIV infekcije.



Skrining na spolno prenosive infekcije (STI)

STI treba da se uzmu u obzir u diferencijalnoj dijagnozi kod prezentacija kao što su kožni osip ili proktitis kod HIV pozitivnih osoba. Procjena spolnog zdravlja, uključujući seksualnu istoriju, trebala bi da se dokumentuje kod prvog pregleda, te u intervalima od šest mjeseci, kod svih HIV-pozitivnih osoba kojima se pružaju dugoročni tretman i njega.

U svakom slučaju, treba da se ponudi detaljan skrining stanja genitalnog trakta (uključujući godišnju citologiju kod žena) bez obzira na uzetu istoriju, a nalaz evidentira u karton koji se koristi za HIV slučajeve. Adekvatno liječenje STI (npr. genitalni herpes i trihomonijaza) i sindroma genitalnog trakta karakterističnih za spol (npr. bakterijska vaginoza) može pomoći u prevenciji prenošenja HIV-a.

Većina spolno prenosivih infekcija kod osoba sa HIV-om, uključujući infekcije gonoreje i klamidije, može se liječiti na isti način kao i kod osoba bez HIV-a. Serologija sifilisa treba da se uvede kao rutinska krvna pretraga za HIV slučajeve i provjerava prilikom tromjesečne posjete klinici kako bi se otkrili asimptomatični slučajevi.

Jedan od značajnih aspekata STI, uključujući bakterijske STI, koji se nerijetko zapostavlja je kako često osobe koje imaju ove infekcije nemaju simptome ili ih ne prepoznaju. Stoga je važno imati na umu da većina osoba sa gonorejom ili klamidijom ne pokazuje simptome, pa ovo predstavlja dodatni rizik za njihovo liječenje i povećava šanse za prenošenje HIV-a.

Zbog činjenice da je većina STI asimptomatska, samovoljno traženje medicinske pomoći konkretno za simptome koji se odnose na STI vjerovatno neće dovesti do otkrivanja većine infekcija. Zbog toga programi skrininga na STI predstavljaju ključnu komponentu za poboljšanje ranog otkrivanja i liječenja. Konkretno, osobama koje su zaražene HIV-om i koje imaju simptome STI mora se omogućiti nesmetano dijagnosticanje i liječenje STI, a usluge koje se odnose na STI treba da budu rutinski dio kvalitetnog liječenja HIV-a.

Sve spolno aktivne žene mlađe od 25 godina, a koje posjećuju zdravstvenu ustanovu iz bilo kojeg razloga, trebale bi da se podvrgnu skriningu na klamidiju i gonoreju najmanje jednom godišnje.

Serološki skrining na sifilis trebao bi da se vrši kod visokorizičnih osoba (npr. osobe koje imaju više spolnih partnera ili su pružale seksualne usluge za novac ili drogu, bivši zatvorenici i korisnici nedopuštenih droga).



Žene koje su već zaražene HIV-om trebale bi se rutinski podvrgavati skriningu na STI. Rano otkrivanje STI i liječenje u ovoj podgrupi moglo bi biti naročito efektivno i ekonomično u smislu smanjenog prenošenja HIV-a. HIV-pozitivnim ženskim osobama sa više spolnih partnera savjetuje se skrining najmanje svake godine na sifilis, gonoreju i klamidiju, pošto ove infekcije mogu predstavljati veću opasnost za osobe sa imunosupresijom.

Vaginitis

Vaginitis, kojeg karakteriše prisustvo abnormalnog (u smislu veće količine ili neprijatnog mirisa) vaginalnog iscjetka, ima tri glavna uzroka. Bakterijska vaginoza najčešći je uzrok vaginitisa i predstavlja pretjerani rast anaerobnih vaginalnih bakterija i gubitak vaginalnih laktobacila koji proizvode vodikov peroksid. Trihomonijazu uzrokuje protozoa *Trichomonas vaginalis*. Vulvovaginalnu kandidijazu može uzrokovati nekoliko vrsta gljivica, s tim da je *Candida albicans* daleko najčešća.

Bakterijska vaginoza. Većina žena iskusi bakterijsku vaginozu barem jednom u životu, dok je prevalencija posebno visoka kod HIV pacijenata i među crnkinjama (u subsaharskoj Africi, primjerice, penje se i do 60% i 80%). Rezultati novijih istraživanja ukazuju na značaj nedovoljno shvaćenog sindroma bakterijske vaginoze kao rizika za HIV infekciju, tj. bakterijska vaginoza dovodi se u vezu sa povećanjem rizika od dobijanja HIV-a za 60%.

Trihomonijaza. Trihomonijaza je vjerovatno najčešća spolno prenosiva infekcija nakon genitalnog humanog papiloma virusa i ona značajno povećava količinu HIV-a koja se izluči u vaginalnim sekretima kod žena zaraženih HIV-om, te u sjemenu HIV-om zaraženih muškaraca. Jedna nedavna obimna studija je pokazala da trihomonijaza povećava rizik od dobijanja HIV-a za gotovo tri puta kod žena u subsaharskoj Africi. Pokazalo se da uspješno liječenje trihomonijaze kod žena zaraženih HIV-om smanjuje genitalno izlučivanje HIV-a. Dostupnost brzog (desetominutnog) dijagnostičkog testa na mjestu liječenja na trihomonijazu mogla bi povećati sposobnost zdravstvene ustanove da ciljano dijagnosticira ovaj česti uzrok vaginitisa kod žena zaraženih HIV-om.

Klinička slika

Vaginitis karakteriše prisustvo abnormalnog (povećanog, neprijatnog mirisa, rjeđe prozirnog) vaginalnog iscjetka. Iako se neke karakteristike javljaju češće sa



određenim etiologijama, utvrđivanje specifičnog uzroka samo na osnovu anamneze i fizičkog pregleda nije moguće; potrebni su mikroskopski pregled ili neki drugi specifični dijagnostički testovi. Primjerice, i bakterijska vaginoza (BV) i trihomonijaza uzrokuju iscjedak neprijatnog mirisa, i obje mogu uzrokovati žućkasti (ili gnojni) iscjedak. Pruritus, koji se obično smatra značajnom komponentom vulvitisa, više je tipičan za gljivice, ali obilan iscjedak koji se povezuje ili sa BV ili sa trihomonijazom može biti dovoljan da uzrokuje očigledan vulvitis. Druge tegobe mogu se javiti u vidu bola prilikom seksualne aktivnosti.

BV se klinički dijagnosticira korištenjem Amsel kriterija, po kojima moraju biti prisutna tri od sljedećih znakova:

1. mikroskopski nalaz „clue“ stanica (>20%);
2. homogeni vaginalni iscjedak;
3. miris amina nakon dodavanja kalijeveg hidroksida u vaginalnu tečnost;
4. pH <4,7. Trihomonijaza se može dokazati mikroskopski, ali je osjetljivost mala (60% do 70%), a idealan test je brza metoda otkrivanja na bazi antigena.

Liječenje

I bakterijska vaginoza i trihomonijaza mogu se liječiti antianaerobnim antibiotikom, kao što je metronidazol (2 g PO, jednokratna doza ili 500 mg PO 3x1 7 dana) ili tinidazolom (2 g PO, jednokratna doza). Spolne partnere žena sa trihomonijazom treba liječiti u isto vrijeme i istom terapijom kao i oboljele žene. Liječenje spolnih partnera osoba sa bakterijskom vaginozom ili vulvovaginalnom kandidijazom nije opravdano.

Vaginalna kandidijaza

Kliničke karakteristike

Kandidijaza je jedno od najčešćih stanja kod osoba sa HIV-om. Iako se u pravilu radi o relativno čestom stanju, obično je to prvi znak da bolest HIV-a napreduje ka težem stadiju, naročito gljivične infekcije koje se vraćaju ili slabije reaguju na tretman. Kandidijaza se može javljati često, biti uzrok velikih tegoba, te dodatno narušiti zdravlje, što je slučaj kod AIDS-a.

Vaginalna kandidijaza je gljivična infekcija vulve i/ili vagine. Uzrokuje gust, bijelo-žuti iscjedak neprijatnog mirisa koji može biti popraćen svrbežom, peckanjem i otokom.



Takođe može stvarati bol prilikom hodanja, mokrenja ili spolnog odnosa. Vaginalna kandidijaza može biti povremen problem čak i za najzdraviju ženu. Međutim, ona je češća i težeg je oblika kod žena sa oslabljenim imunološkim sistemom. Za mnoge je vaginalna gljivična infekcija koja se ponavlja ili pogoršava prvi simptom HIV infekcije. Ova infekcija može se pojaviti pri bilo kojem broju CD4+ stanica, ali se najčešće javlja kada broj CD4+ padne ispod 100 u mm³.

Dijagnoza i liječenje

Vaginalna kandidijaza se obično dijagnosticira na osnovu kliničke slike. Zbog činjenice da su simptomi slični mnogim drugim stanjima, kao što je spolno prenosiva infekcija trihomonomom, dijagnoza se treba potvrditi mikroskopskim pregledom brisa uzetog sa zahvaćenog područja. Drugi laboratorijski testovi obično se obavljaju ako se infekcija ne povuče nakon terapije. *Candida albicans* je uzročnik infekcije kod 80-90% žena, međutim, *Candida glabrata* i *Candida tropicalis* mogu biti u porastu. *Candida glabrata* i *Candida tropicalis* su manje osjetljive na antimikotike azole.

Važno je prevenirati i liječiti vaginalnu kandidijazu, kao i druge oblike kandidijaze. Na taj način će se olakšati tegobe koje infekcija stvara i ublažiti daljnje propadanje imunološkog sistema koje kandidijaza može prouzrokovati. Vaginalna kandidijaza se može liječiti jednom oralnom dozom od 150 mg flukonazola ili sa dvije doze itrakonazola (2 x 200 mg). Lokalna terapija (aktivna samo na području gdje se primjenjuje) se takođe može dati, s tim da ona u pravilu daje rezultate samo kod blažih i umjerenih slučajeva. Tu spadaju vaginalne kreme, vaginalete ili tablete. Većina terapija primjenjuje se jednom ili dva puta na dan u trajanju od tri dana ili jednom na dan u trajanju od sedam dana. Kod težih oblika imunosupresije, duža terapija (10–14 dana) je ponekad efektivnija kod žena zaraženih HIV-om. Ako se radi o četiri ili više epizoda godišnje, može se uzeti u obzir uvođenje šestomjesečne supresivne terapije (flukonazol 150 mg sedmično, oralno).

Genitalni herpes

Najčešći uzročnici genitalnog herpesa su dva različita serotipa herpes simpleks virusa (HSV-1 i HSV-2), a većinu slučajeva povratnog genitalnog herpesa (60–95%) uzrokuje HSV-2.

Većina osoba sa HSV-2 ne zna da je zaražena pošto ispoljava blage ili neprimjetne simptome; međutim, takve osobe mogu povremeno izlučivati virus u genitalnom



traktu i prenijeti infekciju svojim spolnim partnerima. Prevalencija HSV-2 kod iste dobne skupine znatno je veća među ženama nego među muškarcima.

Primarna infekcija se često javlja sa sistemskim simptomima (povišena tjelesna temperatura, fotofobija, glavobolja). Prisutnost lezija i izlučivanje virusa produženi su nakon primarne infekcije. Nakon primarne epizode postoji latentnost infekcije zbog zadržavanja virusa u sakralnim ganglijima dorzalnih korjenova.

Kliničke karakteristike

Kod osoba sa HIV-om napadi herpesa su češći, teži i dugotrajniji. Ponekad se lezije mogu inficirati drugim bakterijama ili gljivicama. Kao što uzrokuje velike oralne i genitalne lezije, herpes povremeno može napasti i grlo, stomak i druge organe, uključujući mozak, jetru, oči i pluća.

Sam HIV otežava sposobnost organizma da proizvodi antitijela i na taj način slabi imunološki sistem. Biti zaražen HIV-om uz genitalni herpes dovoljan je razlog za strah ako se ne dobije stručna medicinska pažnja u njegovoj ranoj fazi.

Osobe sa HIV-om koje se liječe kemoterapijom i koje osjećaju druge vrste autoimunološke deficijencije u velikoj mjeri bi patile od niza komplikacija koje se mogu javiti zbog nesposobnosti organizma da reaguje na liječenje koje je usmjereno na napad virusa herpesa. Pored nesposobnosti organizma da direktno reaguje na liječenje, postoje i neke druge komplikacije koje se mogu javiti kao posljedica kompromitiranog imunološkog sistema.

Te komplikacije uključuju:

- Tipično, lezije se javljaju u vidu bolnih vezikula koje se gnoje i zarastaju bez ožiljaka. Herpesne upale ili lezije, koje obično zarastu za sedmicu ili dvije dana, trajaće tri ili četiri sedmice, a možda i duže.
- Crvenilo (engl. flare-up), koje je inače podnošljivo, može postati bolno ili vrlo bolno pod utjecajem HIV-a. Iako rijetko, HIV može olakšati širenje herpes infekcije na druge organe kao što su grlo, oči, pluća, i mozak.

Dijagnoza i liječenje

Genitalni herpes se dijagnosticira uzgajanjem kulture virusa sa brisa koji je uzet sa lezije ili uz pomoć fluorescentnog testa za otkrivanje virusa.



Herpes infekcije se liječe aciklovirom (3 x 400 mg u trajanju od 7 do 14 dana) ili famciklovirom (2 x 500 mg u trajanju od 7 do 14 dana) ili valaciklovirom (2 x 1000 mg u trajanju od 7 do 14 dana).

Klamidija i gonoreja

Kliničke karakteristike

Gonoreja, čiji je uzročnik *Neisseria gonorrhoeae* (GC), i klamidija, čiji je uzročnik *Chlamydia trachomatis* (CT), predstavljaju česte spolno prenosive bolesti. Ove infekcije mogu se prenijeti tokom oralnog, vaginalnog ili analnog spolnog odnosa; takođe, mogu preći sa majke na dijete za vrijeme poroda i opasno ugroziti zdravlje novorođenčeta. Neliječeni GC ili CT kod žena mogu uzrokovati pelvičnu inflamatornu bolest koja može dovesti do hroničnih upalnih promjena na jajovodima, što dovodi do neplodnosti ili ekstapične trudnoće. Određeni lanci CT mogu uzrokovati *lymphogranuloma venerum* (LGV). LGV može biti uzrok genitalnih ulkusa praćenih ingvinalnom adenopatijom, gastrointestinalnim simptomima, prije svega anorektalnim iscjerkom i bolovima

Međutim, ponekad nijedna od ovih bolesti ne uzrokuje nikakve simptome. Seksualno aktivne osobe kod kojih postoji rizik od GC i CT trebaju redovito da se podvrgavaju skriningu na ove infekcije. Pacijenti su često zaraženi i *N. gonorrhoeae* i sa *C. trachomatis*, zbog čega se moraju testirati i liječiti za obje infekcije.

Dijagnoza i liječenje

Zbog česte infekcije uzrokovane sa dva uzročnika pacijenti kojima je dijagnosticirana ili GC ili CT treba da se podvrgnu empirijskoj terapiji za obje infekcije, izuzev ako je druga infekcija isključena. Studije su pokazale da žene koje su zaražene klamidijom imaju čak do pet puta veće šanse da se zaraze HIV-om ako se izlože virusu. Razlog za povećani rizik možda leži u tome što *Chlamydia* uzrokuje nagli porast broja bijelih krvnih zrnaca na mjestu infekcije. Neke od ovih stanica imunološkog sistema su sa jedne strane potrebne za borbu protiv infekcije, dok sa druge predstavljaju glavnu metu za HIV.

Iako su stope HIV koinfekcije tipično iznad prosjeka kod osoba sa ulcerativnim STD, visoka incidenca i prevalencija glavnih neulcerativnih STD, naročito klamidije i gonoreje, ukazuju na to da bi rizik od češćeg prenošenja HIV infekcije spolnim putem, kojem one izlažu populaciju, mogao biti i veći.



Iako mnogi kod kojih postoji rizik od STD nemaju pristup zdravstvenim uslugama ili ih ne traže, konkretno za testiranje i liječenje STD, oni često posjećuju zdravstvene ustanove iz drugih razloga. Slijede smjernice i preporuke za skrining:

- Sve spolno aktivne žene mlađe od 25 godina, a koje posjećuju zdravstvenu ustanovu iz bilo kojeg razloga, trebale bi da se podvrgnu skriningu na klamidiju i gonoreju najmanje jednom godišnje.
- Pored rutinskog skrininga adolescenata i mladih, kliničari bi trebali da skriningu na klamidiju i gonoreju podvrgnu starije žene kod kojih postoji povećani rizik, i to najmanje jednom godišnje. Primjeri takvih osoba su narkomani, osobe sa istorijom STD ili koje imaju više od jednog spolnog partnera godišnje, te zatvorenici.

Tabela: 9 Preporuke CDC-a za liječenje gonoreje iz 2009. godine

Mjesto infekcije	Terapija jednokratnom dozom	Alternative
Infekcija cerviksa, uretre ili rektuma bez komplikacija	Ceftriakson 125 mg. im. Cefiksim 400 mg PO	Oralna terapija: Cefpodoksim 400 mg Cefuroksim aksetil 1 gr Parenteralna terapija: Ceftizoksime 500 mg im. Cefoksitin 2 gr im + probenecid 1 gr PO Cefotaksim 500 mg im Spektinomycin 2 g im.
Infekcija ždrijela bez komplikacija	Ceftriakson 125 mg im.	

Liječenje infekcije klamidijom (uretritis, cervicitis, konjunktivitis ili proktitis – izuzev lymphogranuloma venereum):

- Azitromicin 1 g po (jednokratna doza), **ILI**
- Doksiciklin 100 mg po, dva puta dnevno u trajanju od sedam dana

Alternativni terapijski režimi:

- Ofloksacin 300 mg po, dva puta dnevno u trajanju od sedam dana, **ILI**
- Levofloksacin 500 mg po, u trajanju od sedam dana
- Eritromicin baza 500 mg po, četiri puta dnevno u trajanju od sedam dana, **ILI**
- Eritromicin etilsukcinat 800 mg po, četiri puta dnevno u trajanju od sedam dana.



Napomena:

- Preporuke za liječenje spolnih partnera su iste kao i za gonoreju (vidi gore).
- Izbjegavati propisivanje doksiciklina ili kvinolona u trudnoći.
- Preporučuje se ponovo uraditi skrining na klamidiju tri do četiri mjeseca nakon liječenja.

Infekcija u trudnoći:

- Azitromicin 1 g oralno jednom ili amoksicilin 500 mg oralno tri puta dnevno u trajanju od sedam dana
- Alternativa: eritromicin 500 mg oralno četiri puta dnevno u trajanju od sedam dana

Liječenje *lymphogranuloma venereum*:

- Doksiciklin 100 mg oralno dva puta dnevno u trajanju od 21 dan
- Alternativa: eritromicin 500 mg oralno četiri puta dnevno u trajanju od 21 dan

Sifilis

Kliničke karakteristike

Uzročnik sifilisa je bakterijski mikroorganizam pod imenom *spiroheta*. Sifilis ima tri stadija. U prvom stadiju se formira „šankr“. U drugom stadiju se često javlja gubitak kose, upaljeno grlo, bijele mrlje u nosu, ustima i vagini, povišena tjelesna temperatura, glavobolja, te kožni osipi. U trećem stadiju sifilisa mogu nastati velika oštećenja na unutrašnjim organima i mozgu, što može rezultirati smrću. Iako simptomi i znaci ranog sifilisa spontano iščezavaju, vrsta liječenja obično zavisi od stadija infekcije u vrijeme uspostavljanja dijagnoze.

Kao i sve druge spolno prenosive bolesti, i sifilis povećava rizik od bolesti HIV-a. Pored toga, genitalne ulceracije i upale kod STD smatraju se kofaktorima za sticanje ili prenošenje HIV infekcije. Kao i mnoge druge akutne infekcije kod osoba zaraženih HIV-om, rani sifilis može uzrokovati smanjenje broja CD4+ T-stanica (broj CD4 stanica) i porast HIV RNK u plazmi.

Dijagnoza i liječenje

Dijagnoza sifilisa može biti komplikovanija kod osoba zaraženih HIV-om zbog lažno negativnih i lažno pozitivnih seroloških rezultata na *T. pallidum* i atipične kliničke slike u prisustvu HIV infekcije. Zdravstveni radnici moraju informisati i savjetovati



sve pacijente sa sifilisom i njihove kontakte o tome da smanje izlaganje riziku od budućih STD. Poruke o sigurnijem spolnom odnosu trebale bi da uključuju smanjenje broja spolnih partnera; poznavanje zdravstvenog statusa i HIV statusa partnera; izbjegavanje spolnog odnosa bez zaštite, ne samo zbog HIV-a nego zbog svih STD-a; te korištenje zaštite metodom prepreke kao što su kondomi.

Tabela 10: Liječenje sifilisa

Liječenje sifilisa (Smjernice CDC-a, 2006. godina)		
Trudnice		
Primarni, sekundarni i rani latentni	Benzatin penicilin G 2,4 miliona jedinica, IM, jednokratna doza	Nema
Kasni latentni i latentni nepoznatog trajanja	Benzatin penicilin G 7,2 miliona jedinica, koji se daje u tri doze od 2,4 miliona jedinica, IM, u intervalima od jedne sedmice	Nema
Neurosifilis	Kristalni penicilin G 18-24 miliona jedinica dnevno, koji se daje u dozama od tri do četiri miliona jedinica, IV, svaka četiri sata x 10-14 dana	Prokain penicilin G 2,4 miliona jedinica, IM QD x 10-14 dana plus probenecid 500 mg PO QD x 10-14 dana
Koinfekcija HIV-om		
Primarni, sekundarni i rani latentni	Benzatin penicilin G 2,4 miliona jedinica, IM, jednokratna doza	Doksiciklin 100 mg PO BID x 14 dana ili tetraciklin 500 mg PO QD x 14 dana
Kasni latentni i latentni nepoznatog trajanja sa urednim CSF nalazima	Benzatin penicilin G 7,2 miliona jedinica, koji se daje u tri doze od 2,4 miliona jedinica, IM, u intervalima od jedne sedmice	Doksiciklin 100 mg PO BID x 28 dana
Neurosifilis	Kristalni penicilin G 18-24 miliona jedinica dnevno, koji se daje u dozama od tri do četiri miliona jedinica, IV, svaka četiri sata x 10-14 dana	Prokain penicilin G 2,4 miliona jedinica, IM QD x 10-14 dana plus probenecid 500 mg PO QD x 10-14 dana ili ceftriakson 2 g IM ili IV QD x 10-14 dana



Pelvična inflamatorna bolest

Pelvična inflamatorna bolest (engl. pelvic inflammatory disease – PID) odnosi se na spektar infekcija gornjeg genitalnog trakta i može se javiti sa ili bez očitih simptoma. Kada su simptomi prisutni, PID se manifestira u vidu različitih kombinacija endometritisa, salpingitisa, tuboovarijskog apscesa, pelvičnog peritonitisa i perihepatitisa. Mogu se javiti i infekcije uzročnika *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, moguće i *Mycoplasma genitalium*, kao i infekcije vaginalnim anaerobima koje se vežu za bakterijsku vaginozu, često u kombinaciji. Ozbiljne posljedice PID-a uključuju neplodnost, ektopičnu trudnoću, tuboovarijski apsces, hroničnu pelvičnu bol, te pelvične prirasline.

Kliničke karakteristike

Pelvična inflamatorna bolest i HIV infekcija često su koincidentne. Postoji mogućnost da se PID teže dijagnosticira kod žena zaraženih HIV-om nego kod nezaraženih žena. U principu, žene zaražene HIV-om koje imaju PID dobro reaguju na standardnu intravenoznu terapiju antibioticima. Međutim, takvim ženama je češće potrebna hirurška terapija, naročito ako se nalaze u težem stadiju imunosupresije, nego nezaraženim ženama.

Uzročnik PID-a su bakterije koje zahvataju gornji reproduktivni trakt, uključujući jajovode, maternicu, jajnike, grlić maternice i trbušnu maramicu. Dolazi do upale i naticanja organa. Kao rezultat se mogu javiti ožiljci, što može uzrokovati neplodnost ili povećani rizik od trudnoće koja se razvija u jajovodu (ektopična trudnoća). PID takođe može uzrokovati apscese na jajnicima ili jajovodima koje je teško liječiti. To može biti ozbiljno i po život opasno stanje.

PID se javlja zbog širenja bakterija kroz reproduktivne organe. Obično se javlja kao posljedica neliječene SDT, kao što je gonoreja ili klamidija. Zbog činjenica da žene uvijek ne ispoljavaju simptome STD-a, ove infekcije često ostanu neprimijećene i ne liječe se.

Karakteristični simptomi PID-a uključuju: peckanje ili svrbež oko vagine, rekurentnu bolnost u predjelu abdomena ili leđa, neobični vaginalni iscjedak, neredovite mjesečnice, krvarenje ili spotting između mjesečnica, bol tokom mokrenja ili spolnog odnosa, povišenu tjelesnu temperaturu.



Najčešći simptom PID-a je bol u donjem dijelu abdomena, a većina žena ima i simptome infekcije donjeg genitalnog trakta. Mogu se javiti i povišena tjelesna temperatura, groznica, mučnina i povraćanje, ali većina pacijenata ne ispoljava ove simptome. Primarni nalaz pri kliničkom pregledu je pelvična adneksalna osjetljivost, obično bilateralno. Drugi česti nalazi uključuju bolnu osjetljivost maternice, bol cerviksa pri pomicanju, te jednostranu ili obostranu bolnu adneksalnu masu. Abdominalni pregled obično izaziva bol u donjim kvadrantima, dok su znaci peritonitisa česti kod težih slučajeva. Mnoge žene sa PID-om imaju bakterijsku vaginozu i većina pokazuje znakove mukopurulentnog cervicitisa. Povišena tjelesna temperatura, leukocitoza, te povišena stopa sedimentacije eritrocita ili nivo C-reaktivnog proteina česta su pojava, ali izostaju kod otprilike jedne trećine pacijenata kod kojih je PID dokumentovana laparoskopskim putem.

Liječenje

Liječenje žena sa pelvičnom inflamatornom bolesti iziskuje terapiju širokog spektra koja uključuje djelovanje na *Neisseria gonorrhoeae* i *Chlamydia trachomatis*. Uloga antibiotika koji ciljaju anaerobe je diskutabilna, ali mnogi stručnjaci preporučuju da se i oni uključe u terapijske režime, naročito u težim slučajevima ili kod prisutnosti bakterijske vaginoze. Zbog činjenice da je uzročni organizam obično nepoznat u vrijeme inicijalne terapije, preporučuje se propisivanje terapije koja djeluje na najširi mogući spektar uzročnika. Antimikrobska pokrivenost trebala bi da uključi *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, anaerobe, Gram-negativne fakultativne bakterije, te streptokoke. Bolničko liječenje bi se trebalo uzeti u obzir kada: 1) urgentna hirurška stanja, kao što su apendicitis i ektopična trudnoća, nisu definitivno isključena; 2) ozbiljna bolest ne dozvoljava ambulantno liječenje; 3) je žena trudna; 4) žena nije u stanju da se pridržava ili podnosi ambulantnu terapiju; ili 5) žena nije reagovala na ambulantnu terapiju.

Preporučuju se dva parenteralna terapijska režima i za bolničku i za ambulantnu njegu, te jedna oralna terapija za ambulantnu njegu:

- Terapija A: Ili cefotetan 2 g intravenozno svakih 12 sati ili cefoksitin 2 g intravenozno svakih šest sati u periodu od najmanje 24 sata nakon što se stanje pacijenta klinički poboljšalo, plus doksiciklin 100 mg oralno ili intravenozno svakih 12 sati. Nastaviti sa doksiciklinom 100 mg oralno dva puta dnevno nakon otpusta kako bi se kompletirala terapija od najmanje 14 dana.



- Terapija B: klindamicin 900 mg intravenozno tri puta dnevno, plus gentamicin 2 mg/kg intravenozno, inicijalna doza, i održavanje sa 1,5 mg/kg intravenozno svakih osam sati. Nastaviti sa gore pomenutom oralnom terapijom.

Oralno liječenje

Ceftriakson 250 mg intramuskularno kao jednokratna doza; ili cefoksitin 2 g intramuskularno kao jednokratna doza zajedno sa probenecidom 1 g oralno kao jednokratna doza plus doksiciklin 100 mg oralno dva puta dnevno u trajanju od 14 dana.

Generalno, čini se da ženama sa imunosupresijom koje imaju PID ne treba agresivnije liječenje u odnosu na druge žene, s tim da bi se pristup trebao individualizirati. U zavisnosti od ozbiljnosti PID-a i imunološkog statusa, ljekari bi trebali da odluče o parenteralnoj terapiji i hospitalizaciji na temelju faktora koji se razmatraju kod HIV-negativnih žena.

Cervicitis

Kliničke karakteristike

Cervicitis može biti i znak infekcije gornjeg genitalnog trakta (endometritis) i trebao bi se diferencijalno dijagnosticirati u odnosu na pelvičnu inflamatornu bolest.

Dva glavna dijagnostička znaka karakteristična su za cervicitis: purulentni ili mukopurulentni endocervikalni sekret, koji je vidljiv u endocervikalnom kanalu ili na uzorku endocervikalnog brisa; i produženo endocervikalno krvarenje koje se lako isprovocira kada se štapićem pažljivo uđe kroz vanjsko cervikalno ušće. Mogu bili prisutni ili jedan ili oba znaka. Cervicitis često ne ispoljava simptome, ali se neke žene žale na abnormalni vaginalni iscjedak i intermenstrualno vaginalno krvarenje (npr. nakon spolnog odnosa). Nalaz leukoreje (mikroskopski >10 leukocita u vaginalnoj tečnosti pod maksimalnim povećanjem po jednom vidnom polju) povezuje se sa klamidijom i gonokoknom infekcijom cerviksa.

Pored toga, žene koje se javljaju sa novom epizodom cervicitisa trebale bi se pregledati radi utvrđivanja znakova PID-a i testirati na *C. trachomatis* i *N. gonorrhoeae*.



Dijagnoza i liječenje

Liječenje *C. trachomatis* antibioticima trebalo bi da se osigura za žene kod kojih postoji povećani rizik od ove učestale STD (dob ≤ 25 godina, novi ili višestruki spolni partneri i spolni odnos bez zaštite), naročito ako se kontrola ne može osigurati i ako se koristi relativno neosjetljiv dijagnostički test (koji nije NAAT). Istovremena terapija za *N. gonorrhoeae* indicirana je ako je prevalencija ove infekcije visoka ($>5\%$) među populacijom pacijenata (prevalencija kod mladih i u ustanovama). Takođe treba liječiti prateću trihomonijazu ili simptomatsku BV ako se otkriju.

Liječenje spolnih partnera žena koje se liječe od cervicitisa bilo bi uputno za potvrđenu ili suspektnu STD. Partnere bi trebalo obavijestiti i podvrći pregledu ako su klamidija, gonoreja ili trihomonijaza potvrđene ili suspektne kod oboljele žene, te ih liječiti od STD-a od kojih se liječila i oboljela žena. U cilju izbjegavanja ponovne infekcije, trebalo bi da pacijenti i njihovi spolni partneri apstiniraju od spolnog odnosa do završetka terapije (tj. sedam dana nakon terapije jednokratnom dozom ili nakon okončanja sedmodnevne terapije).

Pacijenti koji imaju cervicitis, a zaraženi su HIV-om, trebaju da dobiju istu terapiju kao i osobe koje su HIV-negativne. Liječenje cervicitisa kod žena zaraženih HIV-om od vitalnog je značaja jer cervicitis pospešuje cervikalno izlučivanje HIV-a. Liječenje cervicitisa kod žena zaraženih HIV-om smanjuje izlučivanje HIV-a iz cerviksa i može smanjiti prenošenje HIV-a na podložne spolne partnere.

Kondilomi i moluske

Kliničke karakteristike

Condyloma acuminata je virusna spolno prenosiva bolest koju uzrokuje humani papiloma virus (HPV) tipa 6, 11, 16 i 18. Virusi se najčešće prenose spolnim putem, ali su zabilježeni i slučajevi prenošenja oralnim seksom, pa i preko zaraženih ruku. *Condyloma acuminata* najčešće zahvata perianalnu regiju i manifestira se u vidu brojnih bradavičastih tvorevina uglavnom kod dijabetičara, trudnica i imunokompromitovanih osoba.

Infekcija uzrokuje simptome tek tri mjeseca nakon seksualnog kontakta. U toj fazi je moguće prenijeti infekciju na druge bez znanja. Simptomi condyloma acuminata uključuju genitalne lezije, svrbež i iscjedak. Pacijenti mogu primijetiti bradavice u i oko genitalija, koje se javljaju u vidu velikih mesnatih masa nalik karfiolu. U nekim



slučajevima, manifestiraju se kao sivkaste neravnine na zahvaćenom području. Zaražene trudnice mogu primijetiti veliki broj bradavica koje stalno krvare. Inače, ove bradavice su podložne krvarenju kada pacijenti imaju spolni odnos.

Molluscum contagiosum je benigna bolest površinskog sloja kože čiji je uzročnik pox-virus. Karakterističan je po malim bisernim papulama sa centralnim udubljenjem i pritiskom na njih može se istisnuti bijela sirasta jezgra. Lezije su prosječne veličine od 2 do 5 mm i obično nisu bolne, ali mogu da se upale, zacrvene i nateкну. *Molluscum contagiosum* je samoograničena infekcija. Lezije su obično višestruke i javljaju se uglavnom na licu i predjelu genitalija.

Pacijenti koji imaju HIV/AIDS mogu razviti atipične lezije, „gigantske“ lezije (≥ 15 mm u prečniku), veći broj lezija, te lezije koje su otpornije na standardnu terapiju.

Dijagnoza i liječenje

Condyloma acuminata najčešća je anorektalna lezija kod pacijenata zaraženih virusom humane imunodeficijencije (HIV). Vrlo je rezistentna na različite vrste liječenja. Može napredovati u malignitet. Liječenje aplikacijom lokalnog imunomodulatora kao što je krema imikvimod (5%) zajedno sa krioterapijom jednom sedmično može biti efektivno i pokazati obećavajuće rezultate kod rezistentnih slučajeva i relapsa, kao i kod potpune eliminacije HPV-a.

Infekcija herpes simpleks virusom može se javiti kao *condyloma acuminata* kod HIV-pozitivnih pacijenta. Vakcina Gardasil pruža zaštitu od *condyloma acuminata* i savjetuje se ženskim osobama u dobi između 9 i 26 godina.

Malo je vjerovatno da će *molluscum contagiosum* kod pacijenata zaraženih HIV-om spontano nestati, jer se bolest obično teško liječi. Dijagnoza se generalno uspostavlja na osnovu izgleda lezija. Može biti potrebno da se uradi biopsija kože kod imunokompromitovanih pacijenata kako bi se isključila druga stanja kao što su malignitet ili endemske gljivične infekcije.

Opcije za liječenje uključuju krioterapiju, kiretažu, eksciziju i lokalnu upotrebu tretinoina. HAART pospješuje djelovanje gore navedenog liječenja na postojeće lezije. Većina terapija je efektivna kod imunokompetentnih pacijenata; međutim, pacijenti sa HIV/AIDS-om ili nekim drugim imunosupresivnim stanjima često ne reaguju na tradicionalno liječenje. Pored toga, ove terapije uglavnom ne daju rezultate u smislu postizanja dugoročne kontrole kod HIV pacijenata. Mali broj CD4 stanica povezuje se sa moluskama koje zahvate veliki dio lica, zbog čega su postale marker za uznapredovalu



bolest HIV-a. Terapije koje su usmjerene na jačanje imunološkog sistema pokazale su se kao najefektivnije za *molluscum contagiosum* kod imunokompromitovanih osoba. U ekstremnim slučajevima, intralezijski se primjenjuje interferon za liječenje facijalnih lezija kod ovih pacijenata.

Menstrualne promjene

Kliničke karakteristike

HIV pozitivne žene, kao i zdravstveni radnici koji o njima brinu, treba da budu svjesni promjena u menstrualnom ciklusu koje mogu biti povezane sa HIV-om i njegovim liječenjem. Mnoge žene zaražene HIV-om žale se na abnormalan ili iregularan menstrualni ciklus; međutim, nije jasno da li HIV uzrokuje izostanak mjesečnice (amenoreja), odnosno neuobičajeno slabo menstrualno krvarenje (oligomenoreja).

Smatra se da HIV infekcija ne stvara uslove za ciklus koji je duži od 40 dana (tj. duži interval između mjesečnica). Međutim, veća je vjerovatnoća da će HIV-pozitivne žene sa uznapredovalim stadijem imunosupresije (broj CD4 manji od 200 stanica/mm³) imati duge cikluse. HIV serostatus ima mali utjecaj na dužinu menstrualnog ciklusa, a drugi faktori kao što su stadij bolesti, dob, rasa, pothranjenost i zloupotreba supstanci su važniji.

Gubitak funkcije jajnika kod žena mogao bi se prezentirati kao poremećaj menstrualnog ciklusa. Nenormalno krvarenje iz uterusa može biti uzrokovano organskim promjenama ili kao poremećaj faktora koagulacije. Objašnjenje za obilno krvarenje (menoragija) ili bolne mjesečnice (dismenoreja) je u smanjenom broju trombocita (trombocitopenija) karakterističnom za HIV infekciju ili u komplikaciji teškog oblika pelvične inflamatorne bolesti. Oba stanja često se javljaju kod HIV-a.

Dijagnoza i liječenje

Optimalna njega žena zaraženih HIV-om uključuje dobro poznavanje kliničkih manifestacija ginekološke bolesti. Procjena efekata koji su povezani sa HIV-om na menstrualni ciklus komplikovana je zbog činjenice da zloupotreba supstanci, hronična bolest i značajno mršavljenje mogu dovesti do poremećaja regulacije hipotalamusa i utjecati na mjesečnicu.

U ranoj fazi epidemije, u nekoliko studija opisana je visoka prevalencija oligomenoreje i amenoreje kod žena zaraženih HIV-om. Međutim, tamo gdje su podaci



uspoređivani sa kontrolnom grupom, disparitet kod zloupotrebe supstanci u dvije grupe bio je veliki ili uopšte nije bio obrađen. Zbog manjka usporedivih kontrolnih grupa, ove studije zapravo nisu odgovorile na pitanje da li HIV infekcija ima neovisan učinak na povećanje menstrualnih abnormalnosti.

