

**Druga generacija praćenja HIV infekcije  
i AIDS - a u Republici Hrvatskoj  
2003 - 2006**

**Ira Gjenero Margan  
i suradnici**

**HIV AIDS**

**Druga generacija praćenja HIV infekcije  
i AIDS-a u Republici Hrvatskoj 2003-2006**

**Ira Gjenero-Margan, Branko Kolarić**

Projekt: "Unapređenje borbe protiv HIV/AIDS-a u Hrvatskoj",

Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi

Program HIV-5: „Poboljšanje praćenja HIV infekcije u Hrvatskoj“,

Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Donacijska sredstva Globalnog fonda za borbu protiv HIV/AIDS-a, tuberkuloze i malarije

**Autori:**

Ira Gjenero-Margan, Borislav Aleraj, Bernard Kaić, Branko Kolarić, Karlo Kožul, Zorana Klišmanić, Ivan Lipovac, Mato Lakić, Alan Medić, Marica Miletić-Medved, Tatjana Nemeth-Blažić, Dana Pahor, Aleksandar Šimnuović, Sanja Malević, Blanka Petres, Josip Begovac, Mirjana Lana Kosanović, Mirjana Orban, Marija Cahunek, Krešimir Radić, Dalibor Stanić, Luka Bielen, Irina Cazin, Ivan Pristaš, Vanja Tešić, Sanja Belak Kovačević, Tomislav Vurušić, Kristina Duvančić, Maja Maček

**Sažeci:**

Aleksandar Štulhofer (u suradnji s Ninom Greiner), Dean Ajduković, Ivana Božičević i Krešimir Kufrin (u suradnji s Jelenom Zelenbrz, Ivanom Landripetom, Deom Ajduković i Tanjom Vučković)

**Urednici:**

Željko Baklajić  
Tatjana Nemeth-Blažić  
Jasmina Pavlić  
Dunja Skoko-Poljak

**Lektor:** Nada Poljičanin, prof.

**Tisak i grafičko rješenje naslovnice:** A.G.Matoš d.d.

**Izdavač:** Hrvatski zavod za javno zdravstvo

**Naklada:**

ISBN broj: 953-7031-05-5

Hrvatska, 2006.

CIP - Katalogizacija u publikaciji  
NACIONALNA I SVEUČILIŠNA KNJIŽNICA  
UDK 616.988 AIDS(497.5)(082)

DRUGA generacija praćenja HIV infekcije  
i AIDS-a u Republici Hrvatskoj : 2003. -  
2006. / <autori Ira Gjenero-Margan ... <et  
al.> ; sažeci Aleksandar Štulhofer ... et  
al.>. - Zagreb : Hrvatski zavod za javno  
zdravstvo, 2006.  
ISBN 953-7031-05-5

1. Gjenero-Margan, Ira  
I. AIDS -- Hrvatska

## Uvod

Prvi bolesnik od AIDS-a u Hrvatskoj je registriran je 1986. godine. Radilo se o bolesniku od hemofilije koji je zbog svoje osnovne bolesti redovito primao lijekove pripravljene od ljudske krvi. Ljekovi su bili proizvedeni dok još nije postojala spoznaja o mogućem prijenosu HIV-a krvnim preparatima. Do tog trenutka smo pomno pratili sve medicinske izvještaje iz svijeta, prvenstveno iz Sjedinjenih Američkih Država, gdje su intenzivna epidemiološka istraživanja pratila širenje epidemije HIV-a. Vrlo brzo, po otkriću infekcije u našoj zemlji, na inicijativu epidemiologa, a u suradnji s infektolozima i transfuziolozima, predložen je tadašnjem ministru zdravstva Program suzbijanja i sprečavanja HIV/AIDS-a u Hrvatskoj. Tada su već bile poznate najvažnije epidemiološke karakteristike HIV-a, kao i način njegova širenja.

Prošlo je 20 godina i iza nas je niz preventivnih mjera koje su u zemlji poduzete kako bi se spriječilo širenje infekcije u zemlji. Uveden je nadzor nad krvi i imunobiološkim lijekovima, nadzor nad hospitalnim infekcijama, organizacija rada na prevenciji i liječenju oboljelih, te epidemiološki sustav praćenja HIV/AIDS-a i intervencije, a povrhu svega intenzivna edukacija čitave populacije i posebno onih pod povećanim rizikom, o načinima širenja HIV-a i mjerama da se ono spriječi.

Osim zdravstvene službe, prevenciji HIV infekcije su pridonijeli i stručnjaci izvan zdravstva, pogotovo oni okupljeni oko suzbijanja ovisnosti o drogama u zemlji, sociolozi, psiholozi, prosvjetni radnici, pravnici, te nevladine udruge i organizacije, kao i druge inicijative građana. Multidisciplinarni pristup je i temelj Hrvatskog nacionalnog programa za prevenciju HIV/AIDS-a, a donijela ga je Vlada Republike Hrvatske.

Epidemiolozi su među prvima u svijetu uveli praćenje HIV infekcije, uz praćenje oboljelih od AIDS-a, u rutinski epidemiološki sustav nadzora nad ovom bolešću, te se vrlo brzo povezali sa europskim sustavom praćenja i nadzora nad HIV/AIDS-om. U Hrvatskoj je u čitavom ovom razdoblju registrirano 553 inficiranih ili oboljelih od AIDS-a. Na žalost, u istom je razdoblju umrlo 127 zaraženih pacijenta. Odmah po otkriću antiretrovirusne terapije, ova je od strane infektologa uvedena u terapiju naših bolesnika, te je u posljednje vrijeme i smrtnost od HIV/AIDS-a u regresiji.

Rezultat svih ovih napora, kako zdravstvene službe, tako i mnogobrojnih sudionika izvan zdravstva, a čemu je svakako doprinijela i edukacija, te običaji i navike naših ljudi, je nizak morbiditet od AIDS-a, te niska prevalencija HIV infekcije. Po ovim pokazateljima Hrvatska spada u zemlje s epidemijom niske razine (eng. low-level epidemic), koja je definirana prevalencijom HIV-a nižom od 1% u općoj populaciji, te prevalencijom infekcije nižom od 5% u svakoj od populacija pod povećanim rizikom.

Epidemiološki podaci iz rutinskog sustava nadzora nad infekcijom pokazuju da se infekcija odvija u grupama s povećanim rizikom transmisije HIV-a, kao što je to i drugdje u svijetu, a poznat je i velik dio faktora koji povećavaju taj rizik.

Druga generacija praćenja HIV infekcije i AIDS-a provedena u razdoblju od 2003-2006. godine, a pred čijim se prvim rezultatima nalazi čitalac ove publikacije, omogućit će nam još bolji i još dublji uvid u ponašanja, običaje i navike, te druge epidemiološke veličine odgovorne za povećan rizik od HIV infekcije u Hrvatskoj. Ove će nam spoznaje usmjeriti medicinsku i drugu intervenciju, od koje očekujemo učinkovitije prekidanje puteva prijenosa HIV-a i pobola u zemlji. Stoga smo aktivnosti vezane uz kontrolu širenja HIV-a proširili na osjetljivo i relativno nedostupno područje istraživanja obrazaca povezanosti HIV/AIDS-a s karaktestikama i oblicima ponašanja grupa ljudi među kojima je infekcija HIV-om visoko zastupljena.

Dopuna postojećeg sustava nadzora nad HIV/AIDS-om u Hrvatskoj uvođenjem Druge generacije epidemiološkog nadzora i intervencije, uključuje praćenje prevalencije sukcesivnim cross-sectional istraživanjima populacije pod povećanim rizikom. Tako bi se učinkovitost naših protuepidemijskih mjera mogla pratiti kroz vrijeme, a i na vrijeme prepoznati eventualno povećanje rizika unutar tih populacija, što bi zahtjevalo promptnu intervenciju. Ovaj dopunski način epidemiološkog nadzora nad HIV/AIDS-om u zemlji je i predviđen Hrvatskim nacionalnim programom za prevenciju HIV/AIDS-a 2005-2006.

U sklopu Projekta Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske pod nazivom „Unapređenje borbe protiv HIV/AIDS-a u Hrvatskoj“, Hrvatski zavod za javno zdravstvo bio je nositelj Programa „Poboljšanje praćenja HIV infekcije i AIDS-a“. Unutar tog programa napravljena je ova studija procjene seroprevalencije HIV-a u skupinama s povećanim rizikom od infekcije. Vjerujemo da će rezultati ovog epidemiološkog istraživanja, zajedno s objedinjavanjem socioloških i psiholoških istraživanja, koja su relevantna za epidemiologiju HIV-a biti kvalitetna podloga za još uspješniju protuepidemijsku intervenciju.

Najvrijedniji rezultati, koje smo već postigli ovim istraživanjem, su:

- Multidisciplinarni pristup i zajednička koordinirana suradnja epidemiologa, infektologa, psihijataru, psihologa, sociologa, specijalista javnog zdravstva i drugih stručnjaka, kao i nevladinih udruga, u zajedničkom projektu;
- Povjerenje koje su nam iskazali naši ispitanici, (a ujedno i suradnici), a što je preduvjet za provedbu daljnjih uspješnih mjera intervencije;
- Evaluacija postojećeg rutinskog epidemiološkog sustava nadzora nad HIV/AIDS-om u Hrvatskoj, čiju je sveobuhvatnost i vjerodostojnost podataka o morbiditetu dokazala i Druga generacija praćenja HIV infekcije;

- Uvid u frekvenciju rizičnih, ali i protektivnih ponašanja, odnosno stilova života unutar grupa pod povećanim rizikom, što omogućuje promptnu intervenciju i prilagodbu protuepidemijskih mjera;
- Bolji uvid u razloge moguće opstrukcije u provođenju učinkovitih mjera prevencije i liječenja od strane nekih ključnih partnera u provođenju tih mjera (liječnici, studenti medicine, pacijenti i dr.), a koje valja ukloniti.
- Posebno vrijednom držim veliku bazu podataka koju smo u ovom istraživanju prikupili, a koja omogućuje daljnja i puno preciznija znanstvena istraživanja iz područja epidemiologije HIV/AIDS.

Prof.dr.sc. Ira Gjenero-Margan

## SADRŽAJ

Seroprevalencija HIV infekcije u grupama s povećanim rizikom _____	1
Prevalencija seropozitivnosti na HIV u ostatnim serumima bolničkih laboratorija _____	9
Rizici zaražavanja hiv-om u populaciji intravenskih korisnika droge u hrvatskoj _____	13
Rizici za hiv u hrvatskoj populaciji muškaraca koji prakticiraju seksualne odnose s muškarcima _____	23
Znanja i stavovi liječnika o HIV/AIDS-u u primarnoj zdravstvenoj zaštiti – pilot istraživanje u gradu Zagrebu i Zagrebačkoj županiji _____	34
Znanje i stavovi o HIV/AIDS-u studenata šeste godine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu _____	57
Kvaliteta života oboljelih od HIV-a u Hrvatskoj _____	69
HIV/AIDS i mladi – Hrvatska 2005: informiranost o HIV/AIDS-u, stavovi i seksualno ponašanje u nacionalnom uzorku mladeži (sažetak studije) _____	84
Informiranost o HIV/AIDS-u, stavovi i seksualno ponašanje radnika migranata u Republici Hrvatskoj (sažetak studije) _____	90

# **SEROPREVALENCIJA HIV INFEKCIJE U GRUPAMA S POVEĆANIM RIZIKOM**

**Ira Gjenero-Margan, Borislav Aleraj, Bernard Kaić, Branko Kolarić, Karlo Kožul,  
Zorana Klišmanić, Ivan Lipovac, Mato Lakić, Alan Medić, Marica Miletić-Medved,  
Tatjana Nemeth-Blažić, Dana Pahor, Aleksandar Šimnuović**

## **UVOD**

Početak 21. stoljeća, dvadesetak godina nakon bilježenja prvih slučajeva smrti od AIDS-a, Svjetska zdravstvena organizacija potiče uvođenje tzv. Druge generacije nadzora nad HIV infekcijom. Suština Druge generacije je nadogradnja sustava kojim se pratila HIV infekcija u početku pandemije, a temeljila se na bilježenju smrti i pobolijevanja od AIDS-a te broju HIV-om zaraženih osoba. Metode Druge generacije nadzora nad HIV-om uključuju nadzor ostalih spolno prenosivih bolesti i praćenje rizičnog ponašanja za HIV. Ovi sustavi u većini europskih zemalja postoje, ali nisu dostatno iskorišteni za praćenje trendova rizika za HIV infekciju.

Države su s obzirom na razinu epidemije podijeljene u tri kategorije:

1. Države s epidemijom niske razine (engl. low-level epidemic)  
Prevalencija HIV-a u općoj populaciji niža je od 1 %, a u svakoj populaciji s povećanim rizikom (engl. most at risk populations) niža od 5%
2. Države s koncentriranom epidemijom (engl. concentrated)  
Prevalencija HIV-a u općoj populaciji niža je od 1%, a u barem jednoj od populacija s povećanim rizikom konstantno je viša od 5%.
3. Države s općom/generaliziranom epidemijom (engl. generalized)  
Prevalencija u općoj populaciji viša je od 1%.

Razina epidemije određuje specifične kriterije nadzora epidemije i preventivne pristupe. Primjerice, za zemlje s koncentriranom epidemijom i epidemijom niske razine preporučuje se istraživačke napore i preventivni rad usmjeriti prvenstveno na populacije s najvećim rizikom za HIV.



U sklopu projekta Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi RH "Unapređivanje borbe protiv HIV/AIDS-a u Hrvatskoj", Hrvatski zavod za javno zdravstvo bio je nositelj Programa "Praćenje HIV/AIDS-a". Unutar tog programa napravljena je ova studija procjene seroprevalencije HIV-a u skupinama s rizičnim ponašanjima u skladu s preporukama Druge generacije praćenja HIV-a.

## **ISPITANICI I METODE**

Kao ciljne populacije s najvećim rizikom za HIV u Hrvatskoj za ovo istraživanje definirane su:

- Muškarci koji prakticiraju seksualne odnose s muškarcima (MSM)
- Prodavatelji/ce seksualnih usluga i njihovi klijenti/ce (PSU)
- Intravenski korisnici droga (IKD)
- Radnici migranti, prvenstveno pomorci (RM)
- Osobe koje u anamnezi imaju spolno prenosive bolesti (SPB)
- Osobe koje učestalo mijenjaju spolne partnere (za ovo istraživanje kriterij uključenja bio je više od 2 seksualna partnera/ice u zadnjih 12 mjeseci)

Kako ispitanici pripadaju teško dostupnim populacijama (engl. hard to reach) o kojima za sada još nema publiciranih istraživanja za Hrvatsku te je u nekim od navedenih populacija (MSM, PSU, IKD) nemoguće postići reprezentativnost u uzorku za potrebe istraživanja regrutirani su svi pripadnici navedenih populacija koji su bili punoljetni i voljni se uključiti u studiju (engl. convenience sampling) u periodu studeni 2003. – rujan 2006. Dakle kriteriji isključenja bili su dob ispod 18 godina i prethodno sudjelovanje u ovom istraživanju.

Ispitanici su regrutirani uz pomoć slijedećih udruga koje rade s osobama s rizičnim ponašanjima: LET, TERRA, HELP, ISKORAK, Hrvatski crveni križ. Istraživači su bili epidemiolozi na lokacijama: Dubrovnik, Krapina, Osijek, Rijeka, Slavonski Brod, Split, Zadar i Zagreb.

Za istraživanje je razvijen upitnik koji je imao cilj prikupiti socio-demografske podatke i rizike vezane uz HIV infekciju. Ispitanici koji su zadovoljili kriterije uključenja u studiju bili su informirani o svrsi istraživanja te nakon davanja (usmenog) informiranog



pristanka popunili anonimni upitnik i dali krv za testiranje. Testiranje je provedeno u laboratoriju Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (ELFA test), a u slučaju pozitivnog probirnog testa potvrda je rađena u Klinici za infektivne bolesti "Fran Mihaljević" (Western-blot test). Ispitanici su bili savjetovani o HIV infekciji prije i poslije testiranja, te u slučaju pozitivnog nalaza upućeni na liječenje i psiho-socijalnu podršku.

## REZULTATI

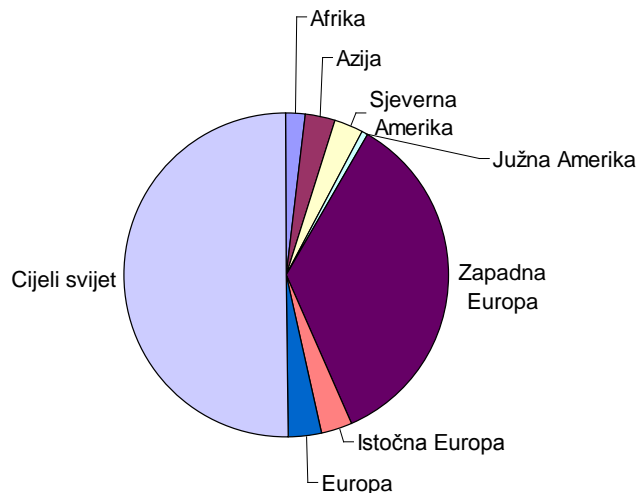
U studiju je uključeno 1320 ispitanika. Muškaraca je bilo 89.1%, žena 10.1% a za 0.8% ispitanika nismo imali podatak o spolu. Medijan dobi bio je 31 godina, s rasponom minimum-maksimum 18-76 godina. Socio-demografske karakteristike ispitanika prikazane su u tablici 1.

Spol (%)	muški	89.1
	ženski	10.1
	nepoznato	0.8
Dob	medijan	31
	min-max	18-76
Zaposleni (%)		47.1
Duži boravak u inozemstvu (%)		41.7
Bračni/intimni status (%)	sama/c	40.4
	u stalnoj vezi	16.7
	u braku	31.9
	razdvojeni	1.8
	rastavljen/a	6.3
	udovac/ica	0.6
nepoznato	2.7	
Spolna orijentacija (%)	heteroseksualna	82.3
	homoseksualna	10
	biseksualna	5.5
	nepoznata	2.6

**Tablica 1. Socio-demografske karakteristike ispitanika**

Najčešća zanimanja ispitanika bila su: pomorac (36.5%), student (5.4%), kuhar (2.7%), radnik (2.7%) i vozač (2.5%).

Slika 1 prikazuje područja svijeta u kojima su boravili ispitanici koji su izjavili da su duže vrijeme boravili u inozemstvu. Više od polovice (50.3%) putovalo je cijelim svijetom. Zatim slijede oni koji su putovali zapadnom Europom (35%), istočnom Europom (3.2%) i cijelom Europom (3.2%). U Sjevernoj Americi bilo je 2.9% ispitanika koji su duže boravili u inozemstvu, u Aziji također 2.9%, a najmanje ih je bilo u zemljama Afrike (2.1%)



**Slika 1 Područja svijeta u kojima su boravili ispitanici koji su izjavili duži boravak u inozemstvu**

Na slici 2 prikazana je učestalost korištenja tuđeg pribora za korištenje droga. Od 314 IKD koji su odgovorili na ovo pitanje 36% nikada nije dijelilo pribor, 46% iznimno, 16% često i 2% redovito.



**Slika 2 Učestalost dijeljenja pribora za intravensko korištenje droga (IKD)**

Ukupna prevalencija HIV-a u svim populacijama bila je 0.7% (95%CI=0.2-1.1%)

U tablici 2 prikazane su vrste rizika zbog kojih su ispitanici bili uključeni u studiju i prevalencija HIV-a s pripadajućim intervalom pouzdanosti.

	Udio ispitanika (%) N=1320	Prevalencija HIV-a (%); 95% CI (%)
Intravenski korisnici droga (IKD)	23.9	0.6; 0 – 1.5
Kupovatelji/ce seksualnih usluga (KSU)	23.7	0.6; 0 – 1.5
Muškarci koji prakticiraju seks s muškarcima (MSM)	16.1	3.3; 0.9 – 5.7
Radnici migranti	39.9	0.2; 0 – 0.6
Prodavatelji/ce seksualnih usluga (PSU)	5.1	1.5; 0 – 4.4
Više od 2 partnera u zadnjih 12 mjeseci	42.9	1.2; 0.3 – 2.1
Spolno prenosive bolesti u anamnezi (SPB) (HBV, HCV, sifilis, gonoreja, genitalni herpes)	18.6	0.8; 0 – 1.9

**Tablica 2 Rizična ponašanja ispitanika (N=1320), prevalencija HIV-a**

Na slici 3 prikazan je broj rizičnih faktora u ispitanika: 42.6% ispitanika imalo je jednu vrstu rizičnog ponašanja, 41.7% dvije, 12.1% tri, 2.8% četiri, 0.8% 5 i 0.1% ispitanika čak šest vrsta rizičnih ponašanja.



**Slika 3 Broj rizičnih ponašanja po ispitaniku**

## DISKUSIJA

Ovo je prvo istraživanje u Hrvatskoj kojim je obuhvaćen veliki broj ispitanika u teško dostupnim populacijama koji su bili voljni dati uzorak krvi za testiranje na HIV. Većina ispitanika bila je muškog spola (89.1%) što prilično odgovara strukturi zaraženih HIV-om u RH (omjer 8:2 u korist muškaraca). Dob ispitanika također odgovara dobnoj strukturi koja je pod najvećim rizikom za HIV infekciju – spolno aktivna odrasla populacija. Iz rezultata je vidljivo da je manje od pola ispitanika (47.1%) zaposleno, što je dodatni otežavajući faktor u nekim već ionako marginaliziranim skupinama (MSM, PSU, IDU). Po strukturi zanimanja, ako izuzmemo pomorce koji su bili jedna od ciljnih skupina istraživanja, najviše ispitanika bilo je sa srednjom stručnom spremom – studenti, kuhari, radnici i vozači.

Zanimljivo je da je više od 40% ispitanika duže boravilo u inozemstvu, odnosno moglo doći u kontakt s HIV infekcijom izvan Hrvatske. To je također u skladu s dosadašnjim spoznajama da je većina infekcija, pogotovo stečenih heteroseksualnim odnosom, importirana.

Najmanje ispitanika u istraživanju bio je u prodavatelja/ica seksualnih usluga (PSU) što može biti uzrokovano visokom stigmatizacijom ili strahom od državnih institucija ili pak nezabrinutošću za zdravstveno stanje. Slijede (po odazivu) populacije muškaraca koji prakticiraju seks s muškarcima (MSM), osobe sa spolno prenosivim bolestima u anamnezi (SPB), intravenski korisnici droga (IKD) i kupovatelji/ce seksualnih usluga (KSU), dok je najviši odaziv bio u populaciji radnika migranata (RM). Ovo je naravno objašnjivo jačinom stigmatizacije i društvene marginalizacije pojedinih skupina s povećanim rizikom za HIV.

Ukupna prevalencija HIV-a u svim populacijama (0.7%) u skladu je s dosadašnjim razmišljanjima o epidemiji HIV-a u Hrvatskoj. Infekcija je koncentrirana u populacijama s rizičnim ponašanjima i prevalencija je gotovo 100 puta veća nego u procjeni za opću populaciju. Prevalencije HIV-a u svim populacijama bile su niže od 2%. Jedino je MSM populacija imala prevalenciju od 3.3% što odgovara i strukturi registriranih osoba zaraženih HIV-om u proteklih 20 godina praćenja epidemije. Rezultati u populaciji IKD ukazuju na još uvijek nisku prevalenciju HIV-a u toj skupini (rezultati odgovaraju dosadašnjim praćenjima u kojima je prevalencija oko 1% ili niža) i

moćnost daljnje jačanja preventivnih mjera jer skoro dvije trećine ispitanika iz ove populacije nekad je dijelilo pribor i time se izložilo visokom riziku.

Zaključno, rezultati ovog istraživanja ukazali su na značaj HIV problematike u skupinama s rizičnim ponašanjima u Hrvatskoj, potrebu daljnje praćenja i intervencija. Jer ako ćemo uspjeti zadržati nisku razinu epidemije to ćemo učiniti zahvaljujući najviše radu s ovim populacijama.

## LITERATURA

1. Donoghoe CM, Lazarus VJ, Matic S. HIV/AIDS in Europe. Copenhagen: WHO; 2006.
2. European Centre for Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV). HIV/AIDS Surveillance in Europe: end-year report 2004. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire; 2005.
3. UNAIDS, WHO. Second generation surveillance for HIV: The next decade. 2000.
4. Beus I, Begovac i sur. Aids: HIV bolest. Zagreb: Graphis; 1996.
5. Ivanković D. Statistička analiza. Zagreb: Medicinska naklada; 2004.
6. UNAIDS, WHO. AIDS epidemic update: Special Report on HIV prevention. 2005 December.
7. UNAIDS. Monitoring the Declaration of commitment on HIV/AIDS: guidelines on construction of core indicators. Geneva: 2005.
8. UNDP. Reversing the epidemic – facts and policy options. Bratislava; RENESANS; 2004.
9. WHO. International Migration, Health & Human Rights. Health & Human Rights Publication Series. 2003 Dec 4.
10. Wormser PG. AIDS and other manifestations of HIV infection. 4th ed. San Diego: Elsevier Academic Press; 2004.
11. Wong E. Rapid assessment and response on HIV/AIDS among especially vulnerable young people in south eastern europe. Belgrade: UNICEF Area Office for the Balkans; 2002.
12. Horgan J. Kraj znanosti. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk; 2001.
13. TAMPEP. TAMPEP position paper on migration and sex work. Amsterdam: 2002.
14. Begovac J. Bolest uzrokovana virusom humane imunodeficijencije: patogeneza, klinički tijek i liječenje. Praxis veterinar 2000;48(3):129-50.
15. Pervilhac C et al. Using HIV surveillance data: recent experiences and avenues for the future. AIDS. 2005;19(2):53-8.
16. Pisani E et al. Back to basics in HIV prevention; focus on exposure. BMJ. 2003;326:1384-7.

17. Ibanez GE et al. Sexual risk, substance use, and psychological distress in HIV-positive gay and bisexual men who also inject drugs. *AIDS*. 2005;19:49-55.
18. Donoghoe MC, Lazarus JV, Matic S. HIV/AIDS in the transitional countries of eastern Europe and central Asia. *Clinical Medicine*. 2005;5:487-90.
19. Rhodes T, Simic M. Transition and HIV risk environment. *BMJ*. 2005;331:220-3.
20. Des Jarlais DC. Maintaining low HIV seroprevalence in populations of injecting drug users. *Journal of the American Medical Association*. 1995;274:1226-31.
21. Aceijas C et al. Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS*. 2004;18:2295-303.
22. Grassly N et al. Uncertainty in estimates of HIV/AIDS: the estimation and application of plausibility bounds. *Sexually Transmitted Infections*. 2004;80:31.
23. Piot P, Bartos M, Ghys PD et al. The global impact of HIV/AIDS. *Nature*. 2001;410:968-73.
24. Green T. Using surveillance data to monitor trends in the AIDS epidemic. *Statistics Med*. 1998;17:14-54.
25. Ward JW, Bush TJ, Perkins HA et al. The natural history of HIV infection: factors influencing progression to disease. *N Engl J Med*. 1989;32:947-52.
26. Royce RA, Sena A, Cates W et al. Sexual transmission of HIV. *N Engl J Med*. 1997;336:1072-8.
27. Lansky A, Nakashima AK, Jones J et al. Risk behaviors related to heterosexual transmission from HIV-infected person. *Sex Transm Dis*. 2000;27:483-9.
28. Pando MA, Berini C, Bibini M, Fernandez M, Reinaga E, Maulen S, Marone R et al. Prevalence of HIV and other sexually transmitted infections among female commercial sex workers in Argentina. *Am J Trop Med Hyg*. 2006 Feb;74(2):233-8.

