**Doc. dr. Saulius Čaplinskas**

# ŽIV ir AIDS atvejo valdymo modelio diegimas Lietuvoje: teorija ir praktika

Vilnius, 2009

UDK 616.98:578 (474.5)
Ca - 108

**Parengė:**

**doc. dr. Saulius Čaplinskas**, Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro direktorius,
Mykolo Romerio universiteto docentas

**Recenzenzavo:**

**Doc. Rolandas Čepulis**, VU Medicinos fakultetas

**Doc. Jolanta Pivorienė,** M.Romerio universiteto Socialinės politikos fakultetas

Pritarta Mykolo Romerio universiteto Socialinio darbo kadedros 2009 12 17 d. susirinkimo protokolu Nr. 1SDK–8

Knyga išleista PSO projekto „ŽIV/AIDS ir tuberkuliozės gydymo ir priežiūros pagerinimas bei prevencijos stiprinimas Baltijos šalių sveikatos sistemose“ lėšomis.

ISBN 978–9986–720–43–0

© Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras, 2009

# Turinys

**Įvadas** ..... **7**
**1. Pagrindinė informacija apie ŽIV ir AIDS** ..... **8**
1.1 ŽIV/AIDS tendencijos Lietuvoje ..... 8
1.2 . Trumpai apie ŽIV ir AIDS (16) ..... 12
1.3. Tyrimai dėl ŽIV ..... 18
**2. Lytiškai plintančios infekcijos ir ŽIV** ..... **24**
**3. ŽIV ir virusiniai hepatitai** ..... **29**
**4. ŽIV infekcija ir tuberkuliozė** ..... **32**
**5. Gyvenimas su ŽIV ir AIDS** ..... **34**
5.1. Su ŽIV susiję žmogaus pokyčiai ..... 34
5.2. Socialinio darbo sąsajos su ŽIV/AIDS ypatumais ..... 36
5.3. Specifiniai medikosocialiniai ŽIV ypatumai ..... 37
5.4. Užsikrėtusio ŽIV asmens problemų sprendimas ..... 39
5.5. Konsultacinė pagalba ..... 41
5.6. ŽIV/AIDS socialinis ekonominis poveikis ..... 42
**6. ŽIV atvejo valdymas** ..... **44**
6.1. Trumpa atvejo vadybos/valdymo istorija ..... 44
6.2. ŽIV infekuotų asmenų atvejo valdymo ypatybės ..... 45
6.3. Atvejo valdymo modeliai ..... 46
6.4. Atvejo valdymo tikslai ir pagrindiniai uždaviniai ..... 47
6.5. Atvejo valdymo procesas ..... 48
6.6. Atvejo valdymo proceso įvertinimo kriterijai ..... 49
6.7. Atvejo valdymo rezultatai ..... 49
**7. ŽIV prevencijos atvejo vadyba** ..... **51**
7.1. Prevencijos atvejo vadybos skirtumai nuo kitų rizikos mažinimo priemonių ..... 52
7.2. Prevencijos atvejo vadybos skirtumai nuo kitų atvejo vadybos formų ..... 53
7.3. Prevencijos atvejo vadybos programos sudarymas ir planavimas ..... 53
7.4. Pagrindiniai prevencijos atvejo vadybos programos komponentai ..... 54
*7.4.1. Klientų pritraukimas ir dalyvavimo užtikrinimas* ..... 54
*7.4.2. Patikra ir įvertinimas* ..... 54
*7.4.3. Į klientą orientuoto prevencijos plano parengimas* ..... 56
*7.4.4. Konsultacinė pagalba dėl ŽIV rizikos mažinimo* ..... 57
*7.4.5. Paslaugų teikimo derinimas su tolimesne priežiūra* ..... 60
*7.4.6. Programos įvertinimas* ..... 61
7.5. Darbuotojų kvalifikacija ir darbo krūvis ..... 61
**8. Pozityvi prevencija** ..... **63**
8.1. Pozityviosios prevencijos poreikis ..... 63
8.2. Pozityviosios prevencijos tikslinės grupės ..... 64
*8.2.1. ŽIV infekcija ir lytinis aktyvumas* ..... 64
*8.2.2. ŽIV užsikrėtusieji ir švirkščiamųjų narkotikų vartojimas* ..... 64
8.3. Pozityvioji prevencija: tikslai ir kliūtys ..... 65
8.4. Tyrimų, gydymo ir prevencijos tarpusavio priklausomybė ..... 65
8.5. Pozityviosios prevencijos priemonės ..... 65
*8.5.1. Asmens lygmens elgesio keitimo priemonės* ..... 66
*8.5.2. Gydymo ir sveikatos priežiūros gerinimas* ..... 66