Žene zaražene HIV-om sa abnormalnim ili drastično promijenjenim menstrualnim krvarenjem trebale bi da se podvrgnu detaljnim pretragama kako bi se utvrdio uzrok abnormalnosti. Obilno krvarenje može uzrokovati anemiju, problem koji je već izražen kod žena u naprednom stadiju HIV infekcije, i može biti simptom primarnog problema kao što je fibroidni tumor, koagulacije krvi ili infekcija. Amenoreja može biti simptom trudnoće, ciste na jajniku, gubitka funkcije jajnika ili menopauze. U slučaju dvije propuštene mjesečnice (ako je trudnoća isključena) potrebno je uraditi pregled karlice i krvne pretrage kako bi se ustanovilo da li se problem nalazi unutar reproduktivnog trakta. Prilikom utvrđivanja uzroka menstrualnih nepravilnosti, žene treba da obavijeste svoje matične zdravstvene ustanove o bilo kakvim promjenama u medikamentoznoj terapiji, korištenju rekreacionih droga, promjenama težine, te o svim drugim srodnim simptomima.

Menadžment menopauze kod HIV-pozitivnih žena

Kliničke karakteristike

Kod HIV-pozitivnih žena menopauza može nastupiti ranije nego kod HIV-negativnih žena. Zbog uspjeha antiretrovirusne (ARV) terapije, životni vijek osoba sa HIV-om značajno se produžio, a to znači da mnogo više osoba nego što je to ranije bio slučaj doživi 50 ili 60 godina. U ovoj dobi, većina HIV-negativnih žena uđe u menopauzu.

Zbog toga što se pokazalo da HIV može da ubrzati starenje na brojne načine, javila se bojazan da HIV-pozitivne žene mogu ući u menopauzu u ranijoj dobi od HIV-negativnih žena. Pošto žene sa HIV-om žive duže zahvaljujući efektivnom liječenju, potrebne su dodatne studije kako bi se istražila korelacija između bolesti HIV-a, antiretrovirusne terapije i menopauze. S druge strane, HIV-pozitivnim ženama potrebni su dodatna podrška i strateški pristupi u suočavanju sa promjenama koje donosi menopauza.

U mnogim međunarodnim studijama ispitani su efekti HIV infekcije, HAART-a, upotrebe droga te imunološkog statusa na vrijeme nastanka menopauze. Kod populacije sa visokom stopom upotrebe droga, prosječna dob pojave menopauze je bila manja – 46 godina u HIV-pozitivnoj grupi u odnosu na 47 godina kod HIV-negativne grupe.



Vjerovatnoća za raniju menopauzu povećava se sa povećanjem stadija imunosupresije. Kod žena sa brojem CD4 manjim od 200 stanica/mm³, prosječna starosna dob za pojavu menopauze je oko 42,5 godine. Kod žena sa malim nivoom fizičke aktivnosti takođe je postojao rizik od rane pojave menopauze. S druge strane, ne postoje uvjerljivi dokazi o korelaciji između niskog indeksa tjelesne mase (BMI) ili pušenja cigareta i rane pojave menopauze, kao ni o vezi između primjene HAART-a i ranije pojave menopauze.

Evidentno je da postoji potreba za većim brojem studija vezanih za efekat HIV-a na pojavu menopauze, naročito onih koje se fokusiraju na efekte HIV infekcije i antiretrovirusne terapije na rizik od razvijanja kardiovaskularne bolesti i osteoporoze, jer se ovi efekti mogu udružiti kod HIV-pozitivnih žena u menopauzi koje primaju HAART.

Dijagnoza i liječenje

Iako je menopauza prirodan proces, mnoge žene traže profesionalnu pomoć za liječenje simptoma menopauze, kako onih kratkoročnih, kao što su navale vrućine (valunzi) i vaginalna suhoća, tako i ozbiljnijih dugoročnih komplikacija, kao što je povećani rizik od osteoporoze i kardiovaskularne bolesti.

Ne tako davno preovladavalo je mišljenje da hormonska zamjenska terapija (HRT) – zamjenom estrogena, sa ili bez dodatka progesterona – može na siguran način ublažiti simptome menopauze i u isto vrijeme pomoći ženama da izbjegnu štetne dugoročne efekte smanjenog nivoa estrogena. Akutni simptomi često se ublaže spontano jer se hormonske fluktuacije perimenopauze i rane menopauze izbalansiraju. Žene sa teškim oblicima valunga mogu ublažiti simptome kratkoročnom, malom dozom HRT-a (estrogen/progestin).

Kao i kod mnogih drugih aspekata liječenja HIV-a, liječenje simptoma menopauze i komplikacija treba da se prilagodi konkretnom pacijentu. Neke žene mogu odbiti HRT u strahu od komplikacija, ali zamjenski estrogen ostaje kao moguća opcija za neke žene, dok apsolutni rizik od komplikacija, kao što su srčani i moždani udar, ostaje mali.

Alternative HRT-u za valunge uključuju primjenu selektivnog inhibitora ponovne pohrane serotonina (SSRI) za depresiju. Neke žene koriste sojine proizvode ili ljekovito bilje kao što je smrdljivka (*Cimicifuga racemosa*) ili žuti noćurak (*Oenothera biennis*) – koji sadrže spojeve nalik estrogenu poznate kao fitoestrogeni – za ublažavanje valunga, nadimanja i naglih promjena raspoloženja.



Međutim, apsolutno je neophodno da se HIV-pozitivna žena konsultuje sa svojim ljekarom prije nego što počne da uzima dopunsku terapiju, pošto neki biljni preparati i dodaci prehrani mogu da dođu u interakciju sa antiretrovirusnim lijekovima i drugim supstancama.

Jedno od rješenja za vaginalnu suhoću i istanjivanje sluzokože je lokalna primjena krema koje sadrže estrogen ili lubrikanata za vrijeme spolnog odnosa. Lokalna primjena estrogena nije povezana sa istim rizicima kao sistemska HRT.

Jedan od pozitivnih efekata HRT-a odnosi se na smanjenje rizika od preloma kostiju. Međutim, postoje i druge intervencije kojima se može smanjiti opasnost od osteopenije i osteoporoze bez rizika povezanih sa HRT-om. Adekvatan unos kalcija i vitamina D kroz hranu izuzetno je važan – ženama koje su u postmenopauzi potrebno je 1.500 mg kalcija dnevno pored 400 jedinica vitamina D (800 jedinica za žene starije od 70 godina). Vježbe tegovima takođe pomažu u održavanju koštane mase. Pored toga, neki lijekovi mogu spriječiti, čak i preokrenuti tok osteoporoze.

Postoji mnogo načina za smanjenje rizika od kardiovaskularne bolesti. Promjena načina života, uključujući vježbanje, ishrana sa malo masti i prestanak pušenja mogu predstavljati prve korake u smanjenju rizika. Statini – lijekovi kao što su atorvastatin i simvastatin – smanjuju nivo LDL kolesterola i triglicerida i mogu pomoći u smanjenju rizika od bolesti srca. Druge strategije uključuju adekvatno liječenje dijabetesa i, kod nekih žena, svakodnevno uzimanje aspirina.

Znanje o menstrualnom ciklusu i menopauzi kod HIV-pozitivnih žena napredovalo je od početka epidemije, ali se još dosta toga mora naučiti. Kako žene žive duže sa HIV-om, utvrđivanje optimalne njege za zdravu menopauzu postaje sve važnije.

HIV-pozitivnim ženama se savjetuje da se podvrgavaju redovitim zdravstvenim pregledima preporučenim za svoju dobnu grupu. Papa testovi: HIV-pozitivne žene trebale bi da urade dva Papa testa u prvoj godini nakon postavljanja HIV dijagnoze, a potom jednom godišnje.

Provjera kolesterola: HIV-pozitivne osobe koje ne primaju HAART trebale bi da počnu sa redovnim provjerama kolesterola u dobi od 45 godina. Osobe kod kojih postoji povećani rizik od bolesti srca (pušači, dijabetičari ili osobe sa istorijom bolesti srca u porodici) trebale bi da počnu sa provjerama kolesterola u dobi od 20 godina. Kolesterol bi se trebao provjeriti prije početka primjene antiretrovirusne terapije, tri do šest mjeseci nakon početka terapije i najmanje jednom godišnje u toku primjene HAART-a.



Skrining na osteoporozu: test gustoće kostiju kao skrining za osteoporozu preporučuje se svim ženama u dobi od 65 godina. Žene bi trebale da se testiraju i ranije ako su mršave, uzimaju steroidnu terapiju, ako su bjelkinje ili ako puše.

Skrining na spolno prenosivu infekciju: HIV-pozitivnim ženama sa više spolnih partnera savjetuje se podvrgavanje skriningu na sifilis, gonoreju i klamidiju svake godine, jer ove infekcije mogu predstavljati veću opasnost za pacijente sa imunosupresijom.

Sažetak preporuka za skrining žena u postmenopauzi

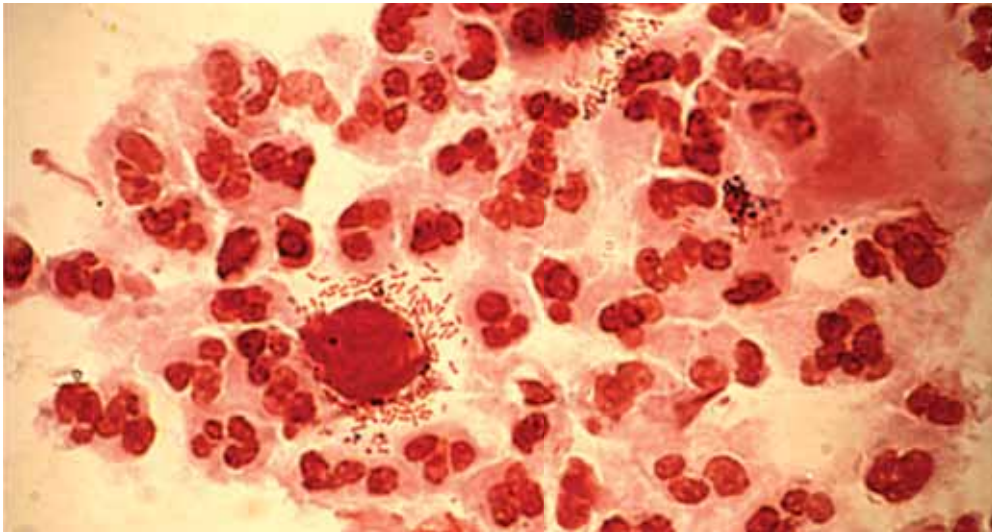
Žene u postmenopauzi trebale bi da nastave sa rutinskim skriningom koji može uključiti:

- godišnji Papa test
- skrining na spolno prenosive infekcije
 - sifilis
 - gonoreja/klamidija
- skrining na rak dojke
- skrining na rak debelog crijeva
- skrining na osteoporozu i prevencija
 - žene bi se trebale ohrabrivati da rade redovite vježbe opterećenja tjelesnom težinom
 - 1.000-1.500 mg/dnevno kalcija uz vitamin D od 400 IU/dnevno
 - godišnji skrining apsorpciometrijom pomoću x zraka dviju različitih energija (DEXA)
- skrining na kardiovaskularni rizik
- skrining na depresiju



LITERATURA:

- Sherry L. Farr, Joan Marie Kraft, Lee Warner, John E. Anderson, Denise J. Jamieson. *The integration of STD/HIV services with contraceptive services for young women in the United States. Am.J.Obstet. Gynecol.* 2009; 201(2):142-145
- Kojic EM, Wang CC, Cu-Uvin S. *HIV and menopause: a review. J Womens Health (Larchmt).* 2007 Dec;16(10):1402-11.
- Godinjak Z. *Disfunkcijska krvarenja iz uterusa/Reproduktivna endokrinologija žene/ Sarajevo: KCUS, 2004, str. 213-221*
- Godinjak Z. *Menopauza/Reproduktivna endokrinologija žene/ Sarajevo: KCUS, 2004, str. 247-262.*
- CCO. *InPractice. Web site:*
- http://www.clinicalcareoptions.com/inPractice/HIV/Management%20of%20Specific%20Populations/ch21_Women/Pages/Page%2010.aspx
- *Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006.*
- *Web site: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2006/toc.htm>*
- *DHHS. A guide to the clinical care of Women with HIV 2005 edition.*



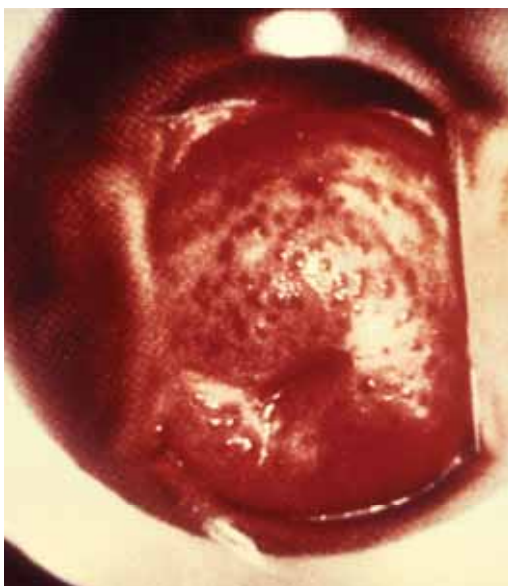
Slika 31.

Mikrograf uretarne izlučevine otkriva prisustvo trihomonijaze i bakterija.

Trichomonas vaginalis, je najrasprostranjenija patogena protozoa kod ljudi koji žive u industrijalizovanim državama. Ova protozoa naseljava niži genitalni trakt kod žena, a kod muškaraca mokraćne puteve i prostatu.

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC – Centres for Disease Control and Prevention, 1986.

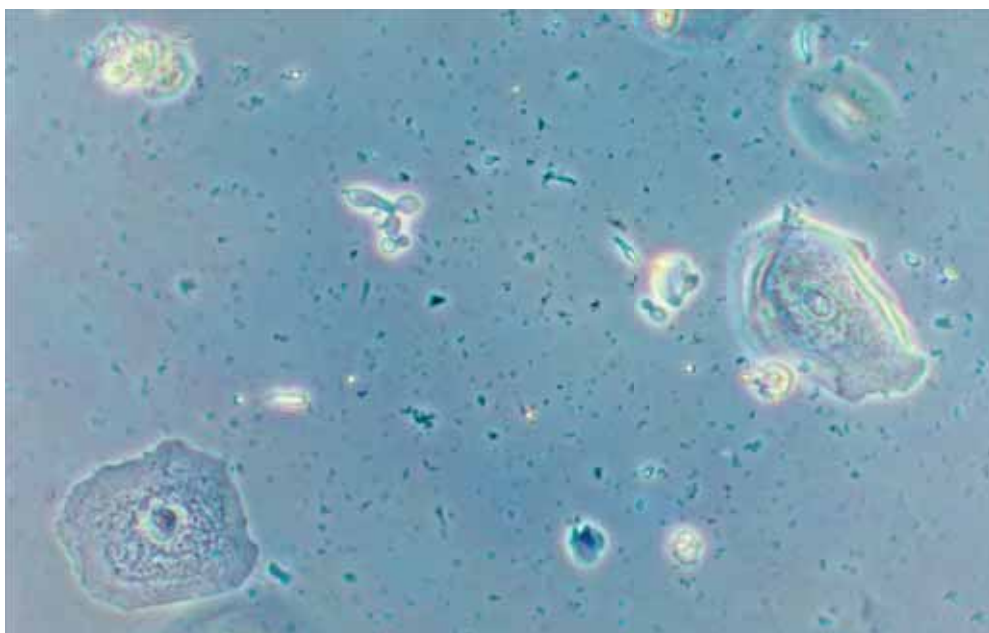
Slika 32.



Pacijentkinja sa "jagodičastim cerviksom" uzrolovanim infekcijom *Trichomonas vaginalis* ili trihomonijazom.

Izraz "jagodičasti cerviks" se koristi da se opiše izgled cerviksa zbog prisutnosti *T. vaginalis* protozoe. Na sluznici cerviksa vide se pjegave hemoragije uz pridružene vesikule i papule.

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC – Centres for Disease Control and Prevention, 1986

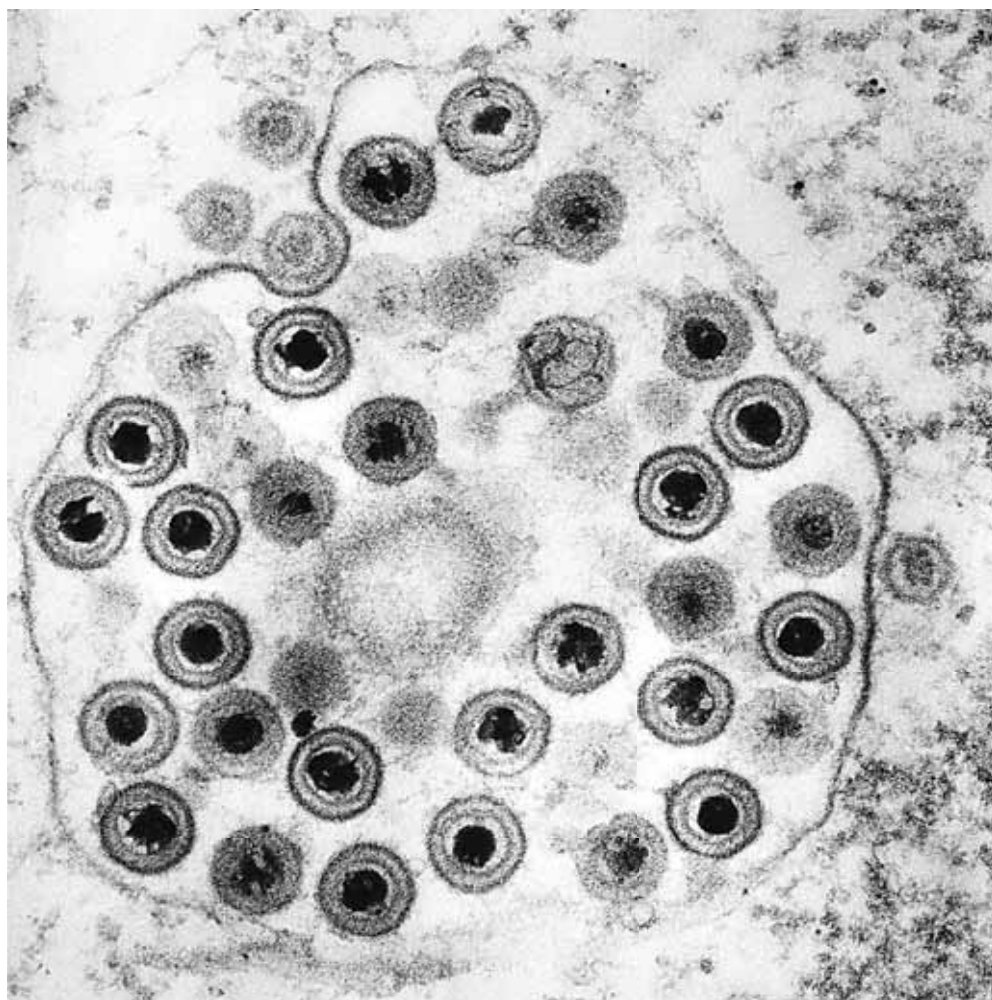


Slika 33 i slika 34.

Gornji fotomikrografi vaginalnog sekreta identifikuju *Candida albicans*

Candida albicans lives in numerous parts of the body as normal flora. However, when an imbalance occurs, such as when hormonal balances change, *C. albicans* can multiply, resulting in a mucosal or skin infection called *Candidiasis*.

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC/Dr. Stuart Brown, 1976.



Slika 35.

Ovaj mikrograf otkriva prisustvo brojnih virona herpes simpleks virusa, člana familije virusa Herpesviridae.

Postoje dva soja herpes simplex virusa: HSV-1, koji je odgovoran za oralni herpes, i HSV-2, koji je odgovoran za genitalni herpes.

HSV-1 i HSV-2 virus može se naći i može biti oslobođen iz plihova koje uzrokuje virus, ali se može osloboditi i iz napuklina kože bez plihova. U principu, HSV-2 infekcija se može dobiti samo seksualnim kontaktom sa osobom koja ima genitalni herpes, a koja ne mora znati da je nosilac ovog virusa jer nema vidljive plihove.

HSV-1 može prouzrokovati i genitalni herpes, ali mnogo češće uzrokuje čestu infekciju na usnama i ustima.

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC/Dr. Fred Murphy; Sylvia Whitfield, 1975.



Slika 36.

Genitalni herpes.

Genitalni herpes je seksualno prenosiva bolest koju može izazvati herpes simplex virus tipa 1 (HSV-1), ili tipa 2 (HSV-2). Većinom je genitalni herpes izazvan tipom HSV-2. Simptomi uključuju jednog ili više plihova na i oko genitalija ili rektuma.

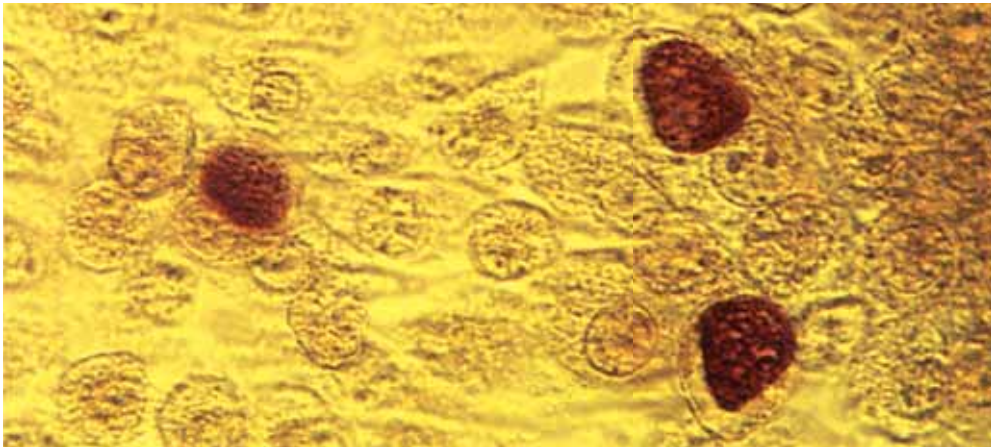
© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC/ Susan Lindsley, 1978.



Slika 37.

Genitalni herpes koji se manifestuje brojnim plihovima na ulazu vagine

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC/ Susan Lindsley, 1978.



Slika 38.

Fotomikrograf McCoy ćelija sa uvećanjem od 200X prikazuje *Chlamydia trachomatis*. Klamidija, uzrokovana bakterijom *Chlamydia trachomatis*, je najčešća bakterijska seksualno prenosiva

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC/Dr. E. Arum; Dr. N. Jacobs, 1975.



Slika 39.

Na slici je gonokokni artritis, koji izaziva oticanje šake i zgloba, uzrokovanog bakterijom *Neisseria gonorrhoeae*. *N. gonorrhoea* je uzročnik gonoreje. Iako ova bakterija obično napada genitalni trakt, usta i rektum, može se proširiti putem krvi po čitavom tijelu i izazvati raznovrsne reakcije, uključujući i gonokokni artritis .

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC/Susan Lindsley, VD; 1971.



Slika 40.

Ovaj slučaj Bartholinitisa je prouzrokovan bakterijom *N. gonorrhoeae*. Kod ovog pacijenta postoji i pridružena infekcija sifilisom.

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC/Susan Lindsley 1973.



Slika 41.

Lezija na koži kod pacijenta sa gonorejom.

Ukoliko se gonoreja ne tretira, ući će u kardio-vaskularni system i raširiće se po čitavom tijelu. Kako je prikazano na ovoj slici, ovakvo širenje može izazvati lezije na koži.

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC – Centres for Disease Control and Prevention, 1970.



Slika 42.

Otečene mošnice kod ovog pacijenta dijagnosticirane su kao *gumma testis* uzrokovana sifilisom.

Gumma se obično pojavljuje tokom kasne, tercijarne faze sifilisa; to je nakupina mrtvog i otečenog vlaknastog tkiva predstavljajući lokalizaciju *T. pallidum* bakterije. Može se formirati u jetri, mozgu, testisima, srcu, na koži i kostima. Centar gumme izgleda "Gumasto" which can form in the liver, brain, testis, heart, skin, and bone. Centar gume je sivo-bijel region nekroze, a može se manifestovati kao mikroskopska, ili kao velika, makroskopska nekrotična lezija. Sifilis je poznat kao "veliki imitator" Syphilis is known as the "great imitator" zato što njegove manifestacije često for its manifestations often nalikuju na procese kod ostalih bolesti, gume mogu biti pojavno veoma slične upalnim procesima kao kod tuberkuloze, leper i nekih gljivičnih infekcija.

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC/Susan Lindsley, VD; 1976. Fotografija: Donated by Brian Hill, New Zealand



Slika 43.

Kod ovog pacijenta je vidljiv sekundarni osip sifilisa koji prekriva leđa uzrokovan sistematskim širenjem bakterije *Treponema pallidum*.

Ove lezije su često grube, crvene, crvenkasto-smeđe koje se obično obično formiraju na dlanovima, tabanima, grudima i leđima, ali se mogu manifestovati in a drugim dijelovima tijela.

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC/ Dr. Gavin Hart



Slika 44.

**Pacijent sa ekstragenitalnim
čankirom usmine uzrokovanim
sifilisom.**

Primarna faza sifilisa je obično onilježena pojavom upalom koja se naziva čankir. Čankir je obično čvrst, okrugao, mali i ne boli. Pojavljuje se na mjestima gdje je sifilis ušao u tijelo, traje 3-6 nedjelja, nestaje sam od sebe.

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC,
1969.

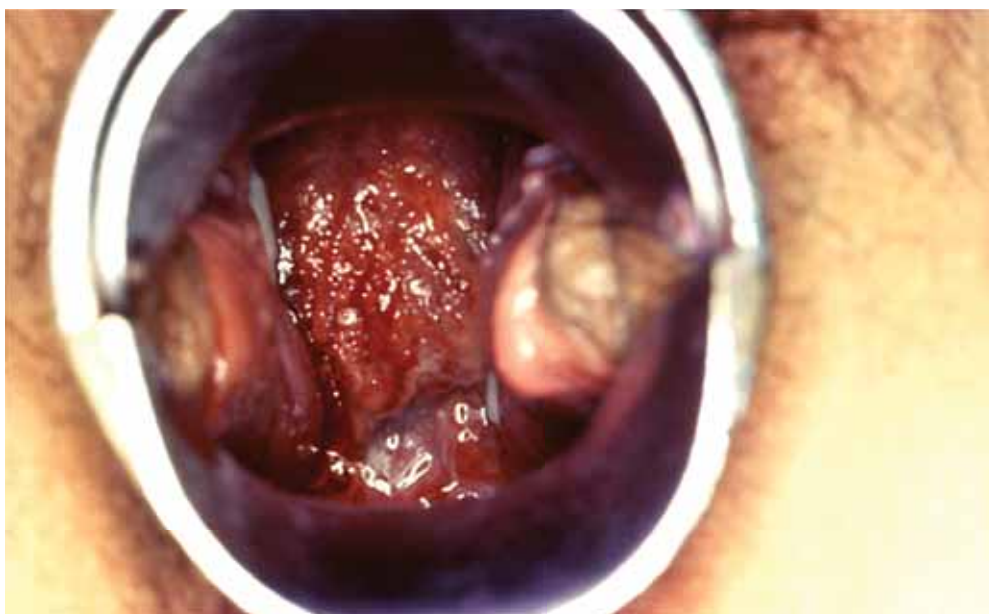


Slika 45.

**Slučaj
sekundarnog
sifilisa koji se
manifestira
kao perinalna
bradavičasta
tvorevina.**

© Tekst i fotografija
zahvaljujući:
CDC – Centres for
Disease Control and
Prevention





Slika 46.

Cerviks ove žene manifestira znake erozije i eritema zbog infekcije klamidijom.

Ukoliko se ne tretira, infekcija klamidijom može prouzokovati ozbiljne reproduktivne ali i druge zdravstvene probleme, kao što su PID, neplodnost i potencijalno fatalnu, vanmateričnu trudnoću.

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC/Dr. Lourdes Fraw, Jim Pledger; 1985.



Slika 47.

Slučaj cervicitisa za koji je dijagnosticirano da je uzrokovan herpes simplex virusom.

Prvobitno se vjerovalo da ova pacijentkinja pati od cervicitisa zbog *Neisseria gonorrhoeae*, koja je, kao i herpes, seksualno prenosiva bolest.

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC/Dr. Paul Wiesner; 1972



Slika 48.

Slučaj gonoreje koji kao simptome ima cervicitis i vaginalni iscjedak

Gonoreja je jedna od najčešćih seksualno prenosivih bolesti. Širenje gonokokne infekcije je najčešći uzrok akutnog septičnog artritisa kod odraslih koji su seksualno aktivni. I jedan od primarnih uzroka za većinu hospitalizacija slučajeva infektivnog artritisa.

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC – Centres for Disease Control and Prevention, 1970.

Slika 49.

Kod ovog pacijenta se mogu uočiti višestruke infraskrotalne kondilomatrične lezije koje su jedna od manifestacija sekundarnog sifilisa.

Ova vrsta kutanoznih lezija nije symptom samo sifilisa već i drugih bolesti, kao što je condylomata acuminata. Stoga različite dijagnostičke metode moraju biti primjenjene kako bi se isključile druge moguće bolesti.

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC/
Susan Lindsley, 1977.





Slika 50.

Ovaj muški pacijent ima genitalne bradavice u analnom regionu perineuma.

Condylomata acuminata, ili genitalne bradavice je seksualno prenosiva bolest izazvana Human Papilloma virusom, (HPV), koja se manifestuje kvrgama ili bradavicama na genitalijama ili u perinealnom region.

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC/Dr. Wiesner, 1972.



Slika 51.

Hemijski dermatitis perineuma uzrokovan dugotrajnim tretmanom labijalnih genitalnih bradavica.

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC/Joe Millar, 1979.



Slika 52.

Ova fotografija opisuje široke lezije kondilome na vulvi i u analnom region.

Lezije su sive, uzdignute bubuljice koje javljaju na vulvi i u blizini anusa, ili na bilo kom drugom toplom mjestu na prevoju kože.

© Tekst i fotografija zahvaljujući: CDC – Centres for Disease Control and Prevention, 1969.



Planiranje trudnoće i HIV/AIDS³¹

Dr. Jadranka Miličić-Đuranović, ginekolog, Opšta bolnica Doboj

31 Preuzeto iz: „Prevencija vertikalne transmisije HIV-a“. (2012). Partnerstvo za zdravlje. Sarajevo.



Najugroženije populacije

Službe za ginekologiju i akušerstvo trebaju nastojati da stvore sredinu koja će bez diskriminacije pružati podršku ugroženim populacijama, a to sigurno nije lako uz postojeći obim posla. Zbog stigme koja prati ugrožene populacije, te osobe obično ne traže zdravstvene usluge u državnim ustanovama, već se obraćaju se za pomoć privatnim ordinacijama, ako su u mogućnosti, ali se najčešće nigdje ne kontrolišu, a to je onda i najveći problem i za pojedinca i za zajednicu u cjelini.

Savjetovanje treba prilagoditi svakoj ugroženoj populaciji prema njihovim potrebama. Preporuke za seksualne radnike oba pola trebaju se odnositi na redovnu upotrebu kondoma sa klijentima, kao i sa redovnim partnerima radi prevencije seksualno prenosivih infekcija. MSM populacija (muškarci koji imaju seks sa muškarcima) treba da koristi lubrikante na bazi vode ili silikona za vrijeme analnog seksa da kondom ne bi pukao, a dobro je poznato da je analna sluznica najosjetljivija na povrede, pa je zbog toga pogodna za prenos infekcije. Žene koje su intravenozni korisnici droga treba savjetovati o redovnoj upotrebi kontracepcije radi sprečavanja nenamjerne trudnoće.

Pitanje kontracepcije kod svih ugroženih populacija žena zahtijeva posebnu pažnju. Većina metoda kontracepcije je sigurna i efektivna za žene sa asimptomatskom HIV infekcijom, kao i za žene sa razvijenim bolesti AIDS-om. Međutim, na prenošenje HIV-a i drugih STI (HIV/STI) treba da se obrati posebna pažnja za vrijeme savjetovanja o planiranju porodice, jer sprečavanje prenošenja jednako je važno kao i sprečavanje trudnoće. Pošto se pokazalo da su kondomi jedina metoda kontracepcije koja štiti od sticanja i prenošenja HIV/STI, službe koje se bave planiranjem porodice trebale bi intenzivno ohrabrivati i omogućavati njihovo dosljedno i pravilno korištenje.



Kontracepcija kod HIV+ žena³²

Žene zaražene HIV-om trebaju koristiti sigurno i pouzdano sredstvo za kontracepciju dok ne budu spremne na trudnoću. Preporuke kliničara u vezi sa opcijama za kontracepciju žena zaraženih HIV-om moraju uzeti u obzir udobnost i sigurnost metode, efikasnost u sprečavanju trudnoće, prevenciju prenošenja HIV-a i drugih seksualno prenosivih infekcija (STI), te potencijalne interakcije sa antiretrovirusnim lijekovima i drugim supstancama.

Postoje čvrsti dokazi da upotreba kondoma od strane muškarca smanjuje rizik od prenošenja HIV-a, gonoreje, klamidije i herpes simpleks virusa. Stručnjaci procjenjuju da dosljedna upotreba kondoma od strane muškarca smanjuje rizik od prenošenja HIV-a za oko 80% do 90%. Međutim, mora se uzeti u obzir da je upotreba kondoma povezana sa relativno većom stopom trudnoće u odnosu na hormonske metode kontracepcije ili intrauterino sredstvo (IUD), s tim da je glavni razlog lošeg učinka kondoma nedosljedna upotreba. Što se tiče ženskih kondoma, iako su istraživanja oskudnija, postoje neki dokazi da oni pružaju efektivnu zaštitu od STI kod žena. Nažalost, ženski kondomi nisu dobro poznati, odnosno mnoge žene osjećaju nelagodu prilikom njihove upotrebe. Ipak, žene kojima se objasni upotreba ženskog kondoma i koje imaju priliku da vježbaju tehnike stavljanja i skidanja na modelu karlice vrlo će vjerovatno uspješno koristiti tu metodu i smatrati je poželjnom. Korištenje metoda dvojne zaštite — hormonske kontracepcije ili IUD za sprečavanje trudnoće te metode prepreke za prevenciju HIV-a i drugih STI — idealna je varijanta. Ginekolozi moraju oblikovati svoje poruke i savjete o kontracepciji tako da odgovore na želje i motivaciju konkretne žene. Davanje jasnih, pozitivnih i ohrabrujućih poruka ženama o dvojnim pozitivnim učincima dosljedne upotrebe kondoma te širokog izbora sredstava za kontracepciju može smanjiti mogućnost za prenošenje HIV-a i STI i za neplaniranu trudnoću. Pacijent bi trebao biti taj koji će konačno odabrati metodu kontracepcije.

Detaljan pregled kontracepcije kod žena zaraženih HIV-om objavljen je u kliničkim protokolima Svjetske zdravstvene organizacije za regiju Evrope.

Savjetovanje HIV+ žena prije oplodnje

Savjetovanje prije oplodnje trebalo bi pomoći ženama koje žive sa HIV-om da donesu odluke o svojoj plodnosti. Ono bi trebalo uključiti informacije o riziku od prenošenja HIV-a na nezaraženog partnera dok pokušava da zatrudni, o mogućim

³² Reproducirano iz kliničkih protokola za regiju Evrope SZO-a



posljedicama HIV-a na trudnoću, uključujući nepovoljne ishode trudnoće, o riziku od prenošenja virusa sa majke na dijete i rizicima i prednostima strategija za njegovo smanjenje, uključujući profilaksu sa antiretrovirusnim lijekovima, carski rez i hranjenje bočicom, kao i mogućim urođenim defektima kod novorođenčeta udruženim sa korištenjem određenih antiretrovirusnih lijekova. Postoje metode prirodne i medicinski potpomognute reprodukcije.

Prirodna i medicinski potpomognuta reprodukcija

Većina osoba koja živi sa HIV-om je u reproduktivnoj dobi i može poželjeti da ima dijete. Takve osobe bi trebale imati pristup istom savjetovanju i službama kao i svi drugi. Nema nikakvog razloga, čak ni u slučajevima kada je par neplodan, da se parovima sa HIV-om onemogući pristup tehnologiji reprodukcije.

Savjetovanje o reprodukciji za parove sa HIV-om

Ciljevi savjetovanja o reprodukciji za parove sa HIV-om uključuju:

- Smanjenje rizika od prenošenja na nezaraženog partnera kod parova sa različitim serostatusom, kao i na njihovo dijete
- Omogućavanje vršenja odabira reprodukcije na osnovu potrebnih informacija
- Informisanje parova o rizicima prenošenja HIV-a i šansama za trudnoću kako kod prirodnog, tako i kod medicinski potpomognutog začeća
- Pripremanje parova na psihološki učinak potpomognutog začeća, sa akcentom na:
 - dostupnost
 - trajanje tretmana
 - neuspjeh
 - logistiku
- Razgovor o mogućnosti usvajanja djeteta kod parova sa HIV-om
- Informisanje i savjetovanje parova o hepatitisu B (HBV) i C (HCV), uključujući rizike od polnog prenošenja (HBV) i vertikalnog prenošenja (HBV i HCV)



Plodnost

Žene

- Većina žena koja živi sa HIV-om ima menstrualne cikluse otprilike svakih 25–35 dana, ukazujući na mjesečnu ovulaciju.
- Do sada, učinak ART-a na plodnost nije istražen kod žena koje žive sa HIV-om.
- Lijekovi, uključujući metadon i psihoterapeutske lijekove, mogu doprinijeti menstrualnim poremećajima kod žena koje žive sa HIV-om.
- HIV ne mora uticati na reproduktivni potencijal žene, izuzev ako se žena nalazi u visokom stadiju imunosupresije i ako ispoljava simptome oportunističke infekcije. Ipak, plodnost žena zaraženih HIV-om manja je u odnosu na generalnu populaciju.

Muškarci

- HIV se može identifikovati u sjemenu muškarca koji živi sa HIV-om bez obzira na količinu virusa u krvi.
- Mnogi muškarci koji žive sa HIV-om imaju normalne nalaze sjemena na plodnost.
- Zdravi muškarci koji žive sa HIV-om imaju nalaze sjemena na plodnost slične onima kod HIV negativnih muškaraca, dok pacijenti sa AIDS-om imaju izrazito abnormalne nalaze sjemena.
- Neki antiretrovirusni lijekovi mogu uticati na spermatogenezu.
- Muškarci zaraženi HIV-om mogu iskusiti polnu disfunkciju, uključujući erektilnu disfunkciju.