# **PREVALENCIJA SEROPOZITIVNOSTI NA HIV U OSTATNIM SERUMIMA BOLNIČKIH LABORATORIJA**

**Sanja Malević, Blanka Petres, Josip Begovac**

## **UVOD**

Epidemiološka istraživanja o seroprevalenciji HIV-a u općoj populaciji važna su prije svega zbog preventivnih mjera i edukacije, kontrole bolesti te predviđanja i planiranja budućih zdravstvenih potreba, kao i zbog procjene rizika profesionalne izloženosti zdravstvenih radnika. U Hrvatskoj, prema našim saznanjima, nije provedeno istraživanje o seroprevalenciji HIV-a u općoj populaciji. U tu svrhu provelo se serološko ispitivanje na ostatnim serumima u biokemijskim laboratorijima u Hrvatskoj. Istraživanje je bilo anonimno i nepovezano tako da se identitet eventualno pozitivnog nalaza na HIV ne može utvrditi. S obzirom na dosadašnju nisku seroprevalenciju HIV/AIDS-a u Hrvatskoj, očekivalo se da će i ovim ispitivanjem biti utvrđena niska incidencija HIV-infekcije u Hrvatskoj.

Cilj ovog istraživanja je procijeniti prevalenciju HIV-infekcije u općoj populaciji Republike Hrvatske na osnovi utvrđene prevalencije HIV-infekcije među bolesnicima-korisnicima zdravstvenih usluga u hrvatskim bolnicama.

## **MATERIJALI I METODE**

U istraživanju je sudjelovalo ukupno sedam bolničkih ustanova iz Hrvatske: Klinička bolnica "Merkur", Zagreb; Klinika za dječje bolesti, Zagreb; Klinika za bolesti dišnih puteva djece i mladeži, Zagreb; Klinika za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević", Zagreb; Opća bolnica, Split; Klinički bolnički centar, Kantrida, Rijeka i sakupljeno je ukupno 3260 uzoraka. Dobivena je privola svih etičkih povjerenstava ustanova u kojima se istraživanje provelo.

Uzorci su sakupljeni tijekom ožujka 2005. godine u vremenskom intervalu od 14 dana u svim ustanovama. Nakon redovnog traženog laboratorijskog ispitivanja u uzorku ispitanika sakupljeni su ostatni serum. Uzorci su sakupljeni nasumce, od ležećih i ambulantnih bolesnika, bez obzira na spol i godine. Jedini kriterij uključivanja bio je



minimum od 0,7 ml ostatnog seruma. Pri sakupljanju također je bilo potrebno isključiti dupliciranje uzoraka. Svaki uzorak dobio je identifikacijski broj, te su zabilježeni spol i godine. Osobe koje su sakupljale uzorke nemaju saznanja o rezultatima testiranja kako bi istraživanje bilo anonimno. U cilju smanjivanja troškova istraživanja, jer se zbog niske seroprevalencije HIV-infekcije u općoj populaciji očekuje mali broj pozitivnih uzoraka, ispitivanje se izvršilo na tzv. *poolovima seruma*. *Pool* za ELISA testiranje sastavio se od 10 pojedinačnih uzoraka po 100 µL seruma. *Pool* za testiranje molekularnim metodama sastavljen je od 90 pojedinačnih uzoraka, odvojeno je po 100 µL seruma od 9 *pool-ova* koji je sastavljen od 10 uzoraka. *Pool-ovi*, kao i pojedinačni uzorci, pohranjeni su na –20°C do testiranja. Svi uzorci testirani su u laboratoriju Klinike za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević" u Zagrebu u kojoj se nalazi i Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za AIDS i koji odgovara zahtjevima ovakvih seroloških testiranja.

Testiranje u Klinici za infektivne bolesti obavilo se na šifriranim uzorcima, tako da nije moguće identificirati pozitivan uzorak. U populaciji sa niskom prevalencijom HIV-a jedan test može dati povećani udio lažno pozitivnih rezultata, čak i kad je test dovoljno specifičan. Stoga se radio i potvrdni test (Western blot).

Probirni (engl. screening) test za dokazivanje protutijela na HIV (HIV-test) izvodio se na *poolu* sastavljenom od 10 pojedinačnih uzoraka seruma. Smatra se da to nije utjecalo na osjetljivost metode. Na svakom *poolu* napravljen je probirni HIV-test s pomoću jednog imunoenzimskog testa kojim se utvrđuje seropozitivnost *poola* (*Bio Rad Genscreen Plus HIV Ag-Ab*). U slučaju negativnog rezultata nije se vršilo dalje testiranje *poola*. U slučaju pozitivnog testa, radio se potvrdni test s dva druga imunoenzimska testa na svakom od 10 pojedinačnih uzoraka koji sačinjavaju taj *pool*. U slučaju pozitivnog rezultata testiranja na pojedinom uzorku seruma radio se i potvrdni test Western blotom.

Pozitivnim se smatrao serum koji je dao pozitivan rezultat testiranjem sa sva tri imunoenzimska testa ili Western blotom.

Probirni test na *poolu* od 90 uzoraka radio se metodama molekularne tehnologije.

## **REZULTATI**

Od 3358 osoba testiranih na HIV preko *pooliranih* seruma u 3 je nađen pozitivni rezultat na HIV metodom ELISA i kasnije potvrđen Western blotom (0.089%; 95%

interval pouzdanosti prema metodi Blyth-Still-Casella bio je 0.018-0.26%). Po jedan pozitivan uzorak nađen je u Klinici za infektivne bolesti u Zagrebu, Kliničkoj bolnici Split i Kliničkom bolničkom centru Rijeka. U analiziranim poolovima metodama molekularne tehnologije također su otkrivena navedena tri bolesnika.

Raspodjela uzoraka prema mjestu uzimanja i spolu prikazana je u tablici 1. Bilo je 1633 muškaraca i 1722 žene. Dob je bila poznata za 3257 ispitanika. Prosječna dob je bila 33.4 godine (SD 26,1, raspon 0 do 98 godina). 1462 (44.9%) bolesnika bilo je u dobi do 20 godina starosti, 13.8% u rasponu od 20 do 39 godina, 18.3% u rasponu od 40 do 69 godina, a 23% je bilo starije od 69 godina.

Tablica 1. Broj bolesnika uključenih u istraživanje iz pojedinih bolnica.

Razdioba prema spolu. U tri slučaja spol nije bio naveden.

Bolnica	Spol		Ukupno
	muški	ženski	
<b>Bolnica za dječje bolesti (Klaićeva)</b>	205	205	410
<b>Klinika za infektivne bolesti</b>	477	521	998
<b>Klinička bolnica Merkur</b>	237	263	500
<b>Klinički bolnički centar Rijeka</b>	247	253	500
<b>Klinička bolnica Split</b>	294	245	539
<b>Dječja bolnica Srebrnjak</b>	173	137	310
<b>Klinika za ženske bolesti i porode</b>	0	98	98
<b>Ukupno</b>	1633	1722	3355

## RASPRAVA

U našem uzorku nađena je seroprevalencija HIV-a od 0.09%. Radi se o niskoj seroprevalenciji, međutim, u odnosu na ukupni broj registriranih bolesnika u Hrvatskoj (553 krajem 2005.g.) ovaj postotak se doima previsok za procjenu seroprevalencije u općoj populaciji. Naime, procjena od 0.09% za opću populaciju rezultirala bi s oko 4000 zaraženih u nas. Poznato je da populacija u bolnici nije reprezentativna za opću populaciju. U ovo istraživanje nisu bile uključene sve regije u RH kao i ustanove iz nekih većih gradova (npr. Slavonija, južna Dalmacija), kao ni mnogi manji gradovi. Zato

dobiveni postotak više govori o seroprevalenciji u bolnicama te se postavlja pitanje ne bi li pojedine bolnice trebale svim bolesnicima savjetovati testiranje na HIV. Međutim, obično se preporuča testiranje svih bolesnika koji posjećuju hitnu službu jedne bolnice ako je prevalencija zaraze HIV-om 0.5 do 1%. Kako niti jedna od naših bolnica u istraživanju nije imala navedeni postotak testiranje svih bolesnika koji dolaze na pregled u hitnu službu ili se primaju u bolnicu nije potrebno.

Predviđanja broja HIV inficiranih osoba u određenoj populaciji nužna su za učinkovito planiranje budućih zdravstvenih potreba, za praćenje epidemije i procjenu učinkovitosti strategija za sprječavanje širenja infekcije i edukaciju pučanstva te zdravstvenih djelatnika koji su potencijalno izloženi riziku.

# **RIZICI ZARAŽAVANJA HIV-om U POPULACIJI INTRAVENSKIH KORISNIKA DROGE U HRVATSKOJ**

**Mirjana Lana Kosanović, Branko Kolarić, Mirjana Orban, Marija Cahunek**

## **UVOD**

10% svih HIV/AIDS inficiranih osoba u svijetu čine intravenski korisnici droga (IDU). (1) Prema procjenama nekih autora (1) dobivenih na temelju službenih izvješća u zapadnoj Europi postoji 1 – 1.4 milijuna IDU-a. U Hrvatskoj je prevalencija intravenskih korisnika droga 0,73% ( u populaciji 15 – 64 godina) (1), a postotak HIV inficiranih u populaciji IDU-a kreće se oko 1% (2). Hrvatska, kao i neke druge zemlje centralne Europe, ima nisku prevalenciju HIV infekcije među korisnicima droga, a visoku prevalenciju HCV infekcije (3,4) što navodi na zaključak da postoje rizična ponašanja vezana uz konzumaciju droga. Ukoliko pridodamo i rizična spolna ponašanja, blizinu zemalja sa visokom prevalencijom IDU-a i HIV inficiranih među IDU-ima, dobivamo preduvjete za širenje HIV infekcije. Stoga je potrebno provoditi istraživanja ponašanja koja identificiraju načine i obrazac izlaganja riziku. Zbog gore navedenog odlučili smo provesti istraživanje među intravenskim korisnicima droge sa ciljem dobivanja uvida u njihova rizična ponašanja, a u svrhu planiranja i usmjeravanja preventivnih akcija koje će odgovarati potrebama korisnika droga.

## **ISPITANICI I METODE**

Istraživanje je provedeno na tri lokacije: dvije nevladine udruge koje se bave programima smanjenja štete u korisnika droga i Službi za prevenciju ovisnosti pri zavodu za javno zdravstvo. Istraživanje se provodilo tijekom 45 dana te su korisnici na gore navedenim lokacijama zamoljeni da ispune upitnik. Na jednoj je lokaciji (nevladina udruga) zaposlenik nevladine udruge ispunjavao upitnik prilikom razgovora licem u lice sa korisnikom droga. Jedini kriterij za isključivanje iz istraživanja bio je ispunjavanje upitnika unutar mjesec dana. U istraživanju je korišten upitnik sastavljen prema predlošku Family Health International Questionnaire-a za intravenske korisnike droga (5)

i sastojao se od 39 pitanja sa više ponuđenih odgovora. Upitnik se sastoji od nekoliko dijelova: socio-demografskih podataka (spol, godina rođenja, netto prihod, grad stanovanja); aktivnosti vezanih uz korištenje droga (korištenje tuđeg pribora ikada, učestalosti korištenja pribora, obrazac korištenja tuđeg pribora/prosljeđivanje vlastitog pribora nekom drugom), znanja o postojanju službi/mjesta za distribuciju novih neupotrijebljenih igala i šprica, znanja o putevima prijenosa HIV-a, kao i o seksualnim aktivnostima.

Nositelji istraživanja su bili Hrvatski zavod za javno zdravstvo uz Zavod za javno zdravstvo grada Zagreba (Služba za epidemiologiju, Služba za prevenciju ovisnosti) kao i nevladine udruge LET i HELP.

## **REZULTATI**

Ukupno je sudjelovalo 239 ispitanika, nešto više iz Zagreba (139) nego iz Dalmacije (100). 184 (77%) su muškarci, 51 (21%) su žene, dok za 4 (2%) nema valjanog podatka. Medijan dobi bio je 27 godina, minimum 16, maksimum 51.

### *Znanje.*

4 ispitanika (1,7%) nikad nije čulo za HIV, a 7 ispitanika (2,9%) nije odgovorilo na ovo pitanje. 88,7 % ispitanika odgovorilo je da se osoba može zaraziti HIV/AIDS-om ako koristi iglu koja je već prije upotrijebljena. 3,8% ispitanika odgovorilo je da se osobe koje su intravenski korisnici droga ne mogu zaraziti HIV/AIDS-om ako koriste nečiju tuđu iglu; 2,1% nije znalo odgovor.

21 ispitanik (8,8%) misli da se korištenjem prezervativa ne može zaštititi od zaraze HIV-om, 29 (12%) ne zna odgovor na to pitanje. Da se HIV može prenijeti komarcem odgovorilo je 10,5 % ispitanika, dok 31,4% ne zna odgovor na to pitanje.

4,2% ispitanika odgovorilo je da osoba koja izgleda zdravo ne može biti zaražena HIV-om, 12,1% ispitanika nije znalo odgovor. (Tablica 1.)

Tablica 1. : Znanje o putevima prijenosa HIV-a među populacijom intravenskih korisnika droga

Jeste li čuli za virus pod imenom HIV i bolest koja se zove AIDS?		
<b>Jesam</b>	<b>228</b>	<b>95,4%</b>
<b>Nisam</b>	<b>3</b>	<b>1,3%</b>
<b>Ne znam</b>	<b>1</b>	<b>0,4%</b>
<b>Bez odgovora</b>	<b>7</b>	<b>2,9%</b>
Može li se osoba zaraziti HIV-om preko uboda komarca?		
<b>Da</b>	<b>25</b>	<b>10,5%</b>
<b>Ne</b>	<b>132</b>	<b>55,2%</b>
<b>Ne znam</b>	<b>75</b>	<b>31,4%</b>
<b>Bez odgovora</b>	<b>7</b>	<b>2,9%</b>
Može li se osoba zaraziti HIV-om, virusom koji uzrokuje AIDS, jedući s istim priborom od osobe koja je zaražena HIV-om?		
<b>Da</b>	<b>27</b>	<b>11,3%</b>
<b>Ne</b>	<b>155</b>	<b>64,9%</b>
<b>Ne znam</b>	<b>48</b>	<b>20,1%</b>
<b>Bez odgovora</b>	<b>9</b>	<b>3,8%</b>
Može li se osoba zaraziti HIV-om, virusom koji uzrokuje AIDS, koristeći iglu koja je već prije upotrijebljena?		
<b>Da</b>	<b>212</b>	<b>88,7%</b>
<b>Ne</b>	<b>12</b>	<b>5,0%</b>
<b>Ne znam</b>	<b>6</b>	<b>2,5%</b>
<b>Bez odgovora</b>	<b>9</b>	<b>3,8%</b>
Može li se pravilnom upotrebom prezervativa pri svakom seksualnom odnosu zaštititi od HIV-a?		
<b>Da</b>	<b>171</b>	<b>71,5%</b>
<b>Ne</b>	<b>21</b>	<b>8,8%</b>
<b>Ne znam</b>	<b>34</b>	<b>14,2%</b>
<b>Bez odgovora</b>	<b>13</b>	<b>5,4%</b>
Može li osoba koja izgleda zdravo biti zaražena HIV-om?		
<b>Da</b>	<b>188</b>	<b>78,7%</b>
<b>Ne</b>	<b>10</b>	<b>4,2%</b>
<b>Ne znam</b>	<b>29</b>	<b>12,1%</b>
<b>Bez odgovora</b>	<b>12</b>	<b>5,0%</b>

### *Korištenje droga*

U posljednjih godinu dana, 151 ispitanik (63,2%) nije dijelio pribor za drogiranje (iglu, špricu), 78 ispitanika (32,6%) je dijelilo pribor, 2 ispitanika (0,8%) odbili su odgovoriti na to pitanje, preostalih 8 (3,3%) nije odgovorilo na pitanje. Nije uočena razlika među korisnicima koji su ispunjavali upitnike u Zagrebu i Splitu.

U posljednjih mjesec dana 155 ispitanika nije koristilo tuđi pribor, a oni koju to jesu, najčešće su to učinili s bliskim prijateljem (37%) odnosno spolnim partnerom (24%); 6,8% ispitanika koristilo je istovremeno pribor s nekoliko različitih osoba istovremeno.

82,8% ispitanika odgovorilo je da može nabaviti nove, neupotrijebljene igle i šprice kada ih trebaju, odnosno 82,4% ih je odgovorilo da znaju mjesto gdje to mogu učiniti.

74,3% ispitanika koji su koristili (dijelili) tuđi pribor, zna osobu, odnosno njih 75,6% zna mjesto gdje mogu nabaviti nove i neupotrijebljene igle i šprice.

### *Seksualne navike*

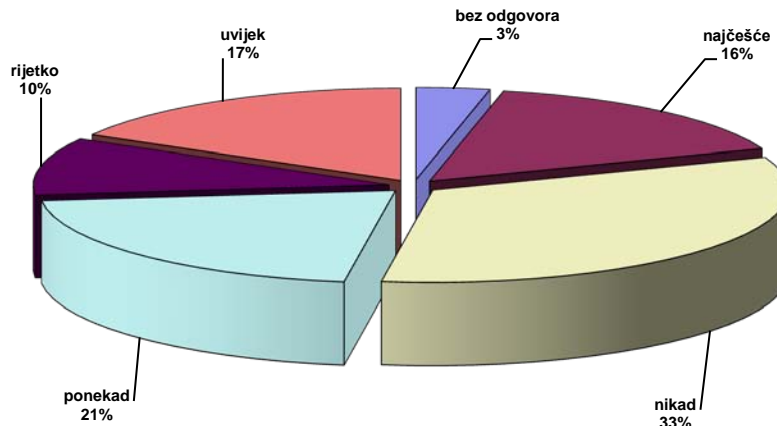
Većina ispitanika 198 (82,8%) je heteroseksualno opredijeljena, 15 (6,3%) homoseksualno i 17 (7,1%) biseksualno opredijeljena, 9 (3,8%) ispitanika nije odgovorilo na to pitanje.

41,8% ispitanika ima partnera/partnericu koja ne koristi drogu. 20,1 % ispitanika nije nikada koristilo prezervativ pri spolnom odnosu. Pri posljednjem spolnom odnosu 61,9% nije koristilo prezervative.

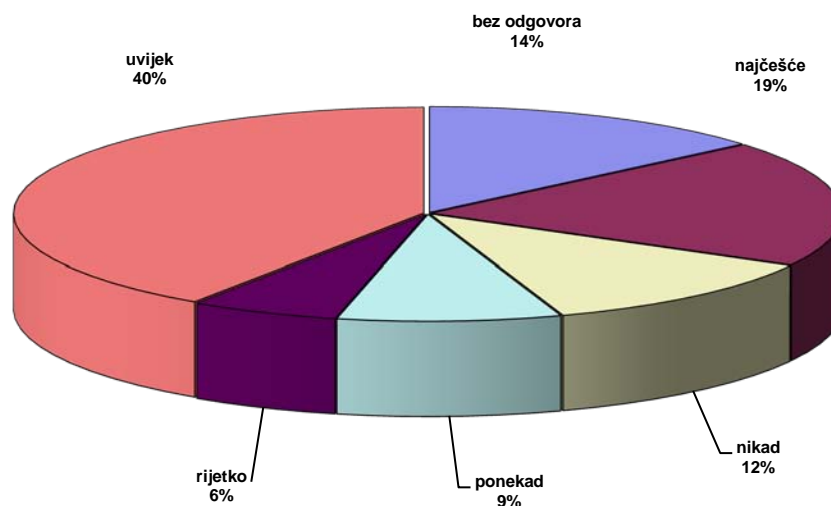
Prezervative u vezi, uvijek ili najčešće, koristi 33% ispitanika, odnosno izvan veze 59%. (slika1., 2.)



Slika 1. : Korištenje prezervativa u vezi među populacijom intravenskih korisnika droge (IDU)



Slika 2. : Korištenje prezervativa izvan veze u populaciji intravenskih korisnika droge (IDU)



93 (38,9%) ispitanika u protekloj su godini imali jednog spolnog partnera, dok ih je 87 (36,4%) imalo dva ili više partnera.

Većina ispitanika je rijetko, ponekad ili nikad koristilo prezervative u vezi neovisno o broju partnera (Tablica 2.), dok su izvan veze veći postotak korištenja prezervativa (najčešće i uvijek) naveli oni korisnici s većim brojem partnera. (Tablica 3.)

Rijetko, ponekad ili nikada u vezi ne koristi prezervative 68% ispitanika čiji spolni partner nije korisnik droge, a izvan veze, 23% ispitanika.

Tablica 2. : Učestalost korištenja prezervativa u vezi prema broju spolnih partnera u godini dana, među populacijom intravenskih korisnika droga

	uvijek		najčešće		ponekad		rijetko		nikad		bez odgovora		ukupno	
<b>1 partner</b>	13	14,0%	6	6,5%	17	18,3%	8	8,6%	45	48,4%	4	4,3%	93	100,0%
<b>2 i više partnera</b>	13	14,9%	25	28,7%	23	26,4%	8	9,2%	18	20,7%	0	0,0%	87	100,0%

Tablica 3. : Učestalost korištenja prezervativa izvan veze prema broju spolnih partnera u godini dana, među populacijom intravenskih korisnika droge

	uvijek		najčešće		ponekad		rijetko		nikad		bez odgovora		ukupno	
<b>1 partner</b>	34	36,6%	8	8,6%	7	7,5%	4	4,3%	16	17,2%	24	25,8%	93	100,0%
<b>2 i više partnera</b>	39	44,8%	26	29,9%	5	5,7%	8	9,2%	7	8,0%	2	2,3%	87	100,0%

### *Seksualne navike i korištenje droga*

27 (34,6%) ispitanika koji imaju spolnog partnera/partnericu koji ne koristi drogu (diskordantni partner), koristi tuđe igle i šprice. Među ispitanicima koji su naveli korištenje tuđih igala i šprica, a imaju spolnog partnera koji nije korisnik droga, 34,7% ih nikada nije koristilo prezervativ. 70% gore navedenih ispitanika navelo je da rijetko, ponekad ili nikada ne koristi prezervativ u vezi, dok njih 26,1% rijetko, ponekad ili nikad ne koristi prezervativ pri spolnom odnosu izvan veze.

### **Korištenje droga i znanje o načinima prijenosa HIV/AIDS-a**

10,2% ispitanika, koji koriste tuđi pribor, zna da se HIV/AIDS može prenijeti preko već upotrijebljene igle i šprice.

## **Testiranje na HIV/AIDS**

57 ispitanika (23,8%) nije se do sada nikada testiralo na HIV/AIDS. Od onih ispitanika koji su naveli korištenje tuđe igle i šprice u posljednjih godinu dana, 19,2% do sada se nikada nije testiralo na HIV/AIDS.

## **DISKUSIJA**

Unazad nekoliko godina, podaci o navikama, socijalnom okruženju za intravenske korisnike droga (IDU), prikupljaju se na Pompidou obrascima (6). Podaci dobiveni ovim istraživanjem, uz podatke o korištenju droga, donose i podatke o nekim seksualnim navikama IDU-a i znanju o putovima prijenosa HIV-a. Dobiveni podaci koriste će kao baza za time-location istraživanja i praćenja trenda rizičnih ponašanja IDU-a kao dio Druge generacije nadzora HIV infekcije u Hrvatskoj (7).

Preko 85% korisnika droga zna da se osoba može zaraziti HIV/AIDS-om ako koristi iglu ili špricu koja je već prije upotrijebljena. Na ostala pitanja o načinu prijenosa HIV-a najmanji postotak zna da se HIV ne može prenijeti komarcem (58,1%), dok najveći postotak (79,2%) zna da se pravilnom korištenjem prezervativa pri svakom spolnom odnosu može zaštititi od HIV-a.

Gotovo 1/3 ispitanika je, unazad godinu dana, dijelila pribor za drogiranje neovisno o tome da li je koristila usluge nevladine udruge (Split, Zagreb) ili Službe za prevenciju ovisnosti. To odgovara i rezultatima drugih studija iz kojih je vidljivo da se korisnici droga i dalje kontinuirano izlažu riziku iako imaju relativno zadovoljavajuće znanje o putevima prijenosa HIV-a (8). Podatak da oni korisnici koji koriste/dijele pribor za drogiranje najčešće to čine s bliskim prijateljem, odnosno partnerom, odgovara ponašanju zabilježenom kod IDU u centralnoj Europi (9).

2/3 korisnika koji su koristili tuđi pribor unazad godinu dana, zna mjesto i osobu od koje mogu nabaviti nove i neupotrijebljene igle i šprice što navodi na zaključak da, usprkos znanju i mogućnosti neometane nabavke igala i šprica, nisu svjesni vlastitog izlaganja riziku zaražavanja, ne samo HIV-om, nego i hepatitisom B i C. Potrebno je pojačati rad već postojećih institucija koje se bave programom smanjenja štete (10) kao i razmisliti o uvođenju peer edukacije korisnika droga (11).

Nezadovoljavajući je postotak korištenja prezervativa korisnika droga prilikom spolnog odnosa općenito, u vezi i izvan nje (12,13), ipak nešto bolji pri održavanju spolnih odnosa izvan veze kao i s većim brojem partnera (14).

35% korisnika koji koriste tuđi pribor ima stalnog seksualnog partnera koji ne koristi drogu i većina (70%) ne koristi ili vrlo rijetko koristi prezervativ. Gore navedene činjenice otvaraju put prijenosa HIV-a u opću populaciju.

Činjenica da se 1/4 ispitanika do sada nikada nije testirala na HIV/AIDS upućuje na nužnost implementacije edukacije i savjetovanja o HIV/AIDS-u kao i potrebitosti povećanja broja testiranja na HIV/AIDS (14).

Usprkos znanju i dostupnosti nevladinih udruga kao i Službi za prevenciju ovisnosti gdje stručni timovi individualiziranim pristupom svakom korisniku droga nastoje približiti i omogućiti navike sigurnijeg ponašanja (korištenje isključivo nadomjesne terapije heptanonom, korištenje vlastitog pribora za drogiranje, zamjena igala i šprica, opskrbljivanje prezervativima) još uvijek trećina korisnika ne prepoznaje korist istih (15). Stoga je potrebno naći način i motivirati korisnike droga da prihvate usluge i pomoć koje im te institucije nude. Sama činjenica da se broj korisnika droga obuhvaćenih programima smanjenja štete povećava (4), daje nadu u bolji obuhvat korisnika droga (poglavito uključivanjem onih koji do sada nisu ušli u program smanjenja štete) kao i mogućnosti utjecanja na bolje usvajanje „sigurnijih navika“ te očekivano smanjenje odnosno eliminaciju korištenja tuđeg pribora kao i usvajanja prezervativa ne kao kontracepcijskog sredstva, već jedine zaštite od spolno prenosivih bolesti.

Iako uzorak nije reprezentativan, dobiveni podaci daju vrijedan doprinos u istraživanju seksualnog ponašanja i ponašanja vezanog uz konzumaciju droge te će kao takvi pridonijeti boljem usmjeravanju preventivnih programa, odnosno mogu poslužiti i kao baza za uspoređivanje pri nekim slijedećim istraživanjima.

