

Izazovi sestrinske skrbi za starije osobe zaražene HIV-om

Rašić, Željka

Master's thesis / Diplomski rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:877713>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-04**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Željka Rašić

IZAZOVI SESTRINSKE SKRBI ZA STARIJE OSOBE
ZARAŽENE HIV-OM

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2018.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Željka Rašić

IZAZOVI SESTRINSKE SKRBI ZA STARIJE OSOBE
ZARAŽENE HIV-OM

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2018.

Ovaj diplomski rad je izrađen u Klinici za infektivne bolesti “Dr. Fran Mihaljević“ u Zagrebu pri Zavodu za infekcije imunokompromitiranih bolesnika, pod vodstvom prof. dr. sc Josipa Begovca i predan na ocjenu u akademskoj godini 2017/2018.

POPIS KORIŠTENIH KRATICA U RADU

AIDS *Acquired immune deficiency syndrome* (prev. Sindrom stečene imunodeficijencije)

HIV *Human immunodeficiency virus* (prev. Virus ljudske imunodeficijencije)

ART *Antiretroviral therapy* (prev. Antiretrovirusna terapija)

DNK *Deoxyribonucleic acid* (prev. Deoksiribonukleinska kiselina)

ECDC *European Center for Disease Prevention and Control* (prev. Europski centar za prevenciju i kontrolu bolesti)

EU/EEA *European Union / European Economic Area* (prev. Europska Unija/Europsko gospodarsko područje)

HZJZ Hrvatski zavod za javno zdravstvo

MSM *Men who practice sex with men* (prev. Muškarci koji prakticiraju seks s muškarcima)

PCR *Polymerase Chain Reaction* (prev. Reakcija lančane polimeraze)

SZO Svjetska zdravstvena organizacija (engl. *World Health Organization, WHO*)

UNAIDS *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (prev. Zajednički program Ujedinjenih naroda o HIV / AIDS-u)

Sadržaj:

1. UVOD	1
2. HIV	2
2.1. Faze bolesti	2
3. STARENJE	3
3.1. Proces starenja	5
3.2. HIV i starenje	5
4. EPIDEMIOLOGIJA	6
4.1. HIV/AIDS u svijetu i Europi	6
4.2. Epidemiološki podaci za Hrvatsku	7
4.3. Oboljeli od HIV-a i AIDS-a u skrbi	8
5. GERIJATRISKI SINDROM/ KRHKOST	9
6. KOMORBIDITETI.....	9
6.1. Imunološki sustav	10
6.2. Kardiovaskularne bolesti	11
6.3. Respiratorni sustav	11
6.4. Bolesti jetre	12
6.5. Bolesti bubrega.....	12
6.6. Endokrinološke bolesti	12
6.7. Zdravlje kostiju	13
6.8. Maligne bolesti	13
6.9. Menopauza.....	14
6.10. HIV i psihijatrijski problemi.....	14
6.11. Kognitivni problemi	15
6.12. Bihevioralni čimbenici rizika za HIV	16
7. HIV i SEKSUALNA STAROST	16
8. DIJAGNOZA I LIJEČENJE	18
9. POLIFARMACIJA.....	19
10. PROBIRANJE I PREVENCIJA KOMORBIDITETA.....	19
11. ODREĐIVANJE PRIORITETA.....	21
12. SOCIJALNI I EMOCIONALNI PROBLEMI	22
13. USPJEŠNO STARENJE S HIV-om	23
14. KOMUNIKACIJA.....	23
15. STIGMA I DISKRIMINACIJA.....	26
16. DOMOVI ZA STARIJE I NEMOĆNE	27
17. PALIJATIVNA SKRB	28

18. SESTRINSTVO U SKRBI	29
ZAKLJUČAK.....	31
LITERATURA.....	32
ZAHVALA.....	37
ŽIVOTOPIS.....	38

IZAZOVI SESTRINSKE SKRBI ZA STARIJE OSOBE ZARAŽENE HIV-OM

ŽELJKA RAŠIĆ

SAŽETAK

Kada se prvi put pojavila bolest AIDS, opisana je kod mladih muškaraca koji su vrlo brzo umirali. Očekivano trajanje života većina bolesnika bilo je od nekoliko dana do nekoliko tjedana rijetko nekoliko mjeseci. Kasnije se utvrdilo da je uzrok virus humane imunodeficijencije odnosno HIV. No, pojavom vrlo učinkovitog antiretrovirusnog liječenja bolest više nije bila povezana s brzim smrtnim ishodom te ideja o starenju s HIV infekcijom iz teoretskog promaknuta je u stvarnost. S obzirom da je HIV infekcija postala kronična bolest, medicinske sestre brinut će se za sve veći broj bolesnika starije populacije. Budući da medicinske sestre ponajviše vremena provode uz bolesnika, svjesnost o potrebama nove populacije već su prepoznate.

Hrvatska ima epidemiju niske razine, međutim zbog ranog otkrivanja novih infekcija u mladim osobama, udio starijih osoba u skrbi još uvijek je nizak. S toga skrb za starije osobe zaražene virusom HIV-a predstavlja veliki izazov za sve zdravstvene djelatnike. Pružanje skrbi mora uzeti u obzir osim mnogih komorbiditeta koje prati starenje, socijalnu ranjivost te probleme stigme i diskriminacije s kojima se susreću starije osobe inficirane HIV virusom.

Sestrinstvo ima novu ulogu u skrbi, a pri tom mora definirati uspješno starenje i odrediti nove smjernice kako to postići u novoj populaciji.

Ključne riječi: starenje, HIV infekcija, medicinska sestra, skrb

CHALLENGES IN NURSING CARE OF ELDERLY HIV-INFECTED INDIVIDUALS

ŽELJKA RAŠIĆ

SUMMARY

The first time AIDS was mentioned it was described as an illness inflicting men who were dying at a fast rate. The estimated life-span of patients were from a few days to a few weeks and rarely, a few months. It was later discovered that the cause of the illness was the human immunodeficiency virus, i.e. HIV. After the appearance of a very efficient antiretroviral therapy the illness was no longer linked to a quick death and the idea of growing old with HIV went from theory to reality. As HIV became a chronic illness nurses were going to be taking care of a growing number of elderly patients. Having in mind that nurses spend most of their time with patients, the needs of the new populations are already recognised.

The epidemic in Croatia is at a low, however with the discovery of the illness in younger generations, the elderly patients in care are still low. Therefore, care for the elderly infected with HIV presents a great challenge for all health-care professionals. When caring for such patients one has to take into consideration, aside from the comorbidity which accompanies old age, the social vulnerability, stigma and discrimination these elderly patients with HIV face.

Nursing has a new role in caregiving and it needs to define successful ageing and determine new guidelines on how to achieve this with the new population.

Key words: old-age, HIV infection, nurse, care

1. UVOD

Većina literature o infekciji virusom humane imunodeficijencije (HIV) u starijih odraslih osoba definira starije od 50 godina. S porastom preživljavanja pacijenata koji su zaraženi HIV-om na antiretrovirusnoj terapiji (ART) i povećanim pronalaženjem slučajeva sa širim HIV-om, udio pacijenata s HIV-om u ovoj starijoj dobnoj skupini značajno je porastao (Greene i sur., 2013).

Poznato je da je epidemija uzrokovana virusom humane imunodeficijencije (HIV) prvo prepoznata u SAD-u početkom osamdesetih godina prošloga stoljeća te kratko nakon toga i u ostatku svijeta. Prije pojave kombinacije antiretrovirusne terapije (ART), preživljavanje je bilo od nekoliko dana do nekoliko tjedana te iz tog razloga zavladao je veliki strah i pomutnju mlađe MSM populacije. Dostupnost terapije tijekom devedesetih godina nudilo je nadu u mogućnost da HIV postane kronična bolest. Teorija koja se tada činila daleko danas je stvarnost. Danas, osobe zaražene HIV virusom, a koji se liječe te redovito uzimaju ART uspješno žive s bolešću.

Zemlje s visokim dohotkom prve su prepoznale problem starenja u HIV pozitivnoj populaciji, gdje je postotak osoba starijih od 50 godina brzo porastao, u mnogim slučajevima do preko 50%. S obzirom da je informacija o starenju u HIV pozitivnoj populaciji došla iz tih područja navise se zapravo može vidjeti iz izvješća iz zapadne Europe i SAD-a. U budućnosti, isti trendovi i ista pitanja postat će važni u zemljama srednjeg i niskog dohotka. Postavljaju se mnoga pitanja koja treba istražiti od o tome hoće li HIV ubrzati sam proces starenja do pitanja kvalitete života, povećanje komorbiditeta, skrbi, gerijatijskog sindroma, psihosocijalnih problema i još mnogo drugih problema s kojim se susreću starija populacija zaražena HIV virusom.

Budući da osobe inficirane HIV virusom žive dulje, medicinske sestre se suočavaju s novim izazovom, kako rješavati probleme povezane sa starenjem u toj novoj populaciji te kako kvalitetno pružiti skrb (Alajbeg i sur., 2018).

2. HIV

Infekcija virusom humane imunodeficijencije (HIV, od engl. Human immunodeficiency virus) danas je kronična je zarazna bolest, koja kod neliječenih bolesnika u različitom vremenskom razdoblju dovodi do potpunog uništenja imunskog sustava te na samom kraju i do smrti. Od samog ulaska virusa u tijelo osoba postaje nositelj virusa i potencijalni izvor zaraze. Virus humane imunodeficijencije pripada skupini retrovirusa iz porodice lentivirusa, a pojavljuje se u dva tipa. HIV-1 i HIV-2, od kojih je HIV-1 odgovoran za pandemiju. Genetski materijal sačinjavaju dvije jednolančane molekule RNK koje se uz pomoć enzima reverzne transkriptaze (RT) „prevode“ u DNK, a u domaćinu se uz pomoć virusnog enzima intergraze ugrađuju u kromosomsku staničnu DNK. Prilikom ulaska u tijelo osobe, HIV svoj ciklus započinje interakcijom s CD4 receptorom na stanicama domaćina (u prvom redu limfociti T koji se pretežno mogu naći u limfnim čvorovima), za što je ključan njegov protein gp120, a kasnije i gp41. Stapanjem ovojnice virusa i membrane stanice domaćina ostvaruje se ulazi u citoplazmu, a nakon čega uz pomoć reverzne transkriptaze i integraze virus ugrađuje svoju DNK u kromosomsku staničnu DNK. Procesom transkripcije i translacije u stanici domaćina započinje formiranje novih, nezrelih virusnih čestica, koje će izlaskom kroz membranu stanice domaćina dobiti svoju lipidnu ovojnicu te djelovanjem virusnog enzima proteaze (koji novostvorene virusne poliproteinske komplekse cijepa na zrele proteinske komponente) maturirati u nove zarazne virusne čestice (Begovac i sur., 2006).

2.1.Faze bolesti

Od trenutka inficiranja virusom HIV-a pa do potpune razvijene bolesti, tj. AIDS-a ovisi o vremenskoj i kliničkoj prezentaciji. Prosječni vremenski period od trenutka inficiranja do ozbiljnog narušavanja funkcije imunološkog sustava, u većini slučajeva prolazi od 8 do 10 godina. O „*brzim progresorima*“ govorimo kad razvoj AIDS-a nastupa pa čak i unutar 5 godina, a to se javlja kod 10-20% inficiranih bolesnika. Suprotnost tome u 5-15% inficiranih do razvoja AIDS-a ne dođe niti nakon 15 godina trajanje infekcije, a rijetkih 1% inficiranih nema nikakvu progresiju bolesti.