*8.5.3. Bendruomenės mobilizavimas* ... 66
*8.5.4. Politikos pokyčiai* ... 66
*8.5.5. Antiretrovirusinio gydymo naudojimas pozityviajai prevencijai* ... 67
8.5.5.1. Vertikaliojo plitimo prevencija ... 67
8.5.5.2. Poekspozicinė profilaktika ... 67
8.5.5.3. Priešekspozicinė profilaktika ... 67
**9. Antiretrovirusinis gydymas kaip ŽIV prevencijos priemonė ... 69**
9.1. ŽIV užsikrėtusių asmenų įtraukimas į sveikatos priežiūros sistemą ... 72
9.2.Veiksniai, susiję su antiretrovirusinio gydymo skyrimu ... 74
9.3. Lietuvos AIDS centro ambulatorinės priežiūros skyrius ... 74
**10. Reguliuojamasis bendrosios praktikos gydytojo vaidmuo ... 77**
10.1. Kada pradėti ŽIV infekcijos gydymą? ... 78
10.2. Griežto gydimosi režimo laikymosi svarba ... 79
**11. ŽIV INFEKCIJOS KONTROLĖS STRATEGIJA ... 81**
11.1. ŽIV infekcijos prevencijos prioritetinės intervencijos ... 81
11.2. ŽIV infekcijos kontrolės Lietuvoje strategija ... 84
11.2.1. Tikslas – pristabdyti ŽIV plitimą ... 85
1. Uždavinys – užkirsti kelią ŽIV plitimui lytiškai ... 85
*I intervencija – padėti formuoti saugų lytinį elgesį* ... 86
*II intervencija – aprūpinimas prezervatyvais* ... 87
*III intervencija – medicinos pagalbos užtikrinimas sergantiems LPI* ... 87
*IV intervencija – ugdymas elgesio nuostatų, skatinančių kreiptis į gydymo įstaigas* ... 89
2. Uždavinys – užkirsti kelią ŽIV plisti per kraują ... 89
*I intervencija – saugiai perpilti kraują* ... 89
*II intervencija – sudaryti sterilias invazinių, injekcinių, chirurginių ir stomatologinių procedūrų sąlygas* ... 89
*III intervencija – užkirsti kelią nesaugiam narkotikų vartojimui* ... 90
3. Uždavinys – užkirstikelią perinataliniam ŽIV plitimui ... 92
*I intervencija – teikti vaisingo (fertilaus) amžiaus moterims ir ŽIV neužsikrėtusiems vyrams arba vyrams, kurių ŽIV statusas nežinomas, žinias apie ŽIV profilaktiką, perinatalinį užkrėtimo būdą ir šeimos planavimą, užtikrinti saugų gimdymą* ... 92
*II intervencija – teikti moterims, žinančioms arba manančioms, kad jos užsikrėtusios ŽIV, medicinos pagalbą bei konsultacinę paramą* ... 93
11.2.2. Tikslas – sumažinti ŽIV infekcijos pasekmes individui ir visuomenei ... 93
*I Intervencija – teikti tinkamą medicinos pagalbą ŽIV užsikrėtusiems asmenims bei jų šeimoms* ... 93
*II intervencija – užtikrinti socialinę paramą ŽIV užsikrėtusiems asmenims, jų šeimoms ir artimiesiems* ... 96
11.3. Lytiškai plintančių ligų valdymas Lietuvoje ... 98
11.4. Profilaktinių programų vertinimas ... 101
**12. ŽIV prevencija – į rizikingo elgesio mažinimą didelės rizikos grupėse nukreipta veikla ... 104**
12.1. Antros kartos epidemiologinė ŽIV priežiūra ... 104
12.2. ŽIV išskirtinumas ir darbo su tikslinėmis didelės rizikos grupėmis principai ... 110
12.3. Kompleksinės pagalbos teikimas LAC pagal ŽIV valdymo modelį ... 112
12.3.1. ŽIV ir narkotikų vartojimas ... 113
*12.3.1.1. "Žemo slenksčio" paslaugos* ... 113
*12.3.1.2. Reabilitacijos bendruomenė* ... 116
*12.3.1.3. Kalėjimų vaidmuo* ... 118
12.3.2. ŽIV, lytiškai plintančių infekcijų ir neplanuoto nėštumo profilaktikos programų