## LITERATURA

1. Aceijas C., Stimson G. V., Hickman M., Rhodes T, on behalf of the United Nations Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among IDU in Developing and Transitional Countries. Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS* (2004), 18: 2295 – 2303
2. Služba za epidemiologiju Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo. HIV/AIDS epidemiološka situacija u Hrvatskoj. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. pristupljeno 21. svibnja 2006. Dostupno na URL: <http://www.hzjz.hr/epidemiologija/hiv.htm> .
3. Gyarmathy V.A., Neaigus A. Marginalized and socially integrated groups of IDUs in Hungary: potential bridges of HIV infection. (2006) *Journal of Urban Health*, (2006) , 82(3) S4
4. Hrvatski zavod za javno zdravstvo: Izveštće o osobama liječenim zbog zlouporabe psihoaktivnih droga u Hrvatskoj u 2005. godini. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, 2006.
5. Family Health International (FHI), HIV/AIDS/STD Behavioural Surveillance Surveys (BSS), for use with injecting drug users (IDUs). FHI BSS IDU draft questionnaire, Nov 6, 1999
6. Narodne novine. Pravilnik o provedbi zakona o evidencijama u oblasti zdravstva za područje stacionarne zdravstvene zaštite i praćenja bolesti ovisnosti. (NN 44/ 2002)
7. UNAIDS,WHO. (2000). Second generation surveillance for HIV: The next decade
8. Amadora – Nolasco F., Alburo RE, Aguilar EJ, Trevathan WR. Knowledge and perception of risk for HIV and condom use among male injecting drug users in Cebu City, Philippines. (2002) *Drug Alcohol Rev*, 21(2): 137 – 143
9. Rodriguez – Arenas M. A., Zunzunegui Pastor M. V., Friedman S. R., Bellido J. C. R., Ward T. P. Sharing syringes in Madrid: a social phenomen. (1996). *Eur J Public Health*, 6: 11 – 14
10. Ured za suzbijanje zlouporabe opojnih droga Vlade Republike Hrvatske: Nacionalni program suzbijanja zlouporabe opojnih droga za 2003. godinu. pristupljeno 15. rujna 2006. dostupno na : URL:  
[http://www.vlada.hr/Download/2003/01/15/Nacionalni\\_program\\_-\\_droge1.pdf](http://www.vlada.hr/Download/2003/01/15/Nacionalni_program_-_droge1.pdf)

11. Coutinho R. A. HIV and hepatitis C among injecting drug users. (1998) *BMJ* ; 317:424 – 425
12. Sanchez J. L., Todd C. S., Bautista C. T., Botros B. A. E., Khakimov M. M, Giyasova G. M., Yakubov S. K. High HIV prevalence and risk factors among injecting drug users in Tashkent, Uzbekistan, 2003 -2004. (2006) *Drug and Alcohol Depend* 82 (1) S15 – S22
13. Zhao M, Du J., Lu G.H, Wang Q. Y., Xu H., Zhu M., McCoy C. B. HIV sexual risk behaviours among injecting drug users in Shanghai. *Drug and Alcohol Depend* (2006) 82 (1) S43– S47
14. Department of health and human services, Public Health Service. HIV/AIDS Special Surveillance Report, HIV testing Survey, 2001. CDC. pristupljeno 1. listopada 2006. dostupno na: URL: <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports.pdf>
15. Schlumberger M. G., Desenclos J. C., Papavangelou G., Richardson S. C., Ancelle – Park R. for the European Community Study Group on HIV in Injecting Drug Users: Knowledge of HIV serostatus and preventive behaviour among European injecting drug users: Second study. (1999) *European Journal of Epidemiology* 1

# **RIZICI ZA HIV U HRVATSKOJ POPULACIJI MUŠKARACA KOJI PRAKTICIRAJU SEKSUALNE ODNOSNE S MUŠKARCIMA**

**Krešimir Radić, Dalibor Stanić, Luka Bielen, Branko Kolarić**

## **UVOD**

Muškarci koji prakticiraju seks s muškarcima (MSM) u cijelom su svijetu populacija s visokim rizikom za HIV infekciju. Unatoč tome u području jugoistočne Europe mali je broj sistematskih istraživanja provedenih u ovoj populaciji. Zabilježeni uspjesi prevencije HIV-a u MSM populaciji temelje se na značajnom smanjenju učestalosti nezaštićenog analnog seksualnog odnosa i smanjenju broja seksualnih partnera. Kako bi se razvio ciljani interventni program za MSM, potrebno je razumjeti rizična ponašanja u vezi s vrstom seksualnog odnosa, brojem seksualnih partnera, praksi korištenja kondoma i korištenja droga neposredno prije seksualnog odnosa te održavanje seksualnih odnosa sa ženama. Svi ovi faktori utječu na individualni rizik za prijenos HIV infekcije.

Kako u Hrvatskoj 40% osoba zaraženih HIV-om i 44% oboljelih od AIDS-a pripada MSM populaciji, proveli smo ovo istraživanje da dobijemo bolji uvid u rizična ponašanja što će poslužiti poboljšanju preventivnih aktivnosti.

## **ISPITANICI I METODE**

Ispitanici su regrutirani na tri fizička (disko klub, kafić i sauna) i jednom virtualnom ([www.gay.hr](http://www.gay.hr)) okupljalištu MSM populacije.

Istraživanje anonimnim upitnikom provodilo se mjesec dana te su svi posjetitelji gore navedenih lokacija bili uključeni u studiju. U kafiću i sauni svaki posjetitelj je pri ulazu dobio upitnik i nakon popunjavanja ga ubacio u za to pripremljenu kutiju. U disko klubu posjetitelji su pri izlazu dobili upitnik u kuverti s plaćenim odgovorom. Vlasnici/osoblje kafića i saune dobili su nagradu po popunjenom upitniku njihovih



posjetitelja. U disko klubu smo zaposlili stalnu posjetiteljicu kluba da motivira posjetitelje na ispunjavanje upitnika. Na web stranici je svim registriranim korisnicima poslana poruka s molbom za ispunjavanje upitnika. Jedini kriterij isključenja iz studije bio je ispunjavanje istog upitnika unutar mjesec dana.

Upitnik je kreiran za svrhu ovog istraživanja na temelju Family Health International i sastojao se od 22 pitanja s više ponuđenih odgovora. Upitnik je bio podijeljen na nekoliko dijelova: socio-demografski podaci, znanja o HIV infekciji, korištenje droga prije spolnog odnosa, seksualne aktivnosti s muškarcima i seksualne aktivnosti sa ženama.

Nositelji istraživanja bili su Hrvatski zavod za javno zdravstvo i udruga Iskorak - centar za prava seksualnih i rodnih manjina.

## **REZULTATI**

Ukupno je bilo 1127 ispitanika. Ukupna stopa odziva u studiju bila je 19% (1127/5892), a prema lokaciji kretala se od 10,1 do 87,5%. Medijan dobi bio je 27 godina, minimum 15, maksimum 88, a interkvartilni raspon 10.

### *Znanje*

Sedam ispitanika (0,6%) nikad nije čulo za HIV/AIDS, a 16 (1,4%) ih nije odgovorilo na ovo pitanje. Više od polovice ispitanika (53,1%) nikad se nije testiralo na HIV, a 25,3% testiralo se više puta. Da se kondomom može zaštititi od HIV-a odgovorilo je 75,4%, 12,3% odgovorilo je da kondom ne štiti od HIV-a, a 12% ispitanika nije znalo odgovor (prema izvoru podataka statistički značajna razlika,  $p < 0,001$ , hi-kvadrat test, d.f. 6).

### *Korištenje droga*

Da su koristili drogu prije seksualnog odnosa u posljednjih mjesec dana izjavilo je 11,6% i to 4,1% jednom, 6,3% nekoliko puta a 1,2% gotovo uvijek prije seksualnog odnosa. Prema lokaciji ne postoji statistički značajna razlika ( $p=0,157$ , Kruskal-Wallis, d.f. 3).

Od 208 ispitanika koji su izjavili da su koristili droge u zadnjih mjesec dana 39,4% koristilo je marihuanu, 29,3% butil/izobutil nitrat (poppers), 11,1% kokain, 8,6% amfetamin, 1,9% heroin i 9,6% neku drugu drogu. Nismo pronašli statistički značajnu razliku u učestalosti korištenja kondoma u zadnjih 12 mjeseci u odnosu na uzimanje lakih droga prije seksualnog odnosa ( $p=0,16$ , Hi-kvadrat test, d.f. 2) niti korištenja kondoma pri zadnjem analnom odnosu u odnosu na uzimanje droga ( $p=0,447$ , Hi-kvadrat test, d.f. 2). Među osobama koje su uzimale drogu tijekom zadnjih godinu dana, statistički je značajno manje ispitanika koji nisu imali seksualni odnos u zadnjih godinu dana ( $p=0,026$ , Hi-kvadrat test, d.f. 2).

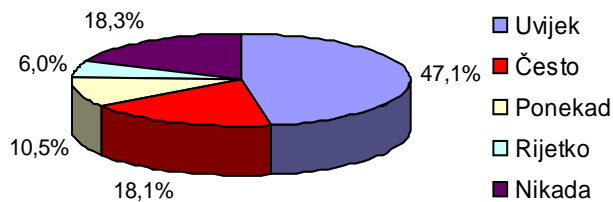
### *Seksualni odnosi s muškarcima*

Oralni seksualni odnos u zadnjih godinu dana imalo je 91,9% ispitanika, 69,9% pri tome nikada nije koristilo kondom, a 6,1% svaki puta. Medijan broja partnera s kojima su ispitanici imali oralni odnos bio je 2, minimum 0, maksimum 70.

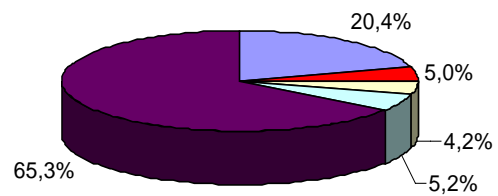
Analni seksualni odnos u posljednjih 12 mjeseci imalo je 85,4% ispitanika; 47,1% koristilo je kondom svaki puta, 18,1% često, 10,5% ponekad, 6% rijetko i 18,3% nikada. Pri zadnjem analnom seksualnom odnosu u životu 57% ispitanika koristilo je kondom, 39,8% nije, a 3,2% nije odgovorilo na ovo pitanje. Glavni razlog nekorištenja kondoma pri zadnjem analnom odnosu bila je procjena da odnos nije rizičan (31,9%), zatim slijede "naprosto me preplavila strast i nisam razmišljao" (14,3%), "ne sviđa mi se seks s kondomom" (11,2%), "u tom trenutku nisam imao kondom" (7,9%), "partner nije želio koristiti kondom" (4,4%) dok 0,1% ispitanika smatra da je kondom preskup. Pri zadnjem analnom odnosu lubrikant je koristilo 64,2% ispitanika. Tvornički preparat na bazi vode

kao lubrikant koristi 44,5% ispitanika, dok ostali koriste kremu/mlijeko za tijelo (26,8%), vazelin (19,6%), ulje/maslac (2,3%) i nešto drugo (6,8%). Od ispitanika koji su imali analni odnos u zadnjih godinu dana i pri zadnjemu koristili kondom, lubrikant ih je koristilo 40%, a među njima lubrikant koji je bio tvornički preparat na bazi vode koristilo je nešto manje od pola (48%). Medijan broja partnera s kojima su ispitanici imali analni odnos bio je 1, minimum 0, maksimum 100. Medijan broja partnera s kojima su ispitanici imali druge seksualne aktivnosti (isključujući oralni i analni seksualni odnos) bio je 1, minimum 0, maksimum 300.

**Slika 1. Korištenje kondoma pri analnom odnosu s muškarcem**



**Slika 2. Korištenje kondoma pri seksualnom odnosu sa ženama**



### *Seksualni odnosi sa ženama*

Od 34% ispitanika koji su imali seksualni odnos sa ženama u zadnjih godinu dana 65,3% nikada nije koristilo kondom, dok ga je svaki put koristilo 20,4%.

**Tablica I.** Znanje o HIV/AIDS-u, testiranje na HIV i rizična ponašanja vezana uz seksualne odnose u hrvatskoj MSM populaciji<sup>a</sup>

N=1127

n (%)

Čuo sam za HIV/AIDS	
Da	1104 (98.0)
Ne	7 (0.6)
Kondom je djelotvorno sredstvo zaštite od zaraze HIV-om	
Da	850 (75.4)
Ne	139 (12.3)
Ne znam	135 (12.0)
Bio sam na testiranju za HIV	
Nikada	598 (53.1)
Jednom	241 (21.4)
Više puta	285 (25.3)

Korištenje droge neposredno prije seksualnog odnosa <sup>b</sup>	
Nikada	987 (87.6)
Jednom	46 (4.1)
Više puta	71 (6.3)
Gotovo uvijek	14 (1.2)
Vrste droga korištenih neposredno prije seksualnog odnosa <sup>b</sup>	N=208 <sup>c</sup>
Marihuana	82 (39.4)
Butil/izobutil nitrat ("poppers")	61 (29.3)
Kokain	23 (11.1)
Amfetamin	18 (8.6)
Heroin	4 (1.9)
Nešto drugo	20 (9.6)
Korištenje kondoma pri oralnom odnosu <sup>d</sup>	N=1035 <sup>c</sup>
Uvijek	63 (6.1)
Često	37 (3.6)
Ponekad	76 (7.3)
Rijetko	136 (13.1)
Nikada	723 (69.9)
Korištenje kondoma pri analnom odnosu <sup>d</sup>	N=963 <sup>c</sup>
Uvijek	454 (47.1)
Često	174 (18.1)
Ponekad	101 (10.5)
Rijetko	58 (6.0)
Nikada	176 (18.3)
Korištenje kondoma pri posljednjem analnom odnosu <sup>d</sup>	
Da	642 (57.0)
Ne	449 (39.8)
Razlozi nekoristenja kondoma pri posljednjem analnom odnosu	N=427 <sup>c</sup>
"Procijenio sam da nije potrebno."	136 (31.9)
"Naprosto me preplavila strast i nisam razmišljao."	61 (14.3)
"Ne sviđa mi se seks s kondomom."	48 (11.2)
"U tom trenutku nam kondom nije bio pri ruci."	34 (7.9)
"Partner nije želio."	19 (4.4)
"Kondomi su preskupi."	3 (0.7)
Nešto drugo	126 (29.5)
Korištenje lubrikanta pri posljednjem analnom odnosu	
Da	723 (64.2)
Ne	360 (31.9)
Najčešće korišteni lubrikanti <sup>d</sup>	N=800 <sup>c</sup>
Tvornički preparat na bazi vode	356 (44.5)
Krema/mlijeko za tijelo	214 (26.8)
Vazelin	157 (19.6)
Ulje/maslac	18 (2.3)
Nešto drugo	55 (6.8)
Seksualni odnosi sa ženama <sup>d</sup>	

Da	383 (34.0)
Ne	689 (61.1)
Korištenje kondoma pri seksualnom odnosu sa ženama <sup>d</sup>	N=383 <sup>c</sup>
Uvijek	78 (20.4)
Često	19 (5.0)
Ponekad	16 (4.2)
Rijetko	20 (5.2)
Nikada	250 (65.3)

<sup>a</sup>Zbrojevi u stupcima ne odgovaraju uvijek ukupnom broju anketiranih zbog neodgovorenih pitanja u dijelu anketa.

<sup>b</sup>U zadnjih mjesec dana.

<sup>c</sup>Uključeni su samo oni ispitanici koji su prakticirali konkretnu aktivnost.

<sup>d</sup>U zadnjih godinu dana.

## RASPRAVA

Niska razina ukupnog odaziva u studiju (19%) objašnjiva je još uvijek snažnom stigmatizacijom MSM populacije u Hrvatskoj. Visoka stopa odaziva u kafiću može se objasniti izrazitom zainteresiranošću vlasnika/osoblja da motiviraju ispitanike. Iako rezultati prije svega imaju informativnu vrijednost (ne možemo govoriti o reprezentativnosti uzorka), ovo su prvi podaci o ponašanju MSM populacije u Hrvatskoj dobiveni na relativno velikom uzorku. Rezultati će poslužiti kao baza za buduće time-location istraživanje i praćenje trenda rizičnih ponašanja u sklopu Druge generacije nadzora HIV infekcije u Hrvatskoj.

Znanje o mogućnosti zaštite od HIV-a prezervativom na tri lokacije je oko 80%, dok je u kafiću statistički značajno niže, što govori o različitosti subpopulacija MSM koje posjećuju različite lokacije i o važnosti intervencije na navedenoj lokaciji.

Što se tiče dosadašnjih testiranja, najveći udio (9/10) utvrđen je u sauni. Budući da se u sauni nalaze prostori za seksualne aktivnosti ovaj podatak je vrlo zadovoljavajući, iako je uzorak vrlo malen.

U odnosu na ostale objavljene publikacije marihuana i "poppers" u hrvatskoj MSM populaciji koriste se češće, a heroin rjeđe. Budući da su se lake droge u nekim studijama pokazale rizičnim faktorom za prakticiranje nezaštićenog analnog odnosa, potrebna su daljnja istraživanja kako bi otkrili karakteristike sub-populacije MSM u Hrvatskoj i prema njoj odredili specifične intervencijske mjere. U našem istraživanju nismo pronašli razliku u prakticiranju nezaštićenog analnog odnosa i korištenja droga, ali

smo utvrdili da su osobe koje nisu koristile drogu češće apstinirale od seksa u zadnjih godinu dana.

Medijan broja partnera s kojima su ispitanici imali druge seksualne aktivnosti (isključujući oralni i analni seksualni odnos) bio je 1, minimum 0, maksimum 300. Što se tiče seksualnih odnosa s muškarcima više od 90% ispitanika prakticiralo je oralni, a više od 85% analni seksualni odnos tijekom zadnjih godinu dana. Iako je medijan broja partnera za oralni seks bio jedan, a za analni dva, postoji i dio ispitanika koji je imao i veliki broj partnera u godini dana (do 70 za oralni i do 100 za analni odnos). Daljnjim istraživanjima ove vrste trebali bi identificirati koje su to karakteristike vezane uz veći broj partnera te na temelju toga izraditi preventivne aktivnosti za najrizičniju subpopulaciju. Zabrinjavajući je i podatak da kondom pri zadnjem analnom odnosu nije koristilo gotovo 40% ispitanika temeljeno uglavnom na vjerovanju u nezaraženost partnera, ne razmišljanju o riziku i nezadovoljstvu seksualnim odnosom s upotrebom kondoma. Mnogo je čimbenika koji pridonose odluci o stupanju u rizičan analni odnos. Naši rezultati sugeriraju da je odluka (o nekorištenju kondoma pri analnom odnosu) prvenstveno bazirana na povjerenju u HIV negativan status partnera, nerazmišljanju o riziku ili nezadovoljstvu kvalitetom seksualnog odnosa s korištenjem kondoma. To je u skladu sa studijama provedenim diljem svijeta. S druge strane, vrlo je mali udio (0.1%) onih koji smatraju da je kondom preskup, što smatramo vrlo pozitivnim rezultatom u smislu dostupnosti zaštite populacijama s povećanim rizikom.

Tijekom posljednjeg analnog odnosa samo je 40% ispitanika koristilo lubrikant (ovlaživač), što je još i manje nego u ostalim istraživanjima. Ako gledamo ispravno korištenje kondoma u vezi s lubrikantom na bazi vode, manje od pola ispitanika je koristilo ispravan preparat dok ih je 52 % koristilo neka druga sredstva koja mogu oštetiti kondom, uzrokovati njegovo pucanje i neučinkovitu zaštitu. Ovo je također vrijedan nalaz i poslužit će za daljnju edukativnu aktivnost ciljanu MSM populaciji u Hrvatskoj.

Nešto više od trećine ispitanika (34%) imalo je seksualni odnos sa ženama u zadnjih 12 mjeseci, a samo je jedna petina od njih redovito koristila zaštitu, što je u skladu s istraživanjem provedenim u susjednoj državi - Mađarskoj. Iz toga možemo zaključiti da se tzv. premošćavajuća (engl. bridging) populacija ponaša vrlo rizično te postoji opasnost od prenošenja epidemije iz MSM u opću populaciju heteroseksualnim

putem. Zanimljiv nalaz koji se razlikuje od novije znanstvene literature je da MSM koji prakticiraju seks i sa ženama češće koriste zaštitu pri seksualnim odnosima s muškarcima nego oni koji ne prakticiraju seks sa ženama.

Iako se ne može govoriti o reprezentativnosti rezultata ovog istraživanja, veličina uzorka daje određenu težinu informacijama koje smo dobili. Još uvijek ne možemo biti zadovoljni niti znanjem niti ponašanjem vezanim uz rizike za HIV u populaciji hrvatskih MSM-a. Ovi podaci poslužiti će za ciljane preventivne aktivnosti i temelj za usporedbu pri budućim istraživanjima. Uz dobru suradnju s nevladinim sektorom nadamo se boljem odazivu ispitanika u slijedećim studijama, sve u svrhu smanjenja rizika za HIV u populaciji koja je kako se za sada čini u najvećem riziku za tu infekciju u Hrvatskoj.

## LITERATURA

1. Absalon, J., Della-Latta, P., Wu, F. and El-Sadr, W. M. Sexual behaviors and condom use of HIV-infected men and women of color attending a treatment and care clinic. *Journal of the National Medical Association*. 2005; 97(7): 25-31.
2. Amirkhanian, Y. A., Kelly, J. A., Kukharsky, A. A., Borodkina, O. I., Granskaya, J. V., Dyatlov, R. V., McAuliffe, T. L. and Kozlov, A. P. Predictors of HIV risk behavior among Russian men who have sex with men: an emerging epidemic. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 2001; 15(3): 407-412.
3. Bautista, C. T., Sanchez, J. L., Montano, S. M., Laguna-Torres, V. A., Lama, J. R., Kusunoki, L., Manrique, H., Acosta, J., Montoya, O., Tambare, A. M., Avila, M. M., Vinales, J., Aguayo, N., Olson, J. G. and Carr, J. K. Seroprevalence and risk factors for HIV-1 infection among South American men who have sex with men. *Sexually Transmitted Infections*. 2004; 80: 498-504.
4. Benotsch, E. G., Seeley, S., Mikytuck, J. J., Pinkerton, S. D., Nettles, C. D. and Raqsdale, K. Substance Use, Medications for Sexual Facilitation, and Sexual Risk Behavior Among Traveling Men Who Have Sex With Men. *Sexually Transmitted Diseases*, (Epub ahead of print). 2006.

5. Carballo-Diequez, A. and Bauermeister, J. „Barebacking“: intentional condomless anal sex in HIV-risk contexts. Reasons for and against it. *Journal of Homosexuality*. 2004; 47(1): 1-16.
6. Chiasson, M. A., Parsons, J. T., Tesoriero J. M., Carballo-Diequez, A., Hirshfield, S. and Remien, R. H. HIV behavioral research online. *Journal of Urban Health*. 2006; 83(1): 73-85.
7. Choi, K. H., Gibson, D. R., Han, L. and Guo, Y. High levels of unprotected sex with men and women among men who have sex with men: a potential bridge of HIV transmission in Beijing, China. *AIDS Education and Prevention*. 2004; 16(1): 19-30.
8. Choi, K. H., Operario, D., Gregorich, S. E., McFarland, W., MacKellar, D. and Valleroy, L. Substance use, substance choice, and unprotected anal intercourse among young Asian American and Pacific Islander men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*. 2005; 17(5): 418-429.
9. Colfax, G., Coates, T. J., Husnik, M. J., Huang, Y., Buchbinder, S., Koblin, B., Chesney, M. and Vittinghoff, E. Longitudinal patterns of metamphetamine, popper (amyl nitrite), and cocaine use and high-risk sexual behavior among a cohort of san francisco men who have sex with men. *Journal of Urban Health*. 2005; 82(1): 62-70.
10. Crosby, R. and Mettey, A. A descriptive analysis of HIV risk behavior among men having sex with men attending a large sex resort. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 2004; 37(4): 1496-1499.
11. Csepe, P., Amirkhanian, Y. A., Kelly, J. A., McAuliffe, T. L. and Mocsonoki, L. HIV risk behavior among gay and bisexual men in Budapest, Hungary. *International Journal of STD & AIDS*. 2002; 13(3): 192-200.
12. Dandona, L., Dandona, R., Gutierrez, J. P., Kumar, G. A., McPherson, S., Bertozzi and S. M. Sex behavior of men who have sex with men and risk of HIV in Andhra Pradesh, India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 2005;19(6): 611-619.
13. Folch, C., Marks, G., Esteve, A., Zaragoza, K., Munoz, R. and Casabona, J. Factors associated with unprotected sexual intercourse with steady male,



- casual male, and female partners among men who have sex with men in Barcelona, Spain. *AIDS Education and Prevention*. 2006; 18(3): 227-242.
14. Halkitis, P. N., Parsons, J. T. and Wilton, L. Barebacking among gay and bisexual men in New York City: explanations for the emergence of intentional unsafe behavior. *Archives of Sexual Behavior*. 2003; 32(4): 351-357.
  15. Heckman, T. G., Kelly, J. A., Sikkema, K. J., Roffman, R. R., Solomon, L. J., Winett, R. A., Stevenson, L. Y., Perry, M. J., Norman, A. D., and Desiderato, L. J. Differences in HIV risk characteristics between bisexual and exclusively gay men. *AIDS Education and Prevention*. 1995; 7(6): 504-512.
  16. Herbst, J. H., Sherba, R. T., Crepaz, N., Deluca, J. B., Zohrabyan, L., Stall, R. D. and Lyles, C. M. A meta-analytic review of HIV behavioral interventions for reducing sexual risk behaviour of men who have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2005; 39(2): 228-241.
  17. Hurtado, I., Alastrue, I., Ferreros, I., Del Amo, J., Santos, C., Tasa, T., Hernandez-Aquado, I. and Perez-Hoyos, S. Trends in HIV testing, serial HIV prevalence and HIV incidence among persons attending a Center for AIDS Prevention from 1988 to 2003; increases in HIV incidence in men who have sex with men in recent years? *Sexually Transmitted Infections* (Epub ahead of print). 2006.
  18. Lau, J. T., Kim, J. H., Lau, M. and Tsui, J. T. HIV related behaviours and attitudes among Chinese men who have sex with men in Hong Kong: a population based study. *Sexually Transmitted Infections*. 2004; 80(6): 459-465.
  19. Mackellar, D. A., Valleroy, L. A., Secura, G. M., Behel, S., Bingham, T., Celentano, D. D., Koblin, B. A., Lalota, M., Shehan, D., Thiede, H. and Torian, L. V. Perceptions of Lifetime Risk and Actual Risk for Acquiring HIV Among Young Men Who Have Sex with Men. *AIDS and Behavior* (Epub ahead of print). 2006.
  20. Mansergh, G., Marks, G., Colfax, G. N., Guzman, R., Rader, M. and Buchbinder, S. "Barebacking" in a diverse sample of men who have sex with

- men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 2002; 16(4): 653-659.
21. O'Connell, J. M., Lampinen, T. M., Weber, A. E., Chan, K., Miller, M. L., Schechter, M. T. and Hogg, R. S. Sexual Risk Profile of Young Men in Vancouver, British Columbia, Who Have Sex with Men and Inject Drugs. *AIDS and Behavior*. 2004; 8(1): 17-23.
  22. Rietmeijer, C. A., Wolitski, R. J., Fishbein, M., Corby, N. H. and Cohn, D. L. Sex hustling, injection drug use, and non-gay identification by men who have sex with men. Associations with high-risk sexual behaviors and condom use. *Sexually Transmitted Diseases*. 1998; 25(7): 353-360.
  23. Rusch, M., Lampinen, T. M., Schilder, A. and Hogg, R. S. Unprotected anal intercourse associated with recreational drug use among young men who have sex with men depends on partner type and intercourse role. *Sexually Transmitted Diseases*. 2004; 31(8): 492-498.
  24. Sanchez, T., Finlayson, T., Drake, A., Behel, S., Cribbin, M., Dinunno, E., Hall, T., Kramer, S. and Lansky, A. Human immunodeficiency virus (HIV) risk, prevention, and testing behaviors—United States, National HIV Behavioral Surveillance System: men who have sex with men, November 2003-April 2005. *MMWR Surveillance Summaries*. 2006; 55(6): 1-16.
  25. Suarez, T. and Miller, J. Negotiating risks in context: a perspective on unprotected anal intercourse and barebacking among men who have sex with men—where do we go from here? *Archives of Sexual Behavior*. 2006; 30(3): 287-300.
  26. UNAIDS. 2006 Report on the global AIDS epidemic: A UNAIDS 10th anniversary special edition. 2006.
  27. UNAIDS, WHO. Second generation surveillance for HIV: The next decade. 2000.
  28. Vittinghoff, E., Douglas, J., Judson, F., McKirnan, D., MacQueen, K. and Buchbinder, S. P. Per-contact risk of human immuno-deficiency virus transmission between male sexual partners. *American Journal of Epidemiology*. 1999; 150(3): 306-311.