Nakon ulaska virusa HIV-a u organizam izravno u krv u razdoblje od 3 do 6 tjedana započet će pojava simptoma akutne infekcije, tj. akutnog retrovirusnog sindroma, koji nastaje kao posljedica primarne viremije. U ovoj fazi korištenjem PCR metode otkriva se 10⁵ do 10⁶ kopija virusne RNK po plazmi (Begovac i sur., 2006). Simptomatologija ove faze može varirati od blage i kratkotrajne, pa do izraženijeg oblika bolesti u trajanju od 2 do 3 tjedna uz visoku temperaturu, opće loše osjećanje, mialgiju, artralgiu, osip, itd. Ovakva stanja često se može usporediti i zamjeniti sa simptomima influence (WHO 2018). U asimptomatskoj infekciji bolesnik nema subjektivnih tegoba, a u kliničkom pregledu se može utvrditi generalizirana limfadenopatija. U ovoj fazi standardna laboratorijska dijagnostika može otkriti anemiju, netropeniju i katkad izraženiju trombocitopeniju. Izraženija trombocitopenija, posebno u mlađih osoba, svakako u svojoj diferencijalnoj dijagnostici treba uključiti i mogućnost HIV infekcije. Moguć je porast razine jetrenih enzima, a zbog istih puteva prijenosa virusnih hepatitisa B, C i HIV-a treba uključiti i moguću reakciju kroničnog hepatitisa. U simptomatskoj infekciji uz već spomenute simptome i znakove od prognostičkog značaja može biti regresija generalizirane limfadenopatije. Uočavanje lokalizirane limfadenopatije pobuđuje sumnju na mogućnost pojave ne-Hodgkinova limfoma ili tuberkulozu.

Uznapredovala faza infekcije je zapravo približavanje vrijednosti CD4 limfocita do 50/ul omogućava pojavu oportunističkih infekcija, progresiju i trajno prisutne opće simptome, nastanak neoplazmi, pojavu neuroloških i kognitivnih smetnji i općenito propadanje organizma. U najčešće oportune uzročnike i infekcije ubraja se kandida, *S. pneumoniae*, tuberkuloza, *Pneumocystis jirovecii* pneumonija, kriptokokoza i toksoplazmoza koje su ujedno i najznačajnije u središnjem živčanom sustavu (Begovac i sur., 2006).

3. STARENJE

Starenje je općenito definirano kao "*funkcionalno opadanje ovisno o vremenu koje utječe na većinu živih organizama*" (Lopez- Otin i sur., 2013).

Svaka osoba stari na drugačiji i njoj svojstven način. Sam proces starenja je progresivan, stalan i postupan proces smanjenja strukture i funkcije organa i organskih sustava (UN, 2013).

Biološki gledano starenje je rezultat nagomilanih promjena u organizmu, odnosno oštećenja na molekularnoj i staničnoj razini, što dovodi do postupnog smanjenja fizičke, ali i mentalne sposobnosti. Tako se povećava rizik od različitih bolesti i na kraju smrti. Proces je neprekidan, progredira i varira ovisno o osobi, nizu genetskih faktora i utjecaju okoline (Samaji i sur., 2014).

Samo starenje počinje vanjskim znakovima koji se javljaju mnogo ranije no što mislimo, a slikovito starenje možemo podijeliti u tri faze.

Prva faza započinje promjenama koje su specifične za ponašanje odnosno osobnosti pojedinca. Kod osobe zamjećuje se slaba koncentracija, brzo umaranje tijekom obavljanja jednoličnih poslova, problemi sa spavanjem, neočekivani emocionalni padovi i usponi, razdražljivost, plačljivost i agresivnost, loše raspoloženje, rastresenost, depresija, nesanica, pojava nekontroliranog straha i oslabljeno pamćenje.

Druga faza okarakterizirana je fizičkim izgledom pojedinca. Dolazi do promjena u strukturi noktiju, kose i kože. Smanjuje se elastičnost kože zbog smanjenja kolagena u stanicama, koža se suši i peruta, pojavljuju se bore, pigmentirane mrlje i iritacije kože. Koža se stanjuje zbog poremećaja ravnoteže između pojave novih stanica kožnog epitela i odumirućih starih stanica, zbog čega dolazi do usporavanja rasta novih stanica i povećanja sadržaja odumirućih stanica kože. Sličan proces odvija se i kod kose. Zbog nedovoljnog unošenja minerala i vitamina u organizam (vitaminske kreme i balzami za kosu nisu dovoljno učinkoviti jer ih koža i kosa ne apsorbiraju), kosa mijenja svoju strukturu, postaje kruta, tanka, bez sjaja, pojavljuju se sijede vlasi. Kod muškaraca često dolazi do pojave ćelavosti, a kod žena do prorjeđivanja i kose.

Treća faza starenja povezana je s promjenom figure. Mnogi ljudi postaju gojazni što za njih nije karakteristično, te se povećava se količina mase masnog tkiva. U organizmu dolazi do pojave mnogih negativnih promjena, do poremećaja rada mnogih organa i sustava, uključujući i koštano tkivo, osobito u kralježnici koja ne može izdržati težinu te se počinje deformirati (Alajbeg i sur., 2018).

3.1. Proces starenja

Stanja kao što su gubitak sluha, katarakta, degenerativne promjene u koštano-zglobnom sustavu, kronične opstruktivne bolesti pluća, srčano popuštanje, dijabetes, depresija i demencija javljaju se češće i uglavnom kod starijih osoba. Međutim, neke osobe stare 80 godina mogu imati fizičke i mentalne sposobnosti kao i oni dvadesetak godina mlađi, dok su drugi iste dobi krhki odnosno slabije sposobnosti te im je potrebna pomoć drugih osoba. Poznato je da neki ljudi dožive pad fizičkih i mentalnih sposobnosti u mnogo mlađoj starosnoj dobi. Istraživanja ukazuju na povezanost genetike, okoline i ljudskog životnog vijeka (Alajbeg i sur., 2018).

3.2. HIV i starenje

Očekivano trajanje života pacijenata s HIV-om liječenih antiretrovirusnom terapijom (ART) se produljilo, a definicija AIDS-a izgubila većinu epidemioloških i kliničkih značajki zbog dobivenog imunološkog oporavka pomoću velikih primjena učinkovitih antiretrovirusnih kombinacija. Dugotrajno preživljavanje osoba s HIV infekcijom i kasno prepoznavanje bolesnika s bolešću doprinijet će progresivnom povećanju incidencije bolesti kod pacijenata u dobi od 50 do 60 godina ili više u bliskoj budućnosti. Do sada dostupnih ograničenih podataka pokazuju da antiretrovirusna terapija ima sličnu virološku učinkovitost kod starijih osoba u usporedbi s mlađim pacijentima. No, imunološka rekonstitucija je često sporija i slabija prema dobi, iako neke dobro osmišljene studije pokazuju da funkcija timu može se očuvati u odraslih pa čak i u starijoj dobi (Manfredi i Calzal, 2004).

Starije osobe s HIV infekcijom imaju povećani rizik od asimptomatske ishemijske bolesti srca, dijabetesa i toksičnosti bubrega i jetre u usporedbi s mlađim osobama koje imaju HIV infekciju (Carr i sur., 2008). U usporedbi s mlađim osobama koje su inficirane, oni također imaju povećani rizik od razvoja određenih stanja povezanih s HIV/AIDS-om (Longo et al 2008). Prisutnost raznih komorbiditeta te njihovo liječenje predstavljaju poseban izazov u liječenju osoba koji žive s HIV-om zbog mogućeg većeg potencijala za farmakološke interakcije i toksičnosti. Osim toga, starije osobe s HIV infekcijom mogu doživjeti "*dvostruku*

stigmom". Istraživanja su pokazala da se mnogi suočavaju stigmom povezanom samim starenjem, ali i dodatnom stigmom povezanu s HIV-om/AIDS-om (Shippy i Karpiak, 2005).

Prevenције usmjerene na starije osobe inficirane HIV-om bile su rijetke. U usporedbi s mlađim osobama, starije osobe će jednako ili čak i više ući u rizično seksualno ponašanje, kao što su mnogi seksualni partneri i prilikom toga neće koristiti kondom (Gott, 2001). Ipak, inicijative za sprečavanje prijenosa HIV-a u ovoj dobnoj skupini bile su ograničene u odnosu na mlađe osobe. Razlog tomu, vjerojatno je zbog pogrešnih predodžbi i diferencijalnih simptoma povezanih s starenjem, mnoge starije osobe nisu testirane na HIV, barem ne na vrijeme kako bi im se pomoglo odnosno kako bi se na vrijeme započelo sa terapijom. U konačnici, starije osobe s HIV-om suočavaju se s određenim nedaćama u smislu komorbidnih stanja i stigme u usporedbi s njihovim mlađim kolegama (Gebo, 2009).

4. EPIDEMIOLOGIJA

4.1. HIV/AIDS u svijetu i Europi

U svijetu je, prema procjenama SZO-a i UNAIDS-a, 2015. godine s HIV infekcijom živjelo 36,7 milijuna ljudi, od čega je bilo 2,1 milijuna novih slučajeva zaraze HIV-om. Od posljedica AIDS-a umrlo je 1,1 milijun ljudi.

Prema podacima Europskog centra za prevenciju i kontrolu bolesti (ECDC/WHO) 2015. godine je u 31 zemlje Europske Unije (EU/EEA) ukupno zabilježeno 29.747 novih slučajeva infekcije HIV-om i AIDS-a (na temelju podataka sustava prijave zaraznih bolesti), što čini opću stopu od 6,3 na 100.000 stanovnika. Spolni odnos između muškaraca (MSM) je i dalje najčešći prijavljeni put prijenosa (42 %) među svim dijagnozama HIV infekcije i AIDS-a u EU/EEA. Drugi najčešći put prijenosa je spolni odnos između žene i muškarca (32 %), dok put prijenosa injektiranjem droga čini 4 %.

Posljednjih se godina u Hrvatskoj bilježi porast novodijagnosticiranih slučajeva među muškarcima koji prakticiraju spolni odnos s osobama istog ili oba spola i njihov je udio sve veći (HZJZ, 2016).

4.2.Epidemiološki podaci za Hrvatsku

Prema podacima Registra za HIV/AIDS, u razdoblju od 1985. godine, kada su zabilježeni prvi slučajevi zaraze HIV-om u Hrvatskoj, do kraja 2016. godine je zabilježeno ukupno 1433 osoba kojima je dijagnosticirana infekcija HIV-om, od čega ih je 480 oboljelo od AIDS-a. U istom je razdoblju od HIV-a odnosno AIDS-a umrlo 254 osoba.

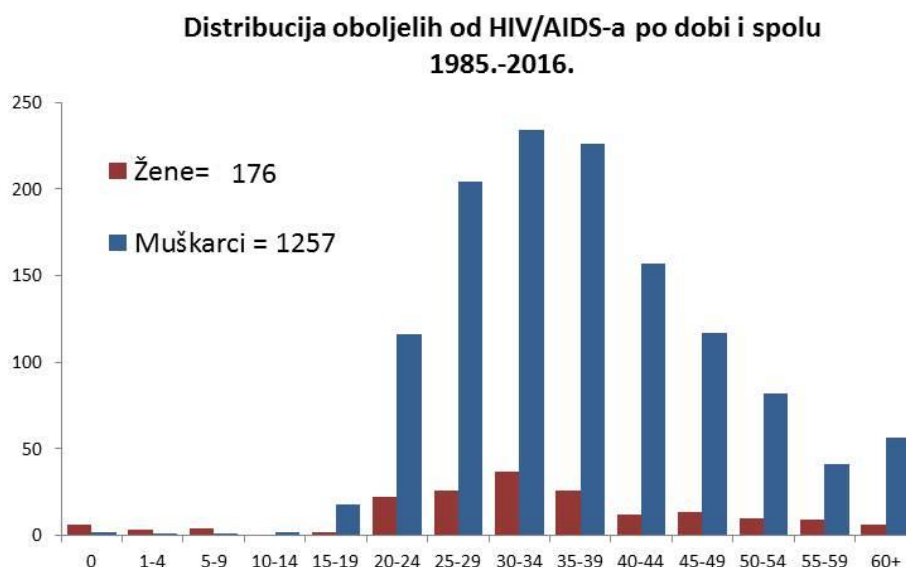
U 2016. godini je u Hrvatskoj zabilježeno 109 novih slučajeva infekcije HIV-om i AIDS-a, što je na razini prošle godine, te se nastavlja blag porast pojavnosti.