Trajanje trudnoće i ishod

- Kod žena koje žive sa HIV-om postoji veći rizik od određenih nepovoljnih ishoda trudnoće (intrauterina retardacija rasta, prijevremeni porod, mala težina novorođenčeta itd.) nego kod HIV negativnih žena.
- Iako su podaci ograničeni, nekoliko studija je ukazalo na povećani rizik od spontanog pobačaja i mrtvorodenosti kod žena koje žive sa HIV-om.
- Učinci HIV infekcije na ishod trudnoće vjerovatno će biti izraženiji kod žena sa simptomatskom HIV infekcijom.
- Trudnoća ne utiče na progresiju bolesti HIV-a ili smrtnost.
- Trudnoća, po svemu sudeći, ne mijenja rizik od oportunističkih infekcija kod žena sa HIV-om.



Smanjivanje rizika od polnog prenošenja HIV-a za vrijeme oplodnje

Posebna podrška bi se trebala uzeti kao mogućnost za parove sa različitim serostatusom, a koji žele trudnoću:

Njima su potrebni savjetovanje i pomoć po pitanju reprodukcije kako bi se ograničio rizik od prenošenja HIV-a na nezaraženog partnera za vrijeme nezaštićenog polnog odnosa.

Iako su neki parovi sa različitim serostatusom inicirali trudnoću putem tajmiranog nezaštićenog polnog odnosa bez zaražavanja zdravog partnera, ova praksa nije sigurna, te se ne preporučuje.

Posebne metode pripreme i testiranja sperme mogu znatno umanjiti šanse za prenošenje HIV-a na partnericu. Parovi gdje su muškarci zaraženi, a koji žele dijete, trebali bi se upoznati sa tehnikama kojima će smanjiti rizik i da se ohrabre u tome da traže pomoć u institucijama koje mogu primijeniti najefektivnije metode pripreme sperme.

Pranje sperme i utvrđivanje HIV-a u sjemenu na osnovu viroloških pretraga

Pranje sperme može se obaviti u bilo kojoj laboratoriji koja pruža usluge asistirane reprodukcije neplodnim parovima.

Radi se o metodi obrade sjemena u tri koraka koja se sastoji od:

- 1) Gradijentnog centrifugiranja radi izolacije pokretnih spermatozoida i smanjenja broja potencijalno zaraženih nespermatozoidnih ćelija
- 2) Ponovljenog pranja preparata ćelija radi eliminacije virusa izvan ćelija
- 3) Spontane migracije kako bi se dobio alikvot pokretnih spermatozoida bez virusa.

Preporučuje se da se svi obrađeni uzorci prije oplodnje testiraju na HIV korištenjem tehnika lančane reakcije polimerazom. Detekcija HIV genoma u sjemenu zahtijeva posebnu tehničku opremu i vještine. Univerzalne procedure za kontrolu infekcije i posebna edukacija trebali bi se osigurati osoblju u laboratoriji kako bi se izbjeglo zaražavanje HIV-om prilikom rukovanja potencijalno zaraženim sjemenom.



Asistirane reprodukcije u slučaju HIV infekcije

Potrebni su i skrining na plodnost i dijagnoza i liječenje STI za oba partnera prije nego što se tehnologija asistirane reprodukcije bude mogla uzeti u obzir. Trebala bi se utvrditi istorija plodnosti, parametri vezani za HIV (uključujući broj CD4 i količinu virusa) i ART.

Osnovna procjena plodnosti uključuje kliničku evaluaciju ovulacije, hormonske parametre (folikulstimulirajući hormon /FSH/, lutemizirajući hormon /LH/ i prolaktin) i prohodnost jajovoda kod žena, te analizu sperme (broj, pokretljivost, progresija i morfologija) kod muškaraca.

Plodni parovi

Kod plodnih parova sa različitim serostatusom gdje je žena HIV pozitivna, vještačka oplodnja bi se trebala ohrabrivati. Kućno vještačko oplođavanje – unošenjem u vaginu sperme sakupljene u kondom nakon polnog odnosa koristeći jednostavnu špricu ili neko drugo čisto sredstvo, nakon savjeta o prepoznavanju i identificiranju plodnog perioda – može predstavljati način da se začne, a da se muški partner ne zarazi.

Veliki broj parova sa različitim serostatusom gdje je muškarac HIV pozitivan želi imati dijete. Ne postoji metoda bez rizika kojom će se osigurati sigurna oplodnja u ovoj situaciji. Međutim, primjena metode pranja sperme kako bi se smanjio nivo HIV-a u sjemenu omogućio je mnogim muškarcima koji žive sa HIV-om da postanu očevi seronegativne djece. Zapravo, sa opranom spermom koja je imala nedetektovanu količinu virusa postoji minimalan rizik od prenošenja HIV-a na partnerku i djecu.

Ako su i muškarac i žena HIV pozitivni, metoda pranja sperme opet se može primijeniti kako bi se ograničio rizik za ženu od HIV superinfekcije.

Neplodni parovi

Ako godinu dana nakon normalnih seksualnih odnosa izostane trudnoća, parovi se mogu uputiti na savjetovanje i liječenje neplodnosti. Metode asistirane oplodnje dostupne su u za to opremljenim centrima. Usvajanje djece takođe bi se trebalo uzeti kao mogućnost.



Antiretrovirusno liječenje za vrijeme trudnoće

Trebaju se poštivati sljedeći ključni principi antiretrovirusnog liječenja (prema smjernicama DHHS³³-a i Svjetske zdravstvene organizacije):

Prekoncepcija

- Izbor antiretrovirusnog režima za liječenje žena zaraženih HIV-om koje su u reproduktivnoj dobi mora uzeti u obzir efektivnost za liječenje bolesti u trudnoći i mogućnost da lijek postane teratogen ako do trudnoće dođe.
- Postizanje stabilne maksimalno supresirane količine virusa prije oplodnje preporučuje se ženama zaraženim HIV-om koje su na antiretrovirusnoj terapiji a žele da zatrudne.

Trudnoća

- Inicijalna evaluacija zaražene trudnice trebala bi uključiti procjenu statusa bolesti HIV-a i preporuke u vezi sa antiretrovirusnim liječenjem ili izmjenom trenutne antiretrovirusne terapije.
- O poznatim prednostima i potencijalnim rizicima uzimanja antiretrovirusnih lijekova za vrijeme trudnoće trebalo bi razgovarati sa svim ženama.
- Antiretrovirusna terapija ili antiretrovirusna profilaksa za prevenciju perinatalnog prenošenja HIV-a za vrijeme antepartum perioda trebala bi se preporučiti svim trudnicama koje su zaražene HIV-om, bez obzira na broj kopija HIV RNK u plazmi ili broj CD4 stanica.
- Zidovudin bi se trebao uključiti u antenatalni antiretrovirusni režim izuzev ako postoji izrazita toksičnost ili dokumentovana rezistentnost.
- Ako se HIV RNK detektuje, trebalo bi se obaviti testiranje rezistentnosti na antiretrovirusne lijekove.
- Važnost pridržavanja antiretrovirusnog liječenja ili terapije profilakse trebala bi se naglasiti.
- Koordinacija između službi za prenatalnu njegu i primarnu njegu i specijalističkih službi za HIV kao i službi za mentalno zdravlje i službi za liječenje zloupotrebe droga te javnih programa pomoći po potrebi, trebala bi se osigurati zajedno sa preporukom za antiretrovirusne lijekove u trudnoći.
- Praćenje trudnoće kod HIV+ parova je zahtjevno i kompleksno i u većim zajednicama, a u našoj posebno. Prevažiti prvo treba stigmatu i diskriminatornu praksu u našem okruženju, a zatim treba obezbijediti i timsko praćenje trudnoće: ginekolog, infektolog, specijalista za HIV, psiholog, pedijatar i šira društvena zajednica. Sve je to u praksi vrlo teško izvodivo.

33 Department of Health and Human Services – Ministarstvo za zdravstvene i humane usluge SAD-a

2





LITERATURA:

- Sherry L. Farr, Joan Marie Kraft, Lee Warner, John E. Anderson, Denise J. Jamieson. *The integration of STD/HIV services with contraceptive services for young women in the United States. Am.J.Obstet. Gynecol.* 2009; 201(2):142-145
- Farr L. S., Kraft J. M., Warner Lee, Anderson J. E., Jamieson D. J.: *The integration of STD/HIV services with contraceptive services for young women in the United States. Am.J.Obstet.Gynecol.* (2009). 201(2):142-145
- Kojic E.M., Wang C.C., Cu-Uvin S.: *HIV and menopause: a review. J Womens Health (Larchmt).* 2007 Dec; 16(10):1402-11.
- Godinjak Z.: *Disfunkcijska krvarenja iz uterusa/Reproduktivna endokrinologija žene/ KCUS. Sarajevo. 2004. Str. 213-221.*
- Godinjak Z.: *Menopauza/Reproduktivna endokrinologija žene. KCUS. Sarajevo. 2004. Str. 247-262.*
- CCO. *InPractice. Web site: <http://www.clinicalcareoptions.com>*
- *Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. Center for Disease Control and Prevention.*
- *A guide to the clinical care of Women with HIV 2005 edition. DHHS.*



Prevenција prenošenja HIV-a sa majke na dijete (PMTCT)³⁴

*Prof. dr Josip Begovac, Infektolog,
Klinika za infektivne bolesti „Fran Mihaljević“, Zagreb*



Principi njege

Klinička prevencija prenošenja HIV-a sa majke na dijete (PMTCT) trebala bi da bude dio kontinuirane njege za žene zaražene HIV-om i njihovu djecu. Službe koje se bave PMTCT-om trebale bi biti povezane sa drugim relevantnim vladinim i nevladinim službama koje djeluju u oblastima kao što su njega i liječenje HIV-a, reproduktivno zdravlje, pedijatrijska njega, liječenje ovisnosti o drogama, smanjenje štete, psihološka podrška, zaštita djeteta itd. Trudnice koje su intravenozni korisnici droga (IDU) trebale bi da imaju isti pristup zdravstvenim uslugama bez diskriminacije – uključujući antiretrovirusno liječenje (ART), izbor metode reprodukcije, PMTCT i porodijsku njegu – kao i trudnice koje ne koriste droge. Sva medicinska dokumentacija, bez obzira da li ona uključuje informacije o HIV-u, treba da se tretira u skladu sa odgovarajućim standardima povjerljivosti. Samo zdravstveni radnici sa direktnom ulogom u vođenju slučaja pacijenta ili klijenta treba da imaju pristup takvoj dokumentaciji, i to samo ako je zaista potrebno.

Sve veći broj žena koje žive sa HIV-om ostaju trudne i kod njihove novorođenčadi će postojati veliki rizik od sticanja HIV infekcije u maternici, za vrijeme poroda ili dojenjem. Bez intervencije, rizik od prenošenja HIV-a sa majke na dijete je 15-30% kod populacije koja ne doji; dojenjem se rizik povećava na 20-45%. Efektivne intervencije za prevenciju prenošenja HIV-a sa majke na dijete ne postoje. Tamo gdje su ove intervencije uveliko dostupne i gdje se koriste, zabilježena je stopa PMTCT-a od 1% ili 2%.

One uključuju:

- profilaksu antiretrovirusima (ARV) za vrijeme trudnoće, poroda i prvih sedmica života
- akušerske intervencije, uključujući carski rez prije početka trudova (PLCS)
- izbjegavanje dojenja



SZO propagira četverostepeni sveobuhvatni strateški pristup prevenciji HIV infekcije kod novorođenčadi i male djece:

- 1) primarna prevencija HIV infekcije
- 2) prevencija nenamjernih trudnoća kod žena zaraženih HIV-om
- 3) prevencija prenošenja HIV-a sa majke na novorođenče
- 4) liječenje, njega i podrška za majke zaražene HIV-om i njihove porodice

Kod neliječenih žena rizik od prenošenja vezan je za zdravlje majke, akušerske faktore i prijevremeni porod. Generalno, postoji tijesna linearna korelacija između količine virusa kod majke i rizika od prenošenja, ali su zabilježeni rijetki slučajevi prenošenja čak i kada je viremija u plazmi bila manja od 400 HIV RNK kopija/mL. Jedini akušerski faktori koji se dosljedno povezuju sa rizikom od prenošenja su način poroda, trajanje ruptur membrane i porod prije 32. sedmice trudnoće.

Inicijalna evaluacija trudnica u antenatalnim zdravstvenim ustanovama

Antenatalno savjetovanje o HIV-u i testiranje trudnica predstavlja efektivnu medicinsku intervenciju koja doprinosi smanjenju stope prenošenja HIV-a sa majke na dijete. Pored toga, ona je važna tačka ulaza za liječenje i njegu HIV-pozitivnih žena i njihove djece. Svrha testiranja na HIV je da se identificira svaka trudnica koja je zaražena HIV-om što je prije moguće kako bi se uveo paket intervencija za PMTCT i minimizirao rizik od prenošenja HIV-a na bebu za vrijeme trudnoće, poroda i postpartum perioda.

Testiranje na HIV bi trebalo da bude dobrovoljno, a ne prisilno. Žene bi trebale dati pismeni pristanak na test i biti u mogućnosti da ga odbiju. Testiranje bi trebalo da uključi obavezno savjetovanje.

Inicijalna procjena radi utvrđivanja HIV statusa trebala bi da uključi:

- savjetovanje prije testa
- serološko testiranje na antitijela HIV-a (tipično ELISA i/ili brzi testovi), nakon čega slijedi Western blot test za potvrđivanje ako je rezultat pozitivan
- savjetovanje poslije testa, uključujući informacije o smanjenju rizičnog ponašanja, bez obzira na rezultate

Kod žena zaraženih HIV-om, potrebna je dodatna evaluacija u saradnji sa specijalistom za HIV kako bi se odredio klinički stadij i izradila strategija za upravljanje PMTCT-om.



Među ključnim aspektima savjetovanja prije testiranja na HIV su identifikacija bilo koje vrste upotrebe droga (uključujući intravenoznu upotrebu droga) i evaluacija rizika od izloženosti žene HIV-u od strane spolnog partnera. Upotreba droga, a posebno ovisnost o drogama, mogu imati veliki utjecaj na trudnoću i razvoj fetusa, te iziskuju posebnu medicinsku pomoć za vrijeme trudnoće, poroda i postpartum perioda kako za majku, tako i za fetus/novorođenče.

Savjetovanje pacijenata

Nakon inicijalne evaluacije, trudnice koje su zaražene HIV-om trebale bi se savjetovati o sljedećim pitanjima ako su relevantna za njihovo stanje:

- upotreba kondoma radi prevencije spolnog prenošenja HIV-a i drugih STI
- rizik od prenošenja HIV-a na fetus/novorođenče i kako ga spriječiti
- rizici i prednosti ARV profilakse kao dijela strategije PMTCT-a
- rizici od perinatalnog prenošenja virusa hepatitisa B i C (HBV i HCV) i kako ih smanjiti
- rizici od perinatalnog prenošenja sifilisa, i potreba za liječenjem sifilisa, gonoreje i klamidije kako bi se smanjio rizik od prenošenja HIV-a
- učinak upotrebe droga na razvoj fetusa, uključujući sindrom apstinencije od droga i interakcije lijekova
- upućivanje na programe smanjenja štete i liječenja ovisnosti o drogama, uključujući supstitucijsku terapiju kada je potrebno
- implikacije različitih načina poroda za smanjivanje rizika od prenošenja HIV-a, uključujući prednosti i nedostatke carskog reza (CS), te upute za hranjenje novorođenčeta

Upravljanje PMTCT-om u antenatalnim zdravstvenim ustanovama i porodilištima

Randomizirani kontrolirani pokusi (RCT), otvoreni (engl. open-label) pokusi i opservacione studije dokazali su efektivnost ARV profilakse i carskog reza kod PMTCT-a.

- Pokazalo se da zidovudin (ZDV) koji se majci i novorođenčetu daje u ranoj fazi trudnoće, za vrijeme trudnova i poroda, te postpartum, smanjuje vertikalno prenošenje sa 25,5% na 8,3% kod populacije koja ne doji.



- Kod parova majki i djece koji uzimaju trojnu terapiju, uključujući inhibitor proteaze (PI), stopa MTCT-a može pasti na 0,9-1,3%.
- Zaštitna uloga carskog reza pokazana je kako u metaanalizitako i u randomiziranom kliničkom pokusu (RCT) prije rasprostranjene upotrebe kombinirane terapije u trudnoći.

Međutim, sve više opservacijskih podataka, koji ukazuju na vrlo mali nivo prenošenja kod žena na terapiji sa nedetektiranim količinama virusa koje imaju vaginalni porod, dovelo je do promjena u savjetovanju o metodi poroda.

- Ako se odluči da se uradi carski rez prije početka trudova radi sprečavanja prenošenja HIV-a, on bi se trebao uraditi u 38. sedmici trudnoće, u skladu sa najboljom kliničkom procjenom, dok bi se amniocenteza trebala izbjegavati.

Primjena ARV režima radi PMTCT-a trebala bi se razmotriti u konsultaciji sa službom za antenatalnu njegu i specijalistima za HIV. Paket intervencija za prevenciju kod trudnica trebao bi se bazirati na:

- potrebi za ART-om
- fazi trudnoće kod prezentacije
- nivou zdravstvene ustanove (primarna zdravstvena zaštita, specijalistički nivo)
- istoriji prethodne upotrebe ARV
- prisutnosti konkomitentnih bolesti ili stanja
- dostupnosti ARV

Za trudnice koje su zaražene HIV-om, stope PMTCT-a su iste i za one koje uzimaju droge i za one koje ne uzimaju.

Mogući scenariji za upravljanje PMTCT-om u službama za antenatalnu njegu i porodilištima

Većina HIV-pozitivnih trudnica može se svrstati u jednu od niže navedenih kategorija:

1. one kojima trenutno ne treba ART zbog njihovog zdravlja
2. one kojima treba ili kojima bi mogao trebati ART zbog njihovog zdravlja
3. one koje su počele sa primjenom ART-a prije trudnoće
4. one koje se ne prezentiraju do trudova

Liječenje u trudnoći sažeto je prikazano u tabeli 13., a detaljnije obrađeno u dijelu „Spolno i reproduktivno zdravlje žena koje žive sa HIV-om i AIDS-om“.



Intrapartum njega

Intravenozni ZDV (inicijalna udarna doza od 2 mg/kg intravenozno jedan sat, nakon čega slijedi kontinuirana infuzija od 1 mg/kg/sat do poroda) smatra se standardnim dijelom intrapartum njege u razvijenim zemljama. Međutim, intravenozni ZDV generalno nije dostupan u jugoistočnoj Evropi.

Žene koje su primile antepartum antiretrovirusne lijekove i postignuta je optimalna supresija virusa pred porod

Žene koje primaju antepartum kombinovanu antiretrovirusnu terapiju trebale bi da nastave, koliko je to moguće, sa istom propisanom terapijom za vrijeme intrapartum perioda, bez obzira na način poroda, kako bi se osigurao maksimalan virološki učinak.

Žene koje su primile antepartum antiretrovirusne lijekove, ali nije postignuta optimalna supresija virusa pred porod

Planirani porod carskim rezom preporučuje se ženama kojima je nivo HIV RNK >1000 kopija/mL blizu termina poroda. Ako intravenozni ZDV nije dostupan, oralni ZDV od 300 mg svaka tri sata do poroda trebao bi biti dio antiretrovirusne kombinacije.

Intrapartum/postpartum antiretrovirusni režim za žene bez antepartum antiretrovirusne terapije

Sve žene zaražene HIV-om koje nisu primile antepartum antiretrovirusnu terapiju trebale bi odmah primiti intravenozni ZDV (ako je dostupan) radi sprečavanja perinatalnog prenošenja HIV-a. Ako intravenozni ZDV nije dostupan, može se dati kombinacija oralnih lijekova: ZDV od 300 mg svaka tri sata do poroda, 3TC od 150 mg na početku trudova, a potom svakih 12 sati, i nevirapin (1 x 200 mg). Iako intrapartum/ neonatalni antiretrovirusni lijekovi neće spriječiti perinatalno prenošenje koje se dešava prije trudova, većina slučajeva prenošenja desi se pred ili za vrijeme trudova i poroda. Profilaksa se fetusu prije izlaganja može dati tako što će se majci dati lijek koji brzo prolazi kroz placentu i koji u fetusu proizvodi sistemski nivo antiretrovirusnog lijeka za vrijeme intenzivnog izlaganja HIV-u u majčinih genitalnim sekretima i krvi za vrijeme poroda. Generalno, ZDV i drugi NRTI lijekovi kao i NNRTI lijekovi dobro prolaze kroz placentu, ali to ne važi za inhibitore proteaze.



Prenošenje i način poroda

Planirani carski rez u 38. sedmici trudnoće preporučuje se ženama čiji je nivo HIV RNK >1000 kopija/mL pred porod (bilo da uzimaju antepartum antiretrovirusne lijekove ili ne), kao i ženama sa nepoznatim nivoom HIV RNK pred porod.

Nije jasno da li porod carskim rezom nakon rupture membrana ili pojave trudova pomaže u sprečavanju perinatalnog prenošenja. Liječenje žena koje su prvobitno bile planirane za porod carskim rezom, a koje prezentiraju rupturu membrana ili imaju trudove, mora se individualizirati prema trajanju rupture, progresiji trudova, nivou HIV RNK u plazmi, trenutnoj antiretrovirusnoj terapiji, te drugim kliničkim faktorima.

Ne postoji dovoljan broj podataka da bi se evaluirala potencijalna prednost poroda carskim rezom u smislu prevencije perinatalnog prenošenja kod trudnica koje uzimaju kombinaciju antiretrovirusnih lijekova sa nivoom HIV RNK <1000 kopija/mL u plazmi pred porod. Uzimajući u obzir nisku stopu prenošenja kod ove grupe, malo je vjerovatno da bi planirani porod carskim rezom dodatno utjecao na smanjenje prenošenja. Odluke treba da budu individualne i bazirane na razgovoru između akušera i majke.

Iako niti jedna kontrolirana studija nije evaluirala efikasnost antimikrobne profilakse konkretno za žene zaražene HIV-om koje se podvrgavaju planiranom porodu operativnim putem, profilaktička upotreba antibiotika u vrijeme poroda carskim rezom generalno se preporučuje.

Žene bi se trebale informisati o rizicima poroda carskim rezom; rizik za ženu trebao bi se uzeti u obzir zajedno sa potencijalnom koristi koja se očekuje za novorođenče.

Ako se ženi dozvoli da se porodi vaginalnim putem, trebalo bi, po mogućnosti, izbjegavati skalp elektrode i druge vidove invazivnog praćenja, kao i operativni vaginalni porod.



LITERATURA:

- *WHO Regional Office for Europe. Sexually transmitted infections/HIV/AIDS programme. Prevention of HIV transmission from HIV-infected mothers to their infants.*
- *In: HIV/AIDS protocols on treatment and care for the European Region. Copenhagen, 2007*
- *British HIV Association and Children's HIV Association guidelines for the management of HIV infection in pregnant women 2008. HIV medicine 2008;9: 452-502.*
- *Perinatal HIV Guidelines Working Group. Public Health Service Task Force recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1 infected women formaternal health and interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States. Web site: <http://aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/PerinatalGL.pdf>; datum pregledanja 29.4.2009.*
- *EACS guidelines November, 2009.*
- *Web site: <http://www.europeanaidscinicalsociety.org>*



Oralne manifestacije infekcije HIV-om³⁵

Dr. Marina B. Latković, Mr.sci.stom. Univerzitet u Beogradu

³⁵ Preuzeto iz: „Osnove HIV-a i AIDS-a za zdravstvene radnike u stomatološkoj službi“. (2009). Partnerstvo za zdravlje. Sarajevo.



Oralne manifestacije infekcije HIV-om su često prvi pokazatelj imunodeficijencije uzrokovane HIV-om. To je vrijedan dijagnostički i prognostički instrument. Dijagnoza oralnih manifestacija imunodeficijencije kod prethodno asimptomatičnih pacijenata označava prvu kliničku manifestaciju završne faze HIV-a i početak razvoja kliničkih simptoma AIDS-a.

Progresivno smanjenje broja CD4 limfocita, nakon kojeg nastupaju znaci poremećaja imuniteta, su osnovne imunološke promjene u progresivnoj infekciji HIV-om. Imunodeficijencija uzrokovana HIV-om se klinički manifestira prvo oportunističkim infekcijama, što predstavlja limfotropni virus, i proliferacijom ćelija, što dovodi do oportunističkih karcinoma. Kao posljedica imunodeficijencije mogu se pojaviti druge popratne infekcije.

Vrste oralnih manifestacija infekcije HIV-om

Oralne manifestacije kod osoba koje žive sa HIV-om su od velike važnosti u stomatologiji. Ove infekcije se rijetko pojavljuju kod zdravih osoba, ali su relativno česte kod osoba koje imaju AIDS. Kada se pojavljuju kao oportunističke infekcije HIV-a i AIDS-a, otporne su na terapiju, što inače nije slučaj. Čim se uoči otpornost na terapiju, pacijenta treba uputiti na testiranje.

Gljivične infekcije

- Kandidijaza (*Candida albicans* i druge porodice gljivica)
 - pseudomembranozna
 - eritemska
 - hiperplastična
- angulusni heilitis
- Histoplazmoza (*Histoplasma capsulatum*)
- Kriptokok (*Cryptococcus neoformans*)
- Geotrichum (*Geotrichum candidum*)



Bakterijske infekcije

- HIV nekrotični gingivitis
- HIV gingivitis
- HIV parodontitis
 - Uzročnici:
 - *Mycobacterium avium intracellulare*
 - *Klebsiella pneumoniae*
 - *Enerobacterium cloacle*
 - *Escherichia coli*
- Aktinomikoza (*Actinomyces israelii*)
- Sinusitis
- Egzacerbacija apeksnih parodontitisa

Virusne infekcije

- Herpes simplex virus
- Cytomegalovirus
- Epstein - Barr virus (dlakava leukoplakija)
- Varicella - zoster virus (herpes zoster - varičela)
- Humani papilloma virus (*verruca vulgaris, condyloma acuminatum*) (fokalna epitelijalna hiperplazija)

Neoplazma

- Kapošijev sarkom
- Skvamozni stanični karcinom
- Ne-Hodgkinov limfom

Neurološki poremećaji

- Trigeminalna neuropatija
- Facijalna paraliza



Promjene nepoznate etiologije

- Rekurentni aftozni ulceri
- Progresivni nekrotični ulceri
- Idiopatska trombocitopenija
- Uvećanje žlijezda slinovnica
- Kserostomija
- Melaninska hiperpigmentacija

Oportunističke infekcije kod HIV pozitivnih pacijenata su najčešće posljedica reaktivacije endogenih infekcija zbog postojeće imunodeficijencije, a tipovi oportunističke infekcije ovise o prethodno postojećim mikroorganizmima. Ova grupa uključuje tipične unutar stanične patogene, kao što su Herpes virusi (HSV, EBV, CMV), *Candida albicans*, koja se nalazi u fiziološkoj mikroflori usne šupljine.

Oportunističke infekcije uglavnom se pojavljuju u svojoj najgoroj fazi, što se rijetko događa kod zdravih osoba.

Nalazi istraživanja oralnih manifestacija kod HIV pozitivnih osoba

Literatura je pokazala da se HIV infekcija manifestira prvo na desnama i parodontumu.

Obično je prvi znak imunodeficijencije kod osoba koje žive sa HIV-om pojava kandidijaze, koja je vrlo česta kod HIV pozitivnih osoba.

HIV gingivitis

Počinja crvenim pojasom po rubu gingiva, tačkastim eritemom stabilnih desni kod pacijenata sa odličnom oralnom higijenom. Do krvarenja dolazi spontano ili na minimalni nadražaj.



HIV parodontitis

Ovo stanje slijedi nakon gingivitisa. Kod nekih osoba koje žive sa HIV-om parodontitis se pojavljuje odmah. Kliničku sliku definira izražena i progresivna recesija gingive, destrukcija kosti, izražena bol. Rasklimavanje i gubitak zuba je uobičajena posljedica. Ovi pacijenti ne reaguju na konvencionalnu terapiju i promjene su agresivnije izražene nego kod imunološki stabilnih osoba.

Pseudomembranski tip oralne kandidijaze

Ovo je najuobičajeniji tip kod HIV pozitivnih osoba, a karakterizira ga prisustvo bijelog ili žućkastog sloja na crvenim ili normalno obojenim mikoza. Struganjem sloja ukazuje se krvava sluznica. Pseudomembranska kandidijaza može se uočiti na bilo kojem dijelu oralne sluznice, ali je najčešća na lingvalnoj, bukalnoj i labijalnoj sluznici, kao i na stražnjoj strani jezika.

Eritemska kandidijaza

Rijetka je, karakterizira je crvena, pljosnata diskretna lezija na dorsalnoj površini jezika ili na mekom nepcu. Ako je na dorsalnoj strani jezika, mogu se uočiti eritemske lezije sa mnogim nitastim bradavicama.

Hiperplastična kandidijaza

Najrjeđi tip. Karakteristično za bijeli plak, koji se ne može ukloniti struganjem. Lokacija hiperplastične kandidijaze je bukalna sluznica. Nasuprot toga, lokacija hiperplastične kandidijaze za nekog ko nije HIV pozitivan je na komisurama usana. Međutim, kod osoba koje žive sa HIV-om rijetko se pojavljuje na usnama.

Angulus heilitis

Ovo je lezija koju karakteriziraju radijalno raspoređene fisure na uglovima usana, često prekrivene bijelim plakom.



Dlakava leukoplakija

Ovo je bitna oralna manifestacija infekcije HIV-om. Klinički izgleda kao bijeli sloj na lateralnim stranama jezika, lokalizirana bilateralno. Lezija može biti mala sa prugicama i ima tendenciju širenja i prekrivanja dorsalne strane jezika, tako da se stvara pahuljasta, bijela površina slična tepihu. Subjektivno pacijenti ovo stanje opisuju kao da u ustima imaju komad vate.

Herpes simplex virus (HSV1)

Osobe koje žive sa HIV-om mogu imati hroničnu infekciju HSV, što zasigurno nije slučaj kod imunološki stabilnih osoba. Klinički, lezije izgledaju drugačije u smislu stvaranja ulcera zbog povećane agresije prouzrokovane HIV infekcijom.

Kapošijev sarkom (KS)

Ovo je najznačajnija manifestacija HIV-a. Kapošijev sarkom se najčešće pojavljuje na koži i/ili u usnoj šupljini. Oralne lezije mogu imati oblik crvenih tačaka u ranoj fazi, koje zatim postaju tamno crvene, krvave, ispupčene i često sa ulcerima ili režnjicima. Često se događa kod pacijanata koji su se zarazili HIV-om putem seksualnog kontakta, a posebno kod muškaraca koji imaju seks sa muškarcima.



Slika 53.

Kapošijev sarkom (Kaposi's sarcom)

Fotografija zahvaljujući:

©Centers for Disease

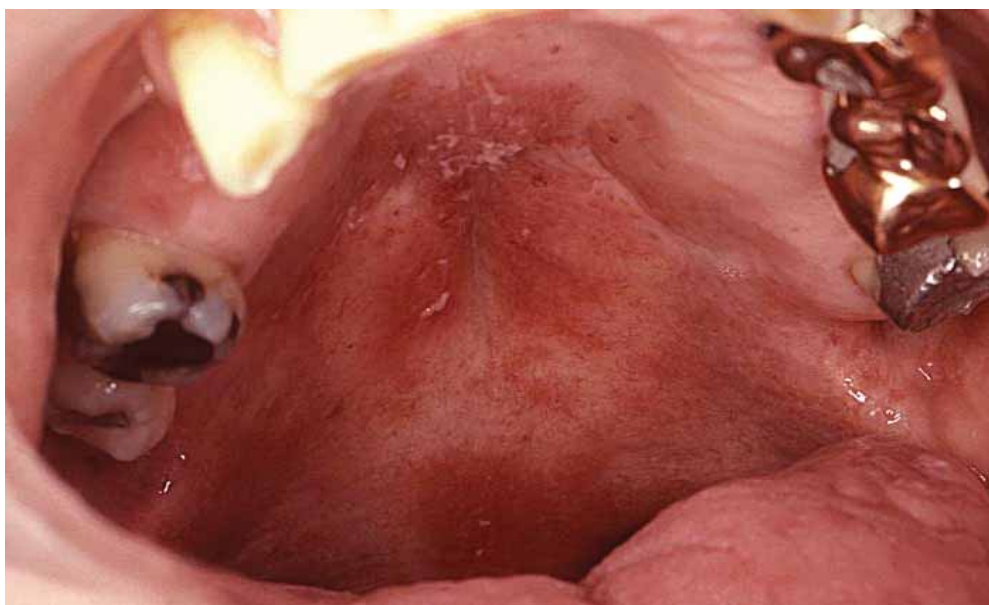
Control and Prevention's



Slika 54 i slika 55.

Pseudomembranous candidiasis

fotografije zahvaljujući: ©Centers for Disease Control and Prevention's



Slika 56 i slika 57.

Oralna kandidijaza

fotografije zahvaljujući: ©Centers for Disease Control and Prevention's



Slika 58.

Umjereno napredna lezija kapošijevog sarkom na nepcu

fotografija zahvaljujući: ©Centers for Disease Control and Prevention's



Slika 59.

Kapošijev sarkom na gingivama

fotografija zahvaljujući: ©Centers for Disease Control and Prevention's



Slika 60.

Labijalni i gingivalni Kapošijev sarkom

fotografija zahvaljujući: ©Centers for Disease Control and Prevention's



Slika 61.

Oralna lezija Kapošijevog sarkoma prekrivena kandidijazom

fotografija zahvaljujući: ©Centers for Disease Control and Prevention's



Slika 62.

Candida albicans

fotografija zahvaljujući: ©Centers for Disease Control and Prevention's



Slika 63.

Kultura Actinomyces sp., gram-pozitivnog oportunističkog patogena

fotografija zahvaljujući: ©Centers for Disease Control and Prevention's



LITERATURA:

- Jevtović Dj., *HIV infekcija; Acta Clinica, br. 1, Vol.1, 2001.*
- Barr Marder, *AIDS, a guide for dental practice, Quintessence books, 1984.*
- Gaverthuel T., Gotsch T., Luthy R., *Gingivite/Parodontite HIV en cabinet dentaire, RMSOS. 1989. 2: 195-98.*
- Silverman S., et al, *Oral findings in people with or a high risk for AIDS, JADA 1986. 112: 187-192.*
- Greenspan D., Geenspan J., Pndborg J.J., Schiodt M., *AIDS and the dental team, Copenhagen, Munksgard, 1986.*
- Jevtović Dj., *Prognostički značaj pojedinih oportunističkih infekcija na razvoj HIV bolesti, doktorska disertacija, 1992.*
- Pindborg J.J., *Classification of oral lesions associated with HIV infection, Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. , 1989. 67: 292-295.*
- Greenspan D., Geenspan J., Pndborg J.J., Schiodt M., *AIDS and the Mouth Munksgard, Copenhagen, 1990.*
- Grassi M., Winkler J.R., *Parodontale Manifestationen von HIV infektionen, Philip J 3, 1988. 129-136.*
- <http://www.cdc.gov/oralHealth/InfectionControl/guidelines/ppt.htm>
- Marina Latković-Golubović, Ranko Petrović, Miloš Stojanović, *Prevenција HIV infekcije u stomatološkoj praksi, 2002. (brošura)*
- *Oralni pokazatelji: uzeto sa: <http://www.iasusa.org/pub/topics/2005/issue5/143.pdf>*
- Čardaklija Zlatko, (et.al.), *Dobrovoljno povjerljivo savjetovanje na HIV Protokol, Partnerstvo za zdravlje, 2008.*
- *WHO Europe, HIV/AIDS treatment and care, Clinical Protocols for the WHO European region, Denmark, str. 470.*



Stavovi, stigma i diskriminacija

*Remzija Šetić, dipl. psiholog, JU Dom zdravlja Kantona Sarajevo, CMZ Ilidža
Danijela Ovčina, dipl. med. Sestra, JU Dom zdravlja Kantona Sarajevo, POM Ilidža*



Svjedoci smo izraženih predrasuda i stigmatizacije vezane uz HIV i AIDS. Stigma i diskriminacija vezani uz HIV i AIDS nisu novi fenomeni, univerzalni su u svim zemljama svijeta. Stigma i diskriminacija su najčešći problem u sprovođenju preventivnih programa. Da bismo razumjeli stigmom i diskriminaciju potrebno je da poznamo osnovna saznanja o stavovima. Mnogi istraživači stavove vide kao najznačajniji i prijeko potreban pojam u socijalnoj psihologiji. Razlog je potpuno razumljiv jer u svim aspektima našeg života od presudne je važnosti stav ljudi o određenim društvenim dešavanjima i njihov odnos prema tome. Od stava ljudi zavisit će i njihovo ponašanje prema određenom predmetu stava, što je od izuzetne važnosti u pripremi i provođenju preventivnih programa u bilo kojem području našeg života. Svakodnevno smo izloženi promotivnim kampanjama koje pokušavaju da utiču na naš stav, odnosno da formiramo pozitivan stav o nečemu (prehrana, odjevanje, stil života, politika, itd.). Neslaganja oko ličnih stavova su dokaz jake emotivne osnove našeg stava. Posebno je važno znati da se ljudi značajno razlikuju u stavovima prema istim objektima ili osobama. Ovo su razlozi zbog čega su stavovi važni za razumjevanje stereotipa i predrasuda. Naime, poznavanjem stavova možemo objasniti i predvidjeti određena ponašanja.

Značaj poznavanja stavova o određenim pitanjima vezanim za zdravlje ljudi sa aspekta zdravstvene psihologije može imati veliku aplikativnu važnosti. Postojeća veza medicine i psihologije svakodnevno jača zbog zajedničkog predmeta zanimanja, a to je čovjek, i zbog obezbjeđivanja cjelovitog pristupa čovjeku. Medicina je više usmjerena na organska stanja i bolesti (simptom), dok se psihologija bavi psihičkim karakteristikama i ponašanjem. Zbog toga je nastao biopsihosocijalni model u shvatanju zdravlja i bolesti. U osnovi biopsihosocijalnog modela je shvatanje da su zdravlje i bolest posljedica interakcije bioloških, psiholoških i socijalnih faktora. Prema Havelki³⁶ (1998) jedan od problema savremene medicine je u promjenama oboljevanja stanovništva. Naime, medicina je bila uspješna u liječenju zaraznih oboljenja (vakcinacija kao vid prevencije), dok se u današnje vrijeme medicina suočava

³⁶ Havelka M.(1998), Zdravstvena psihologija, Naklada Slap.