# **ZNANJA I STAVOVI LIJEČNIKA O HIV/AIDS-U U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI – PILOT ISTRAŽIVANJE U GRADU ZAGREBU I ZAGREBAČKOJ ŽUPANIJI**

**Irina Cazin, Ivan Pristaš, Branko Kolarić**

## **UVOD**

Stigma i diskriminacija u vezi s HIV/AIDS-om nisu novi fenomeni, univerzalni su u svim zemljama u svijetu, stalni pratitelji epidemije od njenog početka i najveće smetnje prevenciji širenja virusa. Izazivaju ih razne pojave kao što su nedostatak razumijevanja bolesti, mitovi o prijenosu virusa, društveni strahovi u vezi sa seksualnošću, neodgovorno medijsko praćenje epidemije, činjenica da je AIDS neizlječiv, strahovi povezani sa smrću, strahovi od uzimanja droga, itd.

Stigmatizacija vezana uz HIV/AIDS odnosi se na svako nepoželjno ponašanje, stavove i uvjerenja pojedinaca i cijeloga društva, usmjereno prema osobama za koje se smatra da su oboljele od HIV/AIDS-a, ali i prema njihovim obiteljima, bližoj rodbini, prijateljima i zajednicama (1).

HIV/AIDS stigmatizacija proizlazi iz već postojećih predrasuda vezanih uz seksualnu orijentaciju, spolno ponašanje te intravensko (i.v.) korištenje droga, što i jesu dva primarna puta prenošenja virusa. Također produbljuje već postojeće socijalne nejednakosti, posebice one vezane uz spol, seksualnu orijentaciju i rasu. Diskriminacija se javlja uz stigmatizaciju, a predstavlja svako nepravedno i nepravilno ponašanje prema osobama s pozitivnim ili pretpostavljeno pozitivnim HIV statusom. Stigma i diskriminacija narušavaju temeljna ljudska prava, a događaju se na više razina – političkoj, ekonomskoj, socijalnoj, psihosocijalnoj i institucionalnoj (2).

Diskriminacija unutar zdravstvenog sustava može rezultirati zakašnjelim, neprikladnim ili nepotpunim liječenjem, kao i ekscesivnim korištenjem mjera opreza, a s druge strane propuštanjem da se poduzmu potrebne mjere zaštite kada je riječ o pacijentima koji se ne doživljavaju kao pripadnici stigmatiziranih skupina. Stigmatizacija

bolesnika s HIV/AIDS-om mnogo je veća nego stigmatizacija vezana uz druge životno ugrožavajuće bolesti. Bolesti koje su visoko stigmatizirane imaju neke zajedničke odlike (3): 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 vrlo dobro uklapa u sliku visoko stigmatizirane bolesti

- bolesnici s HIV/AIDS-om često se krive zbog zaražavanja te se moralno osuđuju zbog njihova životnog stila, a ljudi vjeruju da se HIV može 'izbjeci donošenjem boljih i moralnih odluka',
- iako se HIV infekcija može liječiti, bolest je za sad progresivna i neizlječiva,
- način prenošenja bolesti slabo je poznat široj javnosti te se osjećaju ugroženima uz samu prisutnost bolesnika s HIV/AIDS-om u socijalnom kontaktu,
- iako u asimptomatskoj fazi infekcije nema vidljivih obilježja oboljelosti, u kasnijoj fazi simptomi vezane uz HIV bolest teško se prikrivaju, a također nije moguće prikriti niti neke nuspojave antiretrovirusnog liječenja (4).

Pristup zdravstvenoj skrbi za oboljelog može biti pravi izazov, jer je sam zdravstveni sektor izvor stigmatizacije oboljelih (5). Zdravstveni djelatnici, posebno oni koji se rijetko susreću s bolesnicima s HIV/AIDS-om, mogu biti neosjetljivi na bolesnikovu zabrinutost o stigmatizaciji. Često nemaju dovoljno znanja i stručnosti o tome kako održavati povjerljiv odnos između liječnika i bolesnika s HIV/AIDS-om (6).

Stigmatizacija i diskriminacija bolesnika s HIV/AIDS-om od strane zdravstvenih djelatnika negativno utječe na kvalitetu zdravstvene usluge kao i na sva dosadašnja nastojanja kontrole epidemijskog širenja bolesti (7). HIV/AIDS stigma utječe na pitanja vezana uz testiranje osoba na HIV; zakašnjela testiranja utječu na daljnju transmisiju bolesti, ali i na ranije traženje pomoći i liječenje, te poboljšani ishod bolesti. Saznanje da je osoba seropozitivna može dovesti do promjena u dosadašnjem rizičnom ponašanju te na taj način smanjiti rizik od HIV infekcije (8).

Literatura o liječničkoj skrbi za bolesnike s HIV/AIDS-om pokazuje da strah od zaraze i strah od smrti imaju jasno negativan učinak na stavove zdravstvenih djelatnika prema liječenju bolesnika s HIV/AIDS-om (9, 10, 11).

Herek (7) je, oslonivši se na provedene studije koje su dokazale da su stavovi prema bolesnicima s HIV/AIDS-om češće negativniji od stavova prema osobama koje su

oboljele od drugih neizlječivih bolesti, čak i od strane zdravstvenih djelatnika, citirao i istraživanja koja su pokazala da su općenito osobe koje se skrbe za oboljele od HIV/AIDS-a izbjegavale ove bolesnike, te da su precjenjivale rizik od usputnih kontakata s njima.

U istraživanju Brachmana i sur. (12) koje je provedeno u SAD-u, Kanadi, Tajlandu i Indiji pokazano je, također, kako razina znanja o HIV/AIDS-u korelira s brojem HIV pozitivnih pacijenata za koje je liječnik skrbio u svojem dotadašnjem radu. Tako je dokazao da liječnici u Indiji i Tajlandu imaju najmanje kontakata s HIV/AIDS bolesnicima, pa prema tome i najnižu razinu znanja o HIV/AIDS-u, za razliku od liječnika u Kanadi ili SAD-u koji učestalo imaju kontakte s HIV/AIDS bolesnicima, a time i višu razinu znanja. No, razlike u znanju s obzirom na dob, spol ili razinu educiranosti nisu pronađene.

U istraživanju Gemsona iz 1991. godine (13), faktor koji se može naj snažnije povezati s razinom znanja i preventivnim mjerama je dob liječnika. Stariji liječnici manje znaju o HIV/AIDS-u i često ne slijede preporučene mjere zaštite. Zapravo i nije potpuno neočekivano da se bolest koja je bila gotovo nepoznata prije 20-ak godina, te koja uglavnom zahvaća osobe mlađe od 40 godina, može povezati sa generacijskom razlikom među liječnicima.

Od 1985. godine, kada su prvi HIV pozitivni bolesnici registrirani u Hrvatskoj, do konca 2005. godine u Hrvatskoj je registrirano 553 osobe s HIV-om, od čega 239 oboljelih od AIDS-a. U istom je razdoblju 127 zaraženih i umrlo. U posljednjih 10 godina prosječno se registrira 15 oboljelih od AIDS-a u Hrvatskoj (16 registriranih 2005. godine). Godišnja incidencija se kreće u vrijednostima manjim od 4 na milijun stanovnika, što Hrvatsku svrstava u zemlje niske incidencije. AIDS se u Hrvatskoj registrira gotovo isključivo unutar grupa povećanog rizika i dominira u grupi homo/biseksualnih muškaraca (44%). Visoko rizični heteroseksualni prijenos registrira se kod muškaraca koji imaju česte kontakte s prostitutkama izvan zemlje. Partneri HIV pozitivnih osoba pretežno su žene i to stalni seksualni partneri HIV pozitivnih osoba, najčešće supruge. Od HIV pozitivnih majki u troje se djece razvio AIDS, od ukupno 9 inficiranih na taj način. Među osobama koje su inficirane heteroseksualnim putem nema adolescenata. Sve osobe inficirane ovim putem starije su od 20 godina (14).

Naša studija bi trebala odgovoriti na tri postavljena pitanja: 1. Postoji li diskriminacija u hrvatskom zdravstvenom sustavu koja utječe na zdravlje ili dobrobit bolesnika s HIV/AIDS-om? 2. Pristaju li zdravstveni djelatnici liječiti bolesnike s HIV/AIDS-om? i 3. Koji čimbenici utječu na diskriminirajuće ponašanje zdravstvenih djelatnika? Također, studija bi trebala dati odgovore na postojeća pitanja vezana uz potrebne društvene mjere za smanjenje diskriminacije i stigme u hrvatskom zdravstvenom sustavu kao i predložiti primjenu novih učinkovitijih intervencija Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske.

Studija je osmišljena po tipu pilota i poslužit će za dizajn budućih sveobuhvatnih i reprezentativnih studija u ovom području istraživanja.

## **METODE**

Od ukupno 676 timova opće/obiteljske medicine, (384 tima u zakupu i 114 timova u sklopu domova zdravlja u Gradu Zagrebu i 126 u zakupu i 52 u sklopu domova zdravlja u Zagrebačkoj županiji), metodom slučajnog odabira izdvojili smo za naš uzorak ukupno 300 timova (203 tima u Zagrebu i 97 timova u Zagrebačkoj županiji). Upitnike smo distribuirali poštom s plaćenim anonimnim odgovorom. Prikupili smo ukupno 68 upitnika što je 22,7% od 300 distribuiranih upitnika (Tablica 1).

**Tablica 1. Broj timova na području Grada Zagreba i Zagrebačke županije i broj timova u uzorku te odaziv timova u istraživanju**

Timovi	Grad Zagreb			Zagrebačka županija			Ukupno
	U zakupu	U sklopu domova zdravlja	Ukupno	U zakupu	U sklopu domova zdravlja	Ukupno	
Broj timova na području	<b>384</b>	<b>114</b>	<b>498</b>	<b>126</b>	<b>52</b>	<b>178</b>	<b>676</b>
Broj timova u uzorku	<b>152</b>	<b>51</b>	<b>203</b>	<b>72</b>	<b>25</b>	<b>97</b>	<b>300</b>
Odaziv timova - ispitanika	<b>40</b>	<b>6</b>	<b>46</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	<b>22</b>	<b>68</b>

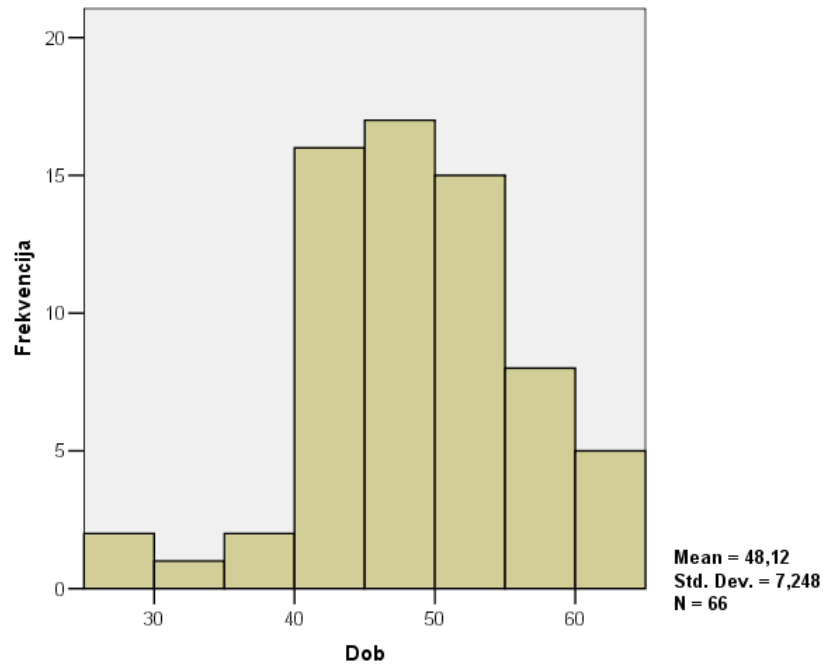
Kao mjerni instrument koristili smo prilagođeni spoj 2 validirana upitnika autora Gerbert B., 1991. i Gemson D.H., 1991. Upitnik se sastojao od 46 pitanja. Prva četiri pitanja odnosila su se na demografska obilježja ispitanika. Pitanja 5 do 12 odnosila su se na dodatne edukacije liječnika i iskustava s bolesnicima s HIV/AIDS-om. Pitanja 13 do 15 su bila namijenjena procjeni straha liječnika i korištenja mjera zaštite pri kontaktu s bolesnicima. Pitanja 15 do 33 bila su o stavovima u vezi dobrovoljnog testiranja, stavovima prema rizičnim skupinama, bolesnicima s HIV/AIDS-om i o barijerama za njihovu skrb. Konačno, koliko liječnici znaju rizike prijenosa HIV-a u određenim hipotetskim situacijama kontakata s bolesnicima s HIV/AIDS-om bilo je istraženo kroz pitanja 34 do 46. Za popunjavanje upitnika bilo je potrebno izdvojiti 7 do 15 minuta.

Na pitanja o stavovima prema rizičnim skupinama, bolesnicima s HIV/AIDS-om, barijerama u kontaktu i njihovoj skrbi ispitanici su na pojedine tvrdnje odgovarali po Likertovoj skali (A-potpuno se slažem, B-uglavnom se slažem, C-neutralan, D-uglavnom se ne slažem i E-uopće se ne slažem). Na pitanja poznavanja rizika prijenosa HIV-a pri kontaktu s bolesnicima s HIV/AIDS-om ispitanici su na pojedinu hipotetsku situaciju primjenjivali jedan od ponuđenih razina rizika na skali: 1-bez rizika (0), 2-najniži rizik (1:1.000.000), 3-nizak rizik (1:100.000), 4-umjereni rizik (1:10.000), 5-umjereno visoki rizik (1:1.000), 6-visoki rizik (1:100) i 7-izrazito visoki rizik (1:10 i više).

## REZULTATI

U istraživanju je sudjelovalo 56 ženskih i 11 muških ispitanika (i 1 ispitanik neutvrđenog spola). **Dobna raspodjela** je bila između 28 i 61 godine s medijanom na 48 godina. 26 ispitanika je diplomiralo prije, a 41 poslije 1980. godine. 45 ispitanika nikad nije imalo **susret s bolesnicima s HIV/AIDS-om**, a 22 ispitanika imali su kontakt s barem jednim bolesnikom s HIV/AIDS-om (od toga 13 ispitanika samo s jednim bolesnikom i 6 ispitanika s 2 ili više bolesnika). Odaziv odgovora na pojedina pitanja kretao se od 91,2 do 98,5% (Slika 1 i tablica 2).

**Slika 1. Dobna raspodjela ispitanika**





**Tablica 2. Demografska obilježja ispitanika**

Obilježje		Frekvencija	Udio (%)
<b>Spol</b>	ženski	56	82.4
	muški	11	16.2
<b>Područje i tip</b>	Zagreb – u zakupu	40	58.8
	Zagreb – u sklopu DZ	6	8.8
	Županija – u zakupu	21	30.9
	Županija – u sklopu		
	DZ	1	1.5
<b>Diplomirali:</b>	prije 1980. godine	26	38.2
	iza 1980. godine	41	60.3
<b>Dobna skupina</b>	ispod 40 godina	5	7.4
	40 do 49 godina	33	48.5
	50 i više godina	28	41.2
<b>Broj HIV/AIDS bolesnika u praksi</b>	0	45	66.2
	1	13	19.1
	2	4	5.9
	3	1	1.5
	10	1	1.5

Istražujući zastupljenost posebne edukacije o HIV/AIDS-u našli smo da 15 ispitanika (22,1%) nije koristilo niti jedan od **dodatnih oblika edukacije** o HIV/AIDS-u. Od 52 ispitanika koji su koristili neki od oblika dodatne edukacije 33 (63,5%) ih je koristilo dodatnu literaturu, 30 ispitanika (57,7%) educiralo se u sklopu kontinuiranog usavršavanja, 22 (42,3%) putem Interneta, 19 (36,5%) ih je bilo na posebnim seminarima, 6 (11,5%) na tečajevima i 2 (3,8%) ispitanika na nekom drugom obliku edukacije.

Jedan ispitanik je naveo da je **odbio pružiti pomoć** bolesniku s HIV/AIDS-om, a 3 ispitanika su navela da su bili svjedokom kad su njihovi kolege odbili pružiti pomoć bolesniku s HIV/AIDS-om. Dvoje ispitanika su davali **povjerljive podatke** članovima rodbine osoba s HIV/AIDS-om, a niti jedan nije davao povjerljive podatke osobama koji

nisu članovi rodbine, dok su za dvoje kolega bili svjedocima da su davali podatke osobama koje nisu članovi rodbine.

31 ispitanik (45,6%) nije imao razlog za posebnu zabrinutost i **strah od kontakta s bolesnicima s HIV/AIDS-om**, a 35 ispitanika (51,5%) je navelo da ima takav strah iz različitih razloga: 25 ih je navelo strah od zaražavanja, 22 strah od kontaminacije instrumenata i materijala, 12 ih je navelo da nemaju potrebne opreme za zaštitu zdravstvenih djelatnika, 11 da nemaju dovoljno edukativnih programa za liječenje bolesnika s HIV/AIDS-om, 9 da ne znaju kako liječiti bolesnike s HIV/AIDS-om, 5 da se boje širenja virusa i samo jedan ispitanik je naveo strah od profesionalne stigmatizacije.

Uvidom u **practiciranje mjera zaštite zdravstvenih djelatnika na radu** našli smo da se 34 (52,3%) ispitanika uvijek pridržava mjera zaštite, 24 (36,9%) većinom, 5 (7,7%) ponekad i 2 (3,1%) ispitanika rijetko se pridržavaju mjera zaštite. Od onih koji se ne pridržavaju uvijek, 10 ih je navelo da je uzrok nedostatak opreme, 3 da je uzrok hitnost posla, a 8 ih je navelo da smatraju kako nije potrebno redovito se pridržavati mjera zaštite na poslu.

Istražujući stajalište liječnika opće/obiteljske medicine o **dobrovoljnosti testiranja na HIV**, našli smo 57 (83,8%) ispitanika misli da bi testiranje trebalo biti obavezno za pojedine skupine ljudi, a samo 8 (11,8%) ispitanika misli da testiranje mora biti gotovo isključivo dobrovoljno. Jedan ispitanik je naveo da ne zna, a 2 se ispitanika nisu izjasnila.

Istražujući **mišljenja i stavove liječnika opće/obiteljske medicine o rizičnim osobama i bolesnicima s HIV/AIDS-om** našli smo slijedeće (uzeti su u obzir iz Likertove skale odgovori «uglavnom se slažu» i «u potpunosti se slažu»):

- *da je nepravedno prema ostalim bolesnicima potrošiti toliko resursa na bolesnike s HIV/AIDS-om* misli 5 (7,7%) ispitanika,
- *da su bolesnici s HIV/AIDS-om zaslužili što su dobili* misli 2 (3,0%) ispitanika,
- *da bi ljudi koji svjesno šire zarazu trebali biti kazneno gonjeni* misli 65 (98,5%) ispitanika,
- *da bi dopustili svojoj djeci da se igraju i idu u školu s djecom koja boluju od HIV/AIDS-a* navelo je 49 (75,3%) ispitanika,

- *da se ljudi ne bi bojali HIV/AIDS-a kad bi više znali o toj bolesti* navelo je 63 (95,5%) ispitanika,
- *da bi radije da nemaju i.v. ovisnike kao pacijente* navelo je 45 (68,2%) ispitanika,
- *da bi radije da nemaju homoseksualne osobe kao pacijente* navelo je 20 (30,3%) ispitanika,
- *da bi radije da nemaju bolesnike s HIV/AIDS-om kao pacijente* navelo je 33 (50,0%) ispitanika,
- *da su trenutačne mjere kontrole infekcije u ustanovi u kojoj rade neodgovarajuće* navelo je 25 (38,5%) ispitanika,
- *da već imaju dovoljno potrebnog znanja za skrb bolesnika s HIV/AIDS-om* misli 32 (48,5%) ispitanika,
- *da je vrlo teško skrbiti za bolesnike s HIV/AIDS-om u primarnoj zdravstvenoj djelatnosti* smatra 37 (56,9%) ispitanika,
- *da skrb bolesnika s HIV/AIDS-om stavlja dodatne zahtjeve na liječnika* misli 57 (86,4%) ispitanika,
- *da "savjesni" pacijenti zaslužuju više pozornosti od nesavjesnih* misli 28 (42,4%) ispitanika,
- *da im ne bi smetalo da im kolege saznaju da liječe bolesnike s HIV/AIDS-om* navelo je 55 (83,3%) ispitanika,
- *da im ne bi smetalo da im ostali pacijenti saznaju da liječe bolesnike s HIV/AIDS-om* navelo je 42 (63,7%) ispitanika,
- *da zdravstveni radnici imaju pravo odbiti bolesnike s HIV/AIDS-om* misli 9 (13,6%) ispitanika,
- *da bi bolesnici s HIV/AIDS-om trebali posjećivati samo za to specijalizirane ambulante* smatra 20 (30,3%) ispitanika

**Tablica 3. Stavovi liječnika o rizičnim skupinama, bolesnicima s HIV/AIDS-om i prepreke u njihovoj skrbi**

Stavovi		ne slažu	opće se ne slažu	uglavnom se ne slažu	neutralni	uglavnom se slažu	potpuno se slažu	izjasnili nisu se
Nepravедno je prema ostalim bolesnicima potrošiti toliko resursa na bolesnike s HIV/AIDS-om	Frekvencija	42	6	12	3	2	3	
	Udio (%)	61.8	8.8	17.6	4.4	2.9	4.4	
Bolesnici s HIV/AIDS-om su zaslužili što su dobili	Frekvencija	54	4	6	2	0	2	
	Udio (%)	79.4	5.9	8.8	2.9	0.0	2.9	
Ljudi koji svjesno šire zarazu bi trebali biti kazneno gonjeni	Frekvencija	1	0	0	4	61	2	
	Udio (%)	1.5	0.0	0.0	5.9	89.7	2.9	
Dopustili bi svojoj djeci da se igraju/idu u školu s djecom koja boluju od HIV/AIDS-a	Frekvencija	1	5	10	14	35	3	
	Udio (%)	1.5	7.4	14.7	20.6	51.5	4.4	
Ljudi se ne bi bojali HIV/AIDS-a kad bi više znali o toj bolesti	Frekvencija	0	2	1	10	53	2	
	Udio (%)	0.0	2.9	1.5	14.7	77.9	2.9	
Radije bi da nemaju i.v. ovisnike kao pacijente	Frekvencija	11	6	4	14	31	2	
	Udio (%)	16.2	8.8	5.9	20.6	45.6	2.9	

Radije bi da nemaju homoseksualne osobe kao pacijente	Frekven cija	26	4	16	8	12	2
	Udio (%)	38.2	5.9	23.5	11.8	17.6	2.9
Radije bi da nemaju bolesnike s HIV/AIDS-om kao pacijente	Frekven cija	19	4	10	13	20	2
	Udio (%)	27.9	5.9	14.7	19.1	29.4	2.9
Trenutačne mjere kontrole infekcije u ustanovi su neodgovarajuće	Frekven cija	24	8	8	8	17	3
	Udio (%)	35.3	11.8	11.8	11.8	25.0	4.4
Već imaju dovoljno potrebnog znanja za skrb bolesnika s HIV/AIDS-om	Frekven cija	13	14	7	19	13	2
	Udio (%)	19.1	20.6	10.3	27.9	19.1	2.9
Vrlo je teško skrbiti za bolesnike s HIV/AIDS-om u primarnoj zdravstvenoj djelatnosti	Frekven cija	12	6	10	15	22	3
	Udio (%)	17.6	8.8	14.7	22.1	32.4	4.4
Skrb bolesnika s HIV/AIDS-om stavlja dodatne zahtjeve na liječnika	Frekven cija	5	2	2	12	45	2
	Udio (%)	7.4	2.9	2.9	17.6	66.2	2.9
"Savjesni" pacijenti zaslužuju više pozornosti od nesavjesnih	Frekven cija	26	4	8	16	12	2
	Udio (%)	38.2	5.9	11.8	23.5	17.6	2.9
Ne bi ih smetalo da im kolege znaju da liječe bolesnike s	Frekven cija	3	3	5	6	49	2

HIV/AIDS-om	Udio (%)	4.4	4.4	7.4	8.8	72.1	2.9
Ne bi ih smetalo da im ostali pacijenti znaju da liječe bolesnike s HIV/AIDS-om	Frekvencija	14	4	6	12	30	2
	Udio (%)	20.6	5.9	8.8	17.6	44.1	2.9
Zdravstveni radnici imaju pravo odbiti bolesnike s HIV/AIDS-om	Frekvencija	47	4	6	6	3	2
	Udio (%)	69.1	5.9	8.8	8.8	4.4	2.9
Bolesnici s HIV/AIDS-om trebaju posjećivati samo za to specijalizirane ambulante	Frekvencija	33	7	6	11	9	2
	Udio (%)	48.5	10.3	8.8	16.2	13.2	2.9

Istražujući specifična **znanja i uvjerenja liječnika opće/obiteljske medicine o rizicima prijenosa HIV-a** postavili smo im zamolbu da pojedinoj od hipotetskih situacija kontakta s bolesnicima s HIV/AIDS-om pripišu specifičnu razinu rizika prijenosa HIV-a na skali - *bez rizika (0), najniži rizik (1 : 1.000.000 ili manje), nizak rizik (1 : 100.000), umjereni rizik (1 : 10.000), umjereni visoki rizik (1 : 1000), visoki rizik (1 : 100), izrazito visoki rizik (1 : 10 ili više)* . Rezultati u tablici 4.