Posljednjih se godina u Hrvatskoj prosječno godišnje bilježi 95 novodijagnosticiranih slučajeva infekcije HIV-om, što stopom od 21 na milijun stanovnika i Hrvatsku svrstava među zemlje s niskom učestalošću HIV infekcije.

Novi slučajevi zaraze HIV-om u Hrvatskoj pokazuju blagi trend porasta pojavnosti unazad nekoliko godina, sa stabilnim trendom oboljelih i umrlih od AIDS-a, što dijelom možemo objasniti uspješnijim otkrivanjem infekcije preventivnim aktivnostima testiranja (u zdravstvenim ustanovama i zajednici), te dostupnošću antiretrovirusne terapije koja, ako je uspješna, omogućuje gotovo normalan i dug životni vijek osoba zaraženih HIV-om (Slika 1.). Antiretrovirusna terapiji je u Hrvatskoj od 1997./1998. godine dostupna i besplatna za pacijente (troškove pokriva Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje). Liječenje zaraze HIV-om u Hrvatskoj je prema parametrima preživljenja i zadržavanja u skrbi dobro i uspješno, čime se poboljšava prognoza i kvaliteta života oboljelih te pomaže u sprečavanju prijenosa infekcije HIV-om na druge ljude.

Iako se postotak novootkrivenih osoba s HIV infekcijom koje imaju i AIDS smanjuje u odnosu na sve novootkrivene osobe kojima je dijagnosticirana ova infekcija, još je uvijek nepovoljno to što se dio zaraza HIV-om otkrije u kasnom stadiju HIV infekcije ili kad je zaražena osoba već oboljela od AIDS-a.

Od ukupnog broja svih slučajeva zaraze HIV-om (kumulativ), 88 % (1 257) su muškarci, a 12 % (176) žene. Od ukupnog broja slučajeva HIV/AIDS, najveći broj zaraza HIV-om (53 %) se dijagnosticira u dobnim skupinama od 25 do 39 godina (HZJZ, 2016).



Slika 1. Dobna raspodjela slučajeva HIV-a/AIDS-a (kumulativ) u vrijeme dijagnosticiranja HIV infekcije u Hrvatskoj u razdoblju 1985. – 2016. godine (N=1433)

Izvor: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-zarazne-bolesti/epidemiologija-hiv-infekcije-i-aids-a-u-hrvatskoj/>

4.3. Oboljeli od HIV-a i AIDS-a u skrbi

U Hrvatskoj, u posljednjih nekoliko godina u skrbi bilo je 223 osoba koje žive s HIV-om, a koje su u dobi 50 godina i starije. U 2015. godini, udio osoba oboljelih od HIV/AIDS-a u dobi 50 godina i starijih iznosio je 29% ili 273 od ukupnog broja osoba zaraženih HIV-om u skrbi (953), što čini stopu od 164 na 1 000 000 stanovnika u dobi iznad 50 godina. Od 273 osobe u skrbi u dobi 50 godina i starije, bilo je 233 (85%) muškarca, najveći broj (100 ili 37%) bio je u dobnoj skupini od 50 do 54 godine (88 muškaraca i 12 žena) (Alajbeg i sur., 2018).

5. GERIJATRISKI SINDROM/ KRHKOST

Krhkost (engl. frailt) ili slabost je uspostavljena kada su prisutne najmanje tri od sljedećih osobina: iscrpljenost, spora brzina hodanja, niska razina tjelesne aktivnosti, slabost i gubitak težine. Čini se da HIV infekcija ubrzava razvoj slabosti, čak i kada bolesnik pokazuje virusnu supresiju pod utjecajem ART-a. Pored HIV-a, slabost je također povezana s dobi, ženskim spolom, niskom razinom školovanja, individualnošću, zloupotrebom lijekova koji nisu lijekovi i depresivnim simptomima. Pojam "*gerijatrijski sindromi*" korišten je za opisivanje širokog raspona stanja povezanih s starenjem koje predviđaju nepovoljne kliničke ishode. (Inouye i sur., 2007). Za bolesnike s HIV-om, gerijatrijski sindromi obično uključuju sljedeće urinarna inkontinencija, poteškoće s aktivnostima svakodnevnog života, usporeni hod, senzorni nedostaci kao što su gubitak sluha i vida i neurokognitivno oštećenje. Istraživanja su pokazala visoku učestalost gerijatrijskih sindroma kod osoba starijih od 50 godina s HIV infekcijom (Green i sur., 2015).

Gerijatrijski sindromi uključuju slabost, koja sama po sebi daje rizik od pobola, hospitalizacije i smrtnosti. Čimbenici rizika za krhkost uključuju nisku koncentraciju CD4, druge komorbidnosti poput hepatitisa C, pretilosti i drugih gerijatrijskih sindroma, kao i socijalnih čimbenika, uključujući niže obrazovanje (Brother i sur., 2014).

6. KOMORBIDITETI

Osobe inficirane s HIV virusom imaju visok stupanj komorbiditeta i multimorbiditeta., Svjetska zdravstvena organizacija (WHO), multimorbidnost definira kao dva ili više kroničnih zdravstvenih stanja (Le Reste i sur., 2015).

Osobe inficirane s HIV virusom imaju veću stopu dobnih komorbiditeta, poput hipertenzije, šećerne bolesti, zatajenja bubrega, kardiovaskularnih bolesti i prijeloma, koji se javljaju u prosjeku 10 godina ranije (Guaraldi i sur., 2011).

Drugi uobičajeni komorbidnosti uključuju osteoporozu, slabost, bolest jetre i neurokognitivni poremećaj. Smatra se da su ti komorbiditeti povezani s nekoliko čimbenika, uključujući

izravnu toksičnost od virusa, kroničnu upalu, kroničnu imunosupresiju, toksičnost povezanu s ART-om i povišene stope visokorizičnih zdravstvenih ponašanja u ovoj populaciji.

Kako je ishod smrti od AIDS-a i oportunističkih infekcija smanjen zbog primjene i dostupnosti antiretrovirusne terapije, bolesti povezane sa starenjem sve su češća. U retrospektivnoj analizi baze podataka o zdravstvenoj skrbi SAD-a (komercijalni, Medicaid i Medicare) između 2003. i 2013. godine, uključujući više od 60.000 bolesnika inficiranih s HIV-om, najčešći komorbiditeti bili su: esencijalna hipertenzija, hiperlipidemija i endokrine bolesti (Gallant i sur., 2007). Udio bolesnika sa svakom od ovih dijagnoza povećao se tijekom desetogodišnjeg razdoblja istraživanja i bio je najviši u Medicare korisnicima. Ostali prijavljeni komorbiditeti uključivali su dubinsku vensku trombozu, infekciju virusom hepatitisa C, oštećenje bubrega, bolest štitnjače i bolest jetre.

Bolesnici koji su primali terapiju s prvim kombinacijama inhibitora hiv inicijalno su razvili metaboličke probleme poput dijabetesa i lipodistrofije. Sadašnja generacija inhibitora HIV-a čini se da uzrokuje manje problema, iako je važno shvatiti da su dva prethodno spomenuta poremećaja jasno prisutna i da se njihova učestalost povećava kako bolesnici stare.

Kod osoba koje su se inficirale HIV-om u dobi 60+, HIV će brže napredovati prema krajnjoj fazi bolesti ako se ne koristi ART-a nego kod mlađih osoba. Također se smatra kako HIV utječe na brže starenje imunološkog sustava, što je mnogo više izraženo kod osoba kod kojih se infekcija HIV-om ne liječi (Alajbeg i sur., 2018).

6.1. Imunološki sustav

Zaključak brojnih istraživanja je da starije osobe zbog smanjenog imuniteta češće obolijevaju od zaraznih bolesti i umiru od istih. Infekcije respiratornog sustava, a osobito upala pluća, vodeći su uzrok smrti kod osoba 65+ godina u cijelom svijetu. Kod osoba starije dobi smanjen je imunološki odgovor na različite uzročnike bolesti, a isto tako je i smanjen odgovor na cijepljenje.

Razgradnja, transformacija i eliminacija antiretrovirusne terapije kod starijih osoba je smanjena, što ima za posljedicu povećanu toksičnost ovih lijekova. Dugotrajna upotreba

ART-a, odnosno pojedinih grupa lijekova, može povećati rizik od srčanog udara i pojave srčanih bolesti (Alajbeg i sur., 2018).

6.2. Kardiovaskularne bolesti

Osobe koje su starije od 50 godina imaju veći rizik za kardiovaskularnu bolest (Berry i sur., 2012). S starenjem, populacija bolesnika zaraženih HIV-om, vjerojatno je da će se stope kardiovaskularnih bolesti povećati ako se ne započne s prevencijom, kao što je prestanak pušenja, smanjenje težine. Kod osoba s infekcijom HIV-a, kardiovaskularne bolesti javljaju se u ranije nego kod osoba koje nisu inficirane HIV-om, stoga je važno znati i prepoznati pojavu prvih simptoma bolesti.

Nekoliko istraživanja pokazalo je da su stope srčanog udara i koronarne bolesti srca do dva puta veće kod osoba inficiranih HIV-om nego kod ne inficiranih. Istraživanja pokazuju da je opasnost od akutnog infarkta miokarda gotovo 50% veća kod osoba starije populacije s HIV infekcijom u odnosu na istu populaciju osoba koje nisu inficirane. Rizik od srčanog udara najveći je kod osoba s HIV-om koje imaju mali broj CD4 T limfocita, a viši broj kopija virusa HIV-a u krvi (Alajbeg i sur., 2018).

6.3. Respiratorni sustav

Kod osoba koje su inficirane HIV virusom česte su plućne bolesti te su češći rak pluća, infekcije pluća i emfizem. Redovito korištenje ART-a značajno smanjuje vjerojatnost pojave ozbiljnih i/ili fatalnih plućnih infekcija povezanih s HIV-om. Danas se javljaju bolesti netipična za ovu populaciju, umjesto oportunističkih infekcija kao što je *Pneumocystis carinii* pneumonija (PCP), udruženo s infekcijom HIV-om. To su zapravo bolesti koje se javljaju u starijoj životnoj dobi ili kod pušača. Poznato je da pušenje za oko dvadeset puta povećava rizik i ozbiljnost brojnih opasnih plućnih infekcija, poput pneumonije, emfizema pluća i raka pluća (Alajbeg i sur., 2018).

6.4. Bolesti jetre

Koinfekcija virusima hepatitisa B i C (HBV i HCV) vrlo je česta kod bolesnika zaraženih HIV-om zbog zajedničkih putova prijenosa. Kronični hCv javlja se u 10-40% osoba zaraženih HIV-om, ovisno o grupi rizika HIV-a. I kronična hbv i hCv infekcija razvijaju se brže i ozbiljnije u prisutnosti liječene HIV infekcije. Tumor jetre može se razviti u cirotičnoj jetri nakon nekoliko godina, što samo po sebi pridonosi smrtnosti. Uporaba alkohola također povećava rizik od ciroze jetre. Višak tjelesne težine i neki antiretrovirusni lijekovi također uzrokuju masnu degeneraciju jetre koja može dodatno stimulirati fibrozu jetre (Nunez, Soriano, 2005; Rockstroh i Spengler, 2004).

6.5. Bolesti bubrega

U Europi osobe koje žive s HIV-om imaju narušenu funkciju bubrega, u usporedbi s 2% opće populacije (Alajbeg i sur., 2018). Na samom početku epidemiji HIV-a, jedinstven oblik progresivne bubrežne bolesti prepoznat je prvenstveno kod afričkih Amerikanaca, nazvanih HIV nefropatija. Uvođenjem učinkovitog ART-a u 1990-ima, incidencija nefropatije HIV-a se znatno smanjila. Međutim, trenutačna učestalost kronične bolesti bubrega i dalje je povećana kod svih dobnih skupina u HIV pozitivnim bolesnika u usporedbi s neinficiranim osobama (Valcour i sur., 2004). Čimbenici rizika za bubrežnu bolest kod HIV pozitivnih osoba uključuju dob, crnu rasu, dijabetes melitus, hipertenziju, nizak broj CD4, visoku količinu virusa, upalne markere i određene lijekove kao što je tenofovir (Cohen i sur., 2015).