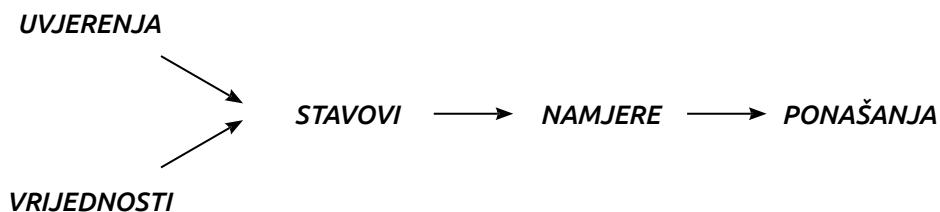


sa složenim oboljenjima, kao što je HIV i AIDS, u čijem nastajanju nije samo zarazni uzročnik već nastaju međusobnim djelovanjem mnogobrojnih uzročnika, od kojih su od izuzetne važnosti psihološki i socijalni faktori. Jedan od glavnih uzroka niza savremenih oboljenja je stil života. Stil života određuju naša uvjerenja, vjerovanja i na kraju stavovi. Stil života je od presudne važnosti u prenosu HIV infekcije. To je razlog zbog kojeg imamo rizične grupe i pojedince za HIV infekciju (osobe koje injektiraju droge, seksualni radnici/radnice, muškarci koji imaju seks sa muškarcem, osobe koje učestalo mjenjaju seksualne partnere, osobe sa psihičkim poremećajima, itd.). Savremena medicina niti ijednu bolest nije otklonila liječenjem, već prevencijom. Prevencija u medicinskom smislu je uspješna ukoliko imamo adekvatnu vakcinaciju koja sprječava nastanak bolesti. U svim drugim slučajevima preventivni programi se oslanjaju, ne samo na medicinske postupke, već i na socijalne i psihološki važne momente u nastanku oboljenja. Zbog toga danas se i preferira multidisciplinarni pristup u svim oblastima zdravstvene zaštite i preventivnim postupcima (primarna, sekundarna i tercijarna prevencija).

Šta su to stavovi?

Prema Penningtonu (1996) problem davanja dobre, jasne i korisne definicije stava proizilazi iz dvije stvari: a) riječ „stav“ koristi se na izrazito raznolik i dvosmislen način u svakodnevnom jeziku; b) stav je „konstrukt“ koji se koristi da bi se uputilo na određene mentalne procese neke osobe. Postoji veliki broj definicija stavova, ali Pennington (1996) smatra da Newcomb-ova definicija (1950) obuhvata temeljno gledište i definiše stav kao **„naučenu sklonost reagiranju na dosljedno povoljan ili nepovoljan način s obzirom na dani objekat“**. Prema Petz-u i saradnicima³⁷ (1998) **stavovi su stečena, relativno trajna i stabilna organizacija pozitivnih ili negativnih emocija, vrednovanja i reagovanja prema nekom objektu**. Predhodno navedene definicije obuhvataju četiri važna momenta za razumjevanje stavova: a) stavovi se stječu iskustvom, b) navode ljude na određeno reagiranje ili ponašanje, c) imaju karakteristiku dosljednosti, i d) karakteristika pozitivnog/povoljnog ili negativnog / nepovoljnog odnosa prema nekom objektu. U skladu sa predhodno navedenim jasno nam je da stav ima svoju strukturu. Svaki stav ima kognitivnu komponentu (uvjerenja i sudovi), emocionalnu (osjećajnu, ili evaluativnu u smislu dobro/loše) komponentu i konativna ili akciona komponenta koja nas navodi na ponašanje. U skladu sa tim Pennington (1996) daje šematski prikaz strukturalne analize stavova koja pokazuje vezu između uvjerenja, vrijednosti, namjera i ponašanja, slika 1.

³⁷ Petz B i saradnici (1992), Psiholojski rječnik, Prosvjeta Zagreb.



Grafikon 3. Šematski prikaz strukturalne analize stavova.

Uvjerenje je **znanje** koje imamo o svijetu (ljudima i stvarima) i koje varira prema tome koliko nam je važno to znanje. Npr. vjerovanje u Boga predstavlja središnje uvjerenje koje utječu na puno uvjerenja koja ta osoba ima o svijetu. Središnja uvjerenja utječu na našu kognitivnu strukturu i određuju je, a periferna uvjerenja nemaju utjecaj šireg dosega na naše promišljanje svijeta (Rokeach, 1968). Središnja uvjerenja otpornija su na promjenu nego periferna uvjerenja.

Vrijednosti predstavljaju etička načela, kulturalne i društvene norme. Pored uvjerenja o svijetu imamo i vrijednosti koje se tiču života, stila života, ponašanja u vezama, itd. Vrijednosti također mogu biti središnje i periferne, stoga su vrijednosti vrlo otporne na promjenu. Uvjerenje predstavlja ono što mislimo i znamo o svijetu, a vrijednosti predstavljaju ono što doživljavamo, emotivno, o svijetu.

Objekti stava mogu biti objekti iz psihološkog i socijalnog svijeta (općenito HIV i AIDS). Stavovi se formiraju na osnovu iskustva neposrednim ili posrednim kontaktom i u interakciji sa socijalnom sredinom. Jednom formirani stavovi su otporni na promjene, **ali se mjenjaju pod utjecajem novih iskustava**. Za formiranje stava jako je bitan prvi utisak koji može biti trajan (mitovi o prenosu HIV-a). Prvi utisak može da odredi kako ćemo se ponašati prema određenim stvarima i osobama zauvijek. Tako npr. ako dobijemo pogrešne informacije o HIV i AIDS-u naše emocije i ponašanja bit će u skladu sa tim. Naše vjerovanje, da nam se HIV ne može desiti, može dovesti do osuđivanja onih kojima se desio, što prate negativne emocije i ponašanja koja mogu diskriminirati osobe koje žive sa HIV-om. Također, nedovoljna svjesnost o HIV-u može smanjiti značaj samozaštite i prevencije HIV-a. Zapravo, stavovi dovode do različitih očekivanja i može se pretpostaviti da u preventivnom smislu različita očekivanja značajno mogu da poboljšaju i/ili pogoršaju trenutno stanje. Očekivanje je prema Petz-u i saradnicima (1998) hipotetsko stanje organizma, vrsta stava ili seta, koje je izraz iskustvom oblikovanog predviđanja da će se nešto dogoditi. Praktično, ako očekujemo da bi nam se nešto moglo dogoditi onda smo svjesni svih okolnosti koje



prate mogući događaj. Tako ako smo stava da se HIV može desiti svakom, tada ćemo preduzimati sve radnje samozaštite da nam se to ne desi, ili suprotno od toga ako smo stava da nam se HIV ne može desiti.

Iz predhodno navedenog možemo naći vezu kako formiramo pozitivan i negativan stav. Podsjećamo da je stav „naučena sklonost reagiranju na dosljedno povoljan ili nepovoljan način s obzirom na dani objekat“, pa tako **pozitivan stav** uključuje tendenciju da se objekat stava podrži, pomogne i zaštiti, a **negativan stav** da se izbjegava, onemogući ili napadne.

Usvojeni stavovi selektivno djeluju na percepciju, nove informacije i pamćenje. Ako osoba ima negativan stav o HIV i AIDS-u onda se može pretpostaviti da se stvara otpor prema informacijama koje ukazuju na drugačije. Negativnim stavovima smanjuje se svijest o HIV i AIDS-u i umanjuje se značaj preventivnog rada. Na kraju rezultat negativnih stavova, odnosno predrasuda o HIV i AIDS-u je stigmatizacija. Znanje (uvjerenje) o nekom objektu stava može utjecati na promjenu stava ali to uvijek nije slučaj jer tu veliki utjecaj imaju vrijednosti koje osoba ima.

Predrasude (Petz i saradnici, 1998) su stavovi i mišljenja o nekim idejama, ljudima ili grupama ljudi, koji su češće negativni nego pozitivni, a stvoreni su prije ili mimo posjedovanja objektivnih podataka o predmetu stava. (Podsjećamo da smo ranije govorili o prvom utisku kod formiranja stavova.) Predrasude su uglavnom generalizirani stavovi, koji ne uzimaju u obzir *individulane razlike*, a nazivaju ih i socijalnim stereotipima. Rezultat predrasuda (negativnih stavova o HIV-u) je diskriminacija, odnosno stigmatizacija.

Diskriminacija (Secord i Backman, 1964) je nepravedan postupak prema pojedincima za koje se smatra da pripadaju određenoj društvenoj grupi. Diskriminacija je posljedica predrasudnih stavova. Ponašanje koje proizilazi iz predrasudnih stavova poprima raznolike oblike što rezultira različitim postupcima. Postupci mogu biti blagi, kao što je slučaj kod predrasudnog razgovora i izbjegavanje nekih ljudi, do ekstremnih, kao što je slučaj kod masakra, ubistava i progona.

Diskriminacija se javlja kad se pojedinci ili grupe tretiraju na drugačiji način ili nepravedno usljed stigmatizirajućih stavova. To se odnosi na bilo koju vrstu distinkcije, restrikcije ili ekskluzije (razlikovanja, ograničenja ili isključenja) koja pogađa neku osobu usljed neke inherentne lične karakteristike. Diskriminacija se može pojaviti u obliku akcija, načina tretiranja, ponašanja, kao i politike, a uvijek urušava osnovna individualna ljudska prava.



Diskriminacija može biti direktna ili indirektna. **Direktna diskriminacija** znači da se neko tretira s manje naklonosti jer posjeduje izvjesnu karakteristiku nego što bi se tretirao neko ko nema tu karakteristiku. **Indirektna diskriminacija** znači utvrđivanje, bez razumnog opravdanja, uslova ili zahtjeva koji bi bili složeniji za ispunavanje od strane osoba sa izvjesnom karakteristikom nego za one koji je nemaju.

Predrasude i stigma vezani uz HIV i AIDS

Kao što smo rekli svjedoci smo izraženih predrasuda i stigmatizacije vezane za HIV i AIDS. Stigmu i diskriminaciju izazvale su razne pojave kao što su: *nedostatak razumjevanja bolesti, mitovi o prenosu virusa, društveni strahovi vezani za seksualnost, negativno medijsko praćenje epidemije, činjenica da je HIV neizlječiv, strahovi zbog smrti, itd.*

Prema dosadašnjim iskustvima u radu sa osobama koje žive sa HIV-om, u BiH i u cijelom svijetu, pokazalo se da veliki problem predstavljaju negativni stavovi, odnosno stigmatizacija vezana uz HIV i AIDS, a samim tim stigmatizacija osoba koje žive sa HIV-om.

Stigmatizacija je opisana od strane sociologa Erwinga Goffmana (1963), kao proces diskreditacije pojedinca koji se smatra „abnormalnim“ ili „devijantnim“. On (ona) je reduciran(a) na samo tu karakteristiku u očima drugih ljudi.

Stigmatizirati znači otvoreno optužiti ili osuditi pojedinca, žigosati ga kao nepoželjnog ili nekog ko bi trebao da se srami. Stigmatizacija vezana uz HIV i AIDS odnosi se na svako nepoželjno ponašanje, stavove pojedinaca i cijelog društva, usmjereno prema osobama za koje se smatra da su oboljele od HIV i AIDS-a, ali i prema njihovim porodicama, rodbini, prijateljima, itd.

HIV i AIDS stigmatizacija proizilazi iz postojećih predrasuda vezanih za seksualnu orijentaciju, spolno ponašanje, intravensko korištenje droga koji i jesu putevi prenošenja HIV-a. HIV infekcija produbljuje već postojeće socijalne nejednakosti, a posebno one vezane uz spol, seksualnu orijentaciju, i sl.

Stigmatiziranje drugih oslobađa nas odgovornosti da se suočimo, odnosno da se bavimo, tom osobom jer je stigmatizirana osoba „prognana“ iz društva. Pored toga, stigmatiziranje drugih osoba čini da se osjećamo oslobođeni naše vlastite odgovornosti za rizično ponašanje. Pošto neka osoba nije „ovisnik o drogi“, „prostitutka“ ili „homoseksualac“ ona vjeruje da ne može dobiti HIV jer ne pripada



ovim grupama. Ova osoba možda neće prepoznati svoje vlastito rizično ponašanje. Time što smatra ove grupe ljudi onima koje dobivaju HIV, ova osoba ne brine o tome hoće li sama dobiti HIV.

Stigma je određena *socijalnim kontekstom*, a ne samo karakteristikama nekih ljudi. Stigmatizacija se dešava zbog nesretne okolnosti posjedovanja neke osobine koja, u datom socijalnom kontekstu, vodi do devalvacije, tj. gubitka vrijednosti. Što je više neka osoba istaknuta veće su negativne posljedice stigme za pojedinca i društvo.

Osobe koje žive sa HIV-om imaju iskustva fizičke i socijalne izolacije (odvajanje odječe i smanjenje socijalne interakcije), doživljavaju ogovaranja, širenje glasina, prozivanje i voajerizam, gubitak prava, statusa i moći donošenja odluka u domaćinstvu i zajednici, kao i gubitak pristupa resursima kao što su stanovanje i zaposlenje.

Osobe koje žive sa HIV-om personaliziraju negativno viđenje sebe, što vodi do osjećaja krivice, samo-okrivljavanja, inferiornosti, samo-izolacije, očaja, gubitka nade i napuštanja želje prema životu.

Oni koji su u vezi sa osobama koje imaju HIV i AIDS, imaju iskustvo sekundarne stigme u istim oblicima kao i kod primarne stigme. To se najjače osjeća među članovima porodice, djecom, pružaocima njege i prijateljima.

Diskriminacija osoba koje žive sa HIV-om ili imaju AIDS je prisutna u svim oblastima života. Stigmatizacija osoba koje žive sa HIV-om ili koji su oboljeli od AIDS-a mnogo je veća nego stigmatizacija vezana uz druge životno ugrožavajuće bolesti. Bolesti koje su visoko stigmatizirane imaju neke zajedničke odlike:

- bolesna osoba se smatra odgovornom za dobivanje bolesti,
- bolest je progresivna i neizlječiva,
- šira javnost malo zna o bolesti i simptomi bolesti ne mogu se sakriti.

HIV infekcija se dobro uklapa u predhodno navedeno, pa tako često:

- osobe sa HIV i AIDS-om se krive zbog infekcije, moralno se osuđuju zbog njihova životnog stila i ljudi vjeruju da se HIV može izbjeći donošenjem boljih moralnih odluka,
- HIV se može liječiti ali je bolest progresivna i neizlječiva,
- način prenošenja HIV-a je slabo poznat javnosti i ljudi se osjećaju ugroženima u prisustvu osoba koje žive sa HIV-om,
- u naprednoj fazi bolesti, simptomi AIDS-a se teško prikrivaju, kao i neki popratni efekti antiretroviralnog liječenja.



Posebna pažnja se treba posvetiti fenomenu dvostruke stigma koja se povezuje sa HIV-om i AIDS-om i problemima mentalnog zdravlja, ali i drugim udruženim problemima ove dvije pojave kao što su siromaštvo, socijalna izolacija, itd. Pojava dvostruke stigma ima negativan uticaj na napore koji se ulažu u prevenciju i zaštitu. Ona stvara sredinu u kojoj ljudi nerado dolaze na testiranje, i ima snažne psihološke posledice za one koji su HIV-pozitivni kao i za one koji imaju problem sa mentalnim zdravljem, povećavajući socijalnu izolaciju i druge problem. Borba protiv stigme i diskriminacije u okviru sistema zdravstvene zaštite i u široj zajednici je neophodan dio prevencije HIV-a i zdravstvene zaštite.

Stigmatizacija osoba koje žive sa HIV-om dovodi do neosjetljivosti zajednice na taj problem i zabrinutost osoba koje žive sa HIV-om vezano za to pitanje. Stigmatizacija je glavni uzrok problema u pružanju usluga osobama koje žive sa HIV-om na bilo koji način. Ona je prisutna od zdravstvenih ustanovama, preko svih drugih javnih i privatnih službi. Stigma vezana za HIV i AIDS značajno utječe na pitanja vezana za testiranje. Zakašnjela testiranja utječu na dalju transmisiju bolesti, ali i na ranije traženje pomoći i liječenje, te poboljšani ishod bolesti.

Neka od ponašanja i prakse koja su diskriminatorna u zdravstvenim ustanovama uključuju:

- Objavljivanje pacijentovog HIV statusa obilježavanjem kartona.
- Zahtijevanje testiranja kao uslov za pružanje usluga.
- Prenošanje rezultata testa rođacima i ostalom osoblju bez pristanka pacijenta.
- Korišćenje rukavica kod rutinskih pregleda na osobama za koje se sumnja ili je potvrđeno da su HIV pozitivni (mjerjenje pulsa, mjerjenje krvnog pritiska, pregled abdomena), ili ispoljavanje neugodnosti.
- Karanten osoba sa HIV-om.
- Izražavanje ličnih vrijednosti (moraliziranje) kao pravilnih ili pogrešnih u vezi sa izborom stila života i seksualne opredjeljenosti ili aktivnosti.
- Ne davanje raspoloživih informacija o opcijama tretmana ili načinima da se živi pozitivno onda kad je HIV status potvrđen.
- Odbijanje da se radi zajedno sa kolegama za koje se zna da su inficirani HIV-om.
- Umanjivanje kvaliteta njege za osobe koje traže podršku.
- Slanje verbalnih i neverbalnih poruka koje mogu ukazivati na stigmatizaciju osoba koje žive sa HIV-om.



Uloga zdravstvenog radnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti je da pruži najbolju moguću njegu za sve pacijente bez obzira ko su, od čega boluju, kakav način života vode, koje je njihovo sex.opredjeljenje, itd. Važno je da zdravstvene ustanove budu otvorene i da prihvataju sve ljude bez obzira na njihov HIV status, da pružaju sigurno okruženje bez osude. Zdravstvene ustanove su mjesta gdje se iskazuje profesionalizam, povjerenje i poštovanje prema pacijentima. Stavovi i vrijednosti su veoma lične prirode. Svaka osoba ima svoja vlastita uvjerenja i vrijednosti koje treba poštovati. Zdravstveni radnik u profesionalnom smislu, a ne u ličnom, može utjecati na promjene tih uvjerenja i vrijednosti samo ako doprinose unaprijeđenju zdravlja.

Stigmatizacije vodi povredama osnovnih ljudskih prava i izaziva veliku patnju i bol osobama za koje se smatra da su HIV pozitivne, ali i njihovoj užoj i široj zajednici.

Primjeri stigmatizacije i diskriminacije

U svom svakodnevnom radu profesionalci angažovani u oblasti HIV-a i AIDS-a susreću se mnogim primjerima diskriminacije osoba koje žive sa HIV-om. Diskriminacija je prisutna u svim sverama društvenoga života pojedinaca, od porodičnog okruženja, posla, šire zajednice, medija, itd. Društvena reakcija često se ogleda kao poricanje problema i odbacivanje oboljelih. Zbog predrasuda se počinu i nasilje nad osobama koje se povezuju sa HIV-om i AIDS-om. Tako prema UNAIDS-u (2004) napadi na navodne homoseksualce povećala se u mnogim dijelovima svijeta, a ubistva povezana sa HIV-om i AIDS-om prijavljivana su u zemljama poput Brazila, Kolumbije, Tajlanda, Indije, Južne Afrike, Etiopije, itd. U zemljama u razvoju posebno je izražena diskriminacija prema ženama. Sada ćemo vam predstaviti neke od primjera.

Iskustvo koje je promjenilo moj stav.

Autor: Remzija Šetić.

U martu 2009. godine u sklopu učešća u „Četvrtoj zapadnobalkanskoj konferenciji o HIV-u i AIDS-u“ koja je održana u Duresu (Drač), Albanija, doživio sam iskustvo koje je meni pomoglo da potpuno srušim predrasude i testiram sve svoje životne stavove. Ponudu za učešće na Konferenciji sam prihvatio jer sam mislio da je dobra prilika za profesionalnom usavršavanjem. U profesionalnom smislu sebe sam doživljavao samouvjerenim i sigurnim u svoja znanja i vrijednosti. Moj profesionalni cilj je bio da drugima pomognem u mijenjanju stavova, i u tome sam bar djelimično uspevao, a



moje novo iskustvo počinje ovako: Pri dolasku u hotel, na ulazu sam sreo čovjeka koji mi je prišao i pružio ruku da se upoznamo. Čovjek je zračio emotivnom toplinom, osmjeh nije skidao sa lica i ostavljao je utisak želje za kontaktom i druženjem, jer da je drugačije ne bi mi tako olako prišao da se upoznamo. Predstavio se imenom i prezimenom i rekao da dolazi iz jedne od bivših jugoslavenskih republika. Zajedno smo ušli u lift i kratko razgovarali. Po izlasku iz lifta smo se razdvojili i jedan drugom zaželjeli ugodan boravak. Pronašao sam svoju sobu i smjestio se. Soba je bila dvokrevetna i samnom u sobi je trebao biti neko iz Sarajeva. Obzirom da sam poznavao sve koji su došli iz Sarajeva, nisam se mnogo interesovao ko je samnom u sobi. Bilo mi je svejedno. Odmah sam otišao u restoran da večeram. U toku večere iz organizacije Konferencije su me zamolili da zamjenim sobu, i da se premjestim u neku drugu. Razloge neću navoditi, smatrao sam ih opravdanim. Prihvatio sam predloženo, odmah sam otišao po stvari i potražio novu sobu. Našao sam sobu koja mi je trebala, otvorio sam vrata i ugledao onaj isti osmjeh sa početka ove priče. U prvi momenat mi je bilo drago da ću u sobi biti smješten sa gospodinom kojeg sam upoznao jer mi se činio emotivno toplim i bezazlenim. Imao sam osjećaj da je i njemu drago što ćemo biti zajedno. Pri ulasku u sobu primjetio sam razliku, dobio sam mnogo bolju sobu sa dva velika ležaja, dva kauča, ogromni balkon, veliki toalet sa jakuzijem. Pomislih, „Dobro sam prošao!“, lijepo se zbog toga osjećam. Iz torbi sam vadio osnovne stvari, koje mi trebaju za početak, jer žurim da popijem kafu u kafeu hotela, tako započinjem razgovor sa cimerom. Prvo sam se predstavio, ko sam, šta radim, zašto sam u Duresu. Upitao sam ga, gdje radi? Odgovorio je, „Ja ne radim“. Odgovor mi je bio čudan! Kako je došao u Dures? Došao sam preko jedne organizacije. Upitah, koje organizacije? Stidljivo je odgovorio: Došao sam preko Crvenog krsta, ja sam osoba koja živi sa HIV-om. U tom momentu sam osjetio da kroz mene prolazi jeza, izgubio sam pozitivne osjećaje koji su bili prije nekoliko trenutaka. Pomiješali su se osjećaji sažaljenja i straha. Napetost u meni raste, u sobi je potpuna tišina. Takvu tišinu do tada nisam čuo! Čujem samo lupanje mog srca. Nakon nekog vremena, nesigurno izgovaram: Žao mi je! Sjedam na svoj krevet i doživljavam oluju misli koje ne mogu da uhvatim. Šta ću sad? Hoću li napustiti sobu? Šta ako se zarazim? Možda je opasan? Kakvog je psihičkog stanja? Polako se smirujem i pokušavam dati odgovore na postavljena pitanja. Govorim sebi: Sad ćeš se polako raspakovati, nastaviti razgovarati sa čovjekom i ponašati se „normalno“. Nakon prvih odgovora osjetim da se napetost u mom organizmu smanjuje, srce mi manje lupa, djelujem opuštenije. Pored razgovora sa cimerom, razgovaram i sam sa sobom. Ovo je Božije iskušenje, drugima pričaš o diskriminaciji, o načinima prijenosa HIV-a, pozivaš druge na toleranciju, e da vidimo tebe!!! Naravno, brzo sam donio odluku da ću ostati u sobi i čuti životnu priču ovog čovjeka.



Ona počinje ovako. 1993. godine razboljela mu se supruga sa kojom je bio već nekoliko godina u braku. Imali su dvoje djece, jedno dvije i drugo pet godina. Dugo vremena ljekari nisu mogli naći odgovor na njene tegobe i uputili su je na testiranje na HIV. Rezultat testa je bio pozitivan. Otkrili su da njegova supruga ima HIV i boluje od AIDS-a. Odmah je izvršeno testiranje na HIV kod njega i djece. Rezultat testa je bio pozitivan. Cijela porodica je HIV pozitivna. Živjeli su u manjem gradu i vijest je brzo procurila iz zdravstvene ustanove i proširila se po cijelom gradu. Bio je zaposlen u jednoj javnoj službi, pozvali su ga telefonom i saopštili da više ne dolazi na posao. Oni će mu slati nešto novca kući svaki mjesec, samo da ne dolazi. U naselju gdje je živio dobio je zabranu odlaska u prodavnicu i pijacu. Rodbina je prestala da kontaktira sa njim i njegovom porodicom. U zgradi gdje je živio niko nije htio sa njim da komunicira. Ostavljali su mu poruke da se seli. Naveće su lupali na vrata i prijetili. Ubrzo, šest mjeseci nakon saznanja HIV statusa supruga je preminula. Oboje djece mu je preminulo 1995. godine. U periodu prve tri godine HIV pozitivnog statusa preživio je „pakao“, izgubio je tri člana porodice, izolovan je od zajednice, jedini kontakt mu je sa zdravstvenim osobljem. Odmah je započeo svoje liječenje i do dana kada smo se upoznali potpuno disciplinovano sarađuje sa svojim ljekarima. Živi po preporukama, u životu je sve promjenio. Prvi je u svojoj zemlji javno izašao i rekao da je osoba koja živi sa HIV-om. Pored liječenja vezano uz HIV, liječi se i od PTSP. Najviše voli da ode u Crveni krst, tu je potpuno prihvaćen. Sada, nakon 16 godina života sa HIV-om dopuštaju mu da uđe u prodavnicu i kupi hljeb. Druge stvari kupuje u glavnom gradu kada ide po lijekove. Lijekovi koje koristi su besplatni. Trenutno živi od 50€ mjesečno. Posebno zadovoljstvo mu pružaju kontakti sa osobama koje žive sa HIV-om iz regije. Za kraj ove priče citirao bih jedno od njegovih rečenica: „Ja živim za ovakve susrete, na konferencijama, tada me ljudi prihvataju i ne izbjegavaju“. Posebno ističe svoj dolazak u Sarajevo i druženje koje su imali u toku boravka, obilazak Sarajeva, ćevapčići, itd. U toku našeg zajedničkog boravka primjetio sam da izbjegava koristiti iste predmete koje sam ja koristio u sobi. Čak sam primjetio da se ne tušira u sobi i pitao sam ga, rekao je „Ne želim da se ti neugodno osjećaš.“ Svoj peškiri je čuvao u svojoj torbi. Ostavio je utisak izuzetno samosvjesne i odgovorne osobe, koja je zahvalna samo zato što se neko sa njim druži.

Ovo iskustvo je kod mene izazvalo niz promjena u shvatanju i razumjevanju samog pojma stava. Znao sam o stavu mnogo toga što jedan psiholog treba da zna, profesionalno sam bio samouvjeren. Znao sam da se HIV ne prenosi rukovanjem, korištenjem zajedničkog toaleta, itd. Tek nakon ovog iskustva vjerujem u to, jer sa četiri dana živio sa osobom koja živi sa HIV-om, koristio sam isti toalet, koristio sam



isti restoran sa oko 100 HIV pozitivnih. Stvari koje se dešavaju oko nas nije dovoljno samo poznavati, potrebno ih je doživjeti i vjerovati u to znanje. Par mjeseci nakon ovog iskustva sam provjerio svoj HIV status i nisam HIV pozitivan. Boravak na ovoj Konferenciji je rodio niz novih ideja. Shvatio sam da se HIV jednostavno može desiti svakome, jer moj „junak“ ne zna kako je zaražen i ko ga je zarazio. Ne zna da li je on zarazio svoju suprugu ili je ona njega. Nije korisnik droga, niko se od njih dvoje nije bavio prostitucijom, nije imao seks sa muškarce, a opet ima HIV. HIV mu se desio i sa njim živi. Danas vjerujem u druge stvari, vjerujem da se čovjeku neke stvari mogu desiti i da se sa njima može živjeti. Očigledno je da se sa HIV-om može živjeti. Teško je živjeti sa ljudima koji su izvor diskriminacije i stigmatizacije zbog svojih pogrešnih stavova, odnosno pogrešnih uvjerenja i vrijednosti. Posljedice diskriminacije i stigmatizacije puno su teže od HIV-a u našem organizmu.

Primjer stigme i diskriminacije u našoj zemlji.

Oženjen muškarac, 36 godina, otac jednog djeteta testirao se na HIV. Nalaz je bio pozitivan. Ljekar nije o tome odmah obavijestio pacijenta, ali jeste obavijestio svoje kolege, medicinske radnike. Pacijent je upućen na Infektivnu kliniku sa pravim imenom i prezimenom, na kartonu je napisano velikim slovima da pacijent ima HIV. Supruga i dijete od četiri godine bili su HIV negativni. Roditelji i djeca u vrtiću gdje je išao i pacijentov sin su brzo saznali status oca i tražili da se dijete ispiše iz vrtića. Čak je jedna TV stanica objavila sliku djeteta i ako nije bilo HIV pozitivno. Direktor vrtića je insistirao da se dijete ponovo testira i kada je dobijen negativan rezultat, dozvolio je da dijete ostane u vrtiću. Bilo je i specijalnih emisija na TV-u na kojima je ta tema obrađivana. Slučaj je riješen tek nakon godinu dana.

Primjer poznate osobe (heteroseksualca) sa HIV-om.

Kada je AIDS došao u prvi plan događaja, vijesti o slavnim oboljelim od te bolesti snažno su odjeknule. Prvi među njima je bio Rok Hhaddon (umro 1985), čiji je slučaj potvrđivao da oboljenje preovladava kod homoseksualca (MSM populacije). Slična senzacija se dogodila 1991. godine kada je otkriveno da je HIV uzrok smrti Fredija Merkurija, takođe MSM i vođe grupe Kvin (Queen). Međutim, Fredi Merkjuri je dan prije smrti obznanio da boluje od AIDS-a. Ali kada je te iste godine Medžik Džonson obznanio da je i on nosilac HIV virusa, u SAD-u su prestali sa vjerovanjem da je ta bolest vezana isključivo za MSM populaciju. Ervin Medžik Džonson rođen je 1959. godine kao



šesto od sedmero djece i uskoro je počeo da pokazuje veliku sklonost ka košarci. Kad mu je bilo 15 godina, mnogo prije blistave karijere u svojoj gimnaziji odigrao je meč gdje je postigao 36 poena, 18 skokova i 16 asistencija. Tada je dobio nadimak Medžik. Kasnije, kada je već bio u NBA ligi, osvojio je 5 šampionata sa Los Anđeles Lejkersima i tri puta primio nagradu kao najbolji igrač lige. Takođe je bio član Američkog tima koji je osvojio medalju na Olimpijadi u Barseloni 1992. godine. Međutim, godinu dana ranije, tačnije 7. novembra 1991. godine objavio je da je HIVpozitivan zbog svojih promiskuitetnih seksualnih navika. Od tada se mada se nekoliko puta vraćao na teren posvetio borbi protiv AIDS-a, uključujući i sopstvenu. Osnovao je Medžik Džonson fondaciju. 1992. godine objavio je knjigu "Šta možete učiniti da izbjegnute AIDS". Njegova fondacija ne bavi se samo unaprijeđenjem i finansiranjem zdravstvenih programa već aktivno učestvuje i u obrazovanju urbane populacije. Još od vremena kad je obznanio svoju bolest Medžik je sopstvenim životom doprinosa društvenoj integraciji HIV pozitivnih ljudi. Pokazao je hrabrost kada je priznao zašto je dobio virus i dosljednost u zastupanju bezbjednog, nepromiskuitetnog seksa. Pored predhodno navedenih, među poznatima ima mnogo HIV pozitivnih, a koji su nažalost umrli, filozof Mišel Fuko, glumac Entoni Perkins, baletska zvijezda Rudolf Nurejev, čuveni teniser Artur Eš (zaražen virusom dok mu je rađena operacija srca), umjetnik Kit Haring, politički filozof i akademik Alan Blum, izraelska pevačica Ofra Haza. Ovo je dokaz da se HIV dešava svima.

Primjeri stigmatizacije u medijima kod nas u BiH.

Primjeri stigmatizacije u medijima su prisutni svuda u svijetu. Prema mnogim pokazateljima mediji su ti koji imaju značajan utjecaj u formiranju stava o HIV i AIDS-u. Objavljivanjem ovakvim medijskih tekstova značajno se pogoršava trenutno stanje u ovoj oblasti i stvara pogrešna slika kako o pojedincu tako i o samoj društvenoj pojavi kao što je HIV i AIDS. Tekst koji se nalazi na ovoj slici je objavljen u jednom sarajevskim dnevnim novinama 26. maja 2009. godine. Osoba koja je u ovom tekstu stigmatizirana uopće nema HIV.

SARAJEVO Kako skloniti s ulice opasnog nasilnika

Narkoman zaražen HIV-om uskoro opet na slobodi

E M je hodajuća bomba i pitanje je dana kada će zaraziti neku od svojih žrtava, tvrde u policiji

Nakon niza provala i razbojništava koje je u posljednje vrijeme počinio, **E M** (20) iz Sarajeva Kantonalno tužilaštvo je napokon odredilo jednomjesečni pritvor, iz kojeg će vjerovatno izaći ranije nego što je propisano. Ovaj ovisnik o drogama, kojeg je sarajevska policija prije nekoliko dana pronašla i uhapsila poslije provala u prodavnicu u Ferhadiji, iza sebe ima niz krivičnih djela.

Teško oboljenje

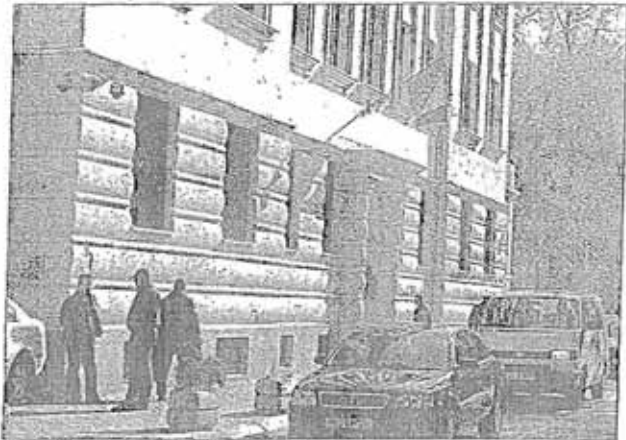
Međutim, od krivičnih djela koja **M** svakodnevno čini puno je ozbiljnija činjenica da je riječ o teškom ovisniku koji od prekomjernog uzimanja droge ima psihičkih problema, a uz to je i HIV pozitivan i ima hepatitis C!

E M je hodajuća bomba i pitanje je dana kada će, svjesno ili ne, zaraziti neku od svojih žrtava koje presreće i pljačka.

Najžalosnije od svega je to što svi nadležni znaju za to i ama baš niko ne poduzima ništa. Svi peru ruke i sklanjaju se od tog ogromnog problema. To je jako ličejmerno od kompletne zajednice, a još će licemjernije biti što će se svi, kada padne prva **M** žrtva, iščuđavati i biti „šokirani“ - kaže naš izvor u policiji.

Nažalost, nije **M** usamljen slučaj. Još je najmanje desetak takvih hodajućih bombi. I policija i Tužilaštvo i zdravstvene ustanove i dalje ne poduzimaju ništa.

Pitanje je dana kada će se **E M** ponovo naći na slobodi i nesmetao nastaviti sa svojim



Sarajevsko tužilaštvo: Izročena blaga kazna

kriminogenim aktivnostima. Zabrinjava i činjenica da se osobi koja svakodnevno čini krivična djela izrekne osuda od 13 mjeseci zatvora za teško premlaćivanje starice, od koje je potom oteo 4 KM. Ovo djelo Tužilaštvo je okarakteriziralo kao razbojništvo.

Dopis nadležnim

Iz tog se razloga, nakon što je svoj dopis poslao mnogim nadležnim institucijama, uključujući i Kantonalno tužilaštvo Sarajevo, našoj redakciji obratio **K** sin **M** **K** (33), koju je **M** prije dvije godine napao i izudarao metalnim paljsrom u haustoru zgrade na Ilidži. **K** je naveo da je nevjerojatnan postupak Kantona-

lnog tužilaštva koje je ovo djelo okarakteriziralo kao razbojništvo, a ne pokušaj ubistva. Istakao je da građani Sarajeva nisu sigurni dokle god se ovakve osobe slobodno šetaju, napadaju i pljačkaju.

Iako je tada tužiocima u postupku, a i glavnom tužiocu Branku Slijvanu, bilo dobro poznato iz kojeg zločinačkog i kriminalnog miljea dolazi **M** i šta je on do tada zla nanio građanima Sarajeva, oni su za **E** tražili niz olakšavajućih okolnosti umjesto da su sve nazvali pravim imenom i na taj način zaštitili ljude od ovog ubice - naveo je u svom dopisu **K**.

On je naglasio da je, njegova majka ostala teški invalid i da sve posljedice trenutnog stanja snosi porodica.

Dž. Ma. B.

Slika 64. Tekst iz dnevnih novina objavljen 26. 05. 2009. godine



Dosadašnja istraživanja

Prema nama dostupnim informacijama u BiH do sada je urađeno mali broj istraživanja na temu znanja i stavova vezanih uz HIV i AIDS. Prema analizi podataka Fondacije Partnerships in health dobivenih iz evaluacije učesnika osnovnog treninga o HIV-u i AIDS-u za zdravstvene radnike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (N=1021) pokazuje sljedeće³⁸:

- 36% ispitanika ne bi dijelilo hranu sa osobom koja živi sa HIV-om.
- 4,95% ispitanika smatra da djetetu koje ima HIV infekciju ne treba dozvoliti da ide u školu.
- 8,43% smatra da učitelju/nastavniku/profesoru koji je osoba koja živi sa HIV-om ne treba dozvoliti i omogućiti da raadi u školi.
- 43% ispitanika smatra da prodavcu hrane koji je osoba koja živi sa HIV-om ne treba dozvoliti da i dalje prodaje hranu.