**Tablica 4. Znanja liječnika o prijenosu HIV-a**

Hipotetski postupak		bez rizika (0)	0 ili manje (1:1.000.000 ili manje)	najniži rizik (1:100.000)	nizak rizik (1:10.000)	umjereni rizik (1:10.000)	umjereni visoki rizik (1:1000)	visoki rizik (1:100)	izrazito visoki rizik (1:10 i više)	nisu se izjasnili
Boravak u sobi s bolesnikom s HIV/AIDS-om bez nošenja zaštitne odjeće ili maske	Frekvencija	50*	7	3	2	0	0	0	6	
	Udio (%)	73.5	10.3	4.4	2.9	0.0	0.0	0.0	8.8	

Svakodnevna interakcija sa suradnikom koji boluje od HIV/AIDS-a	Frekvencija	32*	17	7	5	1	0	0	6
	Udio (%)	47.1	25.0	10.3	7.4	1.5	0.0	0.0	8.8
Rukovanje s HIV/AIDS bolesnikom koji ima Kaposijev sarkom i brojne kožne lezije	Frekvencija	12*	17	15	9	6	2	2	5
	Udio (%)	17.6	25.0	22.1	13.2	8.8	2.9	2.9	7.4
Kihanje bolesnika s HIV/AIDS-om na liječnika	Frekvencija	18*	20	15	3	7	1	0	4
	Udio (%)	26.5	29.4	22.1	4.4	10.3	1.5	0.0	5.9
Ugriz HIV/AIDS bolesnika	Frekvencija	3	5	7*	10*	0	15	23	5
	Udio (%)	4.4	7.4	10.3	14.7	0	22.1	33.8	7.4
Dijeljenje čaše s HIV/AIDS bolesnikom	Frekvencija	6*	23	7	11	9	5	3	4
	Udio (%)	8.8	33.8	10.3	16.2	13.2	7.4	4.4	5.9
Ubod iglom koja je bila korištena na bolesniku s HIV/AIDS-om	Frekvencija	0	0	1	0	9*	8*	46	4
	Udio (%)	0.0	0.0	1.5	0.0	13.2	11.8	67.6	5.9
Doticanje nesteriliziranih oštih predmeta koji su bili korišteni kod HIV/AIDS bolesnika	Frekvencija	1*	5	5	11	9	10	22	5
	Udio (%)	1.5	7.4	7.4	16.2	13.2	14.7	32.4	7.4
Prskanje krvi HIV/AIDS bolesnika na liječnikovu	Frekvencija	10*	14	15	13	5	6	1	4

neoštećenu kožu	Udio (%)	14.7	20.6	22.1	19.1	7.4	8.8	1.5	5.9
Ugriz bolesnika koji je progredirao u AIDS demenciju	Frekvencija	1	0	3	6	6*	14	33	5
	Udio (%)	1.5	0.0	4.4	8.8	8.8	20.6	48.5	7.4
Vršenje poroda HIV-om zaražene majke	Frekvencija	5*	10	11	9	7	10	11	5
	Udio (%)	7.4	14.7	16.2	13.2	10.3	14.7	16.2	7.4
Zbrinjavanje HIV/AIDS bolesnika s abdominalnom prostrijelnom ranom	Frekvencija	2*	7	11	7	7	11	17	6
	Udio (%)	2.9	10.3	16.2	10.3	10.3	16.2	25.0	8.8
Pružanje prve pomoći usta na usta bolesniku s HIV/AIDS-om	Frekvencija	2*	12*	9	11	11	4	15	4
	Udio (%)	2.9	17.6	13.2	16.2	16.2	5.9	22.1	5.9

\* Točni odgovori

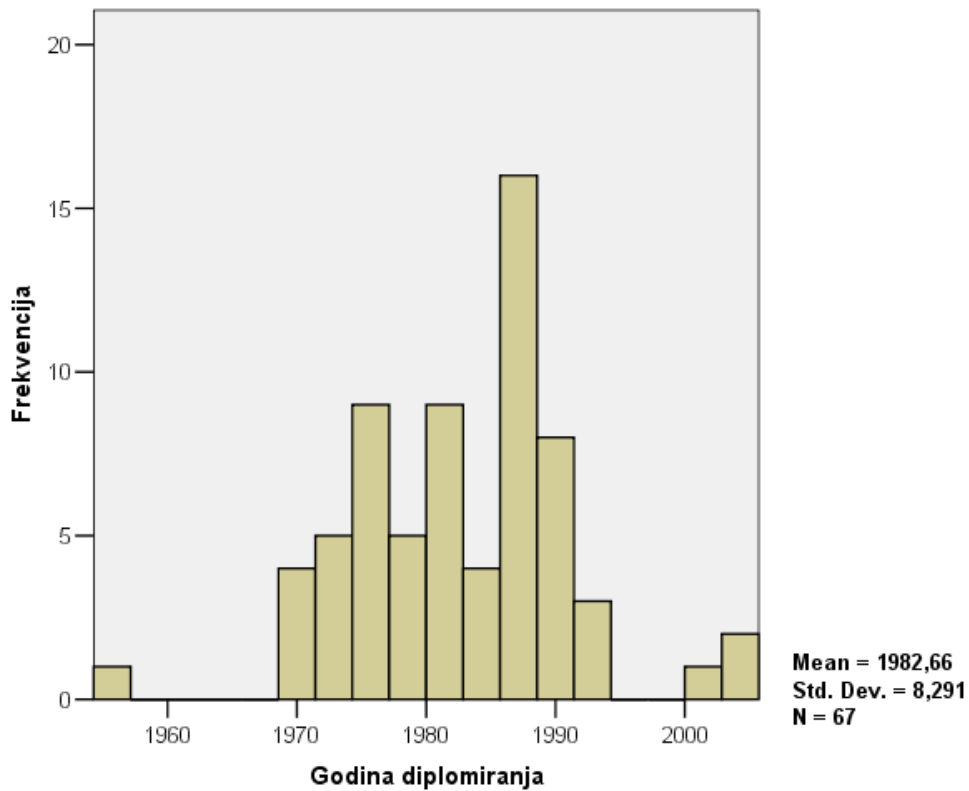
### Usporedbe s obzirom na godinu diplomiranja

Medijan diplomiranja naših ispitanika bila je 1983. godina.

1980. godinu smo uzeli kao prijelomnu godinu u našim analizama prateći iskustva stranih autora koji je koriste zbog ubrzanog pojavljivanja bolesnika s HIV/AIDS-om u svijetu. Otprilike je tada šira svjetska (mi smo pretpostavili i hrvatska) javnost i profesija postala upoznata s HIV infekcijom.



**Slika 2. Raspodjela po godištu stjecanja diplome**



Liječnici koji su diplomirali prije 1980. godine imali su podjednak broj kontakata s bolesnicima s HIV/AIDS-om kao i oni koji su diplomirali nakon 1980 (30,8% prema 34,1%;  $p=0,774$ , Pearsonov  $\chi^2$  - test).

U našim analizama liječnici koji su diplomirali prije 1980. godine nisu se statistički značajno razlikovali u pohađanju dodatnih edukacijskih aktivnosti o HIV/AIDS-u od onih koji su diplomirali nakon 1980. godine.

Također se nisu razlikovali niti po prisutnosti straha pri kontaktu s bolesnicima s HIV/AIDS-om, prakticiranju mjera zaštite zdravstvenih djelatnika na radu i stajalištu o dobrovoljnosti testiranja na HIV.

Ove dvije grupe nisu se razlikovale niti po obrascu odgovaranja na pitanja o mišljenjima i stavovima liječnika opće/obiteljske medicine o rizičnim osobama i bolesnicima s HIV/AIDS-om osim kod jednog pitanja. Naime, liječnici koji su diplomirali nakon 1980. godine u statistički granično značajno većem udjelu (48,8%

prema 28,0%) smatraju da još uvijek *nemaju dovoljno potrebnog znanja za skrb bolesnika s HIV/AIDS-om* ( $p=0,051$ ; Mann-Whitney test).

Po ispravnosti procjene rizika prijenosa HIV-a za pojedine hipotetske situacije kontakata s bolesnicima s HIV/AIDS-om ove grupe se nisu statistički značajno razlikovale.

#### Usporedbe s obzirom na dosadašnje iskustvo u liječenju bolesnika s HIV/AIDS-om:

Liječnici koji su imali iskustva u liječenju bolesnika s HIV/AIDS-om nisu se statistički značajno razlikovali po korištenju specifične HIV/AIDS dodatne edukacije.

Također se nisu razlikovali niti po prisutnosti straha pri kontaktu s bolesnicima s HIV/AIDS-om, prakticiranju mjera zaštite zdravstvenih djelatnika na radu i stajalištu o dobrovoljnosti testiranja na HIV. Međutim, među ispitanicima koji su naveli strah pri kontaktu s bolesnicima s HIV/AIDS-om našli smo statistički značajno veći udio straha zbog zaraze kod ispitanika koji nisu imali iskustvo u liječenju bolesnika s HIV/AIDS-om (47,7% prema 18,2%;  $p=0,021$ ; Mann-Whitney test).

Ove dvije grupe nisu se razlikovale niti po obrascu odgovaranja na pitanja o mišljenjima i stavovima liječnika opće/obiteljske medicine o rizičnim osobama i bolesnicima s HIV/AIDS-om osim kod dva pitanja. Liječnici koji nisu imali iskustva u liječenju bolesnika s HIV/AIDS-om statistički su se u značajno većem udjelu (59,1% prema 31,8%) izjasnili *da bi radije da nemaju bolesnike s HIV/AIDS-om kao pacijente* ( $p=0,038$ ; Mann-Whitney test). Liječnici koji nisu imali iskustva u liječenju bolesnika s HIV/AIDS-om statistički u značajno većem udjelu (67,4% prema 36,4%) smatraju *da je vrlo teško skrbiti za bolesnike s HIV/AIDS-om u primarnoj zdravstvenoj djelatnosti* ( $p=0,018$ ; Mann-Whitney test).

Po ispravnosti procjene rizika za pojedine hipotetske situacije kontakata s bolesnicima s HIV/AIDS-om liječnici koji su imali iskustva u liječenju bolesnika s HIV/AIDS-om nisu se statistički značajno razlikovali od liječnika koji nisu imali iskustva u liječenju bolesnika s HIV/AIDS-om.

#### Usporedbe s obzirom na zastupljenost dodatne edukacije o HIV/AIDS-u

Liječnici koji su koristili neki od dodatnih oblika edukacije o HIV/AIDS-u (seminari, tečajevi, Internet, literatura i drugo) nisu se statistički značajno razlikovali po znanju i stavovima i prisutnosti straha pri kontaktu s bolesnicima s HIV/AIDS-om i

rizičnim osobama, o prakticiranju mjera zaštite zdravstvenih djelatnika na radu, dobrovoljnosti testiranja i specifičnim rizicima prijenosa HIV-a. Jedino na pitanje o procjeni rizika prijenosa HIV-a incidentnim ubodom iglom koja je bila korištena na bolesniku s HIV/AIDS-om statistički su značajno ispravnije odgovorili liječnici koji su prošli neki oblik dodatne edukacije (32,7% prema 6,7%;  $p=0,052$ , Fischerov exact test).

## **RASPRAVA**

Liječnici opće/obiteljske medicine u Gradu Zagrebu i Zagrebačkoj županiji zbog niske prevalencije HIV/AIDS-a i centraliziranog sustava zdravstvene skrbi osoba s HIV/AIDS-om imaju nizak stupanj iskustava u liječenju ovih bolesnika (čak 66,2% nikakvo iskustvo). Unatoč tome veliki dio njih (oko 78%) bio je na nekoj vrsti dodatne edukacije o HIV/AIDS-u. Ovo pokazuje njihovu želju za pripremljenost na buduću veću zastupljenost bolesnika s HIV/AIDS-om u primarnoj zdravstvenoj zaštiti zbog neminovnog porasta prevalencije (sve više novooboljelih, sve uspješnije liječenje i produljenje preživljenja).

Incidenti poput odbijanja pružanja pomoći bolesnicima s HIV/AIDS-om ili davanja povjerljivih podataka članovima rodbine ili drugim osobama, prema iskazu liječnika, izrazito se rijetko ili uopće nisu javljali.

Zabrinjavajući je udio od čak 51,5% ispitanika koji su izrazili strah pri kontaktu s bolesnicima s HIV/AIDS-om uglavnom zbog zaražavanja osoblja i širenja virusa.

U našem uzorku čak 83,8% ispitanika misli da bi testiranje trebalo biti obavezno za pojedine skupine ljudi, a samo 11,8% ispitanika misli da testiranje mora biti gotovo isključivo dobrovoljno. To pokazuje da naši stručnjaci nisu dovoljno upoznati s time da represivni pristup i masovno testiranje nije dalo rezultate već naprotiv dovelo do povećanih troškova. Osim što dobrovoljnim pristupom motiviranih pojedinaca iz skupina s povećanim rizikom postizemo najbolju učinkovitost, Republika Hrvatska je potpisnica niza međunarodnih dokumenata nadzakonske snage u kojima je testiranje na HIV obavezno samo prilikom darivanja krvi, organa, tkiva i tjelesnih tekućina (15).

Zabrinjavajući su rezultati da niti na jedno pitanje poznavanja razine rizika prijenosa HIV-a liječnici nisu odgovorili točno u opsegu većem od 75%, štoviše na većinu pitanja nisu točno odgovorili u opsegu većem od 50% (Tablica 5).

**Tablica 5. Znanja liječnika o prijenosu HIV-a – broj i udio ispravnih odgovora**

Hipotetski postupak	Frekvencija	Udio (%)
Boravak u sobi s bolesnikom s HIV/AIDS-om bez nošenja zaštitne odjeće ili maske	50	73.5
Svakodnevna interakcija sa suradnikom koji boluje od HIV/AIDS-a	32	47.1
Kihanje bolesnika s HIV/AIDS-om na liječnika	18	26.5
Ubod iglom koja je bila korištena na bolesniku s HIV/AIDS-om	17	25.0
Pružanje prve pomoći usta na usta bolesniku s HIV/AIDS-om	14	20.6
Rukovanje s HIV/AIDS bolesnikom koji ima Kaposijev sarkom i brojne kožne lezije	12	17.6
Ugriz HIV/AIDS bolesnika	12	17.6
Prskanje krvi HIV/AIDS bolesnika na liječnikovu neoštećenu kožu	10	14.7
Dijeljenje čaše s HIV/AIDS bolesnikom	6	8.8
Ugriz bolesnika koji je progredirao u AIDS demenciju	6	8.8
Vršenje poroda HIV-om zaražene majke	5	7.4
Zbrinjavanje HIV/AIDS bolesnika s abdominalnom prostrijelnom ranom	2	2.9
Doticanje nesteriliziranih oštih predmeta koji su bili korišteni kod HIV/AIDS bolesnika	1	1.5

Usporedivši rezultate sličnog upitnika primijenjenog na liječnicima primarne zdravstvene zaštite u SAD-u iz 1991. godine (9), našli smo zanimljivo sličan poredak rangiranja rizika prijenosa HIV-a na poslu (Tablica 6). Također je zanimljivo da su u pitanjima s rizičnijim situacijama liječnici u našem uzorku navodili statistički značajno

više rizike prijenosa, a percepcija rizika u manje rizičnim situacijama se nije razlikovala od percepcije liječnika u SAD-u.

**Tablica 6. Srednji procijenjeni rizici prijenosa HIV-a na poslu – kako ga shvaćaju liječnici (na skali od 1 do 7)**

<b>Hipotetski postupak</b>	<b>USA 1991. (CI)</b>	<b>Hrvatska 2006. (CI)</b>
Ubod iglom koja je bila korištena na bolesniku s HIV/AIDS-om	<b>5.7</b> (5.6-5.8)	<b>6.6</b> (6.4-6.8)*
Ugriz bolesnika koji je progredirao u AIDS demenciju	<b>5.0</b> (4.9-5.1)	<b>6.0</b> (5.7-6.5)*
Ugriz HIV/AIDS bolesnika	<b>4.6</b> (4.5-4.7)	<b>5.6</b> (5.2-6.0)*
Doticanje nesteriliziranih oštih predmeta koji su bili korišteni kod HIV/AIDS bolesnika	<b>4.0</b> (3.9-4.1)	<b>5.2</b> (4.8-5.7)*
Zbrinjavanje HIV/AIDS bolesnika s abdominalnom prostrijelnom ranom	<b>3.8</b> (3.7-3.9)	<b>4.7</b> (4.2-5.2)*
Vršenje poroda HIV-om zaražene majke	<b>3.4</b> (3.3-3.5)	<b>4.2</b> (3.6-4.7)*
Dijeljenje čaše s HIV/AIDS bolesnikom	<b>2.9</b> (2.8-3.0)	<b>3.3</b> (2.9-3.7)*
Prskanje krvi HIV/AIDS bolesnika na liječnikovu neoštećenu kožu	<b>3.8</b> (3.8-3.9)*	<b>3.2</b> (2.7-3.6)
Rukovanje s HIV/AIDS bolesnikom koji ima Kaposijev sarkom i brojne kožne lezije	<b>2.1</b> (2.1-2.2)	<b>2.9</b> (2.6-3.4)*
Kihanje bolesnika s HIV/AIDS-om na liječnika	<b>2.5</b> (2.4-2.6)	<b>2.4</b> (2.1-2.8)
Svakodnevna interakcija sa suradnikom koji boluje od HIV/AIDS-a	<b>1.8</b> (1.7-1.8)	<b>1.8</b> (1.5-2.0)
Boravak u sobi s bolesnikom s HIV/AIDS-om bez nošenja zaštitne odjeće ili maske	<b>1.3</b> (1.3-1.4)	<b>1.3</b> (1.1-1.5)

\*Statistički značajno više procijenjeni rizici

Rezultati našeg istraživanja razlikuju se od pronalazaka Gerberta i sur. (1991.) prema kojem su liječnici u SAD-u koji su diplomirali za vrijeme ili nakon 1980. i liječnici koji su imali više iskustva s bolesnicima s HIV/AIDS-om imali manje barijera (negativni stavovi prema rizičnim skupinama, nedostatak znanja i zahtjevnost skrbi) za liječenje ovih bolesnika. Mi nismo našli ovakve razlike i štoviše, naši rezultati ukazuju na povećanu zabrinutost liječnika koji su diplomirali nakon 1980. godine zbog nedovoljne razine vlastite educiranosti o HIV/AIDS-u. Nadalje, liječnici koji nisu imali iskustva s bolesnicima s HIV/AIDS-om u većoj su mjeri izrazili da ih i ne bi željeli imati u praksi i da je skrb ovih bolesnika prezahtjevna za primarnu zdravstvenu zaštitu. Ove rezultate tumačimo mogućim slabostima našeg obrazovnog sustava koji nedovoljno kvalitetno priprema liječnike na suočavanje s HIV/AIDS-om u praksi. To je djelomično posljedica i uvriježenog pogrešnog mišljenja da HIV/AIDS epidemija zbog trenutno niske prevalencije u Hrvatskoj ne predstavlja bitan javnozdravstveni problem.

Nepostojanje razlika među liječnicima sa i bez iskustva u liječenju bolesnika s HIV/AIDS-om može se pripisati općenito vrlo malom broju HIV pozitivnih na istraživanom području, te specifičnosti usluga koje oni koriste u ambulantama opće/obiteljske medicine. Naime, gotovo svi bolesnici s HIV/AIDS-om ne samo iz Grada Zagreba ili Zagrebačke županije nego i iz cijele države, liječe se u Referalnom centru za HIV u Klinici za infektivne bolesti «Dr. Fran Mihaljević». U tom centru oni bar jednom u 6 mjeseci obave sve potrebne pretrage i konzultacije vezane uz svoju bolest te dobivaju antiretrovirusnu terapiju. Ovdje se vrši i koordinacija ostalih potrebnih pretraga koje se ne mogu učiniti u Klinici. Dodatno, u zadnje su tri godine diljem Hrvatske otvoreni Centri za HIV testiranje i savjetovanje (CTS) i tako poboljšan pristup dobrovoljnom, anonimnom i besplatnom HIV testiranju i savjetovanju (14). Posljedično navedenome, čini se da bolesnici s HIV/AIDS-om kroz sustav primarne zdravstvene zaštite prolaze uglavnom iz administrativnih razloga (uputnice, recepti i bolovanja po preporuci specijalista iz Centra).

Ovo istraživanje osmislili smo i proveli po tipu pilota, dakle nije reprezentativno i ne prikazuje pravu procjenu stanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Gradu Zagrebu i Zagrebačkoj županiji. Svrha mu je potaknuti na razmišljanje upravljače i sve ostale aktere

u sustavu borbe protiv AIDS-a u Hrvatskoj, ukazati na moguće nedostatke sustava i pridonijeti naporima za upozorenje da HIV/AIDS nije epidemija koja će zauvijek zaobilaziti naša područja i ljude, bolesnike i liječnike.

Relativno slab odaziv (unatoč osiguranom plaćenom odgovoru i naknadnoj pojedinačnoj telefonskoj provjeri i podsjećanju) objašnjavamo ljetnim godišnjim dopustima liječnika-ispitanika za vrijeme istraživanja i socijalno osjetljivom temom koja potencijalno kompromitira ispitanike.

Stavovi liječnika o homoseksualnim osobama i i.v. korisnicima droga izravno su povezani s njihovim znanjem o HIV/AIDS-u. Negativni stavovi prema alternativnim životnim stilovima mogu negativno utjecati na želju da se liječnik educira o bolestima koje su s njima usko povezane (13). Zbog toga bi edukacijski programi za vrijeme trajanja, ali i nakon medicinskog obrazovanja, trebali uključivati i edukaciju o alternativnim životnim stilovima, te naglašavati važnost liječenja svih bolesnika jednako, bez obzira na stil života ili seksualnu orijentaciju.

Kao logičan nastavak ovog pilot istraživanja potrebno je provesti cjelokupno reprezentativno istraživanje za cijelu Hrvatsku. Istraživanje bi trebalo, u budućnosti, prenijeti i na bolnice, gdje bolesnici s HIV/AIDS-om dolaze na konzilijarne i specijalističke preglede koje, zbog specifičnosti ustanove, ne mogu sve obaviti u Referalnom centru za AIDS.

## LITERATURA

1. Brimlow DL, Cook JS, Seaton R. Stigma and HIV/AIDS, A Review of the Literature, May 2003.
2. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Stigma and Discrimination, 2003. Available at: [http://www.unaids.org/html/pub/publication/factsheets03/FS\\_stigma\\_discrimination](http://www.unaids.org/html/pub/publication/factsheets03/FS_stigma_discrimination)
3. Goffman E. Stigma: Notes on the management of Spoiled Identity: New Jersey. Prentice Hall, 1963.

4. Herek GM. AIDS and stigma. *Am Behav Scientist*. 1999;42(7):1106-1116.  
Available at: <http://psychology.ucdavis.edu/rainbow/html/bibabs.html>
5. Center for the Right to Health. *Human rights and HIV/AIDS: Experiences of people living with HIV/AIDS in Nigeria*. Lagos (Nigeria), 2001.
6. Herek GM; Capitanio JP. Symbolic prejudice or fear of infection? A functional analysis of AIDS-related stigma among heterosexual adults. *Basic App Soc Psychol*. 1998;20(3):230-241.
7. Herek GM. Illness, stigma and AIDS. in: VandenBos GR, ed. *Psychological Aspects of Serious Illness*. Washington, DC: American Psychological Association; 1990.
8. Reis C, Heisler M, Amowitz LL, Moreland RS, Mafeni JO, Anyamele Ch, Iacopino V. Discriminatory Attitudes and Practices by Health Workers toward Patients with HIV/AIDS in Nigeria. *Public Library of Science* 2005; 2(8)
9. Gerbert B, Maguire BT, Bleeker T, Coates TJ, McPhee SJ. Primary care physicians and AIDS: attitudinal and structural barriers to care. *JAMA*. 1991;226:2837-2842.
10. Kelly, JA et al. 1987. Stigmatization of AIDS patients by physicians, *American Journal of Public Health* 77(7): 789-791.
11. Weinberger M, Conover CJ, Samsa GP, Greenberg SM. Physicians' attitudes and practices regarding treatment of HIV-infected patients. *South Med J*. 1992;85:683-686.
12. Brachman P, Kozarsky P, Cetron M, Jacob MS, Boonit B, Wongsrichanalai J, Keystone JS. Knowledge and Attitudes of Hospital-Based Physicians and Trainees About HIV Infection in the United States, Canada, India, and Thailand. *Arch Intern Med*. 1996;156:761-766.
13. Gemson DH, Colombotos J, Elinson J, Fordyce J, Hynes M, Stoneburner R. Acquired Immunodeficiency Syndrome Prevention. Knowledge, Attitudes, and Practices of Primary Care Physicians. *Arch Intern Med*-Vol 151, June 1991.
14. HIV/AIDS epidemiološka situacija u Hrvatskoj, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, [www.hzjz.hr/epidemiologija/hiv.htm](http://www.hzjz.hr/epidemiologija/hiv.htm)



15. Turković K i UN Tematska skupina za HIV/AIDS. HIV/AIDS u zakonodavstvu  
RH: analiza s prijedlozima izmjena zakonodavnih rješenja i jačanja ljudskih prava  
osoba koje žive s HIV-om, Zagreb 2006.

# **ZNANJE I STAVOVI O HIV/AIDS-U STUDENATA ŠESTE GODINE MEDICINSKOG FAKULTETA SVEUČILIŠTA U ZAGREBU**

**Vanja Tešić, Josip Begovac**

## **UVOD**

Procjenjuje se da danas u svijetu ima više od 40 milijuna ljudi zaraženih virusom humane imunodeficijencije (HIV). U 2005. godini bilo je 5 milijuna novozaraženih HIV-om, a oko 3 milijuna oboljelih je umrlo (1). U Europi je zaraženo oko 1,7 milijuna ljudi, a prema posljednjim izvješćima, istočna Europa bilježi najveći relativan porast broja novoregistriranih HIV infekcija u svijetu (2). U isto vrijeme, središnja Europa ostaje relativno pošteđena od epidemije, a stope incidencije su značajno niže od onih u istočnoj i zapadnoj Europi. U istočnoj Europi broj novoregistriranih HIV infekcija porastao je s 233 slučaja u 1994. godini na blizu 100.000 u 2001. godini, što je 348,8 slučajeva na milijun stanovnika. Incidencija HIV infekcije u zapadnoj Europi je 54,9 na milijun stanovnika godišnje, a u središnjoj Europi registrira se godišnje manje od 10 novih slučajeva HIV-a na milijun stanovnika (3, 4). Iako Hrvatska zemljopisno gravitira središnjoj Europi i s manje od 4 oboljela na milijun stanovnika spada u zemlje niskog rizika (5), ima nekoliko specifičnih potencijalnih čimbenika rizika: socijalne i ekonomske promjene kao posljedicu tranzicije i nedavnih ratnih događanja (nezaposlenost, siromaštvo, migracije), relativno veliku populaciju pomoraca i radnih migranata te ekonomiju baziranu na turizmu.

HIV/AIDS je bolest koja primarno pogađa stigmatizirane grupe, kao što su muškarci koji imaju spolne odnose s muškarcima, intravenski narkomani i osobe koje se bave prostitucijom. Ta zarazna bolest može izazvati iracionalne emocije i strah i u zdravstvenih djelatnika, uključujući studente medicine. Budući da su zdravstveni profesionalci na prvoj liniji obrane u ratu protiv HIV/AIDS-a, vrlo je važno proučavati njihovo znanje i stavove, dva bitna čimbenika koja imaju učinak na kvalitetu pruženih zdravstvenih usluga. Visoko znanje i pozitivni stavovi medicinskog osoblja pretpostavke su uspješne borbe protiv HIV/AIDS-a. Edukacija ima značajan utjecaj na stupanj znanja

o HIV infekciji, kao i na stupanj tolerancije prema problemima vezanim uz HIV/AIDS (6, 7). Vrijednost zdravstvene edukacije u borbi protiv HIV/AIDS-a u Hrvatskoj je rano prepoznata, pa je tako program suzbijanja i sprječavanja HIV/AIDS-a na nivou zemlje započeo i prije registracije prvih slučajeva oboljenja, a od 1993. godine kao Nacionalni program prihvaćen je od Vlade RH. Studenti medicine predstavljaju visoko educiranu subpopulaciju, posebno u HIV području (8). Osim s edukacijom, znanje i stavovi povezani su i s mnogim drugim čimbenicima, kao što su spol, dob, porijeklo, rasa, religija i povijest kontakta s HIV/AIDS-om (4,9). Stavovi se, nažalost, mijenjaju puno teže i sporije nego bismo to očekivali i/ili željeli (10,11).