6.6. Endokrinološke bolesti

HIV povećava rizik od endokrinoloških poremećaja kao što su hipogonadizam, hipotireoidizam, insuficijencija nadbubrežne žlijezde, hiperprolaktinemija, hiperkortisolizam, dislipidemija i diabetes mellitus. Svi ti endokrinološki poremećaji mogu utjecati na seksualno funkcioniranje. Čak i nakon uvođenja ART 20% HIV-pozitivnih osoba prijavljuje

insuficijenciju testosterona, što se podudara sa simptomima kao što je umor, nedostatak energije, nedostatak mišićne snage.

Metabolički sindrom je karakteriziran centralnim tipom debljine, hipertenzijom, i metaboličkih poremećaja, koji pridonose značajnom riziku za kardiovaskularne bolesti i dijabetesa. Slično tome, rizik razvoja dijabetesa melitusa u HIV populacijama nije dobro istražen (Nkhoma i sur., 2010).

6.7. Zdravlje kostiju

Određeni stil života i hormonski čimbenici koji povećavaju rizik od poremećaja metabolizma kostiju prevladavaju u bolesnika s HIV-om. To uključuje fizičku neaktivnost, smanjen unos kalcija i vitamina D, pušenje cigareta, uporaba alkohola, depresija, uporaba opijata i niske razine testosterona. Rizik od osteoporoze je tri puta veći kod osoba inficiranih HIV-om nego u negativnoj populaciji i može biti još veći kod pacijenata koji koriste inhibitore proteaze. (Brown et al. 2006) Postoje mnogi čimbenici rizika koji ubrzavaju osteoporozu, kao naprimjer kod muškaraca niska razina testosterona. (Wunder i sur., 2007), kod žena nakon menopauze niže razine estrogena, uporabe alkoholnih pića, nedostatka vitamina D i nedovoljnu fizičku aktivnost. (Rodriguez i sur., 2009)

6.8. Maligne bolesti

Povećane stope kaposijevog sarkoma i ne-Hodgkin B limfoma prepoznate su početkom epidemije HIV-a. Kaposijev sarkom ima stope od 1000 puta, a ne-Hodgkin B limfom stope su stotinu puta veći od onih u ne-HIV populaciji. Nakon druge neoplazme zabilježeno da se događaju češće kod HIV pacijenata, uključujući primarni limfom centralnog živčanog sustava, invazivni karcinom pločastih stanica cerviksa, karcinom pluća, karcinom anusa, Hodgkinovog limfoma, raka jetre, i karcinom pločastih stanica glave i vrata. S pojavom učinkovitog ART-a zabilježen je dramatičan pad incidencije mnogih zloćudnih bolesti, posebice Kaposijevog sarkoma i ne-Hodgkin B limfoma (Simurd i Pfeiffer, 2011).

Učestalost drugih karcinoma virusno povezanih, je ili ostala ista ili je malo porasla. Stope kože i raka pluća su i dalje visoke, ali su stope raka dojke, debelog crijeva i raka prostate nije povećan u odnosu na opću populaciju (Silverbeg i sur., 2015).

Kako osobe s HIV-om stari, stope svih karcinoma, osobito pluća, prostate, kolorektuma i grudi, povećat će se. Procjenjuje se kumulativna incidencija raka u dobi od 75 godina za HIV pozitivne osobe povećan je za Kaposijev sarkom, limfom non-Hodgkin B stanica, rak pluća, analni karcinom, karcinom jetre, i Hodgkin limfoma, kod HIV-pozitivnih osoba (Silverbeg i sur., 2015).

6.9. Menopauza

Povećano preživljavanje žena inficiranih HIV-om znači da će većina tih žena doći do menopauze. Još uvijek nema dovoljno istraživanja o potencijalnom učinku HIV-a na početku menopauze. Neki istraživači smatraju da je ranija pojava menopauze u ovoj skupini povezana s čimbenicima rizika kao što su pušenje, uporaba droge, afrički podrijetlo i niža obrazovna razina. U populaciji hiv pozitivnih žena razina imunološkog supresije, nedostatka tjelesne aktivnosti i nedavne uporabe droga činili su se kao pojedinačni čimbenici koji doprinose eventualnom ranom početku menopauze. Rani početak menopauze također uključuje povećani rizik od određenih poremećaja kao što su osteoporoza, kardiovaskularne bolesti i povećani rizik od smrti (Eastell, 2003).

6.10. HIV i psihijatrijski problemi

Podaci iz SAD-a pokazuju da su depresivni poremećaji (36%) i distimija (26%) najčešće dijagnosticirani psihijatrijski poremećaji u HIV inficiranih bolesnika. Dysthimija je psihološki poremećaj, blaga vrsta depresije koja karakterizira nedostatak užitka i užitka u životu. Poremećaj traje duže od velikog depresivnog razdoblja.

Vrlo malo studija objavljeno je o psihijatrijskim problemima kod HIV-inficiranih osoba starih 50 i više godina. Heckman i sur. (2002) izvijestili su o blagim do ozbiljnim simptomima depresije u 25% populacije HIV-inih bolesnika starijih od 50 godina. Goodkin i sur. (2003) opisao je da su epizode depresije češće kod osoba starijih od 50 godina inficiranih HIV-om. Klinički gledano depresija se javlja u 8 do 20% muškaraca i žena s HIV-om (Ciesla i Roberts 2001; Berg i sur. 2004). Uspješno liječenje antidepresivima često ostavlja bolesniku seksualnu disfunkciju. To može dovesti do ponovne pojave depresije ili smanjene terapijske primjene. S toga, u kliničkoj praksi liječnik i medicinska sestra trebaju se raspitivati o mogućim negativnim učincima na spolnu funkciju uporabom antidepresiva i po potrebi prilagoditi lijekove (Rosen i sur., 1999).

6.11. Kognitivni problemi

Neurokognitivni poremećaji povezani s HIV-om odnose se na niz problema koji mogu biti uzrokovani samim HIV-om kod nekih bolesnika, čak i onda kada se liječe ART-om. Takvi kognitivne promjene mogu biti osobito duboke povezane s poviješću zlouporabe različitih supstancija (Vance i Burrage, 2006). To je važno imati na umu prilikom promatranja osoba inficiranih HIV virusom starije dobi jer može biti uznemiravajuće te smanjiti njihovu kvalitetu života (Vance i sur., 2008). Takve kognitivne promjene mogu utjecati na svakodnevne aktivnosti poput vožnje automobila, instrumentalne aktivnosti svakodnevnog života, kao što su uzimanje lijekova, upravljanje financijama, i ostalo (Heaton i sur., 2004). Zaboravljanjem uzimanja lijekova, starije osobe sklonije su virusnoj mutaciji, što može ugroziti imunološki sustav zbog čega je liječenje HIV-om kompliciranije.

Bez obzira na razlog, ne pridržavanje redovitog režima uzimanja lijekova može dovesti do viralne mutacije koja uzrokuje neurološke posljedice i kognitivni smetnje. S druge strane, takav pad kognitivnog funkcioniranja može dodatno pogoršati uzimanje lijekova. Na taj način, rezultira smanjenom kakvoćom života, bolesti, a možda i smrti.

Takve kognitivne smetnje opažene su i u svakodnevnom funkcioniranju. Istraživanja pokazuju da stariji odrasli ljudi s HIV-om koji se suočavaju s kognitivnim smrtima traje duže za obavljanje instrumentalnih aktivnosti svakodnevnog života, poput traženja broja u telefonskom imeniku. Očigledno, smanjenje ponašanja koja promiče neovisnost i autonomiju

ugrožava kvalitetu života. Doprinos takvim kognitivnim oštećenjima su socijalni padovi i emocionalni problemi kao što su anksioznost ili depresija. Istraživanja pokazuju da takav negativni emocionalni utjecaj, koji se obično povezuje s HIV/AIDS-om, također može ugroziti kognitivno funkcioniranje (Vance i sur., 2008).

6.12. Bihevioralni čimbenici rizika za HIV

Mnogi ljudi s HIV-om imaju višu stopu pušenja, zloupotreba tvari, uključujući alkohol te nisku razinu tjelesne i fizičke aktivnosti. Svako od tih ponašanja treba procijeniti na početku skrbi, a strategije za rješavanje tih pitanja trebaju biti raspravljene s bolesnikom. Pokazalo se da pušenje povećava rizik od kardiovaskularnih bolesti, kroničnih bolesti pluća i zloćudnih bolesti kod HIV pozitivnih pojedinaca. Uz porast pretilosti, HIV pojedinci će biti izloženi riziku od šećerne bolesti i hipertenzije. Treba ponuditi prehrambene savjete i programe smanjenja težine (Alajbeg i sur., 2018).

7. HIV i SEKSUALNA STAROST

Seksualni poremećaji nisu uzrokovani samo učincima samog starenja, većoj učestalosti psihijatrijskih i socijalnih problema, nego i povećanjem komorbiditeta i češćim korištenjem lijekova koji negativno utječu na seksualne funkcije. U usporedbi s općom populacijom, HIV pozitivne osobe češće konzumiraju mnoge lijekove koji mogu negativno utjecati na seksualnost na različitim razinama: tablete za spavanje, umirujuće lijekove, psihofarmake, antidepresive, antihipertenzive, lijekove za snižavanje kolesterola i antacide.

Većina seksualnih problema kod HIV inficiranih muškaraca i žena ima primarnu ili sekundarnu psihijatrijsku komponentu. Većina studija ističe da psihijatrijski i socijalni čimbenici, čak i više kod žena nego kod muškaraca, igraju važniju ulogu od neposrednih fizičkih učinaka HIV-a i ART-a (Florence i sur., 2004; Bell i sur., 2006). HIV dijagnoza promijenila je značenje seksualnosti te ga pretvorilo se u nešto „*opasno*“. Postoji strah od zaraze HIV-negativnog partnera i / ili postoje osjećaji krivnje i srama o seksualnom ponašanju

koje je uzrokovalo HIV infekciju. Problemi osamljenosti znatno su češći kod starijih homoseksualnih, lezbijki i biseksualnih odraslih osoba nego kod heteroseksualne populacije (Fokkema i Kuyper, 2009).

Unutar homoseksualne populacije nedostaje solidarnost s starijim HIV-om inficiranih homoseksualnim muškarcima. To se može neutralizirati postavljanjem grupa za raspravu i kontaktima i mrežama za podršku. Homoseksualnost je još uvijek tabu tema unutar institucija i nedostatka otvorenosti o HIV-u. Ako su i osoblje i kooperacije pravilno informirani o problemima HIV-a, to bi trebalo dovesti do poštovanja i skrbi. Stariji HIV-inficirani homoseksualni muškarci više vole odlazak u zdravstvenu ustanovu posebno usmjerenu prema HIV-om inficiranim pojedincima. Čini se da je ta želja proizašla iz nezadovoljstva liječnika opće prakse, psihijatra, psihologa i socijalnog radnika koji nisu dovoljno educirali. Imaju potrebu za sigurnom okolinom i sa susretljivim djelatnicima. Seksualno izražavanje je vrlo važno za mnoge starije homoseksualne muškarce, no homoseksualni muškarci zaraženi HIV-om češće pate od seksualnih poremećaja nego muškarci bez (poznate) HIV infekcije i često imaju višestruke seksualne probleme (Mao i sur., 2009; Platteau i sur., 2005). Zdravstveni djelatnici koji se često suočavaju s (starijim) HIV-om zaraženim homoseksualnim muškarcima moraju imati znanje o starijim osobama i seksualnosti, pored njihova poznavanja gay stilova života i življenja s HIV-om.

Vrlo često partner ili bliski rođak, liječnik opće prakse, medicinske sestre jedini su bliski kontakti koji su svjesni ove situacije. Sve dok HIV infekcija ili njegovo liječenje ne stvaraju komplikacije koje ometaju svakodnevni život pacijenta, osobe s HIV infekcijom uspješno uspijevaju nastaviti živjeti bez posebne pomoći.