derinimas ..... 120
12.3.3. Moterų sveikatos kabinetas ..... 123
12.3.4. ŽIV prevencija tarp vyrų, turinčių lytinius santykius su vyrais ..... 124
12.3.5. Socialinių paslaugų teikimas Lietuvos AIDS centro ambulatorinės priežiūros skyriuje 126
12.3.6. Darbas su rizikos grupės merginomis dienos centre „Pasaka“ ..... 127
**13. Apibendrinimas ..... 128**
**14. Terminų žodynėlis ..... 129**
**Literatūra ..... 133**

# ĮVADAS

**Per daugiau nei du dešimtmečius daug sužinota apie ŽIV (žmogaus imunodeficito viruso) infekciją ir AIDS (akvizitinį arba įgytą imunodeficito sindromą), tačiau veiksmingų profilaktikos programų įgyvendinta nedaug. Veiksminga ŽIV infekcijos profilaktika nebūtinai turi būti tobula. Epidemiologiniai modeliai parodė, kad epidemiją sustabdyti įmanoma tiesiog perpus sumažinus rizikingą elgesį** (1).

Statistiniai ir mokslinių tyrimų duomenys rodo, kad žmonės, labiausiai rizikuojantys užsikrėsti sunkiomis ligomis – dėl savo elgesio, gyvenimo būdo ar sąlygų (benamiai, narkomanai, psichinę negalią turintys, mažas pajamas gaunantys ar socialiai neapdrausti asmenys) dažnai neturi galimybių arba nežino kaip gauti reikiamų sveikatos priežiūros, socialinių ir kitokių paslaugų. Todėl nuo pat ŽIV epidemijos pradžios buvo kuriamos įvairiausios programos, siekiant užtikrinti šių paslaugų prieinamumą ir šiuo būdu stabdyti infekcijos plitimą.

Viena tokių programų – **ŽIV/AIDS atvejo valdymas**. Atsirado ir nauja profesija – **ŽIV atvejo vadybininkai**, kurie ilgainiui tapo pacientų ir gydymo bei socialinių įstaigų tarpininkai, nuolat vertinantys ligonių poreikius ir siunčiantys juos pas atitinkamus specialistus. Atsiradus vaistams ir AIDS iš mirtinos tapus lėtine liga, kurią galima gydyti, atvejo valdymo reikšmė dar labiau išaugo ir daugiausia dėmesio buvo skiriama prevencijai bei ligonio įtraukimui į antiretrovirusinio gydymo programas.

**ŽIV infekcija – sudėtinga medicinos ir socialinė problema**, nes virusas labia greitai kinta, todėl nepavyksta sukurti veiksmingos vakcinos