U ovom radu istraživani su znanje i stavovi studenata šeste godine medicine o HIV/AIDS-u, a podaci istraživanja mogli bi pomoći u eventualnoj reviziji HIV edukacijskih programa na medicinskim fakultetima.

## **ISPITANICI I METODE**

Istraživanje je provedeno na studentima šeste godine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu anonimnim upitnikom tijekom redovne nastave. Od ukupno 127 potencijalnih ispitanika u akademskoj godini 2004/2005., 106 je sudjelovalo u ispitivanju ( 83,5%), a 21 student slučajno je otpao iz istraživanja.

### *Upitnik*

Upitnik se sastojao od 50 pitanja s različitim kategorijama odgovora, a razvijen je za istraživanje znanja, stavova i ponašanja vezana uz HIV/AIDS. Procjenjivani su demografski podaci, znanje o HIV/AIDS-u, stavovi i vjerovanja o HIV/AIDS-u i homoseksualizmu, izvori informacija i općenito mišljenje o HIV/AIDS-u Hrvatskoj.

### *Mjesto porijekla*

Gradovi gdje su studenti završili srednju školu podijeljeni su u tri grupe prema broju stanovnika: gradovi s više od 100.000 stanovnika; gradovi s 20.000 – 100.000 stanovnika i gradovi s manje od 20.000 stanovnika

### *Testiranje znanja o HIV/AIDS-u*

Procjena znanja o mogućim putovima prijenosa HIV infekcije temeljila se na 8 tvrdnji s odgovorima prilagođenim Likertovoj skali od 5 stupnjeva: 5 – definitivno je tako, 4 – vjerojatno točno, 3 – ne znam, 2 – vjerojatno pogrešno, 1 – definitivno pogrešno za pozitivne tvrdnje i 1 – vrlo vjerojatno, 2 – vjerojatno može, 3 – ne znam, 4 – malo vjerojatno, 5 – vrlo malo vjerojatno ili definitivno ne za negativne tvrdnje. Cronbach-ova alpha skale bila je 0,69. Odgovori su analizirani individualno i kao ukupni zbroj bodova testa znanja o putovima prijenosa HIV-a za svakog ispitanika (minimalna vrijednost 8, a maksimalna 40), grupirani tako da veći broj bodova znači veće znanje.

### *Testiranje stavova o HIV/AIDS-u*

Studentski stavovi o HIV/AIDS-u procjenjivani su analizom jačine njihovog slaganja ili neslaganja s različitim tvrdnjama o HIV/AIDS-u. Procjena stavova o HIV/AIDS-u temeljila se na 9 tvrdnji (prilagođenih Likert skali od 1 do 5) testirajući studentska vjerovanja, osjećaje i mišljenje o HIV/AIDS-u. Odgovori su analizirani pojedinačno i kao ukupni zbroj bodova za svakog studenta s rasponom od 9 do 45 bodova. Manji broj bodova upućivao je na negativnije stavove. Pitanja su pokazala dobru internu konzistenciju; Cronbach-ova alpha skale bila je 0,77.

### *Testiranje stavova prema homoseksualnosti*

Za procjenu stavova prema muškarcima koji imaju spolni odnos s muškarcima korišteno je 5 tvrdnji prilagođenih Likert skali od 1 do 5: 1 – izrazito se ne slažem, 2 – ne slažem se, 3 – nemam stav, 4 – slažem se, 5 – izrazito se slažem. Također su analizirani pojedinačni odgovori, kao i ukupni skor (minimalna vrijednost 5, a maksimalna 25 bodova). Cronbach-ova alpha bila je 0,89. Pitanja su organizirana tako da veći broj bodova označava jaču homofobiju.

### *Izvori informacija*

Izvori informacija o HIV/AIDS-u uključivali su dnevni tisak, magazine, knjige, postere, televizijske i radio emisije, prijatelje, školu, liječnike ili drugo medicinsko osoblje, predavanja u sklopu zdravstvenog odgoja i političare. Koristeći da/ne format odgovora procjenjivano je koliko su studenti koristili različite izvore informacija o HIV/AIDS-u.

### *Općenito mišljenje o HIV/AIDS-u u Hrvatskoj*

Važnost HIV/AIDS teme u Hrvatskoj procjenjivana je s 4 općenita pitanja, a dva pitanja odnosila su se na važnost programa za poticanje uporabe kondoma u Hrvatskoj („Što je najvažnije u prevenciji AIDS-a u Hrvatskoj?“ i osobno pitanje „Ako ćete imati spolni odnos s novim partnerom kako ćete se zaštititi od HIV/AIDS-a?“).

### *Statistika*

Cronbach-ova alpha korištena je kao mjera pouzdanosti ljestvice znanja i stavova. Pearson-ov hi-kvadrat test, Fisher-ov egzaktni test, Mann-Whitney U-test ili Kruskal-Wallis test korišteni su za različite usporedbe u bivarijantnoj analizi. Statistička analiza napravljena je uz pomoć programskog sustava Statistica 6.0.

## **REZULTATI**

U istraživanju je sudjelovalo 106 studenata (39,6% muškaraca). Prosječna dob bila je 24 godine (raspon od 23 do 28 godina). Iskustvo s HIV/AIDS pacijentima imalo je tijekom studija samo 60,4% studenata.

Prosječna vrijednost na testu znanja o putovima prijenosa HIV infekcije bila je (aritmetička sredina  $\pm$  standardna devijacija)  $37,0 \pm 2,6$  od maksimalno mogućih 40 bodova, što ukazuje na visok stupanj znanja o putovima prijenosa HIV-a (Tablica 1). Nije nađena statistički značajna razlika u znanju po spolu, kao ni po mjestu porijekla.

**Tablica 1.** Znanje studenata šeste godine medicine o HIV/AIDS-u u odnosu na spol i mjesto porijekla

Nezavisna varijabla	Broj studenata	Znanje o HIV/AIDS-u†		
		(aritmetička sredina ± SD)	p*	
Spol	muški	42	37,1 ± 3,1	0,42
	ženski	64	37,0 ± 2,3	
Mjesto porijekla	>100.000	57	37,4 ± 2,8	0,08
	20.000-100.000	26	36,6 ± 2,3	
	<20.000	23	36,5 ± 2,5	
Ukupno	106		37,0 ± 2,6	

†Veći skor označava veće znanje o putovima prijenosa HIV infekcije.

\*P-vrijednost označava razliku između znanja studenata po spolu (Mann-Whitney U-test), te između studenata iz različito velikih gradova (Kruskal-Wallis test).

Analiza pojedinačnih odgovora o mogućnostima prijenosa HIV infekcije pokazala je da studenti najbolje prepoznaju put prijenosa sa zaražene trudnice na dijete i spolni put, a najlošije ubod komarca. Naime, 14% studenata smatra ubod komarca mogućim putem prijenosa HIV-a (Tablica 2).

**Tablica 2.** Znanje studenata šeste godine medicine o putovima prijenosa HIV infekcije

HIV/AIDS se može dobiti	%		
	Točno	Netočno	Ne znam
upotrebom iste igle koju upotrebljava inficirana osoba	98	1	1
spolnim odnosom sa zaraženom osobom	99	0	1
zaražena trudnica može prenijeti infekciju na dijete	100	0	0
ubodom komarca	14	83	3
rukovanjem	0	100	0
jedući u restoranu u kojem kuhar ima AIDS	1	98	1
korištenjem pribora za jelo kojeg koristi i inficirana osoba	2	98	0
kihanjem i kašljanjem	1	98	1

Prosječno ostvareni broj bodova na ljestvici stavova bio je  $32,5 \pm 5,3$  od mogućih 45 bodova i ukazivao je na netolerantne stavove prema HIV/AIDS-u (Tablica 3). Studenti su pokazali tolerantnije stavove od studentica ( $33,7 \pm 5,4$  prema  $31,7 \pm 5,1$ ;  $p= 0,037$ ), dok mjesto porijekla nije pokazalo razlike u stavovima.

**Tablica 3.** Stavovi studenata medicine o HIV/AIDS-u i homoseksualnosti u odnosu na spol i mjesto porijekla

Nezavisna varijabla	Br. studenata	Stavovi prema				
		AIDS-u†		Homoseksualnosti‡		
		(AS $\pm$ SD)§	p*	(AS $\pm$ SD)§	p*	
Spol	muški	42	$33,7 \pm 5,4$	0,037	$10,7 \pm 3,9$	0,011
	ženski	64	$31,7 \pm 5,1$		$8,9 \pm 3,5$	
Mjesto porijekla	>100.000	57	$33,2 \pm 5,2$	0,34	$9,7 \pm 3,7$	0,77
	20.000-100.000	26	$32,0 \pm 5,2$		$9,2 \pm 3,8$	
	<20.000	23	$31,4 \pm 5,7$		$9,8 \pm 4,0$	
	Ukupno	106	$32,5 \pm 5,3$		$9,6 \pm 3,7$	

†Veći skor označava pozitivniji stav o AIDS-u.

‡Veći skor označava jaču homofobiju.

§AS-aritmetička sredina, SD-standardna devijacija

\*P-vrijednost označava razliku između stavova studenata po spolu, (Mann-Whitney U-test), te između studenata iz različitih gradova (Kruskal-Wallis test).

Analiza pojedinačnih odgovora pokazala je da 13% studenata misli da zdravstveni djelatnici imaju pravo odbiti liječiti osobu oboljelu od AIDS-a. Sve pacijente primljene u bolnicu testiralo bi na HIV 11% studenata, a više od 60% vjeruje da imaju pravo znati HIV status pacijenta (Tablica 4).

**Tablica 4.** Stavovi studenata medicine prema HIV/AIDS-u

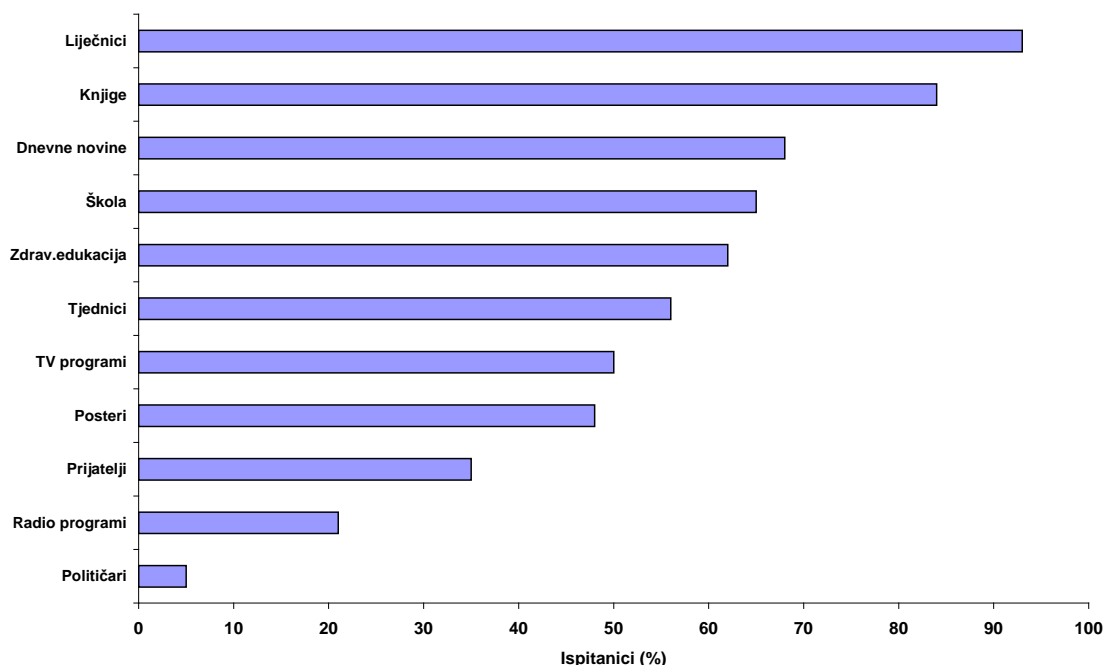
Izjava o HIV/AIDS-u	% studenata koji se		
	slažu (1 + 2)*	ne slažu (4 + 5)*	nemaju stav (3)*
Zdravstveni radnici imaju pravo odbiti liječiti bolesnike s AIDS-om	13	81	7
AIDS se može dobiti u svakodnevnom rutinskom radu s AIDS bolesnicima	10	85	5
Nemam nikakvu želju raditi s bolesnicima koji boluju od AIDS-a	13	75	10
Svi pacijenti primljeni u bolnicu trebaju biti testirani na virus HIV-a	11	85	4
Zabrinut/a sam da ćemo u budućnosti otkriti putove prijenosa HIV-a za koje sada smatramo da nisu mogući	23	39	38
HIV pozitivne osobe trebaju popravljati zube samo u za to posebno opremljenim ambulancama	8	82	10
Sve liječnike bi trebalo testirati na virus HIV-a	24	71	6
Pacijenti imaju pravo znati HIV serostatus svojih liječnika	32	57	11
Zdravstveni radnici imaju pravo znati HIV serostatus svojih pacijenata	62	30	8

\* Brojevi označavaju odgovore na skali od 1 (potpuno slaganje) do 5 (potpuno neslaganje).

Prosječna vrijednost bodova na testu homofobije bila je  $9,6 \pm 3,7$  od maksimalno mogućih 25 bodova i ukazivala je na negativan stav prema muškarcima koji imaju spolni odnos s muškarcima (manje bodova – veća homofobija) (Tablica 3). Studenti su pokazali značajno veći stupanj homofobije nego studentice ( $10,7 \pm 3,9$  odnosno  $8,9 \pm 3,5$ ; Mann-Whitney U-test,  $p= 0,011$ ).

Najčešći izvor informacija o HIV/AIDS-u bio je razgovor s liječnikom, a najrjeđi izvor bili su političari (Slika 1). Naime gotovo svi studenti (93%) čuli su o AIDS-u od liječnika, dok je od političara o AIDS-u čulo samo 5% studenata.





**Slika 1.** Udio studenata medicine koji su dobili informacije o HIV/AIDS-u iz različitih izvora

Samo 15% studenata medicine misli da je promocija uzajamne vjernosti partnera najprikladniji način prevencije spolne transmisije HIV infekcije u Hrvatskoj. Nasuprot tome, 80% studenata drži da su uporaba kondoma i promocija sigurnijeg seksa najvažniji u prevenciji prijenosa HIV-a spolnim putem u Hrvatskoj. Na pitanje o najboljoj zaštiti protiv HIV/AIDS-a s novim spolnim partnerom 82% studenata izjavilo je da je to uporaba kondoma i samo 15% štitilo bi se od HIV-a bolje upoznavajući partnera. I konačno, samo 2% studenata izabralo bi apstinenciju s novim partnerom.

Većina (86%) studenata drži da je AIDS važno pitanje u Hrvatskoj. Gotovo svi (99%) studenti smatraju da se srednjoškolci u školi trebaju više informirati o HIV/AIDS-u. Također, 96% smatra da postoji potreba da se srednjoškolci u školi informiraju nedvosmisleno i eksplicitno o spolnom odnosu. Da bi Hrvatska trebala imati jednu edukacijsku kampanju o AIDS-u u općoj populaciji smatra 97% studenata.

## RASPRAVA

Iako su mnogi rezultati ovog istraživanja ohrabrujući još uvijek postoje propusti u znanju, mnogo negativnih stavova i jaka tendencija HIV testiranja bez pristanka pacijenta kao i nepoštivanje povjerljivosti HIV statusa. Također, homofobija je još uvijek jako naglašena.

Istraživanje je pokazalo da studenti šeste godine medicine imaju visoko znanje o putovima prijenosa HIV-a što se može objasniti činjenicom da do kraja studija slušaju o HIV-u na nekoliko predmeta, te prisutnim različitim izvorima informacija.

Usprkos visokom znanju o bolesti studentski stavovi prema HIV/AIDS-u su nedovoljno tolerantni. Brojne studije iz različitih zemalja pokazale su slično negativne stavove prema AIDS pacijentima među studentima medicine (13-17). Stigma vezana uz HIV/AIDS, općenito gledajući, može se smanjiti tijekom godina, ali procjena moralnih dimenzija stavova je obično lošija za AIDS pacijente nego za pacijente s na primjer karcinomom ili srčanim bolestima (18).

Rezultat da 10% studenata misli da se HIV može dobiti u svakodnevnom rutinskom radu s HIV/AIDS pacijentima je znatno niži nego što pokazuju neke druge studije gdje se taj postotak penje i do 90% (19, 20). Poznato je da je strah jedan od glavnih čimbenika u studentskoj nespremnosti za liječenje AIDS pacijenata (21). Teško je uspoređivati različite studije jer trajanje, veličina HIV-epidemije, kao i reagiranje na HIV-epidemiju različito je u različitim dijelovima svijeta.

AIDS-fobija se može manifestirati na različite načine, od kojih je vjerojatno najekstremniji oblik odbijanje liječenja HIV/AIDS pacijenata. Jedan od osam studenata medicine na šestoj godini studija vjeruje da ima pravo odbiti liječiti AIDS pacijenta. Taj rezultat je bolji od nekih američkih istraživanja i sličan vjerovanju engleskih studenata medicine iz Londona i Cambridge-a (22, 23). To vjerovanje vjerojatno reflektira općeniti strah i predrasude vezane uz AIDS te izgleda da studenti nemaju razvijenu svijest da u medicinskoj profesiji moraju žrtvovati neka od osobnih individualnih prava kada im se suprotstave pacijentova prava na zdravstvenu zaštitu. Za razliku od nekih istraživanja čiji su rezultati pokazali značajno tolerantnije stavove u studentica nego u studenata (10, 23), ovo istraživanje pokazalo je obrnuto.

Za razliku od stavova, studenti medicine su značajno više homofobični od studentica. Tradicionalne granice uloge spola su rigidnije za dječake nego za djevojčice. Kao rezultat tog ograničenja, dječaci u društvu na ograničeniji način smiju izražavati svoje emocije jer je prisutan strah da se izražavanje prisnosti među dječacima ne protumači kao latentni homoseksualni interes.

Ima nekoliko mogućih ograničenja ovog istraživanja. Prvo, zamišljeno je kao presječno istraživanje i kao takovo ne dozvoljava uzročno zaključivanje. Međutim, ipak je relativno veliko istraživanje s ispitanicima iz različitih socijalnih i obrazovnih sredina. Drugo moguće ograničenje je dužina upitnika zbog čega je moguće da su studenti postali umorni i manje koncentrirani na kraju upitnika. Neki čimbenici koji također utječu na stavove (obrazovanje roditelja, prihodi itd.) nisu istraživani. Imajući na umu ta ograničenja, istraživanje je pružilo dokaze da studenti šeste godine medicine imaju visoko znanje o HIV/AIDS-u, ali usprkos tome, netolerantni stavovi i predrasude još uvijek su prisutni.

## **ZAKLJUČAK**

Očita je potreba jačanja etičkih tema, kao i razvijanje pozitivnih stavova, uključujući i diskusiju o odnosu liječnik-pacijent u kontekstu HIV/AIDS-a na Medicinskom fakultetu u Zagrebu. Budući liječnici trebaju biti osposobljeni za učinkovito rješavanje mnogih psihosocijalnih, etičkih i zakonskih problema koji su proistekli iz HIV/AIDS epidemije. Važno je da edukatori pokušaju osigurati da studenti provedu dovoljno vremena u kontaktu s HIV/AIDS pacijentima za vrijeme edukacije. To je na neki način problem, zbog relativno malog broja pacijenata u Hrvatskoj i njihove koncentracije u Klinici za infektivne bolesti, naročito za nastavnike i studente izvan Zagreba. Nastavnici koji rade sa studentima medicine trebaju osvijestiti potrebu i nužnost rada u području mijenjanja stavova, a ne samo jačanja faktičkog znanja. To uključuje edukaciju edukatora i određene promjene u kurikulumu medicinskih fakulteta. Medicinsko osoblje zasigurno treba biti prva linija u HIV prevenciji. Pozitivni stavovi prema AIDS-u, HIV pozitivnim pacijentima i rizičnim grupama svakako će pomoći da Hrvatska ostane zemlja s niskom prevalencijom HIV-a.

## LITERATURA

1. UNAIDS/WHO. AIDS epidemic update, December 2005. Geneva: UNAIDS/WHO, 2005.
2. EuroHIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2004. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2005. No. 71.
3. Semaille C, Alix J, Downs MA, Hamers FF. The HIV infection in Europe: large East-West disparity, Euro Surveill 2003; 8: 57-64.
4. Hamers FF, Downs MA. HIV in Central and Eastern Europe. Lancet 2003; 361: 1035-1044.
5. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. HIV/AIDS-epidemiološka situacija u zemlji, [www.hzjz.hr/epidemiologija/hiv.htm/](http://www.hzjz.hr/epidemiologija/hiv.htm/)
6. Newman C, Durant RH, Ashworth CS, Gaillard G. An Evaluation of a school-based AIDS HIV education program for young adolescents. AIDS Educ Prev 1993; 5: 327-339.
7. Siegel D, Diclemente R, Durbin M, Krasnovsky F, Saliba P. Change in junior high school students AIDS-related knowledge, misconceptions, attitudes, and HIV-preventive behaviors – effects of school-based intervention. AIDS Educ Prev 1995; 7: 534-543.
8. Ferguson E, Cox T, Irving K, Leiter M, Farnsworth B. A measure of knowledge and confidence in relation to HIV and AIDS – reliability and validity. AIDS Care 1995; 7: 211-228.
9. Bruce KE, Walker LJ. College students attitudes about AIDS: 1986 to 2000. AIDS Educ Prev 2001; 13: 428-437.
10. Brown L, Macintyre K, Trujillo L. Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: What have we learn? AIDS Educ Prev 2003; 15: 49-69.
11. Sheridan J, Bates IP, Webb DG, Barber ND. Education intervention in pharmacy student's attitudes to HIV/AIDS and drug misuse. Med Educ 1994; 28: 492-500.
12. Strunin L, Culbert A, Crane S. First year medical students' attitudes and knowledge about AIDS. AIDS Care 1989; 1: 105-110.

13. Bernstein CA, Rabkin JG, Wolland H. Medical and dental students' attitudes about the AIDS epidemic. *Acad Med* 1990; 65: 458-460.
14. Najem GR, Okuzu EI. International comparison of medical students' perceptions of HIV infection and AIDS. *J Natl Med Assoc* 1998; 90: 765-774.
15. Buskin SE, Li L, Yin H, Yu T, Mc Gough JP. HIV/AIDS knowledge and attitudes in Chinese medical professionals and students before and after an informational lecture on HIV/AIDS. *J Public Health Manag Pract* 2002; 8: 38-43.
16. Feldmann TB, Bell RA, Stephenson JJ, Purifoy FE. Attitudes of medical school faculty and students toward acquired immunodeficiency syndrome. *Acad Med* 1990; 65: 464-466.
17. McDaniel JS, Carlson LM, Thompson NJ, Purcell DW. A survey of knowledge and attitudes about HIV and AIDS among medical students. *J Am Coll Health* 1955; 44: 11-14.
18. Hayes RA, Vaughan C, Medeiros T, Dubuque E. Stigma directed toward chronic illness is resistant through education and exposure. *Psychol Rep* 2002; 90: 1161-1173.
19. Tabet RS, Voltura MA, Wallerstein N, Koster TF. Fear of AIDS: An assessment of knowledge and attitudes of medical, nursing, and medical technology students; *Teach Learn Med* 1992; 4: 156-161.
20. Kopacz RD, Grossmann SL, Debra L, Klamen L. Medical student and AIDS: knowledge, attitudes and implications for education. *Health Educ Res* 1999; 14: 1-6.
21. Currey CJ, Johnson M, Ogden B. Willingness of health-professions students to treat patients with AIDS. *Acad Med* 1990; 65: 472-474.
22. Johnson J, Hustzi HC, Mullins LL. Changing medical students' attitudes about AIDS. *J Okla State Med Assoc* 1992; 85: 11-14.
23. Evans JK, Bingham JS, Pratt K, Carne CA. Attitudes of medical students to HIV and AIDS. *Genitourin Med* 1993; 69: 377-380
24. Knussen C, Niven CA. HIV/AIDS and health care workers: contact with patients and attitudes towards them. *Psychol Health* 1999; 14: 367-378.

# **KVALITETA ŽIVOTA OBOLJELIH OD HIV-A U HRVATSKOJ**

**Sanja Belak Kovačević, Tomislav Vurušić, Kristina Duvančić, Maja Maček**

## **UVOD**

Kvaliteta života često se istražuje kao jedan od važnih čimbenika koji utječu na bolest. Osobe koje imaju bolju kvalitetu života, koriste svoje potencijale bolje, osjećaju se bolje, lakše prihvaćaju svoju bolest i žive dulje.

U dosadašnjim istraživanjima u svijetu naglašeno je da HIV bolest negativno djeluje na kvalitetu života odnosno narušava zadovoljstvo pojedinim aspektima života. Taj negativan utjecaj bio je izrazito naglašen u vrijeme kada antiretrovirusne terapije još nije bilo. Danas je napredak u antiretrovirusnoj terapiji smanjio morbiditet i mortalitet u zapadnom svijetu, no bez obzira na to mnogi problemi s kojima se osobe oboljele od HIV-a danas nose slični su onima koji su bili aktualni i prije antiretrovirusne terapije (Bastardo i Kimberlin, 2000.).

Kako bismo bolje razumjeli razlog zašto je kvaliteta života toliko važna za procjenu zdravlja pojedinca početi ćemo s definicijom zdravlja. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji "Zdravlje je stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsutnost bolesti i iznemoglosti" (WHO, 1996.). Dakle, kada ocjenjujemo zdravlje i učinke zdravstvene skrbi moramo uključiti uz težinu bolesti, također i procjene dobrobiti pacijenta na drugim aspektima njihovog života što možemo procijeniti na temelju promjena u kvaliteti života povezanoj sa zdravstvenom njegoj.

U ovom istraživanju preuzeli smo definiciju kvalitete života od Svjetske zdravstvene organizacije. Prema toj definiciji kvaliteta života je individualna procjena vlastitog zadovoljstva s načinom života u kontekstu kulture i vrijednosnog sustava u kojem osoba živi i u odnosu prema svojim ciljevima, očekivanjima, standardima i preokupacijama te njihove povezanosti s okolinskim uvjetima.

Kvaliteta života je zapravo kompleksan, kontinuiran proces evaluacije zadovoljstva životom unutar okruženja u kojem pojedinac živi. Ovaj koncept je pod utjecajem

fizičkog zdravlja, psihičkog stanja, osobnih vjerovanja, socijalnih odnosa i njihove povezanosti s okolinskim uvjetima (WHOQOL, 1998.).

Postoje brojna istraživanja kvalitete života kod osoba oboljelih od HIV-a u kojima se pokušala procijeniti kvaliteta života i prediktori koji determiniraju dobru i lošu kvalitetu života. Dosadašnjim istraživanjima dobiveni su različiti rezultati, naročito što se tiče prediktora loše kvalitete života.

Kontradiktorni rezultati dobiveni su s obzirom na spol kao socio-demografski faktor koji moguće utječe na kvalitetu života HIV + osoba. Neki istraživači dokumentirali su nisku izvedbu za žene u nekim aspektima kvalitete života (Lenderking i dr., 1997.; Watchel i dr., 1992.) dok u drugim istraživanjima razlika s obzirom na spol nije pronađena (Starace i dr., 2002.) ili je čak bila u suprotnom smjeru (Griffin i dr., 1998.; Molassiotis i dr., 2001.). Neki nalazi iz literature ukazali su na povezanost mlađe dobi s boljom kvalitetom života (Molassiotis i dr., 2001.; Friedland i dr., 1996.; Sowell i dr., 1997.). Prema nekim autorima usporedba s obzirom na nivo obrazovanja pokazala je da niži nivo obrazovanja značajno korelira s lošijom kvalitetom života u odnosu na viši stupanj obrazovanja (Wachtel i dr., 1992.; O'Connell i dr., 2003.; Lubeck i dr., 1997.; Smith i dr., 1996.).