Nasuprot onome što se često misli, više od polovice žena iznad 50 godina seksualno je aktivno. Ipak, za starije žene nema podataka o visokorizičnom ponašanju i sigurnom seksu. Starije žene, nemaju potrebu za upotrebom kondoma u svrhu kontracepcije, a muškarci koji imaju erektilnu disfunkciju često ne vole koristiti prezervative.

Zdravstveni radnici često izbjegavaju razgovor o seksualnosti osobito s kronično bolesnim osobama, unatoč snažnoj prevalenciji seksualnih problema u ovoj skupini (Nusbaum i Hamilton 2002; Solursh i sur. 2003). Mnogi se bolesnici zauzvrat suzdržavaju od postavljanja pitanja, ili samo neizravno govore o seksualnim pitanjima, zbog osjećaja srama ili sramote ili zbog straha da budu teret zdravstvenom djelatniku, što dodatno pogoršava tu situaciju (Nusbaum i Hamilton 2002; Solursh i sur., 2003). U slučaju HIV-a, zdravstveni djelatnici

imaju nižu tendenciju aktivnog raspravljanja o seksualnosti, ali ne samo u smislu "*sigurnog seksa*" nego u drugim medicinskim situacijama, iako se osobe inficirane HIV-om svih dobnih skupina čine osjetljivijima na komunikaciju o seksualnim problemima (Platteau i van Lankveld, 2005).

U svakom posjetu bolesnika treba uzeti seksualnu povijest. Kao i kod ostalih HIV-pozitivnih populacija i sukladno smjernicama primarne zaštite, pacijenti bi trebali biti pregledani za visoko rizično seksualno ponašanje i dokaze o spolno prenosivim infekcijama tijekom svakog posjeta. Prevencija uključujući bihevioralne i farmakološke pristupe (profilaksa prije izlaganja ili PrEP) također treba naglasiti s ovom populacijom, ako je potrebno.

8. DIJAGNOZA I LIJEČENJE

Dijagnoza HIV-a i dalje ostaje problem kod starijih bolesnika, budući da nije naglašen probir i dijagnoza starijih bolesnika za HIV, a često ih ne vide ni liječnici ni sami pacijenti. Podaci ukazuju da je 18% novo dijagnosticiranih pacijenata starijih od 50 godina. Probir za HIV treba uzeti u obzir za sve starije osobe (Abrass i sur., 2012).

Trenutak početka liječenja još uvijek je kasno za velik broj pacijenata. Jedna trećina homoseksualnih muškaraca i približno polovica heteroseksualnih muškaraca i žena iznad pedeset godina imaju dijagnozu Cd4 + stanica ispod 200 stanica / mm³. Više od 20% bolesnika iznad 50 godina u usporedbi s 10% bolesnika mlađih od pedeset godina već ima simptome povezane s AIDS-om. Procjenjuje se da oko 25% HIV-om inficiranih MSM populacije još ne zna da su inficirani (Dukers i sur., 2007; Bezemer i sur., 2008).

Liječenje s ART-om treba biti ponuđeno svim HIV pozitivnim pacijentima, osim ako ne postoji medicinska ili farmakološka kontraindikacija. Nedavna studija pokazala je da osobe inficirane HIV-om u dobi od 45 do 60 godina imaju veću smrtnost od mlađih pacijenata ako se odgađa antiretrovirusni liječenje. Dakle, važno je sve osobe s HIV-om uključiti što ranije u skrb i započeti terapiju.

Izbor ART-a bit će pod utjecajem temeljnih komorbiditeta (npr. bubrežne bolesti). Ispitivanje otpornosti treba provesti u vrijeme pokretanja ART-a. Nuspojave, uključujući kosti, bubreg,

metaboličke, kardiovaskularne i jetre češće su kod starijih osoba, a nuspojave treba pažljivo pratiti i evidentirati.

Rutinsko praćenje broja CD4 i razina HIV RNA treba biti u skladu sa smjernicama. CD4 odgovori na ART smanjuju se kod starijih pacijenata u usporedbi s mlađim bolesnicima, a slab odgovor može biti povezan s većom kliničkom progresijom (Althoff i sur., 2010).

9. POLIFARMACIJA

Zbog polifarmacije stariji su bolesnici skloniji interakciji lijekova. Liječnici koji su uključeni u liječenje HIV-om inficiranih pacijenata morat će biti još svjesniji interakcija lijekova kod starijih bolesnika. Terapijski nadzor lijekova stoga će postati važniji u budućnosti, kao i uloga liječnika koji će morati pratiti različite lijekove različitih liječnika za jednog pacijenta. Polifarmacija je glavni rizik za HIV pozitivne bolesnike jer se ART sastoji od najmanje tri lijekova, a liječenje komorbiditeta često dovodi ukupno do 10 ili više lijekova. Podaci iz gerijatrijskih populacija ne inficiranih, upućuju na to da uzimanje pet ili više lijekova povećava rizik od nuspojava, interakcija s lijekovima, neprimjerene uporabe lijekova, delirija, pada, prijeloma i slabog prijanjanja. Interakcije lijekova između ART-a i drugih lijekova su glavna razmatranja, osobito inhibicija citokroma p450 koja se javlja s inhibitorima proteaze (npr. Darunavirom) i ne-nukleozidnom reverznom transkripcijominhibitori (npr., Efavirenz) (Alajbeg i sur., 2018).

10. PROBIRANJE I PREVENCIJA KOMORBIDITETA

Treba slijediti standardne smjernice za HIV-negativne osobe za screening, procjenu rizika i liječenje oba kardiovaskularnih bolesti i dislipidemije za HIV-pozitivne bolesnike. Probir hiperlipidemije treba obaviti prije i 1-3 mjeseca nakon početka ART-a.

Stariji bolesnici s HIV-om posebno su skloni bubrežnoj bolesti koja je sekundarna lijekovima (npr. Tenofovir), sam HIV, hipertenzija ili dijabetes. Svi bolesnici koji imaju HIV infekciju trebaju imati godišnje mjerenje serumskog kreatinina i izlučivanje proteina iz urina.

Svi pacijenti s HIV-om trebali bi se na samom početku pregledati za hepatitis A, B i C, a odgovarajuća cijepljenja treba dati ako pacijenti nisu imuni na virus hepatitisa A ili hepatitis B virus. Identifikacija hepatitisa C postala je osobito važno jer bolesnici koji su istovremeno zaraženi HIV-om i HCV-om imaju povećani rizik razvoja progresivne ciroze kao i hepatocelularnog karcinoma (Feeney i sur., 2015).

Ostale imunizacije su važne kao preventivne mjere, uključujući godišnje cijepljenje protiv gripe i odgovarajuće cijepljenje za pneumokoknu bolest.

Analiza raka po trenutnim smjernicama važna je zbog povećanog rizika od raka kod starijih pacijenata. Preporuka je da žene inficirane HIV virusom u samom početku trebaju učiniti PAPA test, a ako je negativna ponavlja svake 3 godine. Iako kontroverzni, mnogi praktičari preporučuju da muškarci koji su zaraženi HIV-om, žene zaražene HIV-om koje prakticiraju receptivni analni seks i one s analnim bradavicama trebaju imati godišnji analni Papa test.

Probir za osteoporozu i procjenu rizika od prijeloma treba provesti u starijih bolesnika, a liječenje treba ponuditi kada je to potrebno (Brown i sur., 2015). Probir za osteoporezu preporuča se u dobi od 50 godina kod osoba inficiranih HIV-om, a ne u 65 godini kao što je preporučeno za opću populaciju. Preventivna terapija vitaminom D (bolesnici s HIV-om često su manji od vitamina D) i kalcij treba biti rutina kod starijih HIV pozitivnih bolesnika (Overton i sur., 2015).

Probiranje za dijabetes melitus koji se sastoji od glukoze u krvi i glikiranog hemoglobina (HbA1c) treba postići prije i unutar 1-2 mjeseca nakon početka ART-a. Slično tome, probir za hiperlipidemiju treba obaviti prije i 1-3 mjeseca nakon početka ART-a. Hipogonadizam obilježen smanjenim libido i erektilnom disfunkcijom je uobičajen kod starijih HIV-pozitivnih muškaraca i, ukoliko je indicirano, potrebno je ispitati s razinom testosterona u jutarnjim razinama seruma. Androgen zamjenska terapija može biti indicirana ako su razine testosterona niske.

Stariji pacijenti trebaju biti pregledani za depresij, a ako je prisutan, liječenje selektivnim inhibitorima ponovne pohrane serotonina (SSRI) ili kognitivnom i terapijskom ponašanjem treba smatrati terapijom prvog reda. (Pinquart i Duberstein, 2007) Non-benzodiazepinski

agensi su poželjni za dugotrajno liječenje anksioznosti, posebice zbog zabrinutosti za interakciju lijekova i lijekova s benzodiazepinskim sredstvima (posebno diazepam, alprazolam i midazolam). Pored toga, pacijenti trebaju biti pregledani za neurokognitivno oštećenje i ukoliko je to prikladno za liječenje (Brouillette i sur., 2015).

11. ODREĐIVANJE PRIORITETA

Očekivanja starijih pacijenata i odgovarajuća terapija za ove pacijente bit će različita od onih kod mlađih pacijenata i tijekom vremena će se razvijati. Na primjer, agresivna terapija naprednog medicinskog stanja može biti neprikladna za starijeg bolesnika čija bi kvaliteta života mogla biti daleko važnija od potencijalne prednosti liječenja s rizicima i nuspojavama. Komunikacija između zdravstvenih djelatnika i pacijenta postaje neophodna u uspostavljanju dogovorenih ciljeva liječenja

Prognoza ljudi koji žive s HIV-om dramatično se poboljšala tijekom proteklih 20 godina, ali povećane stope komorbiditeta kao i slabosti i neurokognitivne promjene u dobi izazivaju izazove pacijentima, ali i zdravstvenim djelatnicima. Rana dijagnoza, odgovarajući tretman i prevencija, kao i odgovarajuća gerijatrijska skrb bit će bitni za dobrobit ove populacije.

Osobe koje stare s HIV-om imaju medicinske i psihosocijalne potrebe koje zahtijevaju više od osnovne skrbi. Usluge socijalne pomoći možda neće biti u mogućnosti pružiti potrebne usluge za osobe koje žive s HIV-om koje postaju sve slabije ili se suočavaju s kognitivnim oštećenjem. Medicinske sestre brinuti će se za starije osobe inficirane HIV virusom čije dosadašnje znanje o HIV-u može se učiniti jednostavnim u usporedbi s značajnim opterećenjima stigme, potrebama mentalnog zdravlja, socijalnom izolacijom, multimorbiditetom i sindromima povezanim s starenjem. Iako prakse mogu uključivati gerijatrijsku stručnost i razviti opremu s mrežom starenja usluga, sveobuhvatnija integracija prilagodit će postojeće gerijatrijske modele dugoročne skrbi za one koji stare s HIV-om (Alajbeg i sur., 2018).

12. SOCIJALNI I EMOCIONALNI PROBLEMI

Ne smije se nikako zanemariti psihosocijalni utjecaj HIV/AIDS-a na trenutnu populaciju inficiranih starijih osoba. Prije 1996. mnoge osobe inficirane HIV virusom očekivale su brz razvoj bolesti i smrt. Vođeni tom mišlju mnogi neki su uzeli velike kredite, a drugi su potrošili svoju ušteđevinu. No, perspektiva tih ljudi, koji su se složili s činjenicom da se njihovi životi približavaju kraju, dramatično su se promijenili uvođenjem ART-a. Kako se životni vijek produžio naišli su na financijske probleme s kojima se neki još uvijek bore (Verdult, 2004). Psihosocijalni problemi mogu dovesti do ovisnosti o alkoholu i drogama. Stariji homoseksualni muškarci više se ne osjećaju ugodno jer smatraju da se više nisu atraktivni životnim partnerima. Život nekih pojedinaca postao je izoliran i usamljen (Warren, 2003; Verdult, 2004).