Iz istraživanja Cazin I., Pristaš I., Kolarić B. „Znanja i stavovi liječnika o HIV i AIDS-u u primarnoj zdravstvenoj zaštiti – pilot istraživanje u gradu Zagrebu i zagrebačkoj županiji“³⁹ izdvojićemo da incidenti poput odbijanja pružanja pomoći osobama koje žive sa HIV-om ili oboljelim od AIDS-a ili davanja povjerljivih podataka članovima rodbine ili drugim osobama, prema iskazu ljekara, izrazito se rijetko ili uopće nisu javljali. 51,5% ispitanika u ovom istraživanju su izrazili strah pri kontaktu sa osobama koje žive sa HIV-om ili su oboljeli od AIDS-a uglavnom zbog zaraze osoblja i širenja virusa. 83,8% ispitanika misli da bi testiranje trebalo biti obavezno za pojedine skupine ljudi, a samo 11,8% ispitanika misli da testiranje treba biti dobrovoljno. Stavovi ljekara o homoseksualnim odnosima i intravenskim korisnicima droga direktno je povezana s njihovim znanjem o HIV-u i AIDS-u. Negativni stavovi prema alternativnim stilovima života mogu negativno uticati na želju da se ljekar educira o bolestima koje sa njim usko povezane.

U istraživanju Tešić V., Begovac J. „Znanje i stavovi o HIV/AIDS-u studenata šeste godine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu“⁴⁰ u kojem je učestvovalo 106 studenata došlo se do rezultata da postoji visok stepen znanja o putevima prenosa HIV-a. Nije nađena statistički značajna razlika u znanju po spolu, ni po mjestu porijekla. Kod ovog istraživanja 14% studenata smatra da ubod komarca može prenijeti HIV.

38 Grupa autora (2008.) HIV i AIDS za radnike u oblasti mentalnog zdravlja, brošura, Udruženje partnerstvo za zdravlje, BiH.

39 Gjenero – Margan I., Kolarić B. (2006), Druga generacija praćenja HIV infekcije i AIDS-a u Republici Hrvatskoj 2003 – 2006, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, str. 34 – 56.

40 Gjenero – Margan I., Kolarić B. (2006), Druga generacija praćenja HIV infekcije i AIDS-a u Republici Hrvatskoj 2003 – 2006, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, str 57 – 68.



Istraživanje je pokazalo da studenti posjeduju netolerantne stavove prema HIV-u i AIDS-u. Studenti su pokazali tolerantnije stavove od studentica, dok mjesto porijekla nije pokazalo razlike.

Štulhofer A., Ajduković D., Božičević I., Kufirin K. i saradnici u studiji „HIV/AIDS i mladi, Hrvatska 2005“⁴¹.“ Na reprezentativnom uzorku mladih utvrdili su otprilike da petini mladih nedostaju temeljne informacije o načinima prijenosa i samozaštiti od zaraze HIV-om. Pokazalo se da spol i obrazovanje značajno utiču na informiranost o HIV-u. Djevojke su bolje informirane od mladića, kao i obrazovaniji od onih koji su manje obrazovani. U pogledu stavova utvrdili su blago liberaran stav i tendenciju da se osobe koje žive sa HIV-om i oboljeli od AIDS-a tretiraju na isti način kao i drugi oboljeli. Usporedba sa sličnim istraživanjem od prije 16 godina ukazala je na rast prihvaćanja i tolerancije, to jest smanjenje diskriminacije. Veće prihvaćanje pokazuju djevojke i obrazovaniji ispitanici, a manje prihvaćanje nezaposleni i religiozni ispitanici.

Prema istraživanju koje je provedeno 2009. godine u BiH kod uniformisanih lica (Šetić R. Ispitivanje znanja i stavova vezanih uz HIV i AIDS u BiH, Partnerships in health), na uzorku od 989 ispitanika. Utvrđeno je da svega **32,55% ispitanika poznaje tačno ustanovu gdje može izvršiti dobrovoljno, povjerljivo i besplatno testiranje na HIV**. Kod ispitivanog uzorka utvrđeno je visok stepen znanja (preko 90%) o putevima kojima se HIV prenosi (krv, seksualnim putem). Ispitanici su pokazali najmanje znanje prijenosa HIV-a vertikalnim putem sa majke na dijete, i tu je 55,6% ispitanika dalo tačan odgovor. Ispitivanjem je utvrđeno da ispitanici procentualno znatno manje poznaju kojim se putem HIV **ne može prenijeti**, a to je ujedom komarcima, kihanjem i kašljanjem, korištenjem zajedničkog toaleta, poljupcem zaražene osobe i korištenjem zajedničkog pribora za jelo.

Ispitanici u ovom istraživanju su generalno pokazali blagu tendenciju ka pozitivnim stavovima. Međutim, analizom pojedinačnih stavova došlo se do zaključka da kod ispitivanog uzorka **postoji visok stepen netolerancije na određena pitanja**. Kod skoro dvije trećine ispitanika (63,9%) i dalje je potpuno i uglavnom prisutno vjerovanje da se HIV i AIDS dešavaju isključivo homoseksualcima, prostitutkama i narkomanima. Više od trećine (37,7%) ispitanika potpuno i uglavnom su stava da dijete koje živi sa HIV-om treba smjestiti u posebno odjeljene. Također, 33,7% ispitanika ne bi dozvolili ni svom djetetu da ide u odjeljenje sa djetetom koje živi sa HIV-om. Ista situacije (33,6%) i sa stavom da se osobe koje žive sa HIV-om trebaju smjestiti u posebne ustanove. Ovaj trend (37,6%) se nastavlja i kod stava da se zabrani posjeta javnim kupalištima

41 Štulhofer A., Ajduković D., Božičević I., Kufirin K. i saradnici (2005), HIV/AIDS i mladi – Hrvatska 2005, Informiranost o hiv/aids-u, stavovi i seksualno ponašanje u nacionalnom uzorku mladeži (18 – 24), Hrvatski zavod za javno zdravstvo.



osobama koje žive sa HIV-om, a čak polovina (50,6%) ispitanih je potpuno i uglavnom stava da osobama koje žive sa HIV-om treba zabraniti rad u prodavnicama hrane. Ispitanici u emocionalnom pogledu manje ispoljavaju negativne tendencije, ali više od polovine ispitanih (57,5%) ne bi samoinicijativno stupili u kontakt sa osobom koja živi sa HIV-om. Pozitivno je da ispitanici u 74,7% slučajeva podržavaju borbu za prava osoba koje žive sa HIV-om.

Osnovna ljudska prava

Na kraju je važno naglasiti da se od svakog čovjeka, građanina BiH, zdravstvenog radnika i zdravstvenog saradnika, i drugih, očekuje da poštuje Evropsku konvenciju o ljudskim pravima, Ustav BiH (Član 2. – ljudska prava i osnovne slobode) i Zakon o zabrani diskriminacije, a oni nas navode da ne smijemo bilo koga diskriminirati zbog bilo čega. Možemo imati određeni stav o svemu što se dešava oko nas, na to imamo pravo, ali imamo i dužnost da poštujemo Ustav i Zakon. Zakon o zabrani diskriminacije kaže sljedeće:

Član 1. Ovim Zakonom osigurava se zaštita, promoviranje ljudskih prava i sloboda, stvaraju uslovi za ostvarivanje jednakih prava i mogućnosti i uređuje sistem zaštite od diskriminacije na osnovu rase, etničke pripadnosti, boje kože, spola, jezika, vjere, političkog ili drugog uvjerenja, nacionalnog ili socijalnog porijekla, imovnog stanja, članstva u sindikatu ili drugom udruženju, obrazovanja, društvenog položaja, bračnog ili porodičnog statusa, trudnoće i materinstva, dobi, **zdravstvenog stanja, invaliditeta**, genetskog nasljeđa, veze s nacionalnom manjinom, rodnog identiteta, **izražavanja ili spolne orijentacije kao i nekom drugom osnovu.**

Upotreba nestigmatizirajućeg rječnika

U cilju prevencije širenja stigme i diskriminacije vezane uz HIV važna je upotreba nestigmatizirajućeg jezika. U našem jeziku, a i u drugim, kao i u svakodnevnoj upotrebi zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika susreću se termini koji potiču na stigmatizaciju. Ovdje predstavljamo upotrebu termina koji će smanjiti stigmatizaciju i uputiti na upotrebu nestigmatizirajućih termina. Prilikom prvog čitanja ponuđeni „novi“ termini ostavljaju utisak da ih teško prihvatati, ali redovnom upotrebom postaju lako prihvatljivi i korisni.



Tabela 11. Preporučena terminologija u cilju umanjenja stigme i diskriminacije osoba koje žive sa HIV-om

Uobičajena upotreba	Preferirana upotreba
Osobe koje žive sa HIV/AIDS-om	Osobe koje žive sa HIV-om
Prostitutka	Seksualna radnica
Prostitucija ili komercijalni seksualni rad	Seksualni rad ili komercijalni seks, ili prodaja seksualnih usluga
Intravenski korisnici droga	Injekcioni korisnik droga
Rizični seks	Seks bez zaštite
Siguran seks	Sigurniji seks (Termin "siguran seks" može pogrešno implicirati potpunu sigurnost.)
Dijeljenje (igala, šprica itd.)	Upotreba nesterilne opreme za ubrizgavanje (ako se odnosi na rizik od izlaganja HIV-u)
Grupe visokog (višeg) rizika	Ključna populacija sa višim rizikom
Gej/homoseksualac/biseksualac	Muškarci koji imaju seks s muškarcima (MSM)
Promiskuitetan	Ovo je procjena vrijednosti koju bi trebalo izbjegavati
Borba protiv AIDS-a	Odgovor na AIDS

2





LITERATURA:

- Arambašić, L. (2000) *Psihološke krizne intervencije: psihološka prva pomoć nakon kriznih događaja*, Društvo za psihološku pomoć, Zagreb
- Beger, D. (1997.) *Zdravstvena psihologija*, Društvo psihologa Srbije, Centar za primjenjenu psihologiju Beograd.
- Eskadron, R., Galve, C. (2006). *Slobodni od droge i ostalih zavisnosti*,
- Gjenero – Margan, I., Kolarić, B. (2006), *Druga generacija praćenja HIV infekcije i AIDS-a u Republici Hrvatskoj 2003 – 2006*. Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
- Globalna inicijativa za psihijatriju (2006). *Dvostruka stigma, dvostruki izazov: mentalno zdravlje i HIV/AIDS u centralnoj i istočnoj Evropi i novim nezavisnim državama*, Dokument za zagovaranje i informisanje, GIP.
- Grupa autora; Vodić za trenere, *Osnove HIV-a i AIDS-a za radnike u oblasti mentalnog zdravlja*, Partnerships in health, Sarajevo 2009.
- Grupa autora; Brošura za učesnike, *Osnove HIV-a i AIDS-a za radnike u oblasti mentalnog zdravlja*, Partnerships in health, Sarajevo 2009.
- Havelka, M. (1998). *Zdravstvena psihologija*, Naklada Slap.
- Pennington, Donald, C. (1996). *Osnove socijalne psihologije*, Naklada Slap.
- Petz, B. i saradnici (1992). *Psihologijski rječnik*, Prosvjeta Zagreb.
- Shelley, E. T. (1995). *Health psychology*, McGraw – Hill, Inc.
- Stojanovski, J., Stojanović, M., Petrović, B. (2007), *Mentalno zdravlje i HIV/AIDS u Srbiji*, GIP ekspertni centar za mentalno zdravlje i HIV/AIDS u Srbiji.
- Šetić, R. (2010) *Ispitivanje znanja i stavova vezani uz Hiv i AIDS na uzorku policajaca, zatvorskih policajaca i vojnika na obuci u BiH*, Partnerships in health, Sarajevo.
- Štulhofer, A., Ajduković, D., Božičević, I., Kufrin, K. i saradnici (2005), *HIV/AIDS i mladi – Hrvatska 2005, Informiranost o hiv/aids-u, stavovi i seksualno ponašanje u nacionalnom uzorku mladeži (18 – 24)*, Hrvatski zavod za javno zdravstvo.



Psihičke pojave u stadijima HIV infekcije

Remzija Šetić, dipl. psiholog, JU Dom zdravlja Kantona Sarajevo, CMZ Ilidža



Poznato je koje promjene u organizmu izaziva HIV infekcija, kao i koja su tri stadija ove infekcije. Međutim, pored kliničkih promjena karakterističnih za ova tri stadija, postoje i određene psihičke manifestacije koje prate svaki stadij HIV infekcije. U psihološkom smislu, uz HIV infekciju postoji pet stadija kroz koje prolaze osobe koje žive sa HIV-om. Svaki od stadija ima svoje specifičnosti i u svakom od stadija zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici imaju značajnu ulogu u obezbjeđivanju medicinske i psihosocijalne podrške. Obezbeđivanjem adekvatne medicinske i psihosocijalne pomoći i podrške omogućava se rano otkrivanje infekcije, pravovremeno liječenje, prevenira se niz poteškoća na psihološkom i socijalnom planu koje mogu odrediti dalju progresiju HIV infekcije i funkcionalnost svakog pojedinca. U svakom od stadija osoba koja živi sa HIV-om ima i određene potrebe. Svi profesionalci trebaju pomoći u zadovoljenju tih potreba i obezbjeđivanju dostojanstvenog života svakog pojedinca.

Stadij 1 – Razmatranje testiranja i testiranje

Prvi stadij HIV infekcije je razmatranje testiranja i testiranje. Kroz ovaj stadij prolaze svi koji žele provjeriti svoj HIV status bez obzira na rezultat. Ovaj stadij obuhvata:

- Razmišljanje o tome da se pristupi HIV testu
- Brige i strahove vezane za donošenje ovakve odluke
- Analizu rizičnih ponašanja u životu
- Nesigurnost
- Traženje simptoma HIV-a, a ponekad čak i AIDS-a
- Donošenje odluke o testiranju, kao i o tome kako i gdje ga izvršiti
- Misli i emocije vezane za sve faze testiranja; savjetovanje, uzimanje uzoraka krvi, čekanje na rezultat, dolazak po rezultat (ili odluka da se ne dođe po rezultat)



Zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici svoje postupke u ovom stadiju trebaju usmjeriti ka:

- Pravovremenom, tačnom i potpunom informiranju pacijenta o osnovama dobrovoljnog i povjerljivog savjetovanja i testiranja na HIV, kao i o mjestu gdje se može obaviti
- Prihvatanju trenutnog emocionalnog stanja pacijenta sa ispoljavanjem empatije i razumijevanjem trenutnih strahova i zabrinutosti
- Izbjegavanju kritiziranja i donošenja prijevremenih zaključaka
- Pomoći pacijentu u davanju racionalnih odgovora na pitanja vezana za rizična ponašanja i traganje za simptomima HIV- a i AIDS-a
- Podrški u planiranju daljih postupaka nakon saznanja HIV statusa

Stadij 2 – Saznanje HIV statusa

U ovom stadiju reakcije pacijenata mogu biti različite, ovisno o rezultatu testiranja. Ukoliko su **rezultati testa negativni**, javljaju se:

- Olakšanje
- Nevjerica
- Nesigurnost vezana za potrebu provjere rezultata testa (ako je test obavljen u toku „window“ perioda)
- Potvrda pogrešnog vjerovanja da je nečije ponašanje potvrđeno kao nerizično: „Izvukao sam se.“

Iskustva pokazuju da saznanje HIV statusa, kao i saznanje o načinima prijenosa HIV infekcije nije dovoljan uslov za promjenu ponašanja pojedinaca. Pojedinaac polazi od činjenice da ne pripada nekoj grupi sa rizičnim ponašanjem (MSM, SW, IDU) i samim tim negira opasnost po sebe lično. Vjerovanje da do infekcije neće doći zasnovano je na iluziji „**neranjivosti**“ (to se neće dogoditi baš meni) ili na iluziji da se **po fizičkom izgledu** osobe može predvidjeti njeno zdravstveno stanje. Zbog navedenih iluzija pojedinci se upuštaju u rizična ponašanja. Ovo je posebno problem kod osoba koje učestalo mijenjaju seksualne partnere, jer one teško mijenjanju stečene navike. Zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici primjenom **kognitivno-bihevioralnih tehnika** mogu značajno doprinijeti promjeni iskrivljenih vjerovanja i rizičnih ponašanja kod pojedinca.

Profesionalci angažirani u oblasti HIV-a i AIDS-a nerijetko se susreću i sa pacijentima koji tragaju za simptomima HIV-a i AIDS-a i pored negativnih rezultata na testovima.



Zbog ovakvih, ali i drugih pacijenata, važna je saradnja svih nivoa zdravstvene zaštite u cilju pružanja adekvatne usluge i zaštite zdravlja građana. Uporno traganje za simptomima HIV-a i AIDS-a, kao i uporno insistiranje na testiranju i pored negativnih rezultata, može ukazivati na poteškoće na psihičkom planu koje se trebaju tretirati u sklopu službi mentalnog zdravlja.

- Ukoliko je **rezultat testa pozitivan**, javljaju se:
 - Šok
 - Osjećaj prestravljenosti
 - Utisak da je toj osobi ukraden život
 - Nevjerica
 - Pobuna
 - Strah da će se nešto desiti s tom osobom ili njenom porodicom
 - Tuga i žaljenje
 - Krivica
 - Pitanje povjerljivosti testa

Saznanje o dijagnosticiranju po život opasne bolesti (pozitivnog HIV statusa) za pojedinca ima karakteristike traumatskog događaja (Američka psihijatrijska asocijacija, DSM IV, 1996⁴²). Za razliku od stresnih događaja koji se javljaju svakodnevno i svim ljudima, traumatski događaj (HIV pozitivan status) je rijedak i ne događa se svima. Težina podnošenja ovog događaja ne ovisi prvenstveno o kognitivnoj procjeni događaja (kao što je slučaj sa stresnim događajem), jer su sadržaj i težina takvi da pogađaju sve ljude. Traumatski događaj izbacuje osobu iz ravnoteže i teško joj se povratiti. Nakon što osoba uspije povratiti ravnotežu, ta nova ravnoteža je drugačija od one prethodne. Zbog svoje siline, iznenadnosti i besmisla, traumatski događaj pojedinca u početku dovodi u stanje potpune bespomoćnosti, a dugotrajno mijenja pogled na svijet, stvara osjećaj nesigurnosti, mijenja sistem vrijednosti i dovodi do pesimističnih očekivanja u budućnosti. Zbog toga je potrebno obezbijediti široku psihosocijalnu podršku sa ciljem povrata osjećaja sigurnosti i povjerenja u svijet oko sebe.

Reakcija na saznanje HIV statusa kao traumatskog događaja razlikovat će se kod pojedinaca po vrsti i intenzitetu reakcije. Za različita reagiranja odgovorne su:

- a) Osobine pojedinca, u smislu osobina ličnosti i kognitivnih karakteristika (mišljenja, uvjerenja, vjerovanja, stavovi). Osobine pojedinca određuju stepen ranjivosti na stres ili traumu, a to je posebno izraženo kod hroničnih reakcija (saznanje HIV statusa)

42 Arambašić L. (2000). Psihološke krizne intervencije, Definicija traumatskog događaja. Str.24 i 25.



b) Dimenzije traumatskog događaja u smislu vrste, trajanja, stepena složenosti i koga događaj još pogađa (porodica)

c) Karakteristike socijalnog okruženja u smislu nivoa podrške drugih ljudi i lična percepcija koristi od takve podrške

Pored prethodno navedenih općih karakteristika koje određuju reakcije pojedinca na traumatski događaj, navest ćemo još neke faktore koji se mogu uklopiti u opće i koji utiču na individualnu reakciju:

- Starosna dob
- Spol
- Bračni status
- Završeno/nezavršeno obrazovanje
- Zaposlenost
- Postojanje ili nepostojanje djece i njihov uzrast
- Ekonomski status
- Religiozna uvjerenja
- Seksualna orijentacija
- Urbano ili ruralno područje

Često zanemaren oblik traumatskog događaja je stigmatizacija žrtve. Stigmatizacija dodatno otežava cjelokupnu reakciju i prilagodbu pojedinca, jer upravo zbog stigmatizacije nedostaje socijalna podrška. Obzirom da je HIV infekcija hronično stanje sa kojim se može živjeti, praćeno je složenim psihosocijalnim problemima prilagođavanja. Pojedinaac se u procesu prilagođavanja susreće sa nizom **psihičkih kriza** od samog saznanja HIV statusa pa dalje.

Kriza je psihičko stanje uzrokovano kriznim događajem poslije kojeg uobičajeni mehanizmi suočavanja s problemima ili nisu dostupni ili nisu djelotvorni, a uključuje mogući ili stvarni gubitak osoba, dobara ili vrijednosti važnih za pojedinca. Taj stvarni ili očekivani gubitak može imati simboličko značenje u životu pojedinca i povezan je sa osjećajem gubitka kontrole. Osobe koje saznaju za svoj pozitivni HIV status suočavaju se sa nizom kriza, odnosno nizom gubitaka.

Reakcije u stanju krize vidljive su na **tjelesnom planu**: znojenje, drhtanje, nesnalaženje u prostoru, gubitak koordinacije, pojačano lupanje srca, ubrzano disanje, bolovi u grudima, glavobolje, mišićna napetost i zamor. Na **kognitivnom planu** evidentiraju se: slaba koncentracija, zbunjenost, pomućeno razmišljanje i odlučivanje, teškoće s pamćenjem, kratkotrajna pažnja itd. Reakcije na **emocionalnom planu** su: napetost, strah, tuga, emocionalna tupost, osjećaj bespomoćnosti, povlačenje itd.



Kod velikog broja osoba koje žive sa HIV-om javljaju se sljedeći osjećaji: strah, osjećaj gubitka, ljutnja, depresija, osjećaj ovisnosti i nada.

Elizabeth Kubler-Ross opisuje pet tipičnih perioda kroz koje prolaze osobe koje se suočavaju sa terminalnim stadijem bolesti ili sa bolešću opasnom po život:

- 1) Period **odbijanja ili negiranja** bolesti u kojem pacijent ne vjeruje da ima neizlječivu bolest, smatra kako su njegovi nalazi zamijenjeni i ne želi priznati da se to njemu desilo.

“To ne može biti istina/ne može se desiti meni/rezultati su sigurno netačni/napravili su grešku s rezultatima itd.”

Ova faza je karakteristična za **šok** koji osoba doživi nakon saznanja svog HIV statusa, obično kratko traje i ima adaptibilnu ulogu, jer omogućava pojedincu da se prilagodi i mobilizira druge strategije prevladavanja stresa koji doživljava. U slučaju da traje predugo, negiranje postaje maladaptivno, uvodi osobu u rizična ponašanja i odbijanje dijagnostičkih i terapijskih intervencija. U ovoj fazi je od izuzetne važnosti stručna psihološka i psihoterapijska potpora.

- 2) Period **gnjeva ili ljutnje** nastaje nakon što je osoba suočena sa činjenicom o svom zdravstvenom stanju. Gnjev ili ljutnja usmjeravaju se na druge ili na same sebe. Osoba može biti veoma ljuta i kriviti sebe ili osobe za koje misle da su ih inficirale, društvo, višu silu. Ponekad ispoljava otvoren bijes, postaje iritabilna, svađa se i više. Postaje cinična i hostilna, posebno prema članovima porodice. Neki od inficiranih pojedinaca možda će htjeti da se osvete zato što su inficirani putem seksa bez zaštite, na taj način što će imati seks bez zaštite sa što je moguće više osoba.

Često je potrebna stručna pomoć članovima porodice da bi bolje razumjeli ponašanje pojedinca u ovom periodu. Posebno je važno rano otkrivanje i adekvatno reagiranje na potencijalna rizična ponašanja koja mogu dovesti do daljeg širenja HIV-a.

- 3) **Pogađanje ili cjenkanje** (trgovina) je period u kojem pojedinac pokušava da promijeni okolnosti na način da nudi nova ispravna ponašanja u zamjenu za dobro zdravlje. Pogodba se nudi najčešće nekoj većoj sili, Bogu ili drugoj sili u koju se vjeruje.

“Ako to više nikad ne uradim, ovo neće biti istina...”

Cjenkanje se javlja kao potreba pojedinca da vjeruje u životnu pravdu po kojoj se dobro vraća dobrim.



4) Nakon neuspjelog pogađanja pojedinac ulazi u **period očajanja**, tuge, potištenosti i depresije. Pojedinac uočava da životne funkcije slabe, vrijeme izmiče, gubi kontrolu, a da ponuđeno cjenkanje nema efekta. U ovom periodu je važna stručna medikamentozna, psihoterapijska pomoć, ali i šira psihosocijalna podrška i pomoć.

„Nema više razloga da živim...“

5) Prethodni period omogućava lakše ulaženje u period prihvatanja i razumijevanja. U period **prihvatanja i razumijevanja** lakše se ulazi uz adekvatnu stručnu i širu psihosocijalnu podršku i pomoć.

„Morat ću da živim sa tim... sa činjenicom da imam HIV...“

Ovaj period ne podrazumijeva ugodnost i olakšanje, već spremnost osobe da prihvati neminovno. Osoba prihvata novi način života i ispoljava spremnost za suočavanje sa novim poteškoćama.

Prethodno navedene reakcije se ne odvijaju kao linearan, postepen proces. Osoba ide od jedne do druge reakcije ili se blokira u jednoj reakciji. Obično su potrebni mjeseci prije nego što dođe do prihvaćanja, a neke osobe ne mogu doći do ove tačke bez tuđe pomoći. Postoje pojedinci koji u nekom od ovih perioda ne budu nikad ili se na isti period vraćaju nekoliko puta. Može se desiti da se ponašanja i osjećanja iz dva perioda javljaju istovremeno. Naprimjer, osoba u isto vrijeme može biti ljuta i negirati svoje zdravstveno stanje.

Ovakve reakcije pacijenata su često praćene osjećajem krivice, kajanja, straha od stigmatizacije i strahom od napuštanja od strane najdražih osoba.

Kod HIV inficirane posebno je prisutna zabrinutost za članove porodice i strah da im nisu prenijeli infekciju. Saznanje o negativnom HIV rezultatu testa za članove porodice (supružnici i djeca) dovodi do olakšanja i omogućava prilagođavanje za njihovu dalju zaštitu putem mjera predostrožnosti.



Stadij 3 – Život sa asimptomatskom HIV infekcijom

Treći stadij HIV infekcije je život sa asimptomatskom HIV-infekcijom. Ovaj stadij karakterišu:

- Nužnost da se nauči kako živjeti sa HIV-om
- Uviđanje kakve implikacije HIV pozitivan status može imati na nastavak života
- Depresija, strah i usamljenost
- Smanjenje vjerovanja u samog sebe
- Izolacija
- Pojava stigme prema samom sebi

Ukoliko i kada HIV pozitivna osoba uspješno savlada nošenje sa navedenim problemima, način i percepcija života se mijenjaju. Tada dolazi do:

- Novih percepcija života i njegovih vrijednosti
- Traženja podrške i pomoći
- Usvajanja pozitivnih životnih strategija za savladavanje problema

Ovdje se javlja osjećaj da se ne radi o neposrednoj životnoj ugroženosti i vjerovanju „moglo je biti i gore“.

Studije pokazuju da se osobe koje žive sa HIV-om uspješnije prilagođavaju ako imaju intenzivniji osjećaj lične kontrole nad onim što se događa, a posebno ako imaju izraženiju psihosocijalnu podršku, prihvaćenost i mogućnost razgovora o bolesti sa prijateljima i porodicom. Pojedinci koji duže žive razviju aktivne strategije prevladavanja stresa i smatraju ih uspješnijim od defanzivnih reakcija i povlačenja.

Stadij 4 – Početak simptomatskog stadija

Četvrti stadij HIV infekcije je početak simptomatskog stadija. Ovaj stadij karakterišu:

- Promjene zdravstvenog stanja
- Promjene u načinu života
- Prilagođavanje dnevne rutine da bi se omogućilo pridržavanje medicinskog tretmana
- Zabrinutost zbog fizičkog i mentalnog zdravlja i daljnjeg napredovanja bolesti
- Strah od stanja bolesti i gubljenja kontrole nad svojim fizičkim zdravljem
- Depresivnost koja se ponavlja, a koja je vezana za pogoršanje fizičkog stanja
- Početak razmišljanja o smrti; neke osobe izražavaju želju da razgovaraju o smrti



Stadij 5 – Ozbiljno stanje bolesti

Peti stadij HIV infekcije je ozbiljno stanje bolesti. U ovom stadiju osoba je nesposobna da obavlja većinu svakodnevnih aktivnosti (stadiji tri i četiri prema WHO klasifikaciji HIV infekcije). Ovaj stadij karakterišu:

- Učestalije razmišljanje o smrti
- Učestalije izražavanje želje da se razgovara o smrti
- Strah od smrti
- Potreba da se pripremi za rastanak, zamišljanje smrti, dogovori koje treba obaviti kao što je pisanje testamenta, priprema za sahranu itd.
- Pogoršanje fizičkog stanja
- Promjena svakodnevnih aktivnosti

Za prethodna dva perioda karakteristične su sljedeće potrebe pojedinca, a to su:

- 1) Potreba za ublažavanjem boli, što je najvažniji zadatak zdravstvenih radnika, a zahvaljujući savremenim medicinskim dostignućima danas je to i dostupno.
- 2) Potreba za samopoštovanjem ogleđa se u nastojanju pojedinca da što duže zadrži kontrolu nad vlastitim ponašanjem.
- 3) Potreba za pažnjom i pripadanjem izražava se kroz privlačenje pažnje, kroz želju da neko stalno bude sa njim, i želju za tjelesnim kontaktom.

Potreba za suosjećanjem i komunikacijom posebno je intenzivna ako okolina ne pokazuje da je stanje pojedinca emotivno pogađa, tj. ako je emotivno hladna prema bolesniku.

U ovom periodu od neizmjerne je važnosti komunikacija zdravstvenog radnika sa bolesnikom u smislu pravovremenog informiranja bolesnika o njegovom stanju, o svrsi medicinskih intervencija i odgovora na njegova pitanja.

Individualno savjetovanje sa terminalno oboljelim ima svoje specifičnosti u odnosu na uobičajene psihološke i psihoterapijske intervencije. Nije moguće koristiti terapijske tehnike koje imaju odloženi efekat, već je neophodno djelovati u trenutku. Pacijenta je potrebno smiriti i uputiti na adaptibilnu reakciju u jednom susretu. Psihološke intervencije se prilagođavaju aktuelnim potrebama, stepenu svjesnosti i općem stanju pacijenta. Pacijenta trebamo slušati sa razumijevanjem, prihvatiti i očekivati izlive emocija te prihvatiti da govori o onome o čemu želi govoriti. Najčešće primjenjive tehnike su kognitivno-bihejvioralne (tehnike relaksacije, identifikacija i zaustavljanje negativnih automatskih misli, preusmjeravanje misli na pozitivna događanja i dotadašnja dostignuća).



LITERATURA:

- Arambašić L. (2000). Psihološke krizne intervencije: psihološka prva pomoć nakon kriznih događaja. Društvo za psihološku pomoć. Zagreb.*
- Berger D. (1997). Zdravstvena psihologija, Društvo psihologa Srbije, Centar za primjenjenu psihologiju Beograd.*
- Carey, P.M., Vanable A.P. (2003). Handbook of Psychology, Health Psychology, HIV/AIDS str. 219-239. New Jersey*
- Grupa autora (2009). Vodič za trenere. Osnove HIV-a i AIDS-a za radnike u oblasti mentalnog zdravlja. Partnerships in Health. Sarajevo.*
- Grupa autora (2009). Brošura za učesnike. Osnove HIV-a i AIDS-a za radnike u oblasti mentalnog zdravlja. Partnerships in Health. Sarajevo.*
- Havelka M. (1998). Zdravstvena psihologija, Naklada Slap.*
- Keli K., Frimen M. (2005). Organization and Systems Support for Mental Health Interventions in Anti-retroviral Therapy Programmes. WHO. www.aidplusserbia.org/*
- Shelley E.T. (1995). Health Psychology. McGraw – Hill Inc.*
- Stojanovski J., Stojanović M., Petrović B. (2007). Mentalno zdravlje i HIV/AIDS u Srbiji. GIP ekspertni centar za mentalno zdravlje i HIV/AIDS u Srbiji.*



Mentalno zdravlje, psihosocijalna pomoć i podrška u prevenciji i liječenju HIV-a i AIDS-a

*Remzija Šetić, dipl. psiholog, JU Dom zdravlja Kantona Sarajevo, CMZ Ilidža
Suvada Sofić, dipl. soc. radnica, JU Dom zdravlja Kanotna Sarajevo, CMZ Novi Grad*



Iskustva profesionalaca, kao i dosadašnje spoznaje, upućuju na potrebu jednog širokog i svobuhvatnog pristupa prevenciji i tretmanu u području HIV-a i AIDS-a. U ovom poglavlju bavićemo se povezanošću mentalnog zdravlja i HIV-a i AIDS-a, povezanošću psihičkih i socijalnih faktora, ulogom psihologa i socijalnog radnika, u prevenciji i tretmanu vazano uz HIV i AIDS. Pokušaćemo na jedan sveobuhvatan način prikazati značaj primjene psiholoških i socijoloških spoznaja u tretmanu HIV-a i AIDS-a. Razlog zbog čega se u tretman HIV-a i AIDS-a uvode druge profesije, osim medicinskih, je što samo medicinskim pristupom nije moguće postići željeni cilj. Naime, kod pojave i širenja HIV-a i AIDS-a pored medicinskog (zaraznog) uzroka bolesti u obzir treba uzeti niz drugih faktora koji međusobno djeluju. Najbitniji faktor u prijenosu HIV-a, pa i u tretmanu, ima ponašanje pojedinca koje je opet u interakciji sa nizom faktora, prvensteno psihičkih i socijalnih. Zbog toga HIV i AIDS nisu samo medicinski problem već i psihološki, ali i socijalni.

Možemo zaključiti da pored medicinskog aspekta HIV-a i AIDS-a od neizmjerne je važnosti dobro razumjevanje psihosocijalnog aspekta, kao i njihove međusobne povezanosti.

Povezanost mentalnog zdravlja i HIV-a i AIDS-a.

Profesionalci angažovani u oblasti HIV-a i AIDS-a imaju iskustvo previđanja značaja i povezanosti mentalnog zdravlja i HIV-a i AIDS-a. Često se susreću sa nerazumjevanje ove veze i kod samih profesionalaca koji su angažovani u oblasti mentalnog zdravlja (psihologa, psihijatarata, socijalnih radnika).

Postoji nekoliko definicija mentalnog zdravlja, ali jedna od njih kaže da ***mentalno zdrava osoba je zadovoljna, rado živi i ima osjećaj da uspješno ostvaruje sve svoje potencijale.***



Mentalno zdravlje nije samo odsustvo mentalnog poremećaja. Ono je definisano kao stanje blagostanja u kojem svaka osoba ostvaruje svoj potencijal, nosi se sa svakodnevnim stresom života, produktivno radi i u mogućnosti je da doprinosi svojoj zajednici.

Nakon svega predhodno navedenog jasno nam je da postoji jasna povezanost bilo koje značajne promjene u životu pojedinca sa mentalnim zdravljem. Odnosno, povezanost mentalnog zdravlja sa HIV-om i AIDS-om je dvostruka, i to:

- a) Određeni psihički poremećaji (psihotični poremećaji, mentalne retardacije, poremećaji ličnosti, zloupotreba alkohola i psihoaktivnih supstanci, depresija, i drugi) mogu dovesti do toga da pojedinac ispoljava određene oblike rizičnog ponašanja koji mogu rezultirati HIV infekcijom sebe i drugih. Osobe sa psihičkim poremećajem mogu biti sklona rizičnom ponašanju zbog: *smanjene sposobnosti rasuđivanja, smanjenog straha od posljedica, i zbog povećane osjetljivosti na vanjske uticaje.*
- b) Određeni oblici HIV infekcije utiču na CNS i na taj način stvaraju kliničku sliku koja odgovara nekom od neuroloških i psihičkih poremećaja. Utvrđeno je da čak kod 20% HIV inficiranih prvi simptomi HIV infekcije ispoljavaju se na psihičkom planu. Pored toga, HIV infekcija osobu dovodi u niz psihičkih stanja što rezultira razvojem nekog psihičkog poremećaja ili problema sa mentalnim zdravljem, pa tako je utvrđeno da kod preko 60% HIV inficiranih se razvije neki od psihičkih poremećaja.

Pored navedenog, povezanost HIV-a i AIDS-sa sa mentalnim zdravljem je mnogo šira. Određeni faktori, prvenstveno socijalni a i drugi, koji predhode ili su udruženi sa psihičkim poremećajima mogu doprinjeti rizičnom ponašanju za HIV.

Siromaštvo, nizak nivo obrazovanja, traumatska iskustva, konfuzije seksualnog identiteta, nasilje, nedostatak podrške i zaštite, stigmatizacija, i komorbiditet, mogu povećati vjerovatnoću upuštanja u rizične oblike ponašanja.

Osobe koje su HIV inficirane potrebno je da budu istrajne u provođenju pravilnog režima antiretroviralne terapije (ARV). Nedostatak istrajnosti dovodi do ne postizanja očekivanog učinka u liječenju i pogoršanja kliničkog stanja, pa i smrtnosti. Zatim, neredovno uzimanje ARV povećava otpornost virusa, te se tako komplikuje njegovo buduće kontrolisanje. Posebno treba naglasiti da prekinut ili nekompletan tretman predstavlja bacanje novca, a isti taj novac se mogao iskoristiti za liječenje drugih pacijenata.



Pored predhodno navedenog HIV infekcija dovodi do značajnih promjena na planu mentalnog zdravlja kod osoba koje žive sa HIV-om, ali i kod njihovih bližnjih, što zahtjeva angažman profesionalca iz mentalnog zdravlja, odnosno obezbjeđivanje šire psihosocijalne podrške i pomoći.

Uzroci poteškoća sa mentalnim zdravljem među osobama koje žive sa HIV-om

Uzroke poteškoća sa mentalnim zdravljem nalazimo u sljedećim okolnostima:

a) Socijalne okolnosti:

- siromaštvo, stigma, diskriminacija, izolacija, nezaposlenost, zatvor, teškoće u pronalaženju partnera, dostupnost psihoaktivnih supstanci.

b) Lične karakteristike:

- Slabe vještine svladavanja problema
- Historija postojećih problema mentalnog zdravlja u vrijeme dijagnosticiranja HIV infekcije, uključujući i historiju fizičkog i/ili seksualnog zlostavljanja.

c) Biološki i nasljedni faktori

- Nasljedne sklonosti prema razvoju psihičkih poremećaja
- Poteškoće sa mentalnim zdravljem uzrokovani HIV-om i ART-om.