Hrvatska spada u umjereno razvijene zemlje u jugoistočnoj Europi. Od 1998. godine antiretrovirusna terapija (ARV) je besplatna za sve HIV + osobe u Hrvatskoj. S uvođenjem ARV, morbiditet i mortalitet povezan s HIV infekcijom značajno se smanjio i kvaliteta života osoba koje žive s HIV/AIDS-om znatno se povećala (Begovac i dr., 2006.). Neposredne prijetnje fizičkoj egzistenciji u velikoj su mjeri zamijenjene brigom, nesigurnošću i ambivalencijom u odnosu na lijekove, njihove nuspojave, dugoročne beneficije i rezistenciju na lijekove te strogi i komplicirani režim njihovog uzimanja, što je konstantan podsjetnik na bolest. Ove nesigurnosti mogu imati negativan utjecaj na kvalitetu života (Ross i Nilsson Schonnesson, 2000.). Stigma i diskriminacija također doprinose poteškoćama s kojima se moraju nositi osobe koje žive sa HIV-om (Wachtel i dr., 1992.). Osobe koje boluju od HIV-a često doživljavaju diskriminaciju i predrasude u područjima zaposlenja, smještaja u institucije, osiguranja i medicinske skrbi.

Primarni cilj ovog istraživanja je ispitati kvalitetu života skupine HIV oboljelih osoba liječenih u Klinici za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević" u Zagrebu.

Sekundarni ciljevi su ispitati učinak socio-demografskih karakteristika i karakteristika povezanih s bolešću na kvalitetu života kako bismo dobili referentne rezultate kvalitete života populacije HIV oboljelih pacijenata u Hrvatskoj. Do danas u Hrvatskoj nije bilo istraživanja kvalitete života na populaciji oboljelih od HIV-a.

## **METODOLOGIJA**

### *Ispitanici*

Ovo je kros-sekcijsko istraživanje kvalitete života povezano sa zdravljem na uzorku HIV pozitivnih muškaraca i žena koji žive u Hrvatskoj. Sudionici su regrutirani u Klinici za infektivne bolesti «Dr. Fran Mihaljević» prilikom dolaska na ambulantnu kontrolu u periodu od šest mjeseci, od ožujka do rujna 2004.godine. Klinika za infektivne bolesti «Dr. Fran Mihaljević» je jedina bolnica u kojoj se liječe HIV pacijenti u Hrvatskoj. Pacijenti iz cijele zemlje dolaze u ovu kliniku kako bi dobili zdravstvenu skrb vezanu uz HIV bolest. U našem istraživanju sudjelovalo je 111 osoba oboljelih od HIV-a. Istraživanje se provodilo individualno, anonimnim upitnikom koji su ispitanici sami ispunjavali. Ispitanici su klasificirani u tri dijagnostičke grupe (asimptomatska, simptomatska, AIDS) prema klasifikaciji Europskog centra za epidemiološko praćenje AIDS-a (Beus i Begovac, 1996.). Podaci su sakupljeni s obzirom na spol, dob, bračni status, nivo obrazovanja, zdravstveni status, trenutni bolesnički status i godine protekle od dijagnoze.

### *Instrument*

Upitnik kvalitete života za HIV u skraćenoj verziji (WHOQOL-HIV BREF) sastavljen od strane Svjetske zdravstvene organizacije korišten je kako bi se procijenila kvaliteta života svakog ispitanika. WHOQOL-HIV je multidimenzionalni, konceptualizirani, generički instrument koji se sastoji od 31 čestice od kojih je 26 čestica nevezano uz HIV, a 5 čestica je specifično vezano uz HIV (O'Connell i dr., 2003.).

Pitanjima se želi procijeniti subjektivna percepcija i evaluacija sveukupne kvalitete života i općeg zdravlja, kao i slijedećih 6 širokih domena ili aspekata života pojedinca:



- Fizičko zdravlje
- Psihološko zdravlje
- Nivo samostalnosti
- Socijalni odnosi
- Okolina
- Religija, duhovnost, osobna vjerovanja

Svaku pojedinu domenu sačinjava niz pod domena (faceta) kvalitete života.

WHOQOL odgovori su bodovani na ljestvici Likertova tipa od 5 stupnjeva (1-5) uz dodatni opis riječima. Rezultat za svaku domenu kretao se u rasponu od 4-20. Viši rezultat općenito predstavlja bolju kvalitetu života.

Ovaj upitnik je validiran i često se koristi u istraživanjima povezanima s HIV-om (Skevington i dr., 2003.).

Pouzdanost WHOQOL upitnika procijenjena je Cronbachovim koeficijentom alpha, te su na našem uzorku dobivene relativno visoke pouzdanosti tipa nutarnje konzistencije za pojedine domene: fizička  $\alpha=0,51$ , psihološka  $\alpha=0,74$ , nivo samostalnosti  $\alpha=0,75$ , socijalni odnosi  $\alpha=0,80$ , okolinska  $\alpha=0,79$ , duhovnost  $\alpha=0,67$ .

### *Analiza podataka*

Uz deskriptivnu analizu, razlike među skupinama s obzirom na demografske i karakteristike povezane s bolešću, analizirane su t-testom i jednostavnom analizom varijance (ANOVA).

Stupnjevita regresijska analiza je provedena kako bi se analizirali linearni odnosi između zavisnih varijabli (rezultati kvalitete života) i nezavisnih varijabli (demografski i klinički faktori).

Testirano je šest različitih regresijskih jednadžbi (za svaku skalu kvalitete života posebna regresijska analiza). Socio-demografske varijable uključene u regresijsku jednadžbu su dob, obrazovanje, bračno stanje. Varijable povezane s bolešću su broj godina proteklih od dijagnoze, zdravstveni status i trenutni bolesnički status. Nivo značajnosti od 0,05 uzet je kod testiranja statističke značajnosti.

Za analizu svih podataka korišten je Statistički paket za socijalne znanosti 11.0 (Chico i dr., 2005.).

## REZULTATI

### *Ispitanici*

Upitnik je ponuđen na ispunjavanje 134 osobe od kojih su ukupno 23 osobe (17%) odbile ispunjavati upitnik, navodeći najčešće nedostatak vremena kao razlog odbijanja sudjelovanja. Općenito stupanj prihvaćanja sudjelovanja u studiji je prilično visok (83%), slično kao i u prethodnim istraživanjima (Molassiotis i dr., 2001.). Pacijenti se ustručavaju sudjelovati u istraživanju, jer ne žele otkriti svoj identitet strancima (istraživačima) ili pričati o svojoj bolesti. Neke se osobe osjećaju preplavljene istraživanjima u kojima su sudjelovali do sada, što je moguće jer u Hrvatskoj ima mali broj oboljelih od HIV-a.

Prikupljeni podaci o socio-demografskim karakteristikama i karakteristikama povezanim s bolešću prikazane su u tablici 1.

**TABLICA 1. DEMOGRAFSKE KARAKTERISTIKE I KARAKTERISTIKE POVEZANE S BOLEŠĆU NA ČITAVOM UZORKU (N=111)**

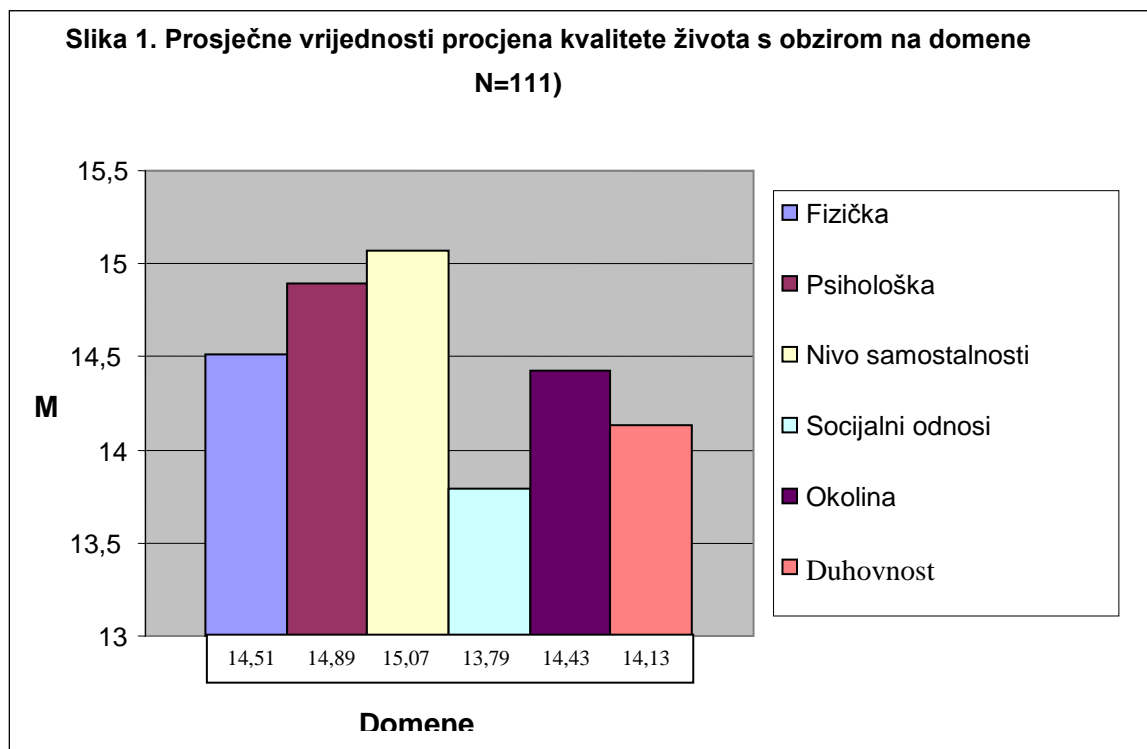
Varijable	%	Frekvencija	Aritmetička sredina (SD)
Dob (godine)			39,64 (9,52)
Spol (muški)	78,4	87	
Edukacija			
Osnovna škola	10,8	12	
Srednja škola	59,5	66	
Fakultet	29,7	33	
Bračni status			
U braku ili u vezi	40,5	45	
Samac	59,5	66	
Zdravstveni status			
Loše	3,6	4	
Niti dobro niti loše	27,0	30	
Dobro	55,0	61	
Jako dobro	14,0	16	
Trenutni bolesnički status (da)	30,6	34	
HIV status			
Asimptomatski	47,7	53	
Simptomatski	28,8	32	
AIDS	23,4	26	
Godine protekle od HIV dijagnoze			4,84 (4,69)

Većina ispitanika bili su muškarci (78,4%) s prosječnom dobi od 40 godina. Sudionici su većinom završili srednju školu (59,5%) i u sličnom postotku (59,5%) se

izjašnjavali kao samci u vrijeme prikupljanja podataka. Pedeset tri (47,4%) ispitanika nalazi se u asimptomatskoj fazi bolesti dok ih je 32 (28,8%) u simptomatskoj fazi. Dvadeset i šest sudionika (23,4%) ima dijagnosticiran AIDS. Stadiji HIV infekcije preuzeti su od Europskog centra za epidemiološko praćenje AIDS-a (Beus i Begovac, 1996.). Kod procjene zdravstvenog stanja, 14.0% procijenilo je svoje zdravlje kao vrlo dobro, 55,0% kao dobro, 27% niti dobro niti loše i 3,6% kao loše. 30,6% svih ispitanika osjeća se trenutno bolesno.

### Kvaliteta života

Naši ispitanici su zadovoljstvo svojom sveukupnom kvalitetom života procjenjivali u prosjeku kao umjereno prema vrlo dobroj s aritmetičkom sredinom ( $M=112,2$ ;  $SD=18,92$ ) ili ( $M=3,62$ ) na skali WHOQOL HIV BREF.



Legenda: os x – domene kvalitete života

os y – aritmetičke sredine dobivene na temelju procjena u pojedinim domenama

Slika 1. prikazuje prosječne vrijednosti procjena kvalitete života s obzirom na pojedine domene. Najniža prosječna vrijednost dobivena je za domenu socijalnih odnosa

(M=13,79; SD=3,88), a najviša (M=15,07; SD=2,92) u domeni samostalnosti. Razlika između rezultata dobivenih u te dvije domene je značajna na što ukazuje t-test ( $t=4,269$ ,  $p<0,001$ ).

Deskriptivna analiza naglašava da su glavne zabrinutosti i najmanje zadovoljstvo osoba oboljelih od HIV-a vezane uz socijalne odnose.

### *Bivarijatna analiza*

Kvaliteta života nije povezana s dobi, spolom, bračnim statusom, HIV statusom niti s godinama proteklim od dijagnoze. Bolji zdravstveni status značajno je povezan s višim rezultatima u svim domenama kvalitete života. Osobe koje su navodile da su trenutno bolesne davale su niske procjene u svim domenama osim u domeni duhovnosti. Viši nivo obrazovanja korelira s boljim rezultatima u domenama nivo samostalnosti i okolinskoj domeni kao što je i prikazano u tablici 2. To znači da HIV pozitivne osobe višeg obrazovanja percipiraju svoju kvalitetu života zadovoljavajućom.

**TABLICA 2. POVEZANOST IZMEĐU REZULTATA DOBIVENIH NA DOMENA WHOQOL-HIV TE DEMOGRAFSKIH KARAKTERISTIKA I KARAKTERISTIKA POVEZANIH S BOLEŠĆU (N=111)**

Varijable	Edukacija	Zdravstveni status	Trenutni bolesnički status
Fizička	0,15	0,57**	0,45**
Psihološka	0,09	0,53**	0,46**
Nivo samostalnosti	0,12	0,62**	0,47**
Socijalni odnosi	0,21*	0,42**	0,31**
Okolina	0,29**	0,43**	0,31**
Duhovnost	0,15	0,22*	0,16

\*  $p<0,05$

\*\* $p<0,01$

### *T-test i ANOVA*

Ispitali smo postoji li razlika između domena kvalitete života s obzirom na demografska obilježja i obilježja povezana s HIV bolesti (Tablica 3).

**TABLICA 3.** USPOREDBA PROSJEČNIH REZULTATA KVALITETE ŽIVOTA S OBZIROM NA DEMOGRAFSKE KARAKERISTIKE TE KARAKTERISTIKE POVEZANE S BOLEŠĆU (N=111)

Varijable		Fizička	Psihološka	Nivo samostalnost	Socijalni odnosi	Okolinska	Duhovnost
		Aritmetička sredina (M)	M	M	M	M	M
Dob	< 35	14,88	15,57	15,34	14,41	14,57	13,73
	> 36 < 45	14,21	14,53	15,11	13,61	14,46	14,13
	< 46	14,41	14,45	14,69	13,22	14,20	14,62
	F	F=0,54	F=3,39*	F=0,45	F=0,92	F=0,15	F=0,50
Spol	Muški	14,63	14,97	15,14	13,56	14,49	14,45
	Ženski	14,08	14,60	14,83	14,63	14,19	12,96
	t	t=0,82	t=0,56	t=0,45	t=-1,19	t=0,46	t=1,73
Obrazovanje	Osnovna škola	14,17	14,80	14,67	12,58	13,42	13,25
	Srednja škola	14,20	14,68	14,61	13,77	13,98	13,86
	Fakultet	15,27	15,35	16,15	14,27	15,70	14,97
	F	F=1,61	F=0,64	F=3,35*	F=0,83	F=5,07**	F=1,32
Bračni status	Samac	14,59	14,87	15,00	13,03	14,05	14,26
	U braku ili vezi	14,40	14,92	15,18	14,91	14,99	13,93
	t	t=0,34	t=-0,08	t=-0,31	t=-2,57**	t=-1,70	t=-0,44
Zdravstveni status	Loše	11,75	12,20	10,25	9,25	10,38	13,00
	Niti dobro niti loše	12,43	13,15	13,10	12,03	13,10	13,50
	Dobro	14,93	15,20	15,61	14,31	14,92	13,87
	Vrlo dobro	17,50	17,65	17,94	16,25	16,06	16,56
	F	F=18,06**	F=14,77**	F=22,09**	F=7,50**	F=8,45**	F=2,87*
Trenutni bolesnički status	Da	12,56	12,99	13,00	12,00	13,07	13,21
	Ne	15,38	15,73	15,99	14,58	15,03	14,53
	t	t=-5,23**	t=-5,37**	t=-5,62**	t=-3,38**	t=-3,44**	t=-1,73
HIV status	Asimptomatski	14,89	15,02	15,47	13,81	14,50	13,85
	Simptomatski	13,88	14,78	14,28	13,38	14,61	13,88
	AIDS	14,54	14,77	15,23	14,27	14,06	15,00
	F	F=1,21	F=0,11	F=1,73	F=0,38ns	F=0,29ns	F=0,91

\* p<0,05

\*\*p<0,01

Rezultati dobiveni t-testom i jednostavnom analizom varijance (ANOVA) ukazuju da se procjene kvalitete života razlikuju s obzirom na dob, bračni status, nivo obrazovanja, zdravstveni status i trenutni bolesnički status. Ispitanici koji se fizički bolje osjećaju daju značajno više procjene ukazujući na bolju kvalitetu života u svim domenama. Osobe koje su u braku ili u vezi davale su bolje procjene kvalitete života za domenu socijalnih odnosa. Oni s višim nivoom obrazovanja bili su zadovoljniji kvalitetom života u odnosu na domene nivo samostalnosti, socijalni odnosi i okolina u

odnosu na one s manjim nivoom obrazovanja. I na posljjetku, mlađi ispitanici bolje su psihološki prilagođeni nego stariji ispitanici. Procjene se nisu razlikovale u odnosu na spol i HIV status.

### *Regresijska analiza*

U tablici 4 prikazani su rezultati regresijske analize za rezultate kvalitete života kao zavisnu varijablu i socio-demografske i varijable povezane s bolešću kao nezavisne varijable.

**TABLICA 4. BETA KOEFICIJENTI MULTIPLE REGRESIJSKE ANALIZE ZA REZULTATE KVALITETE ŽIVOTA I KOMBINIRANE SOCIO-DEMOGRAFSKE I S BOLEŠĆU POVEZANE VARIJABLE (N=111)**

DOMENE	Fizička	Psihološka	Nivo samostalnosti	Socijalni odnosi	Okolinska	Duhovnost
Dob	0,04	-0,10	-0,02	-0,03	0,02	0,03
Obrazovanje	0,12	0,05	0,19*	0,03	0,19*	0,17
Bračni status	0,04	0,15	0,14	0,16	0,09	0,06
Zdravstveni status	0,46*	0,38**	0,42**	0,39**	0,43**	0,10
Trenutni bolesnički status	0,24**	0,27*	0,26*	0,09	0,16	0,21*
HIV status	0,01	0,05	0,04	0,10	0,02	0,11
Godine od dijagnoze	-0,07	0,01	0,01	0,13	0,07	0,14
F	29,76	22,43	21,26	15,85	14,46	4,03
P	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,048
Adjusted R <sup>2</sup>	0,39	0,33	0,42	0,15	0,24	0,04

\* p<0,05

\*\*p<0,01

Regresijskom analizom dobiveno je da viši stupanj obrazovanja, bolja percepcija zdravstvenog stanja i trenutno zdrav status generalno su najbolji prediktori bolje kvalitete života. Zaključno, dakle, možemo reći kako se postotak objašnjene varijance kretao u rasponu od 4% do 42%. Trenutni bolesnički status i zdravstveni status značajno utječu na fizičko i psihičko funkcioniranje kao i na nivo samostalnosti. Zdravstveni status utječe još i na socijalne odnose i zadovoljstvo okolinskim uvjetima, dok bolesnički status utječe

na varijablu duhovnost, religija i osobna vjerovanja. Obrazovni status značajno utječe na rezultate skale nivoa samostalnosti i skale okolina.

## **RASPRAVA**

Procjene kvalitete života osoba koje žive s HIV-om u Hrvatskoj, dobivene u ovom istraživanju, ukazuju da ispitanici procjenjuju svoju kvalitetu života kao dobru ka vrlo dobroj (Skevington i O'Connell, 2003; Wu i dr. 1997.). Ovakvi rezultati u skladu su s nalazima u prijašnjim istraživanjima na općoj populaciji pacijenata u Hrvatskoj (Pibernik Okanović i dr., 1998.). Međutim, izgleda da je kvaliteta života HIV bolesnika u Hrvatskoj lošija u odnosu na bolesnike u drugim državama kao što je npr. Italija (Starace i dr., 2002).

Različite domene kvalitete života narušene su kod osoba s HIV-om, no socijalna domena ipak je najviše narušena što sugerira da se naj snažniji utjecaj HIV-a proteže kroz socijalni aspekt kvalitete života (Molassiontis i dr., 2001; O'Connell i dr., 2003.). Za očekivati je da socijalni aspekt bude najugroženiji s obzirom na činjenicu da su osobe oboljele od HIV-a često izložene socijalnoj izolaciji, derogatizaciji, stigmatizaciji, diskriminaciji i marginalizaciji (Molassotis i dr., 2001.).

Kao što smo i očekivali, procjene kvalitete života razlikovale su se kod grupa bolesnika definiranih s obzirom na dob, bračni status, nivo obrazovanja, procjene zdravstvenog stanja (Wu i dr., 1997.) te trenutnog bolesničkog statusa (O'Connell i dr., 2003.).

Mlađe osobe navodile su više pozitivnih osjećaja, bolje kognitivno funkcioniranje, veći "self-esteem", veće zadovoljstvo fizičkim izgledom i "body image" te općenito više zadovoljstva unutar psihološke domene kvalitete života u usporedbi sa starijim osobama, čime se potvrđuju nalazi iz literature (Wachtel i dr., 1992.; Molassiotis i dr., 2001.; Friedland i dr., 1996.; Sowell i dr., 1997.). Ovakvi rezultati bili su i očekivani, s obzirom na poznati efekt dobi na prognozu kod bolesnika s AIDS-om (Wachtel i dr. 1992.). Dodatno, mlade osobe su često dijagnosticirane u ranim stadijima bolesti dok su starije osobe češće dijagnosticirane u kasnijim stadijima HIV bolesti.

Bračni status utječe na kvalitetu života. Osobe koje su u braku, ili značajnoj vezi navode veće procjene zadovoljstva socijalnim odnosima. Osobe koje su u

vezi moguće imaju bolju socijalnu podršku. Štoviše, neke HIV pozitivne osobe su u dugogodišnjim vezama s osobama koje su i same HIV pozitivne, od kojih mogu dobiti dodatnu stabilnost i podršku. Osobe u dugogodišnjim vezama također svoj serostatus trebaju otkriti samo jednoj osobi, svom partneru, te tako smanjiti anksioznost povezanu s otkrivanjem HIV pozitivnog statusa.

Također rezultati ukazuju da je nivo obrazovanja prediktor bolje kvalitete života u domenama nivoa samostalnosti i okolinskoj domeni. Ovakvi rezultati podržavaju nalaze dobivene u istraživanju Murri i suradnici (2003.), koji su pronašli razlike u mentalnom zdravlju s obzirom na nivo obrazovanja te nalaze O'Connell i suradnika (2003.), koji su pronašli velike razlike u okolinskoj domeni s obzirom na nivo obrazovanja.

Ispitanici koji su navodili da su trenutno bolesni navodili su i lošiju kvalitetu života, a ti nalazi su konzistentni s nalazima iz prijašnjih istraživanja (O'Connell i dr., 2003.). Osobe koje su bolesne opterećene su fizičkim simptomima bolesti, što narušava kvalitetu života (Bastardo i Kimberlin 2000.; Wachtel i dr., 1992.; Wu i dr., 1991.; Cowdery i Pesa 2002.).

Prosječan rezultat kvalitete života za osobe koje navode pogoršanje u zdravstvenom stanju je značajno niži u odnosu na pacijente koji navode stabilno ili poboljšano zdravstveno stanje. Ovakav rezultat, koji je konzistentan s nalazima drugih istraživanja, indicira da osobe dobrog fizičkog zdravlja općenito imaju bolju kvalitetu života (Wu i dr., 1997.).

U ovom istraživanju nije evidentirana značajna povezanost domena kvalitete života i stadija HIV infekcije. Ponovo su potvrđena prijašnja istraživanja, u kojima također nisu pronađene razlike u psihološkoj domeni (Starace i dr., 2002.), u socijalnom funkcioniranju, mentalnom zdravlju, općem zdravstvenom zdravlju i vitalnosti (Bastardo i Kimberlin 2000.; Wu i dr., 1991.), te u fizičkom funkcioniranju i tjelesnoj boli (Copfer i dr., 1996.).

Starija života dob i samački status povezani su s nižim rezultatima u nekoliko domena kvalitete života u bivarijatnoj analizi, no u multivarijatnom modelu kada su se kontrolirale druge varijable, ove su razlike nestale. Općenito najbolji prediktori visoke kvalitete života kroz sve domene su bolja percepcija zdravstvenog statusa te trenutni status odsutnost bolesti. Nivo obrazovanja značajno utječe na rezultate kvalitete života u



domeni nivo samostalnosti i okolinskoj domeni. Ove regresijske analize konzistentne su s rezultatima istraživanja drugih autora (Wachtel i dr., 1992.; O'Connell i dr., 2003.; Wu i dr., 1997.; Murri i dr., 2003.).

Ovo istraživanje ima nekih ograničenja. Prvo, kros-sekcijski dizajn istraživanja onemogućava nas da zaključujemo o uzročno posljedičnim odnosima između kvalitete života i sociodemografskih varijabli te varijabli povezanih s bolešću. Drugo, uzorak ispitanika nije slučajan uzorak oboljelih od HIV-a koji žive u Hrvatskoj. Ispitanici koji su sudjelovali u istraživanju ujedno su dolazili i na redovite kontrolne preglede u HIV ambulantu. Osobe koje nisu redovito dolazile na kontrolne preglede nisu uključene u istraživanje, što se mora uzeti u obzir kada se rezultati generaliziraju na populaciju HIV oboljelih u Hrvatskoj.

Zadivljujuće je da usprkos stresorima povezanim s HIV-om tolike žene i muškarci i dalje vjeruju da vrijedi živjeti te navode dobru kvalitetu života. Kvaliteta života je proces. Učinkoviti režim lijekova sam po sebi nije dovoljan da osigura dobru kvalitetu života, stoga, da bismo otvorili put ka poboljšanju kvalitete života osoba koje žive s HIV-om, izrazito je važno osigurati dobar pristup psihosocijalnoj podršci, medicinskim i pravnim uslugama te usmjeriti intervencije prema edukaciji opće populacije kao i zdravstvenih djelatnika te podizati svjesnost o HIV-u. Liječnici se također moraju educirati o tome kako HIV bolest utječe na pacijentovu kvalitetu života. Poboljšano razumijevanje zdravstvenih djelatnika o tome kako HIV utječe na kvalitetu života, može unaprijediti odnos liječnik - pacijent te omogućiti da pacijent dobije sveobuhvatniju njegu i skrb.

## **ZAHVALE**

Ovo istraživanje omogućeno je potporom Globalnog Fonda za borbu protiv AIDS-a, tuberkuloze i malarije, kao dio projekta Hrvatske udruge za oboljele od HIV-a koji je omogućio psihosocijalnu pomoć i podršku osobama koje žive s HIV-om u Hrvatskoj.