Poznato je da socijalno povlačenje i izolacija zbog stigme povezanih s HIV-om su vrlo česti.. Socijalna izolacija može biti povezana ograničenim financijskim sredstvima koja su potrebna za sudjelovanje u društvenim aktivnostima kao što su odlazak u kazalište, kino, druženje s prijateljima, putovanje i tako dalje. Ali osobito, lipodistrofija, gubitak potkožnog masnog tkiva lica uslijed metaboličkih komplikacija ART-a, može dramatično promijeniti izgled, rezultirajući neugodnostima ili gubitka samopoštovanja, što dovodi do daljnjeg povlačenja i izolacije.

Medicinske sestre imaju važnu ulogu kod prepoznavanje socijalnih i društvenih problema s kojima se susreću starije osobe inficirane HIV-om. Socijalna podrška vrlo je važna samom bolesniku i vrlo često svoje probleme povjeruje baš medicinskoj sestri. U samoj komunikaciji važno je uzeti niz podataka o samom bolesniku, a što ne uključuje samo simptome bolesti i trenutno akutno stanje već sve elemente koji su njemu važni u svakodnevnom životu. Neke će osobe rado odmah pričati, a do nekih treba komunikacijskim vještinama i psihološkim raznim metodama doći do podataka. To uvelike ovisi o samom karakteru bolesnika, trenutnoj situaciji u kojoj se nalazi, ali i o mnogim drugim čimbenicima kao što je na primjer strah, sram... Prilikom uzimanja podataka treba imati na umu da se sagleda cijelo životno okruženje samog bolesnika. To uključuje niz elemenata koje medicinska sestra mora istražiti kako bi što bolje procijenila, prilagodila te isplanirala plan zdravstvene njege.

U jednom od istraživanja u uzorku od 113 starijih odraslih osoba s HIV-om 27% imalo je misli o samoubojstvu u proteklom tjednu (Kalichman i sur., 2000). Ova razina suicidalne

ideacije premašuje broj mlađih odraslih osoba s HIV-om. Takvi emocionalni problemi kod starijih odraslih osoba s ovom bolešću mogu pogoršati čimbenici koji su ozbiljniji u ovom kliničkom populacijom u nastajanju, kao što su stigma povezana s HIV-om, kognitivne smetnje, komorbiditeti i neuspjeh zdravlja, financijske nevolje i promjene fizičkog izgleda zbog lipodistrofije. Takva se suicidalna ideja može izraziti u uporabi različitih supstanci, ne uzimajući u obzir liječničke savjete kao što su pridržavanje redovitog uzimanja lijekova ili daljnje socijalne izolacije (Vince i sur., 2008).

13. USPJEŠNO STARENJE S HIV-om

Unatoč optimizmu sposobnosti starenja s HIV-om, interakcija toksičnosti s starenjem, HIV-om i HIV lijekovima stvara različite uvjete koji mogu ugroziti sposobnost svoje dobi da uspješno nastupi. Ipak, svi neće doživjeti te uvjete (Vince i sur., 2008). Neki će ljudi neće imati kognitivnih promjena i živjeti će na zdraviji način života koji će biti zaštitni od kognitivnih promjena i komorbiditeta. Drugi mogu imati više financijskih sredstava koja im pomažu da održe društvenu angažiranost s prijateljima i obitelji, istovremeno izbjegavajući mnoge stresore povezane sa životom. Ipak, drugi mogu prepoznati i prepustiti se svojoj duhovnosti koja će im pomoći da izazovu izazove življenja s tim komorbidnim uvjetima. Na primjer, u studiji od 50 odraslih osoba s HIV-om, 72% ispitanika navelo je da se njihova duhovnost promijenila nakon dijagnoze 44%. Od onih koji smatraju da je HIV “*blagoslov*”, imali su znatno veću vjerojatnost za manje uporabu supstanci i shvatili da su uspješno stare (Vince, 2006). Očito, duhovnost predstavlja snažan poticaj za preoblikovanje statusa bolesti i poboljšanje kvalitete života.

14. KOMUNIKACIJA

Komunikacija sa starijim osobama specifična je zbog mnogih senzornih i kognitivnih oštećenja, koja su češća u starijoj životnoj dobi pa im se, ako oštećenja postoje, treba i

prilagoditi. Iako komunikacijske poteškoće pogađaju ljude svih dobnih skupina, učestalost i kompleksnost tih stanja starenjem se povećava, a može se opisati kao stacionarna, reverzibilna ili degenerativna (Yorkston i Bourgeois, 2010).

Kod ostvarivanja dobre komunikacije važna je dobra procjena stanja samog pojedinca te individualni pristup. Važno je naglasiti da nemaju sve starije osobe neko od oštećenja te je vrlo bitno izbjeći stereotipno ponašanje prema onima koji ih nemaju, primjerice, glasno govoriti sa svim starijim osobama (Yorkston i Bourgeois, 2010).

Na komunikaciju sa starijim osobama neizbježno utječu sve fizičke i psihološke promjene kroz koje često prolaze pripadnici treće životne dobi, a najčešće od njih su gubitak i slabljenje sluha, gubitak i slabljenje vida, poteškoće u artikulaciji zvukova, poteškoće s pamćenjem, posebice one vezane uz kratkoročno pamćenje. Premda poteškoće u komunikaciji postoje u svim dobnim skupinama, zdravstveni djelatnici trebaju biti dobro educirani jer su komunikacijske poteškoće kumulativne. Rastu s dobi i od velikog su značaja u pružanju zdravstvene skrbi (Yorkston i sur., 2010). Mnogim starijim osobama zajednički je i kritični čimbenik u komunikaciji sa zdravstvenim osobljem, a to je njihova slaba zdravstvena pismenost. Uzroci slabe zdravstvene pismenosti među starijom populacijom mnogobrojni su. Uvjeti u kojima su odrastali, slaba educiranost i formalno školovanje, ali i slabljenje kognitivnih funkcija, dovode do mnogih problema u komunikaciji, nerazumijevanja dobivenih uputa i informacija, nerazumijevanja medicinskih pojmova, nekorisćenje i nerazumijevanje dostupnih online informacija (Williams i sur., 2002). Također, terminologija kojom se koriste zdravstveni djelatnici u komunikaciji s bolesnicima dodatna je barijera za bolesnike sa slabom zdravstvenom pismenošću. Pokazalo se da se zdravstveno osoblje često koristi medicinskim terminima, što u kombinaciji s ograničenim zdravstvenim rječnikom bolesnika rezultira neadekvatnom i zbunjujućom komunikacijom (Williams i sur., 2002). Prema smjernicama za liječnike obiteljske medicine, postoje određeni načini kako zdravstveno osoblje može organizacijom svakodnevnog rada olakšati komunikaciju sa svojim starijim bolesnicima (Robinson, White i Houchins, 2006).

- Naručiti starije bolesnike za početak radnoga vremena. Oni često krajem dana postanu umorni i teže funkcioniraju. Osim toga, zdravstveno osoblje je pred kraj radnog vremena užurbano, u većoj gužvi i ima manje vremena za posvetiti im se nego što je to u početku dana (Robinson, White i Houchins, 2006): Ako i postoji žurba ili nedostatak vremena, bolesnici to ne bi trebali osjetiti. Potrebno je pokušati izbjeći požurivanje

starijih bolesnika, jer oni ionako često imaju osjećaj da zamaraju svojim poteškoćama te da su njihove poteškoće zdravstvenim djelatnicima nevažne, pa će nam ih u takvoj situaciji često i prešutjeti (Williams i sur., 2002).

- . Dočekati ih. Ovo je vrlo važan korak koji omogućuje da se osjećaju ugodno i uvaženo. Potrebno im se predstaviti imenom i zanimanjem (medicinska sestra, liječnik, itd.).
- Smjestiti ih u tiho i ugodno okruženje. Potrebno je pokušati izbjeći glasne i užurbane hodnike i čekaonice. Ako je moguće, pokušati ih smjestiti na stolce s naslonjačima za ruke, kako bi lakše samostalno ustali. Ako je potrebno ispunjavanje formulara i dokumenata, potrebno im je ponuditi pomoć.
- Prostor mora imati dovoljno svjetla. Čekaonice, prostori za preglede i pretrage moraju biti svijetli, a svjetlo mora biti jednako u svim dijelovima prostorije, bez sjena. Dobro osvjetljenje pomoći će im u čitanju informativnih materijala, gledanju izražaja lica i čitanju s usana. Svi materijali, kao i imena osoblja, moraju biti napisani jasnim i dovoljno velikim slovima, lakim za čitanje (Robinson, White i Houchins, 2006).
- Biti spremni fizički ispratiti bolesnika. Fizička pratnja bolesnika između pojedinih prostora za preglede i pretrage, ali i na odlasku bolesnika, ponekad je neophodna, posebno ako su prostori udaljeni ili između njih postoje stube i druge prepreke (Robinson, White i Houchins, 2006).
- Provjeriti ih s vremena na vrijeme. Ako u čekaonicama ili prostorijama za preglede i pretrage stariji bolesnici moraju boraviti dulje vrijeme, potrebno ih je provjeriti s vremena na vrijeme, kako bi bili svjesni da nismo na njih zaboravili. Ako je iz nekih razloga produženo vrijeme čekanja, potrebno ih je o tome obavijestiti, objasniti im zbog čega čekaju i koliko će otprilike čekanje potrajati (Robinson, White i Houchins, 2006).
- Nastojati da ostanu opušteni i fokusirani. Opuštenost i fokusiranost ključni su čimbenici za dobivanje relevantnih i pravih informacija od bolesnika. Lagani dodir njihova ramena ili ruke pomoći će im da se opuste i povećati količinu njihova povjerenja. Također, potrebno ih je oslovljavati s gospodine ili gospođo i prezimenom, da bi se osjećali prihvaćeni i važni. Vrlo je bitno ne oslovljavati ih imenom i izbjegavati korištenje neprimjerenih izraza kao što su „*draga, mila, bako, djede*“ i slično. Ako želimo postići uzajamno poštovanje, onda je potrebno pokazati im da ih

poštujemo, dok korištenje takvih izraza šalje upravo suprotnu poruku (Robinson, White i Houchins, 2006).

- Reći doviđenja. Potrebno je postići da stariji bolesnici otiđu s mišlju da su nam oni i njihovo zdravlje bitni i važni. Najbolji način da se to postigne jest da se bolesnik otprati do pulta ili vrata uz pozdrav „*doviđenja*“ (Robinson, White i Houchins, 2006).

15. STIGMA I DISKRIMINACIJA

Stigma i diskriminacija povezana s HIV-om odnosi se na predrasude, negativne stavove te diskriminatorna ponašanja usmjerena na osobe koje žive s HIV-om i AIDS-om. U 35% zemalja s dostupnim podacima, više od 50% muškaraca i žena prijavilo je takva iskustva.

Osobe koje žive s HIV-om bile su i još su uvijek obilježene kao devijantne, nemoralne, zarazne i grješne.

Stigma HIV-om je kronični stresor koji ima negativan utjecaj na psihosocijalno dobrostanje osobe (Emlet i sur., 2013). Stigma HIV-om povezana je s većom učestalošću socijalne izolacije i usamljenosti koja je u podlozi veće učestalosti depresije u ovoj skupini. Iako je stigma povezana s pripadnošću seksualnoj manjini povezana s depresijom, stigma HIV-om nije povezana s lošijim mentalnim zdravljem kod starijih osoba pripadnika seksualnih manjina koji žive s HIV-om.

Neke osobe su odbačene od strane obitelji, vršnjaka i šire zajednice, dok se drugi suočavaju s lošim tretmanom u zdravstvenom i obrazovnom sustavu, nepoštivanju njihovih prava te različitim psihološkim posljedicama. Sve ovo ograničava pristup testiranju na HIV, liječenju i ostalim dijelovima kontinuuma skrbi o oboljelima od HIV-a.

HIV je i dalje stigmatizirano stanje, često zato što ljudi ne razumiju način na koji se prenosi te imaju neutemeljeni strah od infekcije. Uz HIV je i dalje vezano toliko stigme, srama i neinformiranosti, neovisno o medicinskoj dijagnozi, veliki problem s kojim se oboljeli i njihovi bližnji trebaju suočavati.