Posljedice pojave psihičkih poremećaja među osobama koje žive sa HIV-om

Psihički poremećaji kod osoba koje žive sa HIV-om mogu imati sljedeće posljedice:

- Nepridržavanje antiretroviralnoj terapiji što dovodi do viralne rezistencije, povećan broj oportunističkih infekcija, smanjen kvalitet života i kraća životna prognoza, dvostruka stigmatizacija.
- Povećanja rizičnih ponašanja koja u konačnici mogu rezultirati većem broju HIV inficiranih.
- Povećanje rizičnog ponašanja koje vodi ponovnoj infekciji i umanjivanju efekata tretmana.



Najčešći razlozi za previđanje važnosti mentalnog zdravlja

Najčešći razlozi za previđanje važnosti mentalnog zdravlja su:

- Davanje prioriteta fizičkom zdravlju, odnosno čisto medicinski pristup u tretmanu HIV-a i AIDS-a.
- Nepoznavanje povezanosti mentalnog zdravlja i HIV-a i AIDS-a.
- Slaba razvijenost (resursi) postojećih službi mentalnog zdravlja (slabi prostorni i profesionalni kapaciteti – misli se na nedovoljan broj uposlenih)
- Slabo razvijene vještine i poznavanje značaja mentalnog zdravlja kod stručnjaka koji pružaju njegu van ustanova mentalnog zdravlja.
- Posljedice propusta u pružanju usluga u službama mentalnog zdravlja (šira psihosocijalna podrška) za osobe koje žive sa HIV-om su:

Brža progresija bolesti.

- Povećanje mogućnosti za rezistenciju na lijekove i mutaciju HIV-a u rezistentan oblik na antiretroviralnu terapiju.
- Brže širenje HIV-a.
- Komorbiditet.
- Siromaštvo.
- Socijalna izolacija.
- Prekid veza, porodičnih i socijalnih odnosa.

Definicija i značaj psihosocijalne pomoći i podrške

Psihosocijalna pomoć i podrška osobama koje žive sa HIV-om podrazumjeva **svaku vrstu podrške i pomoći koja unaprjeđuje njihovi psihičko i fizičko zdravlje**. Psihosocijalna pomoć i podrška može se pružiti od strane stručno osposobljenih pojedinaca ili grupa (psihologa, socijalnih radnika, i dr.), a istovremeno to je i **proces unapređivanja kvaliteta života i poticaj razvoja na ličnom, porodičnom i profesionalnom planu**. Tokom psihosocijalne podrške, osobe **postaju svijesnije svojih problema i poteškoća, te su spremnije za suočavanje sa životnim izazovima, razumevanju drugih i za ostvarivanje bliskosti**. Psihosocijalna podrška podrška pozitivno utječe na zdravlje i prilagodbu pojedinca.

Pojedinci koji žive u braku, imaju prijatelje i članove porodice koji im pružaju materijalnu i psihološku podršku boljeg su zdravlja nego ljudi s manje kontakata i podrške. Istraživanja psihosocijalne prilagodbe te psihičkih i zdravstvenih posljedica



utvrdila su da je socijalna podrška važan činitelj u procesima utjecaja stresnih događaja na zdravlje jer socijalni činitelji i interpersonalni odnosi mogu zaštititi pojedinca od opasnih posljedica stresa (Heller i sar., 1986). U užoj i široj zajednici osoba dobiva manje ili više socijalne podrške koja može ublažiti stresne reakcije. Stres može mobilizirati socijalnu mrežu i iz nje izvući podržavajuće ponašanje, ali može imati i negativan utjecaj tj. smanjiti pomoć pogoršavanjem ili uništavanjem odnosa, što je čest slučaj kod osoba koje žive sa HIV-om. Socijalna podrška je važan element u prevladavanju učinaka stresa. Doživljaj osobe da je voljena, nekome potrebna, da o njoj neko brine, poštuje je i cijeni, povećava samopouzdanje, redukuje nesigurnost i negativna osjećanja u vremenu stresnih događaja. Međutim, istraživanja su pokazala da svi oblici socijalne podrške nisu podjednako protektivni kao i da pozitivni efekti koje ona izaziva nisu obavezno i kumulativni. Preduslov za efikasnu socijalnu podršku je postojanje bar jedne bliske i povjerljive osobe na koju se može osloniti. Prisustvo drugih oblika podrške ne može kompenzirati ovaj nedostatak. Sa druge strane postojanje većeg broja bliskih osoba, ne podrazumjeva i bolje efekte na prevladavanje stresa. U nekim slučajevima, prevelika nametljiva podrška može pojačati stres. To može učiniti i podrška "pogrešne osobe" u pravo vrijeme ili sa druge strane podrška "prave osobe" na neadekvatan način u pravo vrijeme. Zbog predhodno navedenog od neizmjerne je važnosti u radu sa osobama koje žive sa HIV-om, osobama koje su u stanju stresa ili su pogođene krizom, pružiti adekvatnu pomoć i podršku od "pravih osoba", odnosno od stručno osposobljenih pojedinaca. Psihosocijalnu podršku u period kriza pružaju stručno osposobljeni pojedinci sa ciljem postizanja optimalnog nivoa funkcionisanja pojedinca koji je pogođen krizom.

Prevenција HIV-a, psihosocijalna pomoć i podrška osoba koje žive sa HIV-om

Na osnovu predhodno navedenog potpuno je jasno da određena somatska bolest, hendikep i/ili disfunkcija, liječenje i rehabilitacija, sekundarno mogu voditi neprilagođenim pa i psihopatološkim ispoljavanjima. Razlog za to je što bolest sa sobom nosi stres i izaziva krizu za čije prevladavanje od posebnog je značaja psihijatrijska i psihosocijalna podrška. Uključivanjem službi mentalnog zdravlja, kao i drugih javnih službi i nevladinih organizacija, u aktivnosti prevencije HIV-a, a i u njezi i podršci osoba koje žive sa HIV-om, obezbjeđuje se širi multidisciplinarni pristup.



Psihološka pomoć i podrška

Kod pojave i širenja HIV-a i AIDS-a pored medicinskog (zaraznog) uzroka bolesti u obzir treba uzeti niz drugih faktora koji međusobno djeluju. Najbitniji faktor u prenosu HIV-a, pa i u tretmanu, ima ponašanje pojedinca koje je opet u interakciji sa nizom faktora, prvensteno psihičkih i socijalnih. Zbog toga HIV i AIDS nisu samo medicinski problem već i psihološki i sociološki, pa samim tim dobrim dijelom zalaze u područje psihologije i drugih nauka. Zbog predhodno navedenog, a i zbog niza drugih primjera u medicini, svakim danom sve više jača veza medicine i psihologije. Jačanjem te veze sve više se primjenjuju psihološke spoznaje u prevenciji, dijagnostici, liječenju i rehabilitaciji. Osnovni cilj djelovanja psihologa u zdravstvu je obezbjediti cjelovit pristup bolesniku. Pristup u kojem će se pored medicinskih usmjerenosti na bolest u obzir uzeti i psihosocijalni vidovi bolesti. Važnost cjelovitog pristupa bolesniku može se prikazati u nekoliko primjera:

Prvo, postupci prevencije širenja HIV-a i AIDS-a zahtjevaju poznavanje stavova, mišljenja i vjerovanja, a posebno specifičnih ponašanja i navika pojedinca, a koji su prvenstveno predmet zanimanja psihologije. Nakon što saznamo predhodno navedeno tek tada možemo provoditi različite preventivne postupke, jer na taj način možemo predvidjeti i ponašanja pojedinaca.

Drugi primjer je provođenje dijagnostičkih postupaka. Da bi se proveli pojedini dijagnostički postupci preporučeno je sprovesti i psihološku pripremu za različite intervencije. Ovdje odmah prepoznamo značaj psiholoških faktora i pripreme u procesu savjetovanja prije testiranja u VCCT centima. Pored navedenog, provođenjem psihološke procjene u dijagnostici HIV-a i AIDS-a mogu se otkriti i određene psihosocijalne pojavnosti bolesti, ali i neuropsihološke promjene.

Treći primjer je uspostavljanje povjerenja pacijenta prema zdravstvenom osoblju, kako u procesu dijagnostika tako i u procesu liječenja i rehabilitacije. Pozitivni stavovi i povjerenje bolesnika u zdravstvene radnike i postupke koje propisuju, najvažnije su odrednice bolesnikova ponašanja tokom bolesti i njegovih emotivnih stanja koja na bolest mogu djelovati. Ovo je posebno važno u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti, ali i u drugim nivoima zdravstvene zaštite, jer uvažavanje bolesnikovih emotivnih stanja je jedan od svrhovitih načina liječenja.

Primjena spoznaja zdravstvene psihologije predstavlja agregaciju određenih edukacijskih, naučnih i stručnih doprinosa psihologije, poljima unaprijeđenja i održavanja zdravlja, prevencije i liječenja bolesti. Ovim se omogućuje da se kod



tretmana HIV-a i AIDS-a prvenstveno ne orjentišemo na psihopatologiju, već da se usmjerimo na mentalno zdravu populaciju kod koje pojava HIV-a izaziva sekundarne pojave koje vode maladaptivnim pa i psihopatološkim ispoljavanjima. Razlog je što pojava HIV-a sa sobom nosi traumu i stres i izaziva krizu za čije prevladavanje su od ogromnog značaja adaptibilni mehanizmi prevladavanja.

Oblast djelovanja psiholoških intervencija je usmjerena ka sljedećim ciljevima:

- 1) Prevladavanju stresa izazvanog dijagnostikovanjem i saznanjem bolesnika o potrebi liječenja somatske bolesti (psihološka priprema za dijagnozu i liječenje, prevladavanje stresa u skladu sa mogućnostima oboljelog i i pojavu „uporednih dijagnoza“).
- 2) Prevladavanju stresa u toku hospitalizacije, liječenja, življenja uz novu bolest i rehabilitaciju (intervencije u krizi i psihoterapija). Kliničko psihološki i psihoterapijski tretman psihičkog poremećaja uporedo sa dijagnosticiranjem, liječenjem i rehabilitacijom somatske bolesti, hendikepa ili disfunkcije.

Primjenom predhodno navedenih postupaka i dostizanja postavljenih ciljeva omogućava da se prevaziđu nedostaci biomedicinskog modela zdravlja i bolesti, postiže se holistički pristup čovjeku i primjena biopsihosocijalnog modela zdravlja i bolesti. U osnovi biopsihosocijalnog modela je shvatanje da su zdravlje i bolest posljedica interakcije bioloških, psiholoških i socijalnih faktora. HIV i AIDS su jedan od najočitijih primjera za dokazivanje ovog modela. Biopsihosocijalni model implicira da za održavanje zdravlja, nastanak i tok bolesti, odgovorna je interakcija procesa na makronivou (npr. socijalna podrška, depresija, itd) i procesa na mikronivou (promjene na nivou ćelije). Oba nova su međusobno povezani, promjena na bilo kojem nivou izaziva promjene i na drugom. Promjena na mikronivou (ćelija) dovodi do promjene na makronivou (depresija, itd.) i obrnuto (vice versa). Zbog predhodno navedenog uvode se interdisciplinarni timovi jer osnovna postavka je da u procesu uspostave dijagnoze i izboru određene terapije, u obzir treba uzeti interakciju biološki, psiholoških i socijalnih faktora. Profesionalci iz oblasti HIV-a i AIDS-a su svjedoci da ovaj pristup je primjenjiv i koristan na zadovoljstvo bolesnika i zdravstvenog osoblja.

Uloga psihologa

Angažman psihologa u oblasti HIV-a i AIDS-a nije novina i praksa je u mnogim zemljama svijeta. Pored VCCT centara psiholog se susreće i u drugim vidovima rada u oblasti HIV-a i AIDS-a. Psiholozi su angažovani u ustanovama za zaštitu mentalnog



zdravlja, preko klinika i bolnica koje učestvuju u dijagnostici i liječenju HIV-a i AIDS-a pa do nevladinih organizacija i službi socijalne zaštite koje pružaju širu psihosocijalnu podršku i pomoć. Psiholog se često shvaća i vidi u savjetodavnom radu i rješavanju psihičkih kriza i pomoć u donošenju odluka. Međutim, ulogu psihologa je mnogo šira i sveobuhvatnija. Psihologa trebamo shvatiti kao stručnjaka koji primjenjuje naučna i stručna dostignuća iz psihologije i srodnih disciplina (psihopatologije, psihoterapije). Psiholog svoje djelovanje provodi kroz sljedeće aktivnosti:

1) Psihološka procjena – odnosno utvrđivanje psihičkih (intelektualnih i emocionalnih), psihofizičkih i psihosocijalnih karakteristika pojedinca i grupa u svrhu objašnjavanja i predviđanja njihovog ponašanja, pronalaženja uzroka nedjelotvornosti ili poremećaja te planiranja i provođenja psiholoških tretmana. Posebna važnost u psihološkoj procjeni osoba koje žive sa HIV-om je praćenje promjena na psihičkom planu, a vezano za promjene koje izaziva HIV na nivou ćelije, odnosno CNS.

2) Psihološki tretman, savjetodavni i psihoterapijski rad – odnosno postupke namijenjene zaštiti, održavanju i poboljšanju mentalnog zdravlja pojedinaca i grupa, te poboljšanju kvalitete života i rada, optimalnom iskorištavanju ličnih potencijala i poboljšanju grupne i organizacijske djelotvornosti. Postupci kojima se pomaže pojedincu i grupama u rješavanju psiholoških kriza, rješavanju problema, donošenju odluka, modifikaciji ponašanja, ublažavanju posljedica zdravstvenog stanja i hospitalizacije, prilagođavanje novonastalim uslovima života, prihvatanju medicinskih intervencija i promjeni stila života.

Pored općih karakteristika psihološkog tretmana, postoje i određene specifičnosti za područje HIV-a i AIDS-a, a to su:

- procjena rizičnog ponašanja za HIV kod pojedinaca kojima pružaju usluge.
- preporuka i uputa pojedinca u VCCT centar.
- edukacija o načinima za smanjenje rizika za HIV.
- krizne intervencije kod saznanja HIV statusa i donošenje odluke kome reći,
- podrška pri nošenju s psihičkim poteškoćama koje se specifično javljaju u pojedinim stadijima HIV infekcije,
- savjetovanje vezano uz sigurnije seksualne odnose i seksualne probleme, savjetovanje kod roditeljstva i planiranje trudnoće,
- priprema na počinjanje uzimanja lijekova te jačanje privrženosti HIV terapiji,



- problemi u partnerskim odnosima i podrška značajnim drugima (porodica, partneri),
- istraživanje životne perspective,
- olakšavanja prilagodbe na bolest (jačanje ličnih resursa i pomoć pri iskorištavanju resursa zajednice - posredništvo),
- povezivanje pojedinca sa drugim institucijama koje mogu pomoći u smanjenju siromaštva i socijalnoj izolaciji grupa i pojedinaca sa rizičnim ponašanjima (Službe socijalne zaštite, NVO, itd.)

Pored angažmana psihologa u pomoći korisnicima usluga službi koje se bave HIV-om i AIDS-om, psiholog ima značajnu ulogu i kod pomoći medicinskom osoblju u nošenju sa profesionalnim stresom i izazovima koji se pred njih postavljaju.

Važno je napomenuti da u ovoj aktivnosti postoje mogućnosti razlike u pristupu aktuelnim problemima angažovanih psihologa zbog mogućnosti razlika u teorijskim i praktičnim postupcima koje preferira psiholog, pa i za koje je stručno osposobljen. Posebno se može istaći mogućnost razlike u primjeni psihoterapijskih tehnika. Prema dosadašnjim iskustvima u radu sa osobama koje žive sa HIV-om veliku aplikativnost su doživjele tehnike kognitivno-bihevioralne terapije (KBT), mada se primjenjuju i terapijske tehnike iz drugih psihoterapijskih pravaca.

- 1) Edukacijske aktivnosti** – Uključuju edukaciju pojedinaca i grupa u ovladavanju općim i specifičnim psihološkim znanjima i vještinama s ciljem poboljšavanja lične djelotvornosti, djelotvornosti u interpersonalnim odnosima, kao i znanjima važnim za prevenciju HIV-a.
- 2) Psihološka stručna istraživanja** – psihičkih i psihosocijalnih procesa i stanja pojedinaca i grupa koji se susreću kod osoba koje žive sa HIV-om. Posebna važnost provođenja istraživanja u interdisciplinarnim timovima VCCT centara.
- 3) Psihološka evaluacija** – svih psiholoških i drugih postupaka i tretmana koji se tiču pojedinca, grupe ili organizacije i koji mogu imati psihičke ili psihosocijalne posljedice.

Psihosocijalni prediktori progresije HIV bolesti

U predhodnom dijelu teksta pojasnili smo značaj povezanosti bioloških, psihičkih i socijalnih aspekata HIV-a. Postoje određene psihičke varijable koje mogu uticati na progresiju bolesti, neke smo već obradili, a neke ćemo sada predstaviti.



U dosadašnjim istraživanjima identificirana su tri potencijalna mehanizma preko kojih psihički faktori imaju uticaj na imunološki sistem:

- 1) preko **autonomnog nervnog sistema** - simpatička vlakna spuštaju se iz mozga direktno u limfoidne organe, gdje otpuštaju različite tvari koje utiču na njihovo funkcioniranje i time i na imunološki odgovor,
- 2) preko **endokrinološkog sistema** - psihološki faktori utiču na hipotalamičko-pituitararno-adrenalnu os, na simpatičko-adrenalno-medularnu i hipotalamičko-pituitararno-ovarijsku os; one otpuštaju različite hormone koji se vežu na receptore na leukocitima i tako regulišu njihovu raspodjelu i funkcioniranje,

promjene u ponašanju vezanim za zdravlje - u stanju stresa, nemira, uznemirenosti, deprimiranosti, zabrinutosti i sl. ljudi su skloniji takozvanim rizičnim ponašanjima: više puše, piju alkohol, lošije se hrane, slabije spavaju i sl., a upravo svi ti čimbenici imaju znatan utjecaj na imunološki sustav.

Jedna od najvažnijih psiholoških varijabli je **stres** i način suočavanja sa stresom. Što je ujedno povezano sa svim drugim varijablama. Da podsjetimo da po Lazarusovom modelu stres se obično definira kao **sklop emocionalnih, tjelesnih i/ili bihevioralnih reakcija do kojih dolazi kad neki događaj procijenimo opasnim i/ili uznemirujućim, odnosno kao sklop psihičkih i tjelesnih reakcija na stresor koji pred nas postavlja zahtjeve kojima ne možemo udovoljiti.**

Istraživanja pokazuju da različiti stresori mogu da izazovu promjene u imunološkom funkcioniranju i povećaju osjetljivost za poremećaje koji su u vezi sa imunitetom (HIV i AIDS). Utjecaj stresa na imunološki sistem potvrđuju eksperimenti na životinjama ali i istraživanja koja su rađena kod ljudi. Rezultati pokazuju da izlaganja i kratkotrajnim psihološkim stresorima izazivaju promjene u imunološkom ćelijskom nivou. Stres se povezuje sa smanjenim imunitetom, slabijom proliferacijom limfocita u susretu sa mitogenom, oslabljenom aktivnošću NK ćelija, smanjenim brojem cirkulišućih T i B limfocita. Čak se pronašla veza između porasta broja učestalosti infekcija kod djece u porodicama sa nesređenim odnosima. Akutni stres izaziva privremene promjene u imunološkim reakcijama. Predviđeni ili očekivani stres, također djeluje imunosupresivno. Istraživanja hroničnog djelovanja stresa daju dvostruke rezultate. Jedni upućuju na negativno djelovanje stresa na imunitet, dok druga istraživanja upućuju na pozitivno djelovanje i poboljšanje stanja u imunološkim reakcijama. Ovo se obrazlaže činejnicom na mogućnost adaptacije na stresore, koji se ponavljaju a koji su praćeni uspješnim prevladavanjem. Navedeno je razlog našeg angažmana u podršci i pomoći osobama koje žive sa HIV-om. Čak se dolazi do rezultat da kada



nastane prestanak djelovanja stresora dolazi do poremećaja na fiziološkom nivou, da bi nakon nekog vremena ponovo došlo do normalizacije. Adaptaciju na stres je lakše postići ako se radi i fizičkim stresorima (zvuk, buka). Adaptacija je znatno teža kod psihičkog stresa i složenih stresora, kao što su neizlječive bolesti. Studije pokazuju da u ovim slučajevima djelovanja hroničnog stresa može doći do trajne imunosupresije preko promjena imunološkog funkcionisanja na ćelijskom nivou.

Stres negativno djeluje na imunitet na dva načina. Direktno narušavajući psihofiziološku ravnotežu, izazivajući tjelesne promjene kao što je porast novoa kortizola, što slabi imunitet. Stres istovremeno prate i promjene ponašanja, kao što je prekomjerno uzimanje lijekova, pušenje, alkohol, poremećaj sna, i dr. Navedena ponašanja doprinose održavanju negativnih efekata stresa i narušavanju imuniteta. Djelovanje stresa na imunitet je varijabilan i zavisi od inteziteta i vrste stresa, kao i od individualnih razlika. Varijabilnost imunoloških reakcija objašnjava se razlikama u efikasnosti mehanizama prevladavanja stresa, ali i u individualnim specifičnostima u simpatičko – adrenalnim reakcijama na stres. Istraživači su utvrdili da efekti stresa koji su nastali u interpersonalnim odnosima dovode do poremećaja u funkciji T i B limfocita, a koji se mogu odraziti i nekoliko mjeseci nakon određenog gubitka. Averzivna interpersonalna događanja imaju jači imunosupresivni efekat od druge vrste stresora jer duže traju i izazivaju veći emocionalni potres, te lakše uvode u depresiju koja opet djeluje imunosupresivno. Smatra se da su negativni efekti depresije na imuni sistem najviše izraženi kod starijih osoba, hospitaliziranih bolesnika, kod onih koji su već imunokompromitovani (AIDS), i kod drugih koji posebno osjetljivi na stres. Neka istraživanja pokazuju da depresija dugotrajno izaziva promjene ćelijskog imuniteta.

Istraživanja pokazuju da socijalna izolacija i usamljenost mogu pojačati negativna dejstva stresa na imunitet, i to na dva načina. Prvi, usamljenost i socijalna deprivacija (kao što je čest slučaj kod osoba koje žive sa HIV-om) sami po sebi su stresogeni, ako još postoje uz primarni stres, imuni sistem je izložen dvostrukom djelovanju stresa. Drugi, da dobri socijalni odnosi i socijalna podrška amortizuju negativno dejstvo stresa, što je u slučaju usamljenosti nemoguće. Mnoga istraživanja su potvrdila da socijalna podrška i doživljaj osobe da ima socijalnu i emocionalnu podršku bližnjih i stručnih lica koja mu pomažu doprinosi jačanju imunoloških reakcija. Sličnu amortizaciju ima doživljaj lične kontrole i mogućnosti aktivnog djelovanja na stresogeni događaj. Nije potrebno objašnjavati ulogu svakog pojedinca u poršci i pomoći koju može pružiti osobama koje žive sa HIV-om.



Mnogi istraživanja ukazuju da uspješno prevladavanje stresa smanjuje njegove negativne efekte na imuni sistem. Tako se utvrdilo da psihičko rasterećenje nakon traumatskih iskustava doprinosi promjenama na fiziološkom nivou. Dobiveni su rezultati koji ukazuju da pozitivne efekte ostvaruje i relaksacija, a posebno obučavanje pacijenata kognitivno – bihevorlanim tehnikama za efikasno razrješenje i prevladavanje stresa. Na osnovu brojnih studija došlo se do zaključka da tehnike upravljanja stresom kao što su relaksacijski trening i imaginacija, kognitivno restrukturiranje, trening vještina suočavanja i trening interpersonalnih vještina mogu reducirati anksioznost, depresiju i socijalnu izolaciju osoba oboljelih od HIV-a. Pored mnogih dobrih rezultata o značaju psiholoških tehnika u postizanju dobrih efekata na imuni sistem, ovo nikako ne treba generalizirati i shvatiti kao lijek za imunološke poremećaje.

Kad ispitujeemo uticaj stresa, bitno je uzeti u obzir i način odnosno strategije suočavanja sa stresom. Najobuhvatnija i najpreciznija definicija suočavanja je od R. Lazarusa i S. Folkman (Lazarus 1993.), koja kaže da je **suočavanje proces u kojem osoba konstantno nastoji kognitivnim ili ponašajnim naporima svladati, podnijeti ili smanjiti internalne i/ili eksternalne zahtjeve koji su procijenjeni prevelikim za sposobnosti osobe**. Lazarus smatra da postoje dva načina suočavanja, i to suočavanje usmjereno na problem i emocije. Suočavanje usmjereno na problem uključuje mehanizme pomoću kojih se nastoji djelovati na situaciju, na ono što je izazvalo napetost, odnosno na sam stresor. Ovdje razlikujemo dvije podgrupe. Jedan način suočavanja direktono usmjerenje da se otklone ili smanje djelovanja stresora (posjeta ljekaru u slučaju bolesti), a drugi je promjena značenja situacije (podcjenjivanje). U suočavanje usmjereno na problem se ubrajaja osmišljeno rješavanje problema, planiranje, suprostavljanje, oprez, podrška drugih ljudi. Način suočavanja usmjeren na emocije, odnosi se na lakše podnošenje emotivnog uzbuđenja izazvanog stresnom situacijom. Ovdje se ubrajaju sljedeći mehanizmi: priželjkivanje, samookrivljavanje, povlačenje, potiskivanje i izbjegavanje, isticanje pozitivnog, smanjenje napetosti, okretanje religiji, mirenje sa sudbinom i traženje emotivne podrške drugih. Ovaj način suočavanja prevladava u situacijama u kojima je procijenjeno da nije moguće kontrolirati stresne događaje ili njihove ishode.

Endler i Parker (1990.) identificirali su i treći način suočavanja koji se naziva suočavanje izbjegavanjem, a odnosi se na kognitivne, emocionalne ili ponašajne pokušaje udaljavanja bilo od izvora stresa ili od psihičkih i tjelesnih reakcija na stresor. Nepoduzimanje ili izbjegavanje akcija usmjerenih na problem te negiranje spoznaje da se događaj desio, povlačenje u osamu, potiskivanje emocija, prekomjerenje



konzumiranja alkohola i droga, maštanje, sanjarenje, korištenje humora, večernji izlasci i samodestruktivno ponašanje neke su od izbjegavajućih strategija. Ova kategorija suočavanja uključuje i strategije usmjerene na emocije/osobu (npr. maštanje) i na problem/zadatak (npr. bavljenje zamjenskim aktivnostima).

Istraživanja su pokazala da strategije suočavanja usmjerene na emocije i izbjegavanje su obično korisnije u početnim fazama stresnog događaja te kad se odmjeravaju u odnosu na neposredni učinak. Omogućavaju da se postepeno suočavamo s problemima i da se pripremimo, tj. da ne blokiramo i da budemo funkcionalni i efikasni. Međutim, ako ih koristimo duže vrijeme, odmažu nam da se prilagodimo na novonastalu situaciju. Suočavanje usmjereno na problem je korisnije kad se korist procjenjuje na duži rok, tj. u oblikovanju dugoročnih posljedica (Lazarus i Folkman, 1984.; prema Arambašić, 1994.).

Iako se većina reakcija na stres može kretati u rasponu od prilagođenog do neprilagođenog, pokazalo se da aktivan način nošenja sa stresom pokazuje bolje rezultate od pasivnog. Uz doživljaj da možemo nešto smisleno učiniti te da možemo kontrolirati situaciju, aktivno suočavanje sa stresom nam omogućuje da usmjerimo pažnju na nešto korisno i da je udaljimo od onoga na što ne možemo djelovati. Istraživanja pokazuju da su strategije približavanja, aktivni načini suočavanja češće korišteni u situacijama koje procjenjujemo da su podložne kontroli, dok strategije izbjegavanja prevladavaju u situacijama procijenjenim da su manje ili nikako podložne promjeni.

Prema svemu predhodno navedenom jasne su veze psihosocijalnih faktora na neuroendokrino-imunološke odnose i čini se da može imati veliki utjecaj na klinički tok, morbiditet i mortalitet HIV-a i AIDS-a, a njegov utjecaj se proširuje i kod primjene HAARTA i daljeg liječenja osoba koje žive sa HIV-om.

Sve ovo upućuje na neophodnost osmišljavanja kvalitetnih tretmana u kojima bi se osobe uvježbavale u vještinama donošenja odluka i konstruktivnom rješavanju svakodnevnih problema. Mnoge kognitivno-bihevioralne tehnike mogu imati široku primjenu uz kombinaciju sa tehnikama relaksacije, meditacijom, fizička aktivnost, i u konačnici promjenom životnog stila.



Porodica sa HIV pozitivnim članom

Porodica ima značajnu ulogu u pružanju podrške i pomoći osobama koje žive sa HIV-om. Međutim, saznanjem da u porodici imate osobu koja boluje od hronične i neizlječive bolesti, bolesti opasne po život, remeti razvoj i uobičajeni životni ritam, osjećanje sigurnosti i životne perspektive cijele porodice, a uz to proizvodi još dodatna opterećenja za cijelu porodicu. Uloga oboljelog u porodici izaziva i različite posljedice tog stanja. Koliko će porodica biti pogođena zavisi od mnogih faktora, a mnogi su određeni kulturom u kojoj živimo. Bolest oca, koji se kod nas još uvijek smatra prvim hraniocem porodice, često je praćen prijetnjom ekonomskog opstanka. Dolazi do smanjenja primanja porodice, povećavaju se izdaci za liječenje, itd. Posebno opterećenje za porodicu predstavlja promjena percepcije oca koja u našoj kulturi ima poseban i značajan status, a koja daje i sigurnost. Bolest majke u našoj kulturi pogađa porodicu na način da je majka glavni izvor zaštite i njege ostalih članova porodice. Bolest majke pogađa u mnogome jer zahtjeva reorganizaciju i preraspodjelu mnogih poslova i zaduženja. Posebno je teško ako u porodici imamo male djece koja u mnogome zavise od majke i njene brige. Bolest bilo kojeg roditelja je opterećujuća, a posebno ako je praćena promjenama na psihičkom planu. Nikako se ne smije zanemariti uloga bračnih partnera. Obolijevanje jednog izaziva gubitak značajnog oslonca za drugog partnera. Obolijevanje djeteta za sobom povlači još veća opterećenja za cijelu porodicu. Često se dešava da ostavlja trajne posljedice po funkcionalnost porodice. Nerijetko se kod roditelja javljaju neprijatna pitanja o vlastitoj odgovornosti za pojavu bolesti, kao i potrebu donošenja važnih odluka o vrsti tretmana, hospitalizaciji, i slično. Porodica je ta koja pruža trajnu zaštitu i njegu zbog altruizma koji je dominantan osjećaj. Zbog toga je potrebno porodici pružiti adekvatnu podršku i pomoć da se suoči sa problemima na koje nailazi.

Porodica terminalno oboljelog mora se suočiti sa zahtjevima, problemima i teškoćama od kojih su najznačajniji prema D. Berger (1993.):

- 1) problem reorganizacije porodice koja traje od saznanja oboljenja pa traje i nakon smrti oboljelog. Pojedini članovi porodice dobivaju nove uloge,
- 2) problem komunikacije, a koji se posebno otvara kod porodica koje i ranije nisu jasno i otvoreno komunicirale. Često se dešava da manifestovana komunikacija nije praćena i istim ponašanjem. Prema Taylor-ovoj (1986) komunikacija je otvorena kada je prognoza povoljna, a što je prognoza lošija komunikacija se više urušava. Problem komunikacije sa „umirućim“ bolesnikom proizilazi iz



tabua o smrti, od pogrešnih pretpostavki šta oboljeli želi da čuje (misli se da oboljeli ne želi da razgovara o smrti), i svaki od učesnika u komunikacije ima razloge zašto nešto ne želi da čuje i da diskutuje o smrti.

Zbog predhodno navedenog, mnoge porodice koje su pogođene ovakvom krizom zahtjevaju stručnu psihološku pomoć . Na taj način olakšavamo funkcionisanje porodice i preveniramo nastanak niza posljedica koje mogu da se jave kod pojedinih članova porodice. Potrebno je naglasiti da veliki broj porodica uspije da izađe na kraj sa bolešću svoga člana, ma kako njeno izbijanje bilo dramtično, tok dug i neizvjestan, a ishod nepovoljan. To su porodice koje uspijevaju da angažuju lične, porodične i šire društvene resurse u teškim situacijama. Neke porodice iz ovakvih bitki izlaze posebno osnažene. Bez obzira na sve, porodicama je potrebna psihosocijalna pomoć i podrška koja obuhvata različite vrste edukacije, podrške, psihoterapije (kognitivno-bihevioralna i porodična), itd.

Uloga socijalnog radnika i socijalna podrška

Na upotrebu uvođenja socijalnog rada u zdravstvenim ustanovama ukazano je još davno. Prateći razvoj stanja i ozdravljenja pojedinih bolesnika, uvidjelo se, naime, da za uspješno ozdravljenje nisu dovoljne samo medicinske mjere i terapija. Oslanjanje samo na te mjere nije davalo uvijek očekivane rezultate, odnosno rezultati nisu uvijek bili adekvatni uloženom trudu i naporima na liječenju bolesnika. Proučavajući dalje ovaj problem došlo se do zaključaka da medicinski tretman bolesnika treba upotpuniti i obogatiti i jednim i drugim tretmanom. Zdravstvena služba u današnjim uslovima ne može više da djeluje sama za sebe, već zajedno sa drugim službama, zato što sam medicinski rad nije dovoljan da zaštiti i održi ljudsko zdravlje ili da ga obnovi ako je narušeno. Pored toga povrede i bolesti ne ograničavaju se samo na oštećenost pojedinih organa ili dijelova tijela već se odražavaju i u psihi, socijalnim i ekonomskim prilikama oštećene ličnosti. Prema tome, medicinski rad mora biti pripremljen, upotpunjen, objašnjen i obogaćen radom drugih stručnjaka, a naročito radom socijalnih radnika, jer ljekari nisu mogli da ispitaju i utvrde porodične prilike pacijenata, njegovu okolinu koja je često uzrok teškoćama i bolestima, a u kojoj se nalaze i povoljni uslovi ozdravljenja. Zbog toga se uvidjelo da u toku liječenja očigledno treba da se javi jedan posrednik i pomoćnik koji će s jedne strane pomoći ljekaru da proširi svoje saznanje o bolesniku, a s druge strane da pomogne pacijentu da u liječenju i sređivanju prilika u porodici i sporovođenju odredbi ljekara dobije savjet, pomoć i podršku. Ovakav pristup je neophodan u radu sa oboljelim od HIV-a



jer socijalni radnik može adekvatno pomoći u medicinskom tretmanu kao i rješavanju socioekonomskih problema ili problema sa okolinom koje ima osoba koja živi sa HIV-om. Ovakva vrsta podrške je posebno važna u Bosni i Hercegovini jer većina osoba koje žive sa HIV-om su u stanju socijalne potrebe.

Veoma je važno pružati kontinuiranu podršku osobama oboljelima od HIV i AIDS-a jer značajan je njezin utjecaj u mobiliziranju postojećih resursa osobe kako bi se što bolje nosila s postojećom situacijom te koliko je važna za osiguravanje relevantnih informacija i pomoći pri rješavanju nepredvidivih problema. Adekvatna podrška prijeko je potrebna kad se osoba nađe u kriznom razdoblju, npr. neposredno nakon dijagnosticiranja bolesti ili nakon što je doživjela značajan gubitak. HIV-infekcija pogađa sve dimenzije života: fizičku, psihološku, socijalnu i duhovnu. Savjetovanje i socijalna podrška mogu pomoći ljudima i njihovim bližnjima da se znatno efikasnije suoče sa svim stadijima infekcije i poboljšaju kvalitetu života. HIV-infekcija još uvijek, nažalost, često rezultira stigmom i strahom onih koji su pogođeni njome - zaraženih osoba te njihovih najbližih. Događalo se i da saznanje o infekciji rezultira gubitkom bolesnikovog socio-ekonomskog statusa, zaposlenja, dohodaka, udomljenja, smanjenjem mobilnosti te uskraćivanjem potrebne zdravstvene skrbi. Stoga se velik broj osoba zaraženih HIV-om u nas iz navedenih razloga odlučuje za šutnju. Upravo s HIV/AIDS-om povezana stigma čini ovu bolest drugačijom od drugih kroničnih i potencijalno po život opasnih bolesti. Osobe često taj bolest kako bi se zaštitile od stigme i diskriminacije. Ali taj pokušaj da se sami nose s HIV-om s druge im pak strane uskraćuje primanje toliko važne podrške njima značajnih osoba.

Danas, kad je život osoba s HIV-om i AIDS-om uslijed dostupnosti te primjene spomenute terapije znatno produžen, pojavile su se druge vrste gubitaka – gubici koji se događaju u samom pojedincu, a koji mogu biti fizički (gubitak određene tjelesne funkcije, dosadašnje uobičajene aktivnosti postaju nedostupne, gubitak zaposlenja, prihoda, apetita, promjene u fizičkom izgledu...) te simbolički (gubitak samopoštovanja, vjere u sebe, određenih odnosa ili promjene u njima). Ljutnja - ljutnja može biti istodobno usmjerena na nekoliko objekata. Osobe s HIV-om mogu kriviti: sebe - zato što su se zarazili; svoje bližnje - jer nisu mogli ništa napraviti; sustav podrške - zbog manjka razumijevanja, empatije ili suosjećanja; društvo - zbog odbacivanja... Depresija - osjećaji depresije su također česti i oni mogu biti izraženi kao osjećaji obeshrabrenja, malodušnosti ili bespomoćnosti. Signali koji upućuju na postojanje depresije uključuju smetnje sa spavanjem, promjene apetita, odustajanje od uobičajenih aktivnosti, neuspjeh u pronalaženju zadovoljstva ili poteškoće u



koncentraciji. Osjećaji ovisnosti - mogu se javiti kod osoba s poteškoćama proizašlim iz gubitka funkcionalnog kapaciteta u psihičkom i emocionalnom području. Ovisnost o drugima ugrožava samostalnost, privatnost, osjećaj kontrole te osjećaje bespomoćnosti i ranjivosti. Nada - nisu svi emocionalni odgovori na HIV/AIDS negativni. Osobe koje imaju nadu i koje imaju planove za budućnost žive duže. Ona im također pomaže u prevladavanju loših dana. Osjećaji nade variraju iz dana u dan, a izvori nade različiti su od osobe do osobe. U lakšem prevladavanju navedenih osjećaja te općenito u što efikasnijoj prilagodbi osoba s HIV/AIDS-om na postojeću situaciju veliku važnost ima socijalna podrška. Uz najznačajniju podršku postojeće socijalne mreže osobe oboljele od HIV/AIDS-a, veliku važnost imaju psihosocijalna podrška te grupe samopodrške. Najvažnije što grupe samopodrške, odnosno, kako ih se u literaturi naziva, grupe za samopomoć i uzajamnu podršku, daju pojedincu je razumijevanje te spoznaja da nisu jedini koji imaju određeni problem. Činjenica da osoba koja je HIV-pozitivna nema čvrstu socijalnu mrežu ne treba biti jedina indikacija za beneficiju od suportivne grupe. Mnoge HIV-pozitivne osobe imaju složenu socijalnu mrežu, ali ona ne treba biti korisna ili iskreno podržavajuća kad je u pitanju nošenje s HIV/AIDS-om. Takav tip grupa također može biti vrlo djelotvoran i za članove obitelji. Obitelj, široko definirana, može uključivati obitelj podrijetla, obitelj izbora te mrežu bliske podrške. Uz ovakav tip podrške vrlo je važna i, kao što je već navedeno, psihosocijalna podrška.