Autori bi željeli izraziti svoju duboku zahvalnost osobama koje žive s HIV-om što su sudjelovali u istraživanju ulažući svoje dragocjeno vrijeme te osoblju Klinike za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević" koje radi s osobama koje žive s HIV-om za njihovu privrženost, posebno prof. dr. Josipu Begovcu za njegovu pomoć i podršku.

## LITERATURA

1. Bastardo, Y. M. i Kimberlin, C. L. Relationship Between Quality of Life, Social Support and Disease-Related Factors in HIV-Infected Persons in Venezuela. *AIDS Care*. 2000; 12: 673-684.
2. Begovac, J., Lisic, M., Lukas, D., Maretic, T., Kniewald, T. i Novotny, T. E. Marked improvement in survival among adult Croatian AIDS patients after the introduction of highly active antiretroviral treatment. *Collegium Antropologicum*. 2006; 30: 175-179.
3. Beus, I. i Begovac, J. *AIDS: HIV-bolest*. Zagreb, Graphis. 1996.
4. Chico, N., Fiddler, L., Hecht, L., Nelson, E. E., Nelson, E. N. i Ross, J. On-line version of SPSS for Windows 11.0: A Basic Tutorial. Accessed 15. 04. 2005. Available from: URL: <http://www.ssrlic.org/trd/spsstext>.
5. Copfer, A. E., Ampel, N. M., Hughes, T. E., Gregor, K. J., Dols, C. L., Coons, S. J., Colgan, K. i Wu A. W. The Use of Two Measures of Health-Related Quality of Life in HIV Infected Individuals :A Cross-sectional Comparison. *Quality of Life Research*. 1996; 2: 281-286.
6. Cowdery, J. E. i Pesa, J. A. Assessing Quality of Life in Women Living with HIV Infection. *AIDS Care*. 2002; 14: 235-245.
7. Friedland, J., Renwick, R. i Mccoll, M. (1996). Coping and Social Support as Determinants of Quality of Life in HIV/AIDS. *AIDS Care*. 1996; 8: 15-32.
8. Griffin, K. W., Rabkin, J. G., Remien, R. H. i Williams, J. B. (1998). Disease severity, physical limitations and depression in hiv-infected men. *Journal of Psychosomatic Research*. 1998; 44: 219-225.
9. Lenderking, W. R., Testa, M. A., Katzenstein, D. i Hammer, S. Measuring quality of life in early HIV disease: the modular approach. *Quality of Life Reserch*. 1997; 6: 515-530.
10. Lubeck, D. P. i Fries, J. F. (1997). Assessment of quality of life in early stage HIV-infected persons: data from the AIDS Time- Oriented Health Outcome Study (ATHOS). *Quality of Life Research*. 1997; 6: 494-506.

11. Molassiotis, A., Callaghan, P., Twinn, S. F. i Lam, S. W. (2001). Correlates of Quality of Life in Symptomatic HIV Patients Living in Hong Kong. *AIDS Care*. 2001; 13: 319-334.
12. Murri, R., Fantoni, M., Del Borgo, C., Visona, R. A., Barracco, A. Zambelli, L. Testa, N. Orchi, V. Tozzi, O. Bosco, A. i Wu, W. Determinants of Health-related Quality of Life in HIV-infected Patients. *AIDS Care*. 2003; 15: 581-590.
13. O'Connell, K., Skevington, S., i Saxena, S. (2003) WHOQOL-HIV Group Preliminary development of the World Health Organization's Quality of Life HIV instrument (WHOQOL-HIV): analysis of the pilot version. *Social Science and Medicine*. 2003; 57: 1259- 1275.
14. Pibernik-Okanovic, M., Szabo, S., i Metelko, Z. (1998). Quality of life following a change in therapy for diabetes mellitus. *Pharmacoeconomics*. 1998; 14: 201-207.
15. Sowell, R. L., Seals, B. F., Moneyham, L., Dem, A., Cohen, L. i Brake, S. Quality of Life in HIV-infected women in the South-eastern United States. *AIDS Care*. 1997; 9: 501-512.
16. Skevington, S. M., & O'Connell, K. A. Measuring quality of life in HIV & AIDS: A review of the recent literature. *Psychology and Health*. 2003; 18: 331-350.
17. Smith, M.Y., Feldman, J., Kelly, P., De Hovitz, J. A., Cirgwin, K. i Minkoff, H. Health-related Quality of Life of HIV-infected women: evidence for the Reliability Validity and Responsiveness of the Medical Outcome Study Short-Form 20. *Quality of Life Research*. 1996; 5: 47-55.
18. Starace, F., Cafaro, L., Abrescia N., Chirianni, A., Izzo, C., Rucci, P., i De Girolamo, G. Quality of life assessment in HIV-positive: application and validation of the WHOQOL-HIV, Italian version. *AIDS Care*. 2002; 14: 405-415.
19. Ross, M. W. & Nilsson Schonnesson, L. HIV/AIDS and sexuality. U: Scuchman, L. T. i Muscarella F. (ur.), *Psychological perspectives on human sexuality*. New York: John Wiley & Sons. 2000.
20. Wachtel, T., Piette, J., Mor, V., Stein, M., Fleishman, J. i Carpenter, C. Quality of life in persons with Human Immunodeficiency Virus Infection: measurement by the Medical Outcomes Study Instrument. *Annals of Internal Medicine*. 1992; 116: 129-137.

21. World Health Organization. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse., WHOQOL: measuring quality of life, accessed 10.04.2006. Available from: URL: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO\\_MSA\\_MNH\\_PSF\\_97.4.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_MSA_MNH_PSF_97.4.pdf)
22. WHOQOL Group The World Health Organization quality of life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric Properties. *Social Science and Medicine*. 1998; 46: 1569–1585.
23. WU, A. W., Revicki, D. A., Jacobson, D. i Malitz, F. E. Evidence for reliability, validity and usefulness of the Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS-HIV). *Quality of Life Research*. 1997; 6: 481-493.
24. Wu, A. W., Rubin, H.R. i Mathews, W.C. A health status questionnaire using 30 items from the Medical Outcomes Study: Preliminary validation in persons with early HIV infection. *Medical Care*. 1991; 29: 786-798.

## **HIV/AIDS I MLADI – HRVATSKA 2005: INFORMIRANOST O HIV/AIDS-U, STAVOVI I SEKSUALNO PONAŠANJE U NACIONALNOM UZORKU MLADEŽI (SAŽETAK STUDIJE)**

**Aleksandar Štulhofer, Dean Ajduković, Ivana Božičević i Krešimir Kufrin (u  
suradnji s Jelenom Zelenbrz, Ivanom Landripetom, Deom Ajduković i Tanjom  
Vučković)**

Studija koju predstavljamo, nastala u okviru projekta *Unapređivanje borbe protiv HIV/AIDS-a u Hrvatskoj*, provedena je s ciljem prikupljanja i analize podataka o HIV rizičnom seksualnom ponašanju (RSP), raširenosti i učestalosti simptoma spolno prenosivih infekcija (SPI) i upala reproduktivnog sustava, te vezama između informiranosti, stavova i uvjerenja o seksualnosti i seksualnog ponašanja u populaciji mladih. Na temelju tih spoznaja u zaključku su studije predložene smjernice za prevenciju HIV/AIDS-a u Hrvatskoj.

Istraživanje je provedeno na nacionalnom uzorku mladih u dobi između 18 i 24 godine starosti. Podatci su prikupljeni anketiranjem po kućanstvima tijekom veljače 2005. godine. Ispitivanjem je obuhvaćeno 1093 ispitanika, a troetapni probabilistički uzorak i visok postotak ostvarenosti uzorka (80%; do 5 posto kontaktiranih osoba odbilo je sudjelovati zbog teme istraživanja) omogućuju generalizaciju nalaza na nacionalnoj razini.

U istraživanju je korišten upitnik s 344-350 čestica (ženski upitnik je bio duži), podijeljen u dva dijela. Ispitanici su sami ispunjavali i potom kuvertirali dio koji sadrži pitanja o seksualnom ponašanju i iskustvu SPI. S obzirom na specifičnosti studije, svi anketari koji su sudjelovali u prikupljanju podataka bili su posebno educirani i detaljno instruirani.

Kada je riječ o informiranosti mladih o HIV/AIDS-u, rezultati pokazuju da otprilike petini mladih nedostaju temeljne informacije o načinima prijenosa i samozaštiti od zaraze HIV-om. Usporedba s rezultatima dobivenim na sličnom uzorku prije 16

godina<sup>1</sup> pokazala je da je došlo do malog, premda statistički značajnog, smanjivanja razine informiranosti, što se može pripisati slabijem zdravstvenom prosvjećivanju u odnosu na ranije razdoblje. Spol i obrazovanje značajno utječu na razinu informiranosti. Djevojke su bolje informirane od mladića, kao i obrazovaniji ispitanici od onih manje obrazovanih.

U pogledu stavova prema osobama koje žive s HIV/AIDS-om nađen je umjereno liberalan stav koji govori o tendenciji da ih se tretira kao i svaku drugu oboljelu osobu. Usporedba sa sličnim nalazima od prije 16 godina ukazala je na rast prihvaćanja i tolerancije, to jest smanjivanje diskriminacije prema osobama s HIV/AIDS-om. Veće prihvaćanje iskazuju djevojke i obrazovaniji ispitanici, a manje nezaposleni i religiozne osobe.

Seksualno ponašanje mladih u posljednjih je tridesetak godina pod snažnim djelovanjem globalne kulture permisivnosti, što se poglavito odrazilo na seksualnu aktivnost mladih žena. Za razliku od situacije u sedamdesetim godinama prošlog stoljeća, razlika u dobi seksualne inicijacije mladića i djevojaka danas je gotovo nestala. Prema nalazima ove studije, iskustvo prvog snošaja mladići u prosjeku imaju u dobi od 17,2 godine, a djevojke u dobi od 17,6 godina (vrijednost je medijana u oba slučaja 17). Na seksualnu inicijaciju značajno utječu obrazovanje i religioznost, pri čemu oba čimbenika smanjuju vjerojatnost ranog ulaska u seksualne odnose.

Za većinu seksualno iskusnih sudionika istraživanja (u našem je uzorku 84% ispitanika već imalo snošaj) seksualna je inicijacija bila pozitivno iskustvo. Pri tom prvom snošaju, nešto više od 38 posto ispitanika nije koristilo nikakvo *sredstvo* zaštite pri prvom snošaju (od kojih više od polovine nije koristilo niti metodu prekinutog snošaja). Ipak, ohrabruje podatak da je 60,4% ispitanika koristilo kondom. Pri posljednjem seksualnom odnosu, 20,6% ispitanika nije rabilo nikakvu zaštitu, 16,5% ih je primijenilo metodu prekinutog snošaja, 2,8% prirodne metode, 13% hormonalnu kontracepciju i 52,9% kondom.<sup>2</sup> Važno je naglasiti da redovita uporaba kondoma, pri seksualnim odnosima tijekom posljednjih 12 mjeseci obilježava seksualni život 21,5% ispitanika, što

---

<sup>1</sup> Riječ je o istraživanju *AIDS i mladi*, provedenom 1989. godine (Ajduković, Ajduković i Prišlin, 1991.).

<sup>2</sup> Zbroj postotaka je veći od 100, s obzirom da su neki ispitanici koristili više od jednog sredstva ili metode zaštite.

je više nego četverostruki porast u odnosu na nalaze istraživanja *AIDS i mladi* iz 1989. godine, kada je takvih ispitanika bilo samo 4,5 posto.

U proteklih 12 mjeseci, seksualno je aktivno bilo 73 posto ispitanika. Većina ispitanih je u tom razdoblju imala jednog partnera/partnericu (58%), 16% dva partnera, 9% tri partnera, 4% četiri partnera, a nešto manje od 4% pet ili više partnera. Analiziramo li ukupni broj seksualnih partnera, rezultati su sljedeći: 25% je imalo jednog partnera/partnericu, 17% dva partnera, 15,5% tri partnera, 9,5% četiri partnera i 33% pet ili više partnera. Kao i u drugim istraživanjima, mladići prijavljuju veći prosječan broj seksualnih partnera/partnerica (5,5) nego djevojke (3,3). U cjelini, analize potvrđuju dominaciju modela sekvencijalne monogamije, premda nešto manje od jedne četvrtine (24%) ispitanika barem jednu svoju vezu nije tretiralo kao seksualno ekskluzivnu. Razdvajanje «ljubavi» i «seksa» nije dominantan, ali ni osobito rijedak obrazac ponašanja. Nešto manje od trećine seksualno aktivnih ispitanika (31%) u posljednjih je godinu dana imalo odnos sa slučajnim partnerom/partnericom (tzv. «seks za jednu noć»).

Kao glavne izvore informacija o seksualnosti, djevojke najčešće navode prijateljice/prijatelje, zatim partnere, TV, te stručne knjige i priručnike o seksualnosti, a mladići partnerice/partnere, prijatelje, TV i erotske časopise/filmove. Škola (nastavnici i vjeroučitelji) je na samom dnu ljestvice izvora seksualnih informacija mladih danas. To potvrđuje i nalaz kako je 61 posto ispitanika u školi dobilo samo osnovne informacije o HIV/AIDS-u, a 9 posto niti to. Ne čudi, stoga, da njih 86 posto drži kako bi seksualnu edukaciju trebalo učiniti sastavnim dijelom školovanja.

Ispitivanje raširenosti seksualnog nasilja u nacionalnom uzorku mladih rezultiralo je podatkom o 3,1% djevojaka i 0,6% mladića koji su na pitanje «Je li Vas ikada netko prisilio – prijetnjama, ucjenom ili silom – na seksualni odnos ili neke druge seksualne aktivnosti?» odgovorili potvrdno. Oko dva posto (2,2%) ispitanika je izjavilo kako nije sigurno bi li to što im se desilo mogli nazvati seksualnim nasiljem, a 12% ih je odbilo odgovoriti na gornje pitanje.

HIV rizično seksualno ponašanje (RSP) operacionalizirano je kroz dva indikatora: (1) *uporaba kondoma pri posljednjem seksualnom odnosu* i (2) *učestalost uporabe kondoma u (vaginalnim i/ili analnim) seksualnim odnosima tijekom posljednjih godinu dana*. Imajući u vidu mogućnost da su čimbenici koji utječu na rizično ponašanje spolno

specifični, analize indikatora RSP – koje su uključile informiranost o HIV/AIDS-u, uvjerenja i stavove o seksualnosti i uporabi kondoma, obilježja ličnosti, grupne i interpersonalne čimbenike, obrasce seksualnog ponašanja te sociodemografska i sociokulturna obilježja - provedene su odvojeno po spolu. Informiranost o HIV/AIDS-u nije se pokazala statistički značajnim korelatom RSP ni kod djevojaka, ni kod mladića. Kada je riječ o vjerojatnosti uporabe kondoma pri posljednjem odnosu, kod djevojaka ona raste ako je kondom bio korišten pri prvom odnosu, a smanjuje se ako su odgojene u strogom vjerskom duhu i ako ne žive s roditeljima. Kod mladića, na vjerojatnost da je kondom korišten pri posljednjem odnosu pozitivno utječe uporaba kondoma pri prvom odnosu i iskustvo usputnih seksualnih kontakata, a negativno prihvaćanje mitova o kondomu, niži stupanj roditeljske kontrole i izraženije samopoštovanje. Analiza čimbenika koji utječu na konzistenciju uporabe kondoma kod djevojaka je ukazala na važnost uporabe kondoma pri prvom seksualnom odnosu (pozitivni utjecaj) i prihvaćanje mitova o kondomu (negativni utjecaj). Uporaba kondoma pri prvom odnosu pokazala se značajnim prediktorom i u slučaju mladića. Osim toga, na vjerojatnost konzistentne uporabe kondoma utječu i stav mladića prema djelotvornosti kondoma te stupanj roditeljske kontrole kojoj su izloženi, pri čemu je niži stupanj kontrole vezan uz manju vjerojatnost redovite uporabe kondoma. U cjelini, rezultati multivarijantnih statističkih analiza poglavito upućuju na važnost formiranja navike uporabe kondoma u prevenciji HIV/AIDS-a, ali i drugih SPI.

Analiza epidemiološke situacije ukazala je na razliku u seksualnom zdravlju mladića i djevojaka. Među seksualno aktivnim ispitanicima, 11.8% mladića i 44.5% djevojaka je barem jednom u životu imalo iskustvo neuobičajenog iscjetka popraćenog peckanjem pri mokrenju i/ili svrbežom. Analize su pokazale da djevojke koje su koristile kondom pri prvom seksualnom odnosu i one koje imaju manji broj seksualnih partnera rjeđe iskazuju simptome koje povezujemo sa SPI. Kod mladića, simptomi se češće pojavljuju među ispitanicima koji iskazuju slabije poznavanje SPI.

Uzmemo li u obzir činjenicu da pitanja nisu obuhvatila znakove ulcerirajućih spolnih bolesti, te da su SPI poglavito asimptomatske, učestalost je navođenja simptoma SPI i upala reproduktivnog sustava u našem uzorku vrijedna pozornosti. Naglašene spolne razlike u učestalosti posljedica su prisutnosti simptoma vezanih za bakterijsku



vaginozu i infekciju kandidom kod djevojaka, infekcije koje nisu nužno spolno prenosive. Kada je riječ o SPI, među djevojkama je klamidija zabilježena u 2.4 posto slučajeva u posljednjih godinu dana.

Spolno prenosive bolesti u oba spola su uglavnom asimptomatske, pa navođenje simptoma od strane ispitanika ima nisku validnost, odnosno uvijek podcjenjuje učestalost tih infekcija u populaciji. Muškarci koji su imali istospolne partnere nadreprezentirani su među osobama koje su imale simptom SPI (18.3%), kao i muškarci koji su imali iskustvo plaćenog seksualnog odnosa (14%). Pritom je važno naglasiti kako je potonja skupina u većoj mjeri *premošćujuća* u odnosu na opću populaciju, nego što je to slučaj s muškarcima koji imaju seksualne odnose s osobama istoga spola.

Posljednji dio studije donosi niz preporuka vezanih uz prevenciju HIV/AIDS-a i drugih SPI u populaciji mladih u Hrvatskoj. Mjere koje predlažemo podijeljene su u tri skupine. U prvoj su mjere koje se odnose na sustav praćenja, u drugoj one vezane uz obrazovni sustav, a u trećoj mjere koje se bave ulogom medija i civilnog društva. Kada je riječ o prvoj skupini preporuka, predloženo je periodično (longitudinalno) praćenje informiranosti, stavova i seksualnog ponašanja mladih uz primjenu testova amplifikacije nukleinske kiseline, kako bi se (pretragom urina) dobio uvid u raširenost klamidijske infekcije. Također, naglašena je potreba provedbe primijenjenih istraživanja, čiji bi zadatak bio pružiti detaljnu sliku trenutnog funkcioniranja i kapaciteta postojećeg sustava praćenja SPI.

U skupini mjera vezanih uz edukaciju predloženo je uvođenje znanstveno utemeljenog programa HIV/AIDS prevencije u osnovnu i srednju naobrazbu, pri čemu bi idealni okvir bio cjelovit program seksualne edukacije, u kojem bi HIV/AIDS prevencija bila jedan od središnjih modula. Također, smatramo nužnim periodičnu evaluaciju licenciranih preventivnih programa od strane neovisnih procjenitelja, kako bi se pribavili podaci o njihovoj djelotvornosti i smjernice za doradu i dopunu. Predlažemo, naposljetku, i osnivanje županijskih centara za reproduktivno zdravlje mladih. Ti bi multidisciplinarni centri, vezani uz lokalne zdravstvene i/ili obrazovne ustanove, bili zaduženi za usmjerenu edukaciju, praćenje i intervencije u području reproduktivnog i seksualnog zdravlja mladeži. Jednom od ključnih intervencija vidimo povećanje

dostupnosti kondoma, uključujući i njihovu besplatnu distribuciju mladima izloženim povećanom riziku SPI (među koje ubrajamo i one kojima je dijagnosticirana SPI).

Posljednja skupina mjera odnosi se na važnost distribucije znanstveno utemeljenih činjenica o rizicima HIV/AIDS-a i informacija o načinima prevencije, poglavito u sklopu obrazovnog programa javne televizije. Nezaobilaznim držimo i državnu potporu relevantnim aktivnostima različitih civilnih udruga koje se obraćaju mladima, seksualnim manjinama i osobama koje žive s HIV/AIDS-om.

# **INFORMIRANOST O HIV/AIDS-U, STAVOVI I SEKSUALNO PONAŠANJE RADNIKA MIGRANATA U REPUBLICI HRVATSKOJ (SAŽETAK STUDIJE)**

**Aleksandar Štulhofer (u suradnji s Ninom Greiner)**

S obzirom na geografsku pokretljivost i duža razdoblja odvojenosti od intimnih partnera, radnici migranti izloženi su povećanom riziku spolno prenosivih infekcija, uključujući HIV/AIDS. Na žalost, do danas su u Hrvatskoj provedena samo dva, isključivo deskriptivna, istraživanja informiranosti o HIV/AIDS-u, stavovima i seksualnom ponašanju u toj specifičnoj populaciji. Ova je studija prvi pokušaj analitičkog pristupa HIV/AIDS vulnerabilnosti hrvatskih radnika migranata. Njezini su ciljevi formiranje baze podataka o temeljnim dimenzijama HIV/AIDS vulnerabilnosti hrvatskih radnika migranata – informiranosti, stavovima i obrascima seksualnog ponašanja – i analiza povezanosti među dimenzijama, koja je preduvjet za izradu djelotvornih preventivnih programa.

Istraživanje je provedeno u razdoblju od kraja prosinca 2003. do sredine svibnja 2004. godine. U istraživanju je korišten upitnik koji su ispitanici ispunjavali sami, prigodom periodičnog, zakonom propisanog, medicinskog pregleda, u sedam hrvatskih gradova (Čakovec, Slavonski Brod, Rijeka, Zadar, Split, Dubrovnik i Zagreb). U uzorak je uvršteno 570 ispitanika, od kojih su 566 muškarci (zbog malog broja, ispitanice su isključene iz obrada). Prosječna dob iznosi 38.2 godine, pri čemu je najmlađi ispitanik imao 19, a najstariji 64 godine. Prema zanimanju, većina anketiranih su pomorci (77.3%), a zatim slijede radnici u građevinarstvu (20.5%) i transportni vozači (1.2%). Nešto više od polovine ispitanih radnika migranata je u braku (56.5%), dok ih je 21.5% izjavilo da su u stalnoj vezi. Tijekom posljednje dvije godine, ispitanici su u prosjeku izbivali iz zemlje 11.6 mjeseci.

Kako bismo izmjerili informiranost o HIV/AIDS-u rabili smo dva indeksa zadovoljavajuće pouzdanosti: IINP, *indeks informiranosti o načinima prijenosa HIV-a* te IINZ, *indeks informiranosti o načinima zaštite od HIV-a*. Premda je na oba indeksa zabilježen razmjerno dobar prosječni rezultat, detaljnija analiza odgovora ukazuje na

važne nedostatke u informiranosti ispitanika. Točan odgovor na svih 13 pitanja dalo je manje od jedne petine ispitanika.

U prosjeku, ispitanici su u posljednjih godinu dana imali 1.9 seksualnih partnera (medijan = 1; maksimalni broj = 20). U većini slučajeva, posljednji je seksualni odnos bio sa suprugom ili stalnim partnerom (83.9%). Kada je riječ o ostalima, 12.7% posljednji je seksualni odnos imalo sa slučajnim partnerom, odnosno prostitutkom (2%). Nešto manje od polovine anketiranih radnika nije koristilo kondom pri posljednjem odnosu s osobom koja nije supruga ili stalni partner (44.7%). Među onima koji su posljednji odnos imali s osobom koja naplaćuje seksualne usluge, njih 16.9% nije koristilo kondom. Razmjerno je malo ispitanika odgovorilo da su tijekom posljednjeg odnosa bili pod utjecajem alkohola (13.3%), odnosno narkotika (0.6% ili 3 ispitanika). Samo su dva ispitanika izjavila da su dijelili iglu, odnosno pribor za intravensku konzumaciju droge. Tri posto muškaraca u uzorku bilo je seksualno aktivno s osobom istog spola.

Jesu li HIV/AIDS rizici rezultirali promjenama u seksualnom ponašanju anketiranih radnika migranata? Ništa nije promijenilo nešto više od jedne trećine ispitanika (39.4), u većini slučajeva stoga jer vlastito ponašanje ne drže rizičnim. U skupini onih koji su promijenili seksualno ponašanje, 69.3 tvrdi kako se više ne upuštaju u usputni seks, a 65.3 izjavljuje da češće koriste kondome.

Na pitanje o tome bi li osobe s HIV/AIDS-om “trebalo izolirati”, samo je 16.1% ispitanika odgovorilo potvrdno (daljnjih 15% se ne može odlučiti). Više od dvije trećine ispitanika (68%) izjavilo je da bi radili s osobom koja boluje od HIV/AIDS-a, 55% bi ih jelo zajedno, a 59.6% bi nastavilo prijateljevati s takvom osobom.

Samo 7.1% ispitanik radnika migranata poznaje nekoga tko je HIV pozitivan. Nešto manje od polovine se barem jednom testiralo (43.8%), no samo 23.8% jer su tako odlučili. Ostali su naprosto bili poslani na testiranje. U tom kontekstu, zabrinjavajuće je da gotovo dvije trećine ispitanika (65.2%) izjavljuje kako im nije poznato gdje je dostupno anonimno testiranje – bez obzira na činjenicu da njih 68.7% tvrdi da su materijali vezani uz HIV/AIDS rizike prisutni u njihovoj neposrednoj radnoj okolini.

**Odnos prema uporabi kondoma mjereno je *indeksom stavova prema uporabi kondoma (ISUK)*. Prosječni rezultat ukazuje na umjereno pozitivan stav, pri čemu dob ispitanika, protivno očekivanju, ne utječe na rezultat.**

Analize veza između informiranosti, stavova i seksualnoga ponašanja rezultirale su nizom važnih uvida. Oba indeksa informiranosti (IINP i IINZ) statistički su značajno povezana sa stavovima o uporabi kondoma (ISUK). Premda je povezanost slaba, veća informiranost korespondira s pozitivnijim stavom. Informiranost ima pozitivan učinak i na toleranciju, odnosno prihvaćanje osoba koje žive s HIV/AIDS-om, no ne i na seksualno ponašanje. Kada je riječ o rizičnom seksualnom ponašanju (RSP), broj seksualnih partnera pokazao se povezanim s dobi, bračnim statusom, vjerom i percepcijom osobnog rizika zaraze HIV-om. Vjerojatnost uporabe kondoma pri posljednjem seksualnom odnosu sa slučajnim partnerom povećava se s dužinom rada u inozemstvu (tijekom posljednje dvije godine), pozitivnim stavovima prema uporabi kondoma i zabrinutosti suradnika glede HIV/AIDS-a. Promjene u seksualnom ponašanju - motivirane procjenom HIV/AIDS rizika - vezane su uz dob (što su ispitanici stariji, vjerojatnost je promjene manja), dužinu radnog boravka u inozemstvu i zabrinutost suradnika.

Gledano u cjelini, rezultati ukazuju na određene nedostatke postojećih preventivskih materijala namijenjenih radnicima migrantima. Nezadovoljavajući obrasci uporabe kondoma i slabo poznavanje mogućnosti HIV testiranja ističu potrebu za novim intervencijskim strategijama i edukacijskim programima usredotočenim na promjenu ponašanja.



**Ministarstvo zdravstva  
i socijalne skrbi**

**Hrvatski zavod  
za javno zdravstvo**