Prema jednom istraživanju, trećina osoba koja živi s HIV-om doživjela je diskriminaciju, od čega se polovica takvih slučajeva dogodila u zdravstvenom sustavu. Mnoge osobe koje žive s

HIV-om strahuju s kakvim predrasudama će se susresti pri ostvarivanju prava na skrb. Iz tog razloga iznimno je važno da osobe koje rade u različitim ustanovama koje pružaju skrb budu educirani kako se prema osobama koje žive s HIV-om odnositi povjerljivo i s poštovanjem.

Indeks stigme osoba koje žive s HIV-om ukazuje na to da otprilike jednoj od osam osoba koje žive s HIV-om bude uskraćena zdravstvena skrb zbog stigme i diskriminacije (Alajbeg i sur., 2018).

16. DOMOVI ZA STARIJE I NEMOĆNE

Iako samački život nekim pojedincima može predstavljati izazov, drugi će uživati u svojoj slobodi. Za osobe koje biraju ne biti same, dobra opcija može biti suživot s partnerom ili prijateljem, a moguće je odlučiti se i za cimera. Osnovne prednosti tih kombinacija su manji troškovi života, povećanje mreže prijatelja i više opcija u slučaju kada je potrebna podrška.

Starenjem se kod starijih osoba, uključujući i osobe koje žive s HIV-om, javljaju problemi s pokretnošću i brigom o samima sebi. Ako je riječ o samcima koji nemaju partnera ili drugog člana obitelji koji bi im pomogao, javlja se potreba za službom koja će im pomoći oko brige o samima sebi ili je potrebno uzeti u obzir preseljenje u dom za starije i nemoćne. Dugovi, male mirovine i sveopće siromaštvo dodatno zabrinjavaju sve starije osobe, uključujući i osobe koje žive s HIV-om.

Realizaciji integriranih gerontoloških programa u zaštiti zdravlja starijih osoba značajno pridonosi osnivanje gerontoloških, multifunkcijskih centara neposredne izvaninstitucijske skrbi za starije u lokalnoj zajednici gdje žive. Gerontološki centri često se nalaze pri domovima za starije i nemoćne, a osnovni cilj njihove djelatnosti je zadržati osobu što je duže moguće u njezinom prebivalištu uz obitelj.

Mnogi domovi za starije i nemoćne nemaju osigurane uvjete za skrb o osobama koje žive s HIV-om, a neosjetljivost, strah i stigma povezani s HIV-om stvaraju barijeru institucionalizacije osoba koje žive s HIV-om (Alajbeg i sur., 2018).

17. PALIJATIVNA SKRB

Pojavom visokoučinkovite antiretrovirusne terapije stvari su se počele mijenjati, a HIV je postao kronična bolest koja se lijekovima uspješno drži pod kontrolom. Sada, kada osobe koje žive s HIV-om mogu očekivati normalan životni vijek, palijativna skrb ponovno postaje važna.

Specifičnosti palijativne skrbi u osoba starije životne dobi

Palijativna skrb je pristup kojim se nastoji unaprijediti kvaliteta života pacijenata i njihovih obitelji koje se suočavaju s problemima povezanim sa životno ugrožavajućim bolestima. Unapređenje kvalitete života postiže se prevencijom i olakšanjem patnje kroz ranu identifikaciju i besprijekornu procjenu i tretman boli i drugih tjelesnih, psihosocijalnih i duhovnih problema.

Kao takva, palijativna skrb ključna je komponenta sveobuhvatne skrbi osoba koje žive s HIV-om, ali sveobuhvatna definicija brige o osobama koje žive s HIV-om mora uključivati širi spektar medicinskih intervencija, kao i socio-ekonomsku i pravnu podršku.

Palijativna skrb usmjerena je kontroli boli i simptoma, podršci obitelji i davateljima skrbi te koordiniranju potrebnih zdravstvenih usluga u krajnjem dijelu progresivne neizlječive bolesti. U palijativnoj skrbi primarni cilj je olakšati patnju i povećati kvalitetu života do smrti bolesnika. Nužno je pri tome poštivati sustav vrijednosti osoba, njihovo iskustvo i želju da sudjeluju u donošenju odluka.

Nezamjenjiva je uloga interdisciplinarnog tima (liječnik, medicinske sestre, fizioterapeuti, socijalni radnik, svećenik i dr.) i posebno obrazovanih dobrovoljaca s komunikacijskim vještinama, empatijom i senzibilitetom za ljudske i kulturalne vrijednosti. Palijativna skrb se ne smije uvjetovati dijagnozom ili dobi bolesnika, a potrebitom je treba pružiti pravovremeno, bez nepotrebnog odgađanja.

Poznato je da stariji bolesnici uzimaju više lijekova (moguće interakcija) te nerijetko umanjuju iskaze o svojoj boli (skala za bol, procjenu može ometati smetnje vida i sluha), a treba uzeti u obzir i moguće smetnje pamćenja.

Svaka promjena ponašanja može ukazivati na to da gerijatrijski bolesnik u palijativnoj skrbi osjeća bolove. Na iskustvo boli utječu i socijalni čimbenici (npr. osamljenost, napuštenost od obitelji), psihički (depresija, tjeskoba), duhovni (npr. osjećaj krivnje i opraštanja).

Primjerenu palijativnu skrb treba pružiti poštujući dostojanstvo, duhovne, religiozne te osobne potrebe gerijatrijskog bolesnika s progresivnom, neizlječivom bolesti (Alajbeg i sur., 2018).

18. SESTRINSTVO U SKRBI

Medicinske sestre imaju kontakt sa svojim bolesnicima dugi niz godina i razvile su temelj, a to je povjerenje. Tijekom proteklih nekoliko godina njihove se dužnosti mijenjale od pružanja skrbi u terminalnoj fazi bolesti pa do danas kad je HIV kronična bolest. Medicinske sestre koje dugi niz godina prate bolesnike prepoznale su nove potrebe, a ono najvažnije da je moguće starenje HIV-om. Uz niz komorbiditeta kao što su bolest srca, depresija, bolesti jetre, bubrega tu je i socijalna izolacija, stigma i još niz drugih problema s koji se susreću starije osobe inficirane HIV virusom. Sestrinstvo ne samo da je zagovornik starijih pacijenata s HIV-om, već i pomaže u definiranju uspješnog starenja i određivanju kako to postići u toj novoj populaciji. Starije osobe češće se bore s pitanjima poput usamljenosti, žalosti i seksualnosti. Medicinske sestre svoj rad moraju upotpuniti s dodatnim edukacijama s obzirom na sve dodatne medicinske i socijalne probleme. Budući da su stalnom kontaktu s bolesnicima, medicinske sestre će prve imati informacije o samom bolesniku te ta saznanja usmjeriti ka uspješnom starenju. U svojoj kliničkoj praksi medicinske sestre moraju biti svjesne ne samo povećanja komorbiditeta koje se mogu pojaviti u toj dobi od bolesnika s HIV-om, već moraju biti svjesne mogućih kognitivnih promjena i emocionalnih poteškoća koje pacijenti mogu doživjeti. Medicinske sestre imaju važnu ulogu kod prepoznavanje socijalnih i društvenih problema s kojima se susreću starije osobe inficirane HIV-om. Socijalna podrška vrlo je važna samom bolesniku i vrlo često svoje probleme povjeruje baš medicinskoj sestri. U samoj komunikaciji važno je uzeti niz podataka o samom bolesniku, a što ne uključuje samo simptome bolesti i trenutno akutno stanje već sve elemente koji su njemu važni u svakodnevnom životu. Neke će osobe rado odmah pričati, a do nekih treba komunikacijskim vještinama i psihološkim raznim metodama doći do podataka. To uvelike ovisi o samom karakteru bolesnika, trenutnoj situaciji u kojoj se nalazi, ali i o mnogim drugim čimbenicima kao što je na primjer strah, sram... Prilikom uzimanja podataka treba imati na umu da se sagleda cijelo životno okruženje samog bolesnika. To uključuje niz elemenata koje medicinska sestra mora istražiti kako bi što bolje procijenila, prilagodila te isplanirala plan

zdravstvene njege. Budući da su fiziološki ugroženi HIV-om i starijim životnim dobima, odrasle osobe koje žive s HIV-om moraju posvetiti više pažnje faktorima životnog stanja važnog za održavanje zdravlja. Starije osobe inficirane HIV virusom treba educirati te savjetovati ih kako bi im se pomoglo da im život bude što kvalitetniji. Pomoći im da postanite član grupe pacijenta HIV/AIDS-a i jedne ili više organizacija koje se bave problemima vezanom uz samu bolest, gdje mogu naći informacije koje će im pomoći oko ostvarivanje njihovih prava te savjetovati kad im to bude potrebno.

Potrebno im je naglasiti i ukazati zašto je važno redovito dolaziti na kontrole barem jednom ili dvaput godišnje, ovisno kako im savjetuje liječnik te mogućnost da se obratite medicinskom osoblju u bilo kakvom slučaju nejasnoća. Objasniti im da uvijek obavijestite liječnika i/ ili medicinsku sestru o ostalim medicinskim problemima koji možda nije izravno povezan s HIV/AIDS dijagnozom. Važno je upozoriti i partnera ili članova obitelji da obavijeste liječnika za liječenje HIV/AIDS-a i/ili medicinske sestre u slučaju hospitalizacije u drugoj bolnici zbog hitne situacije. Važne upute kao što su brojevi telefona, radno vrijeme i drugo, dati u papirnatom obliku. Pomoći bolesniku ako ima mobilni telefon, unesti telefonski broj centra za HIV/AIDS na popis kontakata. Isto tako dati bolesniku i važne upute gdje se može javiti za psihološko savjetovanje. Medicinske sestre moraju voditi računa o komorbiditetima te važne informacije prilagoditi svakom pojedincu.

ZAKLJUČAK

S obzirom na dostupnost i napretkom antiretrovirusne terapije danas HIV spada u kroničnu bolest. Osobe inficirane HIV-om žive duže, te im je potrebno uz liječenje i skrb vezano za HIV potrebno omogućiti i pristup ostalim uslugama koje su važne za očuvanje i održavanje cjelokupnog zdravlja dok stare i vode uspješan, produktivan i ispunjen život. Sa starenjem se javljaju i nova zdravstvena i psihosocijalna stanja i potrebe na koja zdravstveni djelatnici moraju naći odgovore. Zdravstveni djelatnici, a osobito medicinske sestre koji ponajviše vremena provode uz samog bolesnika suočene su s novim izazovima u znanju, iskustvu i sposobnosti prikladnog reagiranja na jedinstvene i složene izazove te potrebe koje se javljaju kod starenja osoba inficiranih HIV virusom kao kroničnim oboljenjem kako bi pružile odgovarajuću skrb, podršku, kao i pomogle u ostvarivanju uspješnog starenja. Medicinske sestre svoju zadaću moraju usmjeriti na pojedinca kojeg će usmjeravat na pridržavanju redovite uporabe antiretrovirusne terapije, podsjećajući na dolaske kontrolnih pregleda, poticati ga na vježbanje, educirati ga na važnost pravilne prehrane, pomoći mu kako održavati fizičko i mentalno zdravlje.