Socijalni radnici kao stručnjaci koji rade sa osoba koje žive sa HIV-om i AIDS-om, trebali bi razviti osobne kvalitete koje bi im omogućile da se povežu sa svojim bolesnicima, da s njima empatiziraju te da odgovaraju terapeutski.

Te karakteristike uključuju:

POVJERLJIVOST - za razliku od prijatelja, profesionalci povjerljivost moraju držati svetom. Oni bi bolesnicima trebali objasniti pravne vodilje koje se odnose na povjerljivost i sve okolnosti u kojima je to moguće prekršiti.

SAMOSVJESNOST - efektivni profesionalci su svjesni vlastitih stavova, vrijednosti i vjerovanja. U nastavku oni pokazuju otvorenost i poštivanje vrijednosti i vjerovanja drugih, bez njihova osuđivanja.

PRIHVAĆANJE I NEOSUĐIVANJE - efikasni profesionalci prepoznaju vrijednost i dostojanstvo svih ljudi te pokazuju bezuvjetno poštivanje prema bolesnicima.

ETIČNOST - biti etičan znači biti iskren s bolesnicima i donošenje odluka u njihovom najboljem interesu. Profesionalnost i etično ponašanje pomaže bolesnicima da se osjećaju sigurnima.



EMPATIČNOST - empatija je sposobnost uživanja u osjećajima drugih.

ZNANJE - profesionalci trebaju biti dobro informirani o HIV-u te sposobni prenijeti svoje znanje bolesnicima njima razumljivom terminologijom. Zbog toga socijalni radnik mora da usvoji osnovno znanje o HIV-u, o procjeni rizičnog ponašanja, mogućnost testiranja i tretmana u lokalnoj i široj zajednici, kao i vještinama da adekvatno interveniše a sve kako bi pružio najbolju uslugu pacijentu.

KULTURALNA KOMPETENTNOST - kulturalno kompetentni profesionalci poštuju bolesnikovu kulturu i religiju te prihvaćaju da se praksa njihovih bolesnika može razlikovati od njihove. Efikasni profesionalci su pažljivi u nenametanju svojih osobnih vrijednosti i stavova .

Socijalna podrška koju definiramo kao postojanje ili dostupnost osoba na koje se oslanjamo, koje nam daju do znanja da o nama brinu, vole nas i cijene (Sarason i sur., 1993; prema Živčić-Bećirević, 1996.), bitan je činioc čovjekove prilagodbe društvu, a posebno čovjekove prilagodbe zbog teških životnih iskustava kao što je bolest.

Tipovi socijalne podrške

Socijalni radnik treba primjenjivati sve tipove socijalne podrške .

- 1. emocionalna** (izražavanje empatije i brige) Odnosi se na izjave ili upućivanje verbalne poruke npr. mogu da zamislim koliko ti je teško u ovom trenutku. Ali se odnosi i na fizički kontakt npr. zagrljaj, tapšanje po ramenu i sl.
- 2. ohrabrujuća** (uvažavanje i podizanje samopuzdanja) npr. bit će sve uredu, ne sekiraj se, sigurno ćeš uspjeti u savladavanju problema, jaka si osoba.
- 3. instrumentalna** (konkretna pomoć) materijalna pomoć, usluge npr. novac, prevoz, čuvanje djeteta, poklanjanje odjevnih predmeta.
- 4. informacijska** (savjeti, upute, prijedlozi) npr. Postoji jedna organizacija koja se bavi podrškom osobama koje žive sa HIV-om, evo ti odmah i njen broj telefona.

Iako se funkcije socijalne podrške mogu pojmovno razdvojiti, one u svakodnevnom životu obično nisu nezavisne, npr. ljudi koji provode više vremena u druženju s drugima ujedno imaju više pristupa instrumentalnoj pomoći i emocionalnoj podršci. Empirijska istraživanja ponekad pokazuju visoke korelacije različitih funkcija socijalne podrške (Cohen i Wills.1985).



Podrška socijalnog radnika osobama koje žive sa HIV-om

Pomoć u prihvatanju HIV dijagnoze

Kada klijent sazna da je zaražen HIV-om, socijalni radnik ima brojne važne zadatke kako bi mu pomogao. Prije toga socijalni radnik se treba educirati o HIV-u. Socijalni radnik mora uspostaviti vezu sa infektologom koji radi na tretmanu pacijenta, kako bi pacijent mogao dobiti kordiniranu njegu i podršku.

Ako socijalni radnik dođe do saznanja da neki zdravstveni radnici i ustanove nisu prihvatili pacijenta na odgovarajući način, socijalni radnik se direktno mora angažirati i zauzeti kod zdravstvenih ustanova i ljekara za svog pacijenta. Zdravstvene ustanove moraju da predstavljaju uzor za tolerantnu i nedeskrimirajuću sredinu u kojima etičan i stručan pristup pacijentu ima prioritet.

Socijalni radnik treba pružiti podršku porodici HIV pacijenta i boriti se protiv stigme i diskriminacije u društvu, jer je porodica pacijenta čak i nakon smrti pacijenta izložena stigmati okoline.

Saopštavanje dijagnoze bliskim osobama

Razgovarati sa bliskim osobama o HIV statusu može biti veoma stresno. Ljudi se često boje odbacivanja, osude, boje se da će biti teret za porodicu i prijatelje, zato obavještavanju treba posvetiti posebnu pažnju. Osim socijalnog radnika o obavještavanju porodice i partnera o HIV statusu će svakako razgovarati i zdravstveno osoblje, prvenstveno savjetnik. Pomoć socijalnog radnika i u ovom segmentu može biti od velike pomoći. Podrška bliskih osoba je od neprocjenjivog značaja za HIV pacijente.

Socijalni radnik će savjetovati pacijenta da svoj HIV status podijeli s ljudima tek kada se bude osjećao ugodno u vezi toga, najbolje je prvo reći nekome u koga ima potpuno povjerenje jer imati nekoga tko je upoznat sa vašim statusom može biti utješno, jer to znači da pred njima ne morate skrivati svoje emocije.

Partnerski odnosi i HIV

Kada govorimo o partnerskim odnosima, situacija je još kompliciranija. U vezi u kojoj su partneri osobe različitog HIV statusa, HIV pozitivnoj osobi vrlo je teško reći seksualnom partneru da je pozitivna na HIV. Mnogo je pitanja i misli koje neprestano prolaze glavom, npr.:



„Kako reći partneru da sam pozitivan?“

„Šta će moj partner misliti o meni?“

„Hoću li biti prihvaćen ili odbačen?“

Socijalni radnik treba motivirati osobu zaraženu HIV-om da bude iskrena prema svom partneru. Iako je to težak i kompleksan zadatak, osoba mora biti dovoljno hrabra da kaže istinu.

Partner HIV pozitivne osobe treba znati ove činjenice kako bi otkrio svoj HIV status, naučio kako se zaštititi od prijenosa HIV-a te kako bi, ukoliko je HIV pozitivan, otišao liječniku koji će utvrditi je li potrebno primjenjivati antiretroviralnu terapiju.

Planiranje i pridržavanje terapiji

Striktno planiranje i pridržavanje terapijskog režima, kako se već ranije vidjelo, izuzetno je važno za tretman osoba koje žive sa HIV-om. U situacijama otežanih praćenja terapije socijalni radnici mogu biti od velike pomoći.

Povjerenje i iskrenost moraju postojati između pacijenta i socijalnog radnika. Socijalni radnik može dati neke savjete koji će pacijentu pomoći da redovno uzima terapiju.

Prije početka uzimanja terapije napravite „probu“ uzimanja terapije kako bi vidjeli možete li se pridržavati rasporeda. Umjesto lijekova uzimajte bombone. Koristite kutiju za lijekove koja ima odjeljak za svaki dan u tjednu. Kada putujete obavezno uzmite lijekove sa sobom na putovanje. Napravite dnevni raspored uzimanja lijekova, objeda, vježbanja i spavanja. Odaberite neke dnevne aktivnosti kada ćete uzimati svoje lijekove kao što su, primjerice, odlazak s posla ili na posao, gledanje omiljene TV serije i sl. Upotrebljavajte alarm kako ne bi zaboravili uzeti lijekove. Zadržite upute od lijekova te ih čuvajte na jednom mjestu zajedno s brojevima telefona koji su Vam bitni u hitnim situacijama. Nabavite recepte barem jedan tjedan prije nego što ostanete bez pojedinih lijekova.

Podrška: finansijska i psihosocijalna

Siromaštvo je veliki problem PLHIV osoba i većine pacijenata, koji žive sa HIV-om, u stanju su socijalne potrebe te je neophodno da socijalni radnik pomogne u prevazilaženju ekonomskih problema. Dijagnoza HIV-a znatno ugrožava ostvarenje prava na rad i većina HIV pacijenata nije zaposlena. Kod manjeg broja osoba razlog



leži u tome što se ne osjećaju dovoljno dobro da bi mogle da rade. Kod većeg broja razlog je diskriminacija, a oni koji su zaposleni rade ili u privatnim firmama, ili u nevladinim organizacijama. Ko ima HIV -pozitivan status teško dobije ili zadrži posao – zbog zahtjeva terapije, kontrolnih pregleda, itd. Iako postoje primjeri direktne diskriminacije, da su ljudi bili otpušteni ili nisu bili primljeni na posao zbog svog statusa, PLHIV osobe su češće u strahu od očekivanog odbijanja, i ne žele da prolaze kroz potencijalno bolnu situaciju u kojoj ih neko vrijeđa ili ponižava.

Sa napretkom terapije, povećao se i životni vijek pacijenata. „Spajanje kraja s krajem“ glavni je problem HIV osoba. Njihovo zdravstveno stanje posebno je osjetljivo u siromaštvu, jer djelotvorna terapija također zahtjeva i dobru ishranu.

Zbog ovakve situacije u BiH ljekari se često suočavaju sa problemima da pacijenti nemaju novaca da kupe lijek, nemaju zdravstvenog osiguranja, bez smještaja su, bez posla, bez ekonomske pomoći, pacijenti odbačeni od svojih porodica, a zadatak socijalnog radnika je da putem institucija socijalne zaštite i nevladinih organizacija pokuša riješiti egzistencijalna pitanja pacijenata. Zbog toga je neophodno da socijalni radnik poznaje zakonske propise iz oblasti porodičnog, radnog, zdravstvenog, penzijskog i upravnog prava kao i propise iz oblasti socijalne zaštite, i da imaju uvid u službeno uspostavljene oblike pomoći, te da imaju pregled nad odgovarajućim ustanovama, javnim službama, udrugama i da znaju kako se pojedini oblici pomoći mogu dobiti.

U Federaciji su socijalna prava određen zakonima o socijalnoj zaštiti i to: Zakon o socijalnoj zaštiti civilnih žrtava rata i zaštiti porodica sa djecom („Službene novine broj 16/2002“) i Zakon o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodice sa djecom Federacije BiH, a u Republici Srpskoj Zakon o socijalnoj zaštiti i obezbeđivanju socijalne sigurnosti građana.

- Materijalna davanja su:
- Stalna novčana pomoć
- Novčana naknada za pomoć i njegu od strane drugog lica
- Jednokratna novčana pomoć
- Izuzetna novčana pomoć
- Subvencije – participacije

Ova prava pacijenti mogu ostvariti u Službama socijalne zaštite općine gdje imaju prebivalište. Neophodno je da socijalni radnik pored institucija socijalne zaštite bude upoznat i sa drugim ustanovama i nevladinim organizacijama koje



pružaju podršku osobama koje žive sa HIV-om i AIDS-om a sve sa ciljem da pruži što adekvatniju pomoć pacijentu.

Mnoge nevladine organizacije igraju ključnu ulogu u pružanju podrške osobama koje žive sa HIV-om jer se socijalna pomoć i finansijska podrška teško ostvaruju, a pacijenti se često osećaju diskriminirani.

Socijalni radnik ne može znati što je najbolje za pacijenta, ali mu može kroz suradnički odnos pomoći da jasnije sagleda vlastite poteškoće, može ga informirati o pravima, poticati ga, hrabriti i podržavati da samostalno donese odluke i bude odgovoran za svoje izbore, te mu pružiti potrebnu materijalnu i drugu pomoć i podršku kako bi prevladao svoju životnu krizu.

Važno područje djelovanja socijalnih radnika je i posredovanje za korisnike u ostvarivanju tih prava.

Prema podacima Svjetske banke, socijalna pomoć u BiH obuhvata samo jednu četvrtinu siromašnih u potrebi za pomoći. Socijalna pomoć u BiH je zasnovana na statusu a ne na potrebama sa istovremeno nedovoljnim sredstvima za veliki broj i potrebe socijalno ugroženog i siromašnog stanovništva. Generalno, sistem socijalne pomoći je neadekvatan, nedovoljan i neefikasan u pružanju servisa stanovništvu u socijalnoj potrebi

Kao što se iz naprijed navedenog vidi koliko je značajna finansijska podrška, a materijalna pomoć koju pružaju institucije je nedovoljna zbog toga socijalni radnici treba da se zalažu za socijalno-političke i zakonodavne inicijative koje potiču osobni i društveni razvoj, promicanje ljudskih prava i socijalne pravde te jednakost svih građana. Neophodno je PLHIV osobama omogućiti lakši pristup informacijama o njihovim pravima na zapošljavanje i socijalnu pomoć. Prisutnost socijalne podrške u cjelini pomaže osobama da se bolje nose sa svojom bolešću.

Bez obzira na sve poteškoće koje ima u radu ako socijalni radnik svoj rad temelji na općoj deklaraciji o pravima čovjeka koja kaže :

«Svako ima pravo na životni standard koji odgovara zdravlju i dobrobiti njega samoga i njegove obitelji, uključujući hranu, odjeću, stan, liječničku njegu i potrebne socijalne usluge kao i pravo na osiguranje za slučaj nezaposlenosti, udovištva, starosti ili drugog pomanjkanja sredstava za život u prilikama koje su izvan njegove moći.»

Uz punu suradnju pacijenta, njegove obitelji i adekvatnih institucija, kvaliteta rada socijalnog radnika uglavnom nije upitna.



LITERATURA:

- *AIDS i HIV informativna web stranica* <http://www.aids.hr/>
- *AIDS i HIV informativna web stranica* <http://www.hivpodrška.org.rs/>
- *AIDS i HIV informativna web stranica* <http://www.huhiv.hr/>
- Arambašić L. (2005). *Gubitak, tugovanje, podrška. Jastrebarsko, Naklada Slap.*
- Arambašić, L. (2000) *Psihološke krizne intervencije: psihološka prva pomoć nakon kriznih događaja, Društvo za psihološku pomoć, Zagreb*
- Beger, D. (1997.) *Zdravstvena psihologija, Društvo psihologa Srbije, Centar za primjenjenu psihologiju Beograd.*
- Biro, M. (1995) *Osnovi kliničke psihologije, Univerzitetski udžbenik, Novi Sad.*
- Carey, P. M; Venable, A. P. (2003) *Handbook of psychology, Health psychology, HIV/AIDS 219 – 239 pages, New Jersey.*
- Grupa autora; *Vodič za trenere, Osnove HIV-a i AIDS-a za radnike u oblasti mentalnog zdravlja, Partnerships in health, Sarajevo 2009.*
- Grupa autora; *Brošura za učesnike, Osnove HIV-a i AIDS-a za radnike u oblasti mentalnog zdravlja, Partnerships in health, Sarajevo 2009.*
- Havelka, M. (1998). *Zdravstvena psihologija, Naklada Slap.*
- *HIV and social work: A practitioner's guide* <http://www.thebody.com/content/art2489.html>
- Keli, K., Frimen, M. *Organization and Systems Support for Mental health Interventions in anti-retroviral Therapy Programmes 2005, WHO, www.aidplusserbia.org/*
- Nietzel, M. T.; Bernstein, D. A., Milich, R. (2001) *Uvod u klinički psihologiju, Naklada Slap, Zagreb.*
- *Opća deklaracija o pravima čovjeka, članak 25* <http://www.lexilogos.com>
- *Primjena evropske socijalne povelje kroz zakone I praksu u BiH, ICVA, juni 2009.*
- Shelley, E. T. (1995). *Health psychology, McGraw – Hill, Inc.*
- Stojanovski, J., Stojanović, M., Petrović, B. (2007), *Mentalno zdravlje i HIV/AIDS u Srbiji, GIP ekspertni centar za mentalno zdravlje i HIV/AIDS u Srbiji.*
- *Zakon o socijalnoj zaštiti civilnih žrtava rata i zaštiti porodica sa djecom („Službene novine broj 16/2002“), Zakon o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodice sa djecom Federacije BiH.*
- Prof. Dr Muhamed Dervišbegović, *Socijalni rad-teorija i praksa, Sarajevo 1998 god.*



Prava i obaveze zdravstvenih radnika i pacijenata

Dinjko Stojaković, kriminalist, MUP TK, sektor Kriminalne policije



Etika je od izuzetnog značaja za medicinu zbog specifičnosti svog poziva. Specifičnost proizlazi, prije svega, iz toga što se medicina bavi životom i zdravljem ljudi, što samo po sebi nosi veliku odgovornost. Specifični su i odnosi koji se uspostavljaju između medicinskih radnika i pacijenata. Pacijent je u ovom odnosu u podređenom i zavisnom položaju, što stvara preduslove za njegovu zloupotrebu. Zbog prirode posla, teško se uspostavlja vanjski nadzor, odnosno kontrola u cilju sprečavanja ovih zloupotreba. To sa svoje strane potencira značaj unutrašnjeg nadzora i kontrole uz pomoć medicinske etike. Medicinska etika senzibilizira medicinske radnike za probleme etičke prirode i pomaže im u njihovom prepoznavanju i rješavanju.

Etičke teorije na koje se oslanja medicinska etika

Najveći broj načela medicinske etike ima svoje izvore i oslanja se na dvije velike etičke teorije:

- utilitarnu, i
- autonomnu teoriju.

Utilitarna teorija se zasniva na obavezi da se pri odlučivanju vodi račun o najvećoj mogućoj dobrobiti za najveći mogući broj ljudi. Ova teorija zahtijeva, naprimjer, da se pri utvrđivanju zdravstvene politike i programa, kao i pri donošenju zakona i odluka o mjerama i aktivnostima koje se tiču zaštite zdravlja, imaju u vidu prije svega interesi društva, odnosno najveća moguća dobrobit (sreća) uz najmanju moguću štetu (patnju) za društvenu zajednicu. Utilitarna teorija ne priznaje *a priori* fundamentalno pravo pacijenta da prethodno informisan daje saglasnost na svoje liječenje, niti apsolutno pravo na tajnost podataka o pacijentu i njegovoj bolesti. Ta se prava priznaju samo ako ne remete naprijed spomenuto osnovno načelo “najveće moguće dobrobiti uz najmanju moguću štetu za najveći mogući broj ljudi”.



Pristalice utilitarne teorije zastupaju, dalje, opravdanost tzv. “medicinskog paternalizma”. U medicini, paternalizam može se ispoljavati u dva oblika kao:

- državni i
- individualni paternalizam.

Primjeri državnog paternalizma su, naprimjer, zakoni i propisi koji regulišu da pacijente mogu liječiti jedino ovlašteni liječnici i to samo propisanim lijekovima. Individualni paternalizam je bio zastupljen još u tradicionalnom odnosu između liječnika i pacijenta, koji dobrim dijelom postoji i danas. Odnosi u tom modelu odgovaraju odnosima između roditelja i djeteta. Liječnik je dužan da se brine o dobrobiti svog pacijenta, kao što roditelj ima obavezu voditi računa o dobrobiti svog djeteta. Pretpostavlja se pri tome da i liječnik i roditelj znaju šta je najbolje za pacijenta, odnosno za dijete i da to i žele, pa zato nemaju obavezu da objašnjavaju svaku svoju odluku niti da traže dozvolu za njeno provođenje. I liječnik, kao i roditelj, ima pravo polaziti od pretpostavke da pacijent nije sposoban da shvati opravdanost određene odluke, pa zadržava pravo da procijeni da li je za pacijenta bolje da o nekim stvarima ne bude uopšte ili da bude samo djelomično informisan.

Utilitarna načela u odnosima između liječnika i pacijenta zamjenjuju se u novije vrijeme sve više načelima koja imaju svoje izvorište u drugoj važnoj etičkoj teoriji, autonomnoj teoriji. I pored toga, utilitarna načela služe i danas kao osnova za donošenje odluka na makro planu, recimo, kod razrade politike, programa i planova zdravstvene zaštite, uspostavljanja mreže zdravstvenih institucija i utvrđivanja njihove metodologije rada. Primjenjuju se naročito u vanrednim situacijama kao što su velike masovne nesreće i katastrofe. Ona trebaju osigurati postizanje najveće moguće dobrobiti za najveći mogući broj ljudi.

Autonomna teorija je zasnovana na učenju I. Kanta. Ona gleda na odnos između liječnika i pacijenta kao na odnos između dvije nezavisne, kompetentne i odgovorne osobe, a ne kao na odnos između roditelja i djeteta. Odnos između liječnika i pacijenta, po autonomnoj teoriji, implicitno podrazumijeva određene moralne obaveze i liječnika i pacijenta. Autonomna teorija polazi od pretpostavke da je odrastao pacijent sposoban za donošenje racionalnih i odgovornih životnih odluka i da ima pravo na njih. Po ovoj teoriji, pacijent je nezavisan u upravljanju sobom i ima pravo na samostalno odlučivanje, što se mora poštovati čak i u slučajevima kada je liječnik uvjeren da su te odluke protiv njegovih najboljih interesa. Autonomna teorija prihvata ideju da liječnik ima obavezu da se bori za dobrobit svog pacijenta i da se trudi da ukloni ili, bar, smanji bol i patnju. Ipak, za razliku od utilitarne teorije,



autonomna teorija zabranjuje korištenje pacijenata bez njihove saglasnosti da bi se postigli ovi ciljevi. Pacijenti se, drugačije rečeno, nikada ne smiju tretirati kao objekti. Uvijek se mora poštovati njihova ličnost, njihova autonomija. Po ovoj teoriji, naprimjer, uskraćivanje pravih informacija o bolesti normalnoj odrasloj osobi, čak i kada se procijeni da bi to bilo u njenom interesu i za njenu dobrobit je, u stvari, nepoštovanje njene kompetentnosti, tj. sposobnosti za odgovorno i samostalno odlučivanje. Utilitarna teorija, naprotiv, takav postupak dozvoljava, pa čak i zahtijeva, ako se procijeni da je to za dobrobit pojedinca i/ili društva. Autonomna teorija odobrava takav paternalistički tretman samo u slučajevima kada je osoba nekompetentna, tj. nesposobna da bude autonomna (djeca, duboko mentalno retardirani, neki teži psihotički bolesnici itd.).

Osnovna načela medicinske etike

Pored opštih etičkih načela na kojima počivaju sve profesionalne etike, medicinska se etika zasniva i na etičkim načelima specifičnim za medicinske radnike. Ova su načela sadržana u medicinskom etičkom kodeksu za liječnike i druge stručnjake angažovane u ovom odgovornom poslu. Ima mnogo zajedničkih elemenata u etičkim kodeksima svih stručnih disciplina angažovanih u medicini, ali i određenih specifičnosti koje odražavaju njihov položaj u sistemu zdravstvene zaštite, kao i njihovu ulogu, zadatke i odgovornosti.

Kada je riječ o etičkim načelima, treba reći da se pod tim pojmom podrazumijevaju moralna pravila ili zahtjevi. Razlikuju se fundamentalna (bazična) etička načela i načela koja su iz njih izvedena ili s njima povezana. Što se tiče fundamentalnih etičkih načela u medicini, oni imaju svoju ne samo istorijsku i kulturnu, već i logičnu osnovu, što čini da se oko njih lako postiže konsenzus od strane medicinskih radnika i svih ostalih u čitavom svijetu. Ona se prihvataju logičnim razmišljanjem, pa i intuicijom kao bazična od svih medicinskih škola i svih stručnih disciplina angažovanih u radu na zaštiti i unapređenju zdravlja.

Već detaljnija analiza Hipokratove zakletve jasno ukazuje na četiri načela na kojima Zakletva počiva i na koje može da se svede:

- (1) načelo dobrotvornosti (odnosno humanosti),
- (2) načelo pravednosti (nediskriminacije po bilo kom osnovu),
- (3) načelo poštovanja ličnosti pacijenta i
- (4) načelo poštovanja života.



Redosljed kojim su iznesena ova etička načela nema neki važniji značaj iz prostog razloga što između njih postoji uzajamna zavisnost. Jedan bez drugog se ne mogu uspješno realizirati. Istine radi, treba reći da su u zavisnosti od društveno-ekonomskih, kulturnih i drugih prilika nekad jedni, a nekad drugi dobivali prevagu nad ostalima, no uvijek uz saznanje da svi moraju opstati u medicinskoj etici. U robovlasničkim, feudalnim i drugim visoko hijerarhijskim društvenim zajednicama, koje su od svojih članova zahtijevale kooperativnu poslušnost, prevagu je imalo načelo dobročinstva u sklopu benevolentnog paternalizma kada je u pitanju zaštita zdravlja u odnosu na druga načela (naročito nad načelom pravednosti i poštovanja ličnosti). Međutim, već su filozofi antičke Grčke shvatili tijesnu povezanost i uzajamnu zavisnost ovih načela kada se radi o zaštiti zdravlja. Rimska civilizacija je svojim zakonima snažno zastupala univerzalnu prirodu pravde, pa time i načelo pravednosti u medicini. Kršćanstvo i judaizam su, pored zastupanja paternalističkog dobročinstva, svojom tezom da treba voljeti bližnje kao samoga sebe počeli jače da ističu brigu o socijalnoj pravdi. Socijalistička društva su zadržala benevolentni paternalizam i dobrotvornost u okviru njega kao važno etičko načelo, ali uz izrazito naglašavanje da bez univerzalne socijalne pravde nema pravde ni za pojedinca. Ovaj je stav neminovno vodio ograničavanju individualnih prava i interesa u korist prava i interesa društvene zajednice, što se odrazilo i na medicinsku etiku i na zdravstvenu zaštitu. Najzad, „liberalni i demokratski sistemi“ snažno ističu načelo poštovanja ličnosti, polazeći od toga da poštovanje ličnih prava i sloboda predstavlja vrhovno organizaciono načelo zajednica sa ovim društvenim uređenjem. No, bez obzira na favoriziranje pojedinih etičkih načela u različitim fazama društvenog razvoja, činjenica je da su sva ona opstala, što ukazuje na njihovu fundamentalnu prirodu i neraskidivu uzajamnu povezanost.

Sva naprijed spomenuta etička načela mogu se smatrati fundamentalnim i zato što su druga etička načela u medicini iz njih izvedena ili s njima tijesno povezana.

Dobrotvornost predstavlja sinonim za humanost. Pod humanošću se u ovom smislu podrazumijeva ljubav prema pacijentu, spremnost da mu se pruži pomoć kada je u nevolji i da se požrtvovano štite njegovi interesi, kao i spremnost da se preuzme odgovornost za takvo angažovanje. Pojam humanosti u novije vrijeme obuhvata i ljubav i odgovornost ne samo prema čovjeku pojedincu (pacijentu), već i prema zajednici. Dobrotvornost, odnosno humanost predstavlja jedan od izvora medicinskog etosa. Za etičko načelo dobrotvornosti odnosno dobročinstva, pored zahtjeva da liječnik predano služi najboljim interesima svog pacijenta i niza drugih etičkih zahtjeva, vezano je i jedno od najznačajnijih etičkih načela u medicini – **Primum**



non nocere (Najprije ne čini štetu). Ovo načelo obavezuje liječnika da vodi računa, prije svega, da ne naškodi svom pacijentu. Tamo gdje se to ne može sa sigurnošću postići zbog određenog rizika povezanog sa liječenjem ili nekom drugom intervencijom, od liječnika se zahtijeva da brižljivo procijeni moguće koristi i rizike po pacijenta, pa da na osnovu toga donosi odluke.

- Drugi izvor medicinskog etosa je pravda, odnosno načelo pravednosti. Za ovo fundamentalno etičko načelo vezana su sva etička načela koja ističu pravo na život i zdravlje svih ljudi, uz zabranu diskriminacije po bilo kom osnovu. Ovdje spadaju i zahtjevi za takvom distribucijom zdravstvenih resursa i tehnologije koja osigurava dostupnost cjelokupnom stanovništvu, kao i zahtjevi da se fondovima solidarnosti i na druge pogodne načine omogući i ekonomski ugroženom stanovništvu korištenje zdravstvene zaštite.
- Priličan broj etičkih načela izveden je iz fundamentalnog zahtjeva da se poštuje ličnost pacijenta, njegovo dostojanstvo, pravo na slobodu, opšta ljudska i građanska prava itd. Tokom posljednjih par decenija medicinska etika je prosto preplavljena ovim zahtjevima. Spomenut ćemo samo neke od njih, kao što su pravo na informisanu saglasnost kada su u pitanju dijagnostičke i terapijske procedure, pravo na slobodan izbor liječnika, zaštita od torture, grubih i nehumanih postupaka kao i od eksploatacije i zloupotrebe u bilo kom vidu, pravo na liječenje što bliže prirodnoj sredini pacijenta i uz najmanje moguće ograničenje slobode, nedobrovoljna hospitalizacija i prinudno liječenje samo u striktno određenim slučajevima i uz poštovanje strogo definisane procedure itd.
- Poštovanje života, odnosno poštovanje prava na život svih ljudskih bića je jedno od bazičnih etičkih načela za medicinu, ali i ne samo za nju. Uobičajeno je da se govori o svetosti života, tj. neprikosnovenom pravu osobe na život, iz čega se izvlači i načelo o zabrani oduzimanja života, odnosno ubijanja. U novije vrijeme, pored prava na život svih ljudskih bića, iznosi se i njihovo pravo na kvalitet života, a to uključuje, između ostalog, i pravo ne samo na zaštitu zdravlja, već i pravo na unapređenje zdravlja. Iz ovog fundamentalnog etičkog načela proizlazi čitav niz etičkih stavova u medicini koji se tiču, recimo, eutanazije, suicida, abortusa, smrtne kazne itd.
- U medicinskoj etici posebno mjesto pripada odnosu između medicinskog radnika i pacijenta. Taj odnos ima, prije svega, karakteristike ugovornog odnosa zasnovanog na uzajamnim pravima i obavezama i jedne i druge strane, tj. na reciprocitetu. Ove su karakteristike najizraženije kada kompetentan pacijent traži



i prima odgovarajuću pomoć od liječnika u privatnoj ordinaciji. Treba, međutim, istaći da čak i u takvom odnosu liječnik obavlja i javnu funkciju, uz dužnost da vodi račun ne samo o interesima pacijenta već i o interesima društvene zajednice. Ponekad su te odgovornosti u međusobnom konfliktu, što dovodi do ozbiljnih etičkih dilema. Sa socijalizacijom medicine sve jače dolaze do izražaja javne funkcije liječnika i drugih zdravstvenih radnika.

Naravno, karakteristike odnosa između liječnika i pacijenta suštinski se mijenjaju kada je pacijent nekompetentan da samostalno štiti svoje interese i donosi odluke o liječenju i, naročito, kada ozbiljno ugrožava sebe i svoju sredinu. Sva naprijed spomenuta etička načela moraju se tada prilagođavati ovim okolnostima.

Rečeno je na samom početku da medicinski radnik u vršenju svoje dužnosti mora poštovati kako moralne, tako i pravne obaveze. Ogrješenja o te obaveze dovode do moralne i/ili pravne odgovornosti. Moralnu odgovornost razmatraju odgovarajući etički komiteti i sudovi časti liječničkih udruženja, komora i sl. Oni izriču i sankcije koje mogu ići do isključenja iz profesionalne organizacije i oduzimanja prava na bavljenje profesijom. Ogrješenja o pravne propise razmatraju odgovarajući sudovi. Tako, naprimjer, zbog namjerno ili nenamjerno nanijete štete pacijentu, medicinski radnik može snositi imovinsko-pravnu odgovornost. Do toga najčešće dolazi zbog nestručnih intervencija uslijed neznanja (*vitium artis*), povrede načela humanosti specifičnih za medicinu i nesmotrenosti, odnosno nemarnosti. Liječnik, međutim, neće odgovarati zbog nemoći medicine, recimo u liječenju, ako je postupio *lege artis*, tj. onako kako to struka zahtijeva. Najzad, povreda odredbi krivičnog zakona dovodi do krivičnopravne odgovornosti. To se obično dešava zbog nepružanja pomoći, kriminalnog abortusa, neovlaštenog otkrivanja tajne, seksualnih delikata, odnosno zloupotrebe, izdavanja lažnih uvjerenja i slično. Zbog toga medicinski radnik mora dobro poznavati i pozitivne zakone i propise koji se tiču njegovog rada.

Pravo pacijenta na informisanost i samoodređenje

Načelo informisane saglasnosti (Pravilnije bi bilo govoriti o načelu saglasnosti informisanog pacijenta. Ne radi se, međutim, samo o saglasnosti pacijenta. To može biti i saglasnost srodnika, zastupnika, staratelja itd.)

Poštovanje ličnosti pacijenta se, prije svega, odnosi na to da se pacijent mora tretirati humano, kao ljudsko biće, osoba sa pravima. To dalje znači poštovati njegovu autonomiju, štiti ga kad je ona narušena ili izgubljena i truditi se da se ona očuva, ojača



ili ponovo uspostavi. Treba težiti, dakle, da pacijent sačuva i, kad god je to moguće, ponovo razvije svoju nezavisnost. Od nje zavisi i dostojanstvo i samopoštovanje ličnosti. Najzad, svi naši postupci trebaju biti u duhu načela reciprociteta. Moramo postupati na način kao što bi željeli da drugi sa nama postupaju.

Poštovanje ličnosti – poštovanje autonomije pacijenta je od bitnog značaja za medicinsku etiku, ali i za medicinsko pravo. Koncept autonomije se poklapa sa zakonskim konceptom kompetentnosti ličnosti. Iz poštovanja autonomije pacijenta proizlazi niz njegovih prava. Jedno od tih prava je i pravo na informisanost i samoodređenje.

U načelu, pacijent ima pravo na sve informacije koje se tiču njegove bolesti, njegovog stanja, prognoze, mogućnosti liječenja, neželjenih efekata, neprijatnosti i rizika liječenja, kao i izgleda na uspjeh. Informacije trebaju omogućavati pacijentu samoodređenje, tj. samostalno donošenje odluka koje se tiču njegovog života i zdravlja. Na toj osnovi razvijen je koncept informisane saglasnosti. Pacijent ima pravo da ono što mu se predlaže prihvati ili odbije. Informisana saglasnost omogućava, dakle, slobodan izbor, odnosno samoodređenje. Da bi se ona ostvarila i da bi bila punovažna, neophodno je da budu ispunjena tri uslova:

- 1) Saglasnost mora biti dana svojom voljom
- 2) Donijeta bez uticaja sa strane i
- 3) Dana na osnovu razumijevanja, racionalnom odlukom

Odmah treba reći da je vrlo teško, a često i nemoguće striktno ispuniti sve ove uslove. To može stvoriti i etičke i pravne probleme. Analizirat ćemo zato detaljnije ranije navedene uslove.

Prije svega, treba razlikovati slobodno danu informisanu saglasnost, uz zadovoljenje svih naprijed spomenutih uslova (konkludentna saglasnost), od pasivnog prihvatanja određenog prijedloga liječnika (engl. consent i assent).

Vrlo je teško zadovoljiti uslov slobodnog davanja saglasnosti bez vanjskog uticaja, tj. bez nekog pritiska bilo od strane liječnika, porodice itd. Pacijent je u odnosima sa liječnikom, a često i sa porodicom, u zavisnom položaju, što ga čini preosjetljivim, pa kada pravih pritisaka i nema, spreman je da ono što mu se govori i predlaže tako protumači. I strah da će ga liječnik napustiti, ako ne prihvati njegov savjet, ovdje igra značajnu ulogu. S druge strane, profesionalni odnos koji liječnik ostvaruje sa pacijentom po svojoj prirodi ne može u potpunosti isključiti, pored davanja prijedloga i savjeta, i persuaziju (nagovaranje), čime se utiče i na intelektualnu i na



emotivnu sferu pacijenta. Od prijedloga, savjeta i persuazije do nesvjesne ili svjesne manipulacije pacijenta često je samo jedan korak. Ma koliko se liječnik trudio, dakle, da na ovaj način ne utiče na pacijenta, to je teško, a ponekad i nemoguće izbjeći. Treba uzeti u obzir, takođe, da u zavisnosti od stanja pacijenta, liječnik može imati i etičku i pravnu obavezu da se posluži i persuazijom i manipulacijom kako bi pacijent prihvatio liječenje. To je slučaj, naprimjer, sa suicidalnim pacijentom i mnogim psihijatrijskim bolesnicima, kao i sa onima koji boluju od teških i, posebno, neizlječivih bolesti. Bez persuazije, manipulacije, pa ponekad i svjesnog obmanjivanja, stanje pacijenta moglo bi se pogoršati. Sve ranije rečeno važi i za uticaje koje pacijent može trpjeti i od strane porodice i drugih bliskih osoba.