LITERATURA

- Alajbeg I. et al. (2018). Starenje s HIV-om: Pristup sveobuhvatnoj skrbi. Zagreb: Convetus Credo.
- Althoff K. N. et al. (2010). Virologic and immunologic response to HAART, by age and regimen class *AIDS*, 24, pp. 2469-2479.
- Begovac J. (2006). Infekcija virusom humane deficijencije: Definicije, uzročnik i dijagnostika zaraze virusom humane imunodeficijencije. U: Begovac J, Božinović D, Lisić M, Baršić B, Schonwald S (UR.) *Infektologija*, prvo izdanje. Zagreb: PROFIL: 338-344.
- Berg M., Mimiaga M., Safren S. A. (2004). Mental health concerns of hiv-infected gay and bisexual men seeking mental health services: an observational study. *AidS Patient Care StdS*; 18: 635-43.
- Berry SA, Fleishman JA, Moore RD, et al. (2012) Trends in reasons for hospitalization in a multisite United States cohort of persons living with HIV, 2001-2008. *J Acquir Immune Defic Syndr*; 59: 368.
- Brothers T. D. et al. (2014). Frailty in people aging with human immunodeficiency virus (HIV) infection *J Infect Dis*, 210 pp. 1170-1179.
- Brouillette M. J. et. al. (2015). Overton, et al. A better screening tool for HIV-associated neurocognitive disorders: is it what clinicians need? *AIDS*, 29, pp. 895-902.
- Brown T. T. (2015). Recommendations for evaluation and management of bone disease in HIV *Clin Infect Dis*, 60, pp. 1242-1251.
- Brown T.T., Qaqish RB. (2006). Antiretroviral therapy and the prevalence of osteopenia and osteoporosis: a meta-analytic review. *AidS*; 20(17): 2165-74.
- Carr A., Grund B., Neuhaus J. et al. (2008). for the SMART Study Investigators. Asymptomatic myocardial ischaemia in HIVinfected adults. *AIDS*; 22: 257-267.
- Ciesla J. A., Roberts J.E. (2001). Meta-analysis of the relationship between hiv infection and risk for depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*; 158: 725-30.
- Cohen, R. A., Seider, T. R., Navia B. (2015). HIV effects on age-associated neurocognitive dysfunction: premature cognitive aging or neurodegenerative disease? *Alzheimers Res Ther* ; 7:37.
- Dukers H. T. M. et al. (2002). Hiv incidence on the increase among homosexual men attending an Amsterdam sexually transmitted disease clinic: using a novel approach for detecting recent infections. *AidS* ; 16: F19.
- Eastell R. (2003). Pathogenesis of postmenopausal osteoporosis. In: Favus MJ (ed). *Primer on the metabolic bone diseases and disorders of mineral metabolism*. 5th ed. Washington (dC): American Society for Bone and Mineral Research: 314-6.
- Emlet, C. A. (2006). „You re Awfully Old to Have This Disease“: Experience of Stigma and Ageiam in Adults 50 Years and Old Living With HIV/ AIDS. *The Gerontological Society of America Vol. 46. No. 6*, 781-790.

- Feeney E. R., Chung R. T., (2015). Yazdanpanah Current guidelines and prioritizing treatment of hepatitis C virus in HIV-infected patients *Curr Opin HIV AIDS*, 10, pp. 323-329.
- Florence P. E., Schrooten W., Dreezen C., (2004). Prevalence and factors associated with sexual dysfunction among hivpositive women in Europe. *AidS CArE* ; 16: 550-7.
- Fokkema T., Kuyper L. (2009). The Relation Between Social Embeddedness and Loneliness among Older Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the Netherlands. *Arch Sex Behav* ; 38: 264-75.
- Gallant J. et.al. (2017). Comorbidities Among US Patients With Prevalent HIV Infection-A Trend Analysis. *J Infect Dis* ; 216: 1525.
- Gebo K. A. (2009). HIV infection in older people. *BMJ*; 338: 1455-1456.
- Goodkin K. et al. (2003). „Putting a face“ on hiv infection/AidS in older adults: a psychosocial context. *J Acquir Immune Defic Syndr*;33 June 1 Suppl 2:S171-84.
- Gott C. M. (2001). Sexual activity and risk-taking in later life. *Health Soc Care Commun* ; 9: 72-78.
- Grabar S. Et.al. (2004). Immunologic and clinical responses to highly active antiretroviral therapy over 50 years of age. Results from the French Hospital Database on HIV/AIDS, 18, pp. 2029-2038.
- Greene M., Covinsky K. E., Valcour V., Miao Y., Madamba J., Lampiris H. et al. (2015). Geriatric syndromes in older HIV-infected adults *J Acquir Immune Defic Syndr*, 69, pp. 161-167.
- Greene M. et. al. (2013). Upravljanje infekcijom virusnih virusa imunodeficijencije u starijoj dobi. *JAMA*; 309: 1397.
- Guaraldi G. et al. (2011). Premature age-related comorbidities among HIV-infected persons compared with the general population. *Clin Infect Dis*; 53: 1120.
- Heaton R. K. (2004). The impact of HIV-associated neuropsychological impairment on everyday functioning. *J Int Neuropsychol Soc.*; 10: 317–31.
- Heckman T. G. et al (2002). Psychological symptoms among persons 50 years of age and older living with hiv disease. *Aging & Mental Health* ; 6(2):121-8. *HIV Med*, 17 (2016), pp. 590-600.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Odsjek za HIV/AIDS i druge spolno i krvlju prenosne infekcije. HZJZ. (2016) <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-zarazne-bolesti/epidemiologija-hiv-infekcije-i-aids-a-u-hrvatskoj> (accessed 01.09.2018.)
- Inouye S. K. et al. (2007). Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept *J Am Geriatr Soc*, 55, pp. 780-791.
- Kalichman S. C. et al. (2000). Depression and thoughts of suicide among middle-aged and older persons living with HIV-AIDS. *Psychiatr Serv.*; 51: 903–7.
- Kaplan R.C. et al. (2007). Ten-year predicted coronary heart disease risk in HIV-infected men and women. *Clin Infect Dis*; 45: 1074.

- Longo B. et al. (2008). Increasing proportion of AIDS diagnoses among older adults in Italy. *AIDS Patients Care STDS*; 22: 365–371.
- Lopez-Otin L. et. al. (2013). Kroemer The hallmarks of aging *Cell*, 153, pp. 1194-1217.
- Mafredi R., Calzal I. (2004). HIV infection and AIDS in advanced age. Epidemiological and clinical issues, and therapeutic and management problems.
- Mao L, Newman CE, Kidd MR, et al. (2009). Self-Reported Sexual Difficulties and Their Association with Depression and Other Factors among Gay Men Attending High hiv-Caseload General Practices in Australia. *J Sex Med*; 6(5): 1378-85.
- Nkhoma E., Vannappagari V., Mynepalli L., Logie J. (2010). Comorbidities and coinfections among HIV patients 50 years and older. First International Workshop on HIV and Aging. October 4-5, Baltimore. Abstract O_16.
- Nunez M., Soriano V. (2005). Management of patients co-infected with hepatitis b virus and hiv. *Lancet Infect Dis* ; 5(6): 374-82.
- Nusbaum M. R. H., Hamilton C. D. (2002). The proactive sexual history. *American Family Physician* ; 66: 1705-12.
- Overton E.T. et al. (2015). Vitamin D and calcium attenuate bone loss with antiretroviral therapy initiation: a randomized trial *Ann Intern Med*, 162, pp. 815-824.
- Pinquart M., Duberstein P. R. (2007) Lyness Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: a meta-analysis *Aging Ment Health*, 11 (2007), pp. 645-657.
- Platteau T., Lankveld J. V. (2005). Seksuele disfuncties bij homoseksuele mannen met hiv. *Tijdschr Seksuol*; 29: 205-14.
- Platteau T., Lankveld J. V. (2005). Seksuele disfuncties bij homoseksuele mannen met hiv. *Tijdschr Seksuol*; 29: 205-14.
- Robinson, T. E., White, G. L., Houchins, J. C. (2006). Improving Communication With Older Patients: Tips From the Literature. *Family Practice Management*; 13(8): 73-78.
- Rockstroh J. K., Spengler U. (2004). Hiv and hepatitis C virus co-infection. *Lancet Infect Dis* ; 4(7): 437-44.
- Rodriguez M. et al. (2009). High frequency of vitamin d deficiency in ambulatory hiv-positive patients. *AidS Res Hum Retroviruses* ; 25(1): 914.
- Rosen R.C., Lane R.M., Menza M. (1999). Effects of SSris on sexual function: a critical review. *J Clin Psychopharmacology*; 19:67-85.
- Shippy R. A., Karpiak S. E. (2005). The aging HIV/AIDS population: fragile social networks. *Aging Ment Health* ; 9: 246–254.
- Silverberg M. J. et al. (2015). AIDS, 30, pp. 1795-1806 Cumulative incidence of cancer among persons with HIV in North America: a cohort study *Ann Intern Med*, 163, pp. 507-518.

- Simard E. P., Pfeiffer R. M., (2011). EngelsCumulative incidence of cancer among individuals with acquired immunodeficiency syndrome in the United StatesCancer, 117, pp. 1089-1096.
- Sursh D. S., Ernst J. L., Lewis R. W., (2003). The human sexuality education of physicians in North American medical schools. *Int J Impot Res* ; 15(Suppl 5): 41-5.
- Valcour V, Shikuma C, Shiramizu B, (2004) Higher frequency of dementia in older HIV-1 individuals: the Hawaii Aging with HIV-1 Cohort. *Neurology*; 63: 822.
- Vance D.E., Burrage J.W. (2006). Jr Promoting successful cognitive aging in adults with HIV: strategies for intervention. *J Geront Nurs*; 32: 34–41.
- Vance DE, et al. (2008). A model of suicidal ideation in adults aging with HIV. *J Assoc Nurses AIDS Care*; 19(5): 375–84.
- Vance D. E. et al. (2008). Self-reported cognitive ability and global cognitive performance in adults with HIV. *J Neurosci Nurs*; 40(1): 6–13.
- Vance D.E. et al. (2008). The effects of anger on psychomotor performance in adults with HIV: a pilot study. *Soc Work Ment Health*; 6(3): 83–98.
- Vance D. E. (2006). Spirituality of living and aging with HIV: a pilot study. *J Relig Spirit Aging*; 19(1): 57–74.
- Verdult F.(2004) Eindrapportage Interactieve behoeftenpeiling onder oudere hiv-positieve homo- en biseksuele mannen. Am sterdam: Volle Maan.
- Warren A. (2003). Aging with hiv in the Netherlands. A psychosocial needs assessment of older men who have sex with men. School for International Training.
- Wiliams M. V. et al. (2002). The Role of Health Literacy in Patient-Physician Communication. *Family Medicine*: 383-389.
- Wilkie F.L. et al. (2003). Cognitive functioning in younger and older HIV-1-infected adults. *J Acquir Immune Defic Syndr*; 33 Suppl 2: S93.
- Work Group for HIV, Aging Consensus Project, C. K. Abrass, J. S. Appelbaum et al. (2012). Summary report from the Human Immunodeficiency Virus and Aging Consensus Project: treatment strategies for clinicians managing older individuals with the human immunodeficiency virus *J Am Geriatr Soc*, 60 pp.: 974-979.
- World Health organization. (2018). HIV/AIDS: Key facts. <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> (accesed 22.08.2018)
- Wunder D. M. et al. (2008). Androgen and gonadotropin patterns differ in hiv-1-infected men who develop lipoatrophy during antiretroviral therapy: a case-control study. *hiv Medicine*; 9: 427–32.
- Wunder D.M. et.al. (2008). Androgen and gonadotropin patterns differ in hiv-1-infected men who develop lipoatrophy during antiretroviral therapy: a case-control study. *hiv Medicine*; 9: 427–32.

Yanik E. L., Katki H. A. (2016). Engels Cancer risk among the HIV-infected elderly in the United States *AIDS*, 30, pp. 1663-1668.

Yorkston K. M., Bourgeois, M. S., Baylor, C. R. (2010). Communication and Aging, *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*; 21(2): 309-319.

ZAHVALA

Zahvaljujem svom mentoru, prof. dr. sc. Josipu Begovcu na strpljenju i pomoći pri izradi ovog diplomskog rada. Najveće hvala suprugu i mojoj djeci na razumijevanju tijekom studiranja i pisanja ovog rada. Također hvala svim radnim kolegicama, prijateljima i roditeljima na podršci.

ŽIVOTOPIS

Rođena sam 12. prosinca 1980. godine u Zagrebu, majka sam dvoje djece, zaposlena u Klinici za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ od 2001. godine. Po završetku osnovne škole upisujem školu za medicinske sestre u Mlinarskoj. Godine 2010. uz rad upisujem preddiplomski studij sestrinstva. Tijekom rada u Klinici educirana sam za provođenje akutne i kronične hemodijalize sa svrhom dijaliziranja HIV bolesnika s kroničnom renalnom insuficijencijom. Redovni Sveučilišni diplomski studij sestrinstva pri Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu upisujem 2016. godine.