Problem je, takođe, i sa razumijevanjem i racionalnim razmatranjem informacija, što je neophodno za donošenje samostalnih i punovažnih odluka. I to može biti u tijesnoj vezi sa uticajem liječnika i drugih. Neprimjereni uticaj može se ostvariti svjesnom i nesvjesnom selekcijom informacija koje se daju i onih koje se, iz raznih razloga, izostavljaju. Mada razumijevanje i donošenje racionalnih odluka ne znači da pacijent mora znati i razumjeti sve činjenice, ono ipak zavisi od toga je li dobio i dobro shvatio one informacije koje su od suštinskog značaja za racionalno rješenje problema.

Paternalizam je nespojiv sa striktnim poštovanjem autonomije pacijenta. Liječnik je, međutim, primoran da i njemu relativno često pribjegava. To je naročito slučaj sa psihijatrijskim bolesnicima, ali ne samo s njima. Pacijentova sposobnost za racionalno razumijevanje može biti oštećena, pa i izgubljena zbog težih psihičkih poremećaja praćenih delirantnim stanjem, demencijom, halucinacijama, sumanutim idejama, kognitivnom usporenošću i pseudodemencijom kod depresivnih, ali i u stanjima izražene anksioznosti, tjelesne iscrpljenosti i jakih bolova kod somatskih bolesnika. I psihofarmakoterapija može narušavati tu sposobnost. Zbog toga, kod pokušaja da se dobije punovažna informisana saglasnost, ovim pacijentima često treba dati dovoljno vremena da donesu odluku.

Načelo informisane saglasnosti nameće liječniku dužnost da pacijentu da dovoljno potrebnih i razumljivih informacija kako bi on mogao formirati svoju volju, donijeti razumnu odluku i tako ostvariti pravo na samoodređenje kada su u pitanju intervencije na njegovom tijelu, dakle, na onome što je u načelu njegovo isključivo pravo. Ovakvo postupanje traži nova medicinska etika, zasnovana na poštovanju autonomije pacijenta, u kojoj se odnosi između liječnika i pacijenta zasnivaju na uzajamnom poštovanju, povjerenju i podršci, a ne na benevolentnom paternalizmu koji počiva na



stajalištu da liječnik najbolje zna i najbolje umije, što mu daje pravo da odluke donosi u ime pacijenta i bez dovoljno danih informacija. Slijedeći novu medicinsku etiku, a često i idući i ispred nje, ni medicinsko pravo ne želi više prepustiti liječniku da sam ocjenjuje koje informacije treba pružiti pacijentu i da bez punovažne informisane saglasnosti sam određuje kakve će mjere poduzeti u cilju zaštite pacijentovog zdravlja i života.

Provođenje načela informisane saglasnosti rađa mnoge često teško rješive i etičke i pravne dileme. Jedna od najtežih odnosi se na pitanje opsega informacija koje pacijentu treba dati. Jednostavnog odgovora na ovo pitanje nema.

Vidjeli smo da nova medicinska etika, pa i pravo, zahtijeva da te informacije budu što potpunije da bi pacijent mogao dati svoju punovažnu saglasnost (ili nesaglasnost sa onim što mu se predlaže). Liječnici, s druge strane, često ističu da se sa informacijama ne smije ići preko granica koje bi mogle ugroziti dobrobit pacijenta. Oni se pri tome pozivaju na svoju privilegiju koju imaju kao terapeuti (terapijska privilegija) koja im daje pravo da ocijene gdje je ta granica, kao i na svoju dužnost da ne nanesu štetu pacijentu (*primum non nocere*). Po njima, to im daje pravo da u određenim slučajevima prešute određene informacije, da se posluže poluistinama, pa čak i neistinama, svjesni toga da se to sa čisto pravnog stajališta može okvalifikovati i kao obmana i prevara (iako sa dobrom namjerom i radi viših ciljeva).

Medicinska tajna

Pod medicinskom tajnom podrazumijeva se sve ono što liječnik i medicinski radnik i saradnik saznaju o pacijentu tokom obavljanja svog poziva i/ili kontakta sa pacijentom. To su, dakle, svi podaci o pacijentu, a posebno oni (dijagnoza, vrsta liječenja, nesposobnost itd.) čije bi saopštavanje trećim licima moglo nanijeti direktnu ili indirektnu štetu pacijentu. Medicinska tajna je istovremeno i profesionalna i službena tajna.

Čuvanje medicinske tajne je etička obaveza liječnika i svih medicinskih radnika i saradnika. Još od Hipokratove zakletve svi etički kodeksi to ističu. Kasnije je čuvanje medicinske tajne postalo i pravna obaveza regulisana zakonom. Neovlašteno odavanje tajne povlači za sobom, dakle, i moralnu i krivičnu odgovornost. Osim toga, treba učiniti sve da podaci o pacijentu budu zaštićeni kako bi se onemogućila njihova zloupotreba od strane trećih lica.



Osnovna svrha čuvanja medicinske tajne je zaštita pacijentovih interesa, što proizlazi iz njegovih prava. Istovremeno, međutim, čuvanje medicinske tajne čuva i odnose između medicinskog radnika i pacijenta, što osigurava povjerenje i slobodno povjeravanje pacijenta. Ovi su odnosi od bitnog značaja za uspješno obavljanje medicinske djelatnosti.

Zavisno od odnosa koji se ostvaruju tokom medicinske intervencije, može se razlikovati jedinstvena i podijeljena tajna. Jedinstvenu tajnu nosi samo medicinski radnik, obično liječnik, koji je kao jedini u svom radu i kontaktu sa pacijentom do nje došao. Ona je bila karakteristična za tradicionalne odnose između liječnika i pacijenta. Sa uvođenjem timskog rada u medicinu, sa socijalizacijom medicine i uvođenjem obaveza da se dostavljaju razni podaci, recimo, službi zdravstvenog osiguranja, nastao je pojam podijeljene tajne – podijeljene između liječnika kao najodgovornijeg, ali i svih drugih koji u procesu rada do nje dođu. I etička je i zakonska obaveza svih da čuvaju medicinsku tajnu.

U tijesnoj vezi sa medicinskom tajnom, pravom pacijenta da ona bude zaštićena i obavezom medicinskih radnika da je čuvaju jesu i prava pacijenta u vidu privilegije i prava na privatnost. Pacijent ima privilegiju, tj. isključivo pravo donositi odluku o tome šta se od medicinske tajne može saopštiti trećim licima. Bez njegovog ovlaštenja medicinski radnici to ne smiju činiti. Pravo na privatnost znači pravo pacijenta da njegov život bude zaštićen od bilo kakvog miješanja sa strane koje bi moglo biti posljedica njegove bolesti ili uopšte njegovog kontakta sa medicinskim radnicima.

Pravo pacijenta na čuvanje medicinske tajne kao i pravo na privilegiju i privatnost vezano je, prije svega, za načelo poštovanja ličnosti pacijenta i njegove autonomije i za načelo *primum non nocere*.

- 1) Odavanje medicinske tajne bez etičke i krivične odgovornosti moguće je u sljedećim slučajevima:

Kada sam pacijent ovlasti liječnika, odnosno medicinskog radnika da njegovu tajnu saopšti trećim licima. Pri tome pacijent ima pravo odrediti kome se i u kojoj mjeri njegova medicinska tajna može otkriti.

- 2) Liječnik ima i etičku i zakonsku obavezu da štiti interese i svog pacijenta i društvene zajednice. Kada tokom svoje medicinske djelatnosti dođe do zaključka da bi dalje čuvanje medicinske tajne moglo ugroziti vitalne i egzistencijalne interese trećih lica, dužan je pažljivo odmjeriti i procijeniti šta treba učiniti. U takvim slučajevima, njegova i etička i zakonska obaveza može biti ne čuvanje,



već otkrivanje medicinske tajne. Kao primjer može se navesti ozbiljna opasnost koja prijete nekome od psihijatrijskog bolesnika. U novije vrijeme počinje se isticati i obaveza zaštite trećih lica od pacijenata koju su HIV pozitivni i imaju AIDS kada ti pacijenti neće ili nisu sposobni sami preuzeti mjere da druge zaštite od infekcije.

Američko psihijatrijsko udruženje je u tom smislu donijelo odgovarajuća uputstva. Sličan slučaj može biti i sa drugim ozbiljnim spolnim i zaraznim bolestima. Izjava Svjetskog medicinskog udruženja o zloupotrebi i zanemarivanju djece (prikazana u daljem tekstu) daje ne samo pravo, već i obavezuje liječnika da u određenim slučajevima i po određenoj proceduri otkrije medicinsku tajnu ovlaštenom tijelu društvene zajednice.

- 3) Najzad, na traženje i po nalogu suda, kao više instance ustanovljene od društva, medicinski radnik može biti oslobođen čuvanja medicinske tajne, odnosno obavezan ju je saopštiti. U zavisnosti od prirode medicinske tajne, sud može naložiti da se proces vodi bez prisustva javnosti. U ovim slučajevima medicinska tajna postaje i službena tajna članova suda.

Etičke deklaracije, rezolucije i izjave

Etičke deklaracije, rezolucije i izjave služile su i danas služe izgradnji i usavršavanju i medicinske etike i medicinskog zakonodavstva.

Hipokratova zakletva

„Zaklinjem se liječnikom Apolonom i Eskulapom i Higiejom i Panakejom i svim bogovima i boginjama, neka mi oni budu svjedoci, da ću u skladu sa svojim sposobnostima i rasuđivanjem, ispuniti ovu zakletvu i ovaj zavjet:

Da će onaj koji me je naučio ovom umijeću za mene biti jednak mojim roditeljima i da ću živjeti svoj život u partnerstvu s njim, da ću mu dati dio svog novca ako mu je potreban novac i da ću njegovu djecu smatrati svojom braćom i učiti ih ovoj vještini – ako žele da je nauče – bez novčane naknade ili obaveze; da ću dio pouka, usmenih uputa i svog znanja prenijeti svojim sinovima i sinovima onog koji je mene učio, kao i učenicima koji se pismeno obavežu i polože zakletvu u skladu sa medicinskim zakonom, ali nikom drugom.



Primjenjivat ću propise za dobrobit bolesnih u skladu sa svojim sposobnostima i procjenom; štitiću ih od povrede i nepravde.

Nikom neću dati smrtonosni lijek čak i ako ga traži, niti ću davati takve savjete. Također, neću davati ženama lijek koji izaziva pobačaj. Svoj život i svoje umijeće čuvat ću u čistoći i svetosti.

Neću koristiti nož čak ni nad onima koji pate od kamena, već ću se povući u korist onih ljudi koji obavljaju taj posao.

U koju god kuću da uđem biti će to za dobrobit bolesnika, bez namjere da nanesen nepravdu ili da se nedolično ponašam, a naročito bez namjere da ima seksualne veze sa muškarcima ili ženama, bilo da su slobodni ili robovi.

Ono što vidim ili čujem u toku liječenja u vezi pomoći čovjeka, a što se ni pod kakvim okolnostima ne smije prenositi drugima, zadržat ću za sebe i smatrat ću da je nepristojno o tome pričati.

Ako ispunim ovu zakletvu i ne prekršim je, neka mi se dopusti da uživam u životu i svom umijeću, i da imam slavu i čast među svim ljudima u vremenu koje dolazi; a ako je prekršim i lažno se zakunem, neka sve suprotno ovome bude moja sudbina.“

(Hipokrat, 5. vijek prije nove ere)

Iz analize Hipokratove zakletve vidi se, najprije, da se ona poziva na sve bogove i boginje, a prije svega na Apolona, boga sunca, poezije, muzike, ali i liječnika, zatim na Eskulapa, sina Apolonovog, boga vještine liječenja odnosno kirurga kao i na njegove kćerke – Higieju, boginju zdravlja i Panakeju, boginju ozdravljenja od svih bolesti. Zakletva pokazuje dalje da je Hipokratova škola bila prilično zatvorena prema svima, osim prema onima koji su bili spremni da se obavežu ugovorom i zakletvom da će poštovati “medicinski zakon” odnosno propisana pravila ponašanja. Na taj način škola je održavala monopol nad medicinskim znanjem i praktičnim vještinama. No time je stvaran i podržavan i kult medicine i njena tajna i magijska strana, što je olakšavalo iskazivanje harizme posvećenih liječnika, njihovo sugestivno djelovanje kao i iskazivanje nespecifičnih placebo efekata liječenja koje su oni primjenjivali.

Hipokratova zakletva sadrži etičke načeloe trajne vrijednosti za medicinu, pa je stoga i danas aktualna. To su načelo činjenja dobro i nenanošenja štete bolesniku, načelo pravednosti, načelo poštovanja života i načelo poštovanja ličnosti bolesnika. Hipokrat je intuitivno sagledao da su ovi načela od bitnog značaja za medicinu i



da čine osnovu medicinske etike. Razrađujući ih, on iznosi obaveze liječnika da se predano i savjesno zalažu za dobrobit bolesnika, da i liječenjem i cjelokupnim svojim ponašanjem paze da mu ne nanesu štetu i nepravdu. Ovdje spada i obaveza strogog čuvanja liječničke tajne kao i dužnost liječnika da određene terapijske zahvate prepusti onim liječnicima koji to bolje obavljaju.

Liječnik se dalje obavezuje da zbog poštovanja života i svoje dužnosti da ga čuva, nikada neće dati bolesniku smrtonosni lijek niti prijedlog ili savjet u tom smislu, pa čak ni u slučaju da to bolesnik od njega traži. Isto važi i za pobačaj. Najzad, liječnik se obavezuje na poštovanje svojih učitelja, kao i na pružanje pomoći njima i njihovoj djeci.

Ženevska deklaracija

„U trenutku stupanja među članove medicinske profesije:

SVEČANO SE ZAKLINJEM da ću posvetiti svoj život služenju humanosti;

DA ĆU se s dužnim poštovanjem i zahvalnošću odnositi prema svojim učiteljima;

DA ĆU OBAVLJATI svoju profesiju savjesno i dostojanstveno;

ZDRAVLJE MOJEG PACIJENTA biti će moja osnovna obaveza;

POŠTOVAT ĆU tajne koje su mi povjerene, čak i poslije smrti pacijenta;

ČUVAT ĆU svim sredstvima koja su u mojoj moći, časnu i plemenitu tradiciju medicinske profesije;

MOJE KOLEGE biti će moja braća i sestre;

NEĆU DOZVOLITI da vjerska, nacionalna, rasna i politička pripadnost, ili socijalni položaj utječu na ispunjenje mojih obaveza prema pacijentu;

GAJIT ĆU najveće poštovanje prema ljudskom životu od njegovog samog početka čak i pod prijetnjom i neću koristiti svoje medicinsko znanje protiv zakona humanosti;

OVA OBEĆANJA DAJEM svečano i slobodno i u njih se zaklinjem svojom čašću.“

(Svjetsko medicinsko udruženje 1948, 1968, 1983, 1994, 2005, 2006.)

Ženevska deklaracija parafrazira, u stvari, Hipokratovu zakletvu. Zastupljena su u njoj sva četiri fundamentalna etička načela za medicinu, uz zahtjeve da liječnik obavlja svoju profesiju savjesno i dostojanstveno, da se s poštovanjem i zahvalnošću odnosi prema svojim učiteljima, a prema kolegama kao prema braći i sestrama.



Detaljnija analiza pokazuje da postoje i neke razlike u odnosu na Hipokratovu zakletvu. Ističe se, na primjer, obaveza liječnika da čuva sa najvećim poštovanjem ljudski život od samog njegovog početka, ali se ne spominje direktno ni abortus, niti eutanazija i samoubojstvo. Umjesto toga, od liječnika se zahtjeva da, čak ni pod prijetnjom, ne koristi svoje znanje protiv humanosti. Na formuliranje ovog stava "čak ni pod prijetnjom" utjecali su, svakako, nacistički zločini uz zloupotrebu medicine i angažiranja liječnika. Događaji iz Drugog svjetskog rata su utjecali i da se jasno istakne zabrana diskriminacije pacijenata po bilo kom osnovu. Najzad, Ženevska deklaracija je izbjegla spomenuti seksualnu zloupotrebu pacijenata i, što je interesantno, ne ističe zahtjev iz Hipokratove zakletve da liječnik određene intervencije prepusti kolegama koji ih bolje znaju uraditi.

Internacionalni kodeks medicinske etike

Opšte dužnosti liječnika

„LIJEČNIK ĆE uvijek primjenjivati svoj nezavisni profesionalni sud i održavati najviše standarde profesionalnog ponašanja.

LIJEČNIK će poštovati pravo kompetentnog pacijenta da prihvati ili odbije liječenje.

LIJEČNIK neće dozvoliti da na njegov ili njen sud utiče lična dobit ili nepravedna diskriminacija.

LIJEČNIK ĆE biti posvećen pružanju kompetentne medicinske usluge uz punu profesionalnu i moralnu samostalnost, suosjećanje i poštovanje ljudskog dostojanstva.

LIJEČNIK ĆE postupati časno i pošteno prema pacijentima i kolegama, i prijaviti će nadležnim organima one liječnike koji rade neetički ili su nesposobni ili su uključeni u obmane i prevare.

Sljedeći postupak se smatra neetičkim ponašanjem:

Plaćanje ili primanje bilo kakve naknade ili protivusluga u zamjenu za izdavanje uputnica ili propisivanje određenih proizvoda.



Dalje se u kodeksu kaže:

LIJEČNIK ĆE poštovati prava i sklonosti pacijenata, kolega i drugih zdravstvenih radnika.

LIJEČNIK ĆE shvatiti svoju važnu ulogu u obrazovanju javnosti, ali treba sa dužnim oprezom objavljivati otkrića, nove tehnike ili oblike liječenja kroz kanale koji nisu u struci.

LIJEČNIK će potvrditi samo ono što je sam lično provjerio.

LIJEČNIK će težiti da koristi zdravstvene resurse na najbolji način u korist pacijenata i njihove zajednice.

LIJEČNIK ĆE zatražiti odgovarajuću njegu i pažnju ako sam pati od mentalne ili fizičke bolesti.

LIJEČNIK će poštovati lokalne i državne etičke kodekse.

Dužnosti liječnika prema pacijentima:

LIJEČNIK ĆE uvijek imati na umu obavezu poštovanja ljudskog života.

LIJEČNIK će pri pružanju zdravstvene zaštite djelovati u najboljem interesu pacijenata.

LIJEČNIK duguje pacijentu punu lojalnost i sve mogućnosti svoje nauke koji su mu na raspolaganju. Kada je pregled ili liječenje iznad njegovih mogućnosti, liječnik se treba konsultovati sa drugim liječnikom ili pozvati drugog liječnika koji posjeduje neophodne sposobnosti.

LIJEČNIK ĆE poštovati pravo pacijenata na povjerljivost. Etički je otkriti povjerljive informacije kada pacijent da svoj pristanak ili kada postoji stvarna i neposredna prijetnja nanošenja štete pacijentu ili drugima, a ta prijetnja se može otkloniti samo kršenjem povjerljivosti.

LIJEČNIK ĆE pružiti hitnu pomoć kao svoju humanu dužnost, osim kada je uvjeren da su drugi voljni i sposobni pružiti takvu pomoć.

LIJEČNIK će u situacijama kada djeluje za treću stranu, osigurati da je pacijent u potpunosti svjestan takve situacije.

LIJEČNIK neće ulaziti u seksualne odnose sa svojim sadašnjim pacijentom niti u bilo kakav odnos zloupotrebe ili iskorištavanja.



Dužnosti liječnika prema kolegama:

LIJEČNIK će se ponašati prema kolegama onako kako bi želio da se oni ponašaju prema njemu/njoj.

LIJEČNIK neće potkopavati odnos pacijent–liječnik kod svojih kolega kako bi privukao pacijente sebi.

LIJEČNIK će, kada je to medicinski neophodno, komunicirati sa kolegama koji su uključeni u brigu o istom pacijentu. Ova komunikacija treba poštovati povjerljivost pacijenta i biti ograničena na neophodne informacije.“

(Svjetsko medicinsko udruženje 1949, 1968, 1983, 2006)

Lisabonska deklaracija

Deklaracija je usvojena na 34. skupštini Svjetskog medicinskog udruženja 1981. godine, a dopunjena 1995. i 2005. godine.

Preambula

„Odnos između liječnika, njihovih pacijenata i šireg društva je doživio znatne promjene u zadnje vrijeme. Dok ljekar treba uvijek djelovati u skladu sa svojom savješću i uvijek u najboljem interesu pacijenta, jednak napor se mora učiniti da se garantuje autonomija pacijenta i pravednost. Liječnik treba uvijek raditi u skladu sa svojom savješću i uvijek u najboljem interesu pacijenta. Ova deklaracija sadrži neka od osnovnih prava pacijenata koje medicinska profesija treba osigurati pacijentima i unapređivati ih. Liječnici ili druge osobe ili tijela uključeni u pružanje zdravstvene zaštite imaju zajedničku odgovornost da priznaju i podržavaju ta prava. Kad god zakonodavstvo, neka mjera vlade ili bilo koja druga administracija ili institucija negira ova prava pacijentima, liječnici trebaju tražiti odgovarajuće načine da ih osiguraju ili ponovo uspostave.“



Načela:

- 1) Pravo na zdravstvenu zaštitu dobrog kvaliteta
 - a) Svaka osoba ima pravo na odgovarajuću zdravstvenu zaštitu bez diskriminacije.
 - b) Svaki pacijent ima prava da mu zdravstvenu zaštitu pruži liječnik za kojeg zna da slobodno donosi medicinske i etičke sudove bez bilo kakvog vanjskog uplitanja.
 - c) Sa pacijentom će se uvijek postupati u skladu sa njegovim najboljim interesom. Pruženo liječenje će biti u skladu sa opšte odobrenim medicinskim principima.
 - d) Osiguranje kvaliteta treba uvijek biti dio zdravstvene zaštite. Posebno liječnici trebaju prihvatiti odgovornost za to što su čuvari kvaliteta medicinskih usluga.
 - e) U okolnostima u kojima se mora napraviti izbor između potencijalnih pacijenata za određeno liječenje koje je ograničeno dostupno, svi takvi pacijenti imaju pravo na pravednu proceduru izbora za dano liječenje. Taj izbor mora biti zasnovan na medicinskim kriterijima i učinjen bez diskriminacije.
 - f) Pacijent ima pravo na kontinuitet zdravstvene zaštite. Liječnik ima obavezu da surađuje u koordinaciji medicinski indiciranog tretmana sa drugim davaocima zdravstvene zaštite koji liječe danog pacijenta. Liječnik ne smije prekinuti liječenje pacijenta dokle god je dalji tretman medicinski indiciran i predstavlja dovoljnu priliku da se nađu alternativni aranžmani za zdravstvenu zaštitu.

- 2) Pravo na slobodu izbora
 - a) Pacijent ima pravo da slobodno izabere i promijeni svog liječnika i bolnicu ili ustanovu zdravstvene zaštite, bez obzira na to da li su oni u privatnom ili javnom sektoru
 - b) Pacijent ima pravo da zatraži mišljenje drugog ljekara u bilo kom trenutku.

- 3) Pravo na samoodređenje
 - a) Pacijent ima pravo na samoodređenje da donosi slobodne odluke koje se tiču njega/nje. Liječnik će obavijestiti pacijenta o posljedicama njegovih/njenih odluka.
 - b) Mentalno sposoban odrasli pacijent ima pravo dati ili uskratiti pristanak na bilo koju dijagnostičku proceduru ili terapiju. Pacijent ima pravo na informacije koje su neophodne za donošenje vlastitih odluka. Pacijent treba razumjeti koja je svrha bilo koje pretrage ili tretmana, šta rezultati impliciraju i koje su implikacije uskraćivanja pristanka.
 - c) Pacijent ima pravo odbiti učestvovanje u istraživanju ili predavanju o medicini.



4) Nesvjestan pacijent

- a) Ako je pacijent nesvjestan ili je na drugi način nesposoban da izrazi svoju volju, informisani pristanak se mora pribaviti, kad god je to moguće, od zakonski ovlaštenog zastupnika.
- b) Ukoliko zakonski ovlašteni zastupnik nije dostupan, a medicinska intervencija je hitna, pristanak pacijenta se može pretpostaviti, osim ako je na osnovu ranijeg pacijentovog čvrstog iskaza ili ubjeđenja očigledno i van svake sumnje da bi pacijent odbio intervenciju u takvoj situaciji.
- c) Međutim, liječnik treba uvijek pokušati da spasi život pacijenta koji je nesvjestan zbog pokušaja samoubistva.

5) Zakonski nesposoban pacijent

- a) Ukoliko je pacijent maloljetan ili na drugi način zakonski nesposoban, pristanak zakonski ovlaštenog zastupnika je neophodan na određenim teritorijama. Ipak, pacijent mora biti uključen u donošenje odluka do najvećeg stepena kojeg dopušta njegovo stanje.
- b) Ukoliko zakonski nesposoban pacijent može donositi racionalne odluke, te odluke se moraju poštovati, a pacijent ima pravo zabraniti otkrivanje informacija svom zakonski ovlaštenom zastupniku.
- c) Ukoliko zakonski ovlašteni zastupnik pacijenta ili druga osoba koju pacijent ovlasti zabrani liječenje koje je po mišljenju liječnika u najboljem interesu pacijenta, liječnik treba osporiti tu odluku na nadležnoj pravnoj ili drugoj ustanovi. U slučaju hitnosti, liječnik će djelovati u najboljem interesu pacijenta.

6) Procedure protiv volje pacijenta

- a) Dijagnostičke procedure ili tretman protiv volje pacijenta se mogu provesti samo u izuzetnim slučajevima, ukoliko to dopušta zakon i ukoliko je to u skladu sa načelima medicinske etike.

7) Pravo na informacije

- a) Pacijent ima pravo dobiti informacije o sebi koje su evidentirane u bilo kojoj medicinskoj dokumentaciji i biti potpuno obaviješten o svom stanju zdravlja, uključujući i o medicinskim činjenicama o svom stanju. Međutim, povjerljive informacije o trećoj strani u kartonu pacijenta se ne trebaju davati pacijentu bez saglasnosti date treće strane.



- b) Izuzetno, informacije se mogu uskratiti pacijentu kada postoji dobar razlog da se vjeruje da bi te informacije predstavljale ozbiljnu opasnost za pacijentovo zdravlje.
- c) Informacije se trebaju dati na način koji je prikladan pacijentovom kulturnom miljeu i na takav način da ih pacijent može razumjeti.
- d) Pacijent ima pravo da na svoj eksplicitni zahtjev ne bude informisan, osim ako je to neophodno radi zaštite života druge osobe.
- e) Pacijent ima pravo da odabere koga i da li ikoga treba informisati u ime pacijenta.

8) Pravo na povjerljivost

- a) Sve informacije koje se mogu utvrditi o stanju zdravlju pacijenta, medicinskom stanju, dijagnozi, prognozi i liječenju i sve druge informacije lične prirode moraju se čuvati kao povjerljive čak i nakon smrti pacijenta. Izuzetno, potomci pacijenta mogu imati pristup informacijama koje bi ih upoznale sa rizikom za zdravlje njih samih.
- b) Povjerljive informacije se mogu otkriti samo ako pacijent da eksplicitni pristanak ili ako je tako izričito predviđeno zakonom. Informacije se mogu otkriti drugim davaocima zdravstvene zaštite samo na načelu „onoga što trebaju znati“ osim ako pacijent nije dao eksplicitni pristanak.
- c) Svi podaci koji se mogu utvrditi moraju biti zaštićeni. Zaštita podataka mora biti primjerena načinu njihovog čuvanja. Supstance ljudskog porijekla iz kojih se mogu dobiti podaci koji se mogu utvrditi moraju takođe biti zaštićene.

9) Pravo na obrazovanje o zdravlju

- a) Svaka osoba ima pravo na obrazovanje o zdravlju koje će joj uz informacije pomoći u donošenju odluka o ličnom zdravlju i raspoloživim zdravstvenim uslugama. Ovo obrazovanje treba obuhvatati informacije o zdravim načinima života i metodima prevencije i ranog otkrivanja bolesti. Lična odgovornost svakoga za svoje zdravlje treba biti naglašena. Liječnici imaju obavezu da aktivno učestvuju u nastojanjima na obrazovanju.



10) Pravo na dostojanstvo

- a) Dostojanstvo i pravo na privatnost pacijenta će se uvijek poštovati u zdravstvenoj zaštiti i nastavi, kao i pacijentov kulturni milje i vrijednosti.
- b) Pacijent ima pravo na olakšavanje svojih patnji u skladu sa svojim trenutnim znanjem.
- c) Pacijent pred smrt ima pravo na humanu njegu i da mu bude pružena sva raspoloživa pomoć u činjenju smrti što je moguće dostojanstvenijom i blažom.

11) Pravo na vjersku pomoć

- a) Pacijent ima pravo da dobije ili odbije duhovnu i moralnu utjehu, uključujući i pomoć sveštenika svoje vjere.

Lisabonska deklaracija usvojena na 34.

Skupštini Svjetskog medicinskog udruženja, Lisabon, Portugal, rujan/listopad 1981.

Uzimajući u obzir da se mogu javiti različite poteškoće u praksi, kao i poteškoće etičke i zakonske prirode u realizaciji gore navedenih prava, od liječnika se traži da uvijek radi u skladu sa svojom savješću i u najboljem interesu za pacijenta. Ako su zakonski ili na drugi način, recimo nekom odlukom vlade, ugrožena prava pacijenta, liječnik je dužan tražiti odgovarajući način da ta prava osigura ili da ih ponovo uspostavi ako su izgubljena.

U pitanju je, svakako, jedna od veoma važnih deklaracija koja je nametnula obavezu da se navedena prava pacijenta dalje razrade ne samo u medicinskoj etici i putem pravnih propisa, već i organizacijom i metodologijom rada zdravstvene službe kao i odgovarajućim internim propisima.

Deklaracija o ljudskih pravima i osobnoj slobodi medicinskih radnika

Deklaracija je usvojena na 37. skupštini Svjetskog medicinskog udruženja u Briselu, 1985. godine.

„Svjetsko medicinsko udruženje zalaže se za jednake mogućnosti medicinskih radnika u aktivnostima medicinskih udruženja, medicinskom obrazovanju i edukaciji, zapošljavanju i drugim aspektima medicinske profesionalnih nastojanja, i to bez obzira na rasu, boju kože, vjeroispovijest, vjeru, nacionalnu pripadnost, nacionalno porijeklo, spol, uzrast ili političku pripadnost.



Svjetsko medicinsko udruženje neopozivo istupa protiv negiranja privilegija i odgovornosti članstva u medicinskim udruženjima u državi zbog rase, boje kože, religije, vjerovanja, nacionalne pripadnosti, nacionalnog porijekla, spola, uzrasta ili političke pripadnosti.

Svjetsko medicinsko udruženje apeluje na medicinsku profesiju i individualne članove medicinskih udruženja u državama da učine sve što je u njihovoj moći da se spriječe svi slučajevi u kojima se jednaka prava, privilegije ili odgovornosti negiraju, i zato je odlučeno da 37. skupština Svjetskog medicinskog udruženja, održana u Briselu, u Belgiji, u oktobru 1985. godine, ovim reafirmiše svoju odanost ovim načelima.

Svjetsko medicinsko udruženje se ovom deklaracijom zalaže za jednake mogućnosti i prava, bez diskriminacije po bilo kojem osnovu, članova medicinske profesije na medicinsku praksu, obrazovanje i trening, zapošljavanje i sve druge aspekte medicinske profesije. Ono protestuje protiv svakog eventualnog negiranja ovih prava i odgovornosti u pojedinim medicinskim udruženjima u državama zbog rase, boje kože, religije, vjerovanja, nacionalne pripadnosti, nacionalnog porijekla, spola, uzrasta ili političke pripadnosti. Još jednom reafirmišući ova načela, Svjetsko medicinsko udruženje poziva medicinsku profesiju i sve članove medicinskih udruženja u državama da učine svaki potreban napor da prestane negiranje jednakih prava, privilegija ili odgovornosti članova medicinske profesije.“

Deklaracija o ljudskih pravima i osobnoj slobodi medicinskih radnika usvojena na 37. Skupštini Svjetskog medicinskog udruženja, Brisel, Belgija, 1985.

2





LITERATURA:

- Gillon, R. (1985): "Primum non nocere" and the načelole of non-maleficence. *Br. Med. J.*,
- Gillon, R. (1985): *Autonomy and consent in moral dilemmas*. In: *Modern medicine*, ed. Michael Lockwood, Oxford University Press. Oxford-New York,
- Gillon, R. (1985): *Beneficence: doing good for others*. *Br. Med. J.*,
- Gillon, R. (1985): *Confidentiality*. *Br. Med. J.*, 291,
- Gillon, R. (1985): *Deontological foundations for medical ethics?* *Br. Med. J.*,
- Gillon, R. (1985): *Justice and medical ethics*. *Br. Med. J.*,
- Gillon, R. (1985): *To what do we have moral obligations and why?* *Br. Med. J.*,
- Gillon, R. (1985): *Utilitarianism*. *Br. Med. J.*,
- Gutheil, G.T. (1992): *Legal issues in psychiatry*, In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, VI, Vol. Eds. Kaplan J.H. and Sadock, J.B., Williams and Wilkins, Baltimore, Hong Kong, London, Sydney,
- Higgs, R. (1985): *On telling patients the truth*. In: *Moral dilemmas in modern medicine*, ed. Michael Lockwood, Oxford University Press. Oxford-New York,
- Kaličanin, P. (1999): *Medicinska etika i medicinsko pravo*, Institut za mentalno zdravlje, Beograd.
- Klajn-Tatić, V. (1994): *Neka medicinska, etička i pravna pitanja koja pokreće doktrina o informisanom pristanku pacijenta na medicisku intervenciju*, U knjizi: *Medicinsko pravo i medicinska etika*. Institut društvenih nauka – Centar za pravna istraživanja, Beograd.
- Lockwood, M. (1985): *When does a life begin?* In: *Moral dilemmas in modern medicine*, ed. Michael Lockwood, Oxford University Press. Oxford-New York,
- Lukić, R. (1976): *Sociologija morala*. Naučna knjiga. Beograd.
- Marić, J. (1995): *Medicinska etika*. "SILMIR", Beograd.
- Milčinski, J. (1994): *Citat preuzet od Klajn-Tatić, V.: Medicinsko pravo i medicinska etika*. Institut društvenih nauka – Centar za pravna istraživanja, Beograd.
- Milovanović, D. (1976): *Medicinska etika*. RO za grafičko-izdavačku delatnost "Zaječar".
- Nedeljković, D. (1967): *Etika*. Naučno delo. Beograd.
- Pavičević, V. (1974): *Osnovi etike*. BIGZ, Beograd.
- *Physicians, Patients, Society – Human rights and professional responsibilities of physicians in documents of international organizations*. The World Psychiatric Association – Geneva initiative, Bulgarian Psychiatric Association, Ukrainian Psychiatric Association, Amsterdam – Kiev, 1996.
- Radišić, J. (1994): *Medicinsko pravo i medicinska etika*. Institut društvenih nauka – Centar za pravna istraživanja, Beograd.
- Show, G.B. (1994): *Citat preuzet od Klajn-Tatić, V.: Medicinsko pravo i medicinska etika*. Institut društvenih nauka – Centar za pravna istraživanja, Beograd.
- Stojanović, S. (1962): *Šta su to moral i etika*. Rad, Beograd.
- Thompson, E.J. (1987): *fundamental ethical načeloles in health care*. *B. Med. J.*,
- *United Nations. Declaration on the Rights of Disabled Persons*. In: *Resolutions adopted by the General Assembly during its thirtieth session*. General Assembly. Official Records: Suppl. No. 34 (A/10034). New York, 1976, .
- *United Nations. Universal Declaration of Human Rights*. In: *Human rights: a compilation of international instruments of the United Nations*. New York, 1967.



Prilozi



Spisak DPTS centara u Bosni i Hercegovini

Sarajevo Klinika za infektivne bolesti, KCU Sarajevo, Bolnička 25 Zavod za javno zdravstvo Kantona Sarajevo, Šahinagića 10	Tel: 033 297 251 Tel: 033 238 380
Banja Luka Klinika za infektivne bolesti, KC Banja Luka, Dvanaest beba bb Institut za zaštitu zdravlja Republike Srpske, Jovana Dučića 1	Tel: 051 342 448 Tel: 051 232 422
Tuzla Klinika za infektivne bolesti, UKC Tuzla, Trnovac bb Zavod za javno zdravstvo Tuzlanskog kantona	Tel: 035 303 324
Bihać Kantonalna bolnica Bihać, Odjel za infektivne bolesti, Darivalaca krvi 67	Tel: 037 223 333 lokal 170
Mostar Zavod za javno zdravstvo Federacije BiH, Vukovarska 46 Zavod za javno zdravstvo HNK, Mostar, Maršala Tita 53	Tel: 036 347 137 Tel: 036 551 478
Trebinje Regionalni zavod za zaštitu zdravlja Trebinje, Stepe Stepanovića bb	Tel: 059 240 715
Istočno Sarajevo Regionalni zavod za zaštitu zdravlja, I. Sarajevo, Stefana Nemanje 13	Tel: 057 321 511
Grude Dom zdravlja Grude, Grude, Kraljice Katarine 8	Tel: 039 661 991
Foča Opšta bolnica Foča, Odjeljenje za infektivne bolesti, Studentska bb	Tel: 058 210 126 lokal 235
Doboj Opšta bolnica Doboj, Odjeljenje za infektivne bolesti, Pop Ljubina bb	Tel: 053 241 022 lokal 130
Bijeljina Opšta bolnica Bijeljina, Odjeljenje za infektivne bolesti, Srpske vojske 53	Tel: 055 205 655 055 232 422
Zenica Kantonalna bolnica Zenica, Odjel za infektivne bolesti, Crkvice 67	Tel: 032 405 133 lokal 1629
Brčko Pododjel za javno zdravstvo, Brčko, Sakiba Edhemovića 1	Tel: 049 215 556
Travnik Zavod za javno zdravstvo SBK, Travnik, Bolnička 1	Tel: 030 511 633
Orašje Zavod za javno zdravstvo Županije Posavske,, Orašje, Ulica III, broj 4	Tel: 031 714 209
Livno Zavod za javno zdravstvo HB županije, Trg domovinskog rata br. 5	Tel: 034 200 563
Goražde Dom zdravlja, Goražde, Zdravstvenih radnika bb	Tel: 038 221 072
Prijedor Opšta bolnica Prijedor. Milana Vrhovca 1	Tel: 065 311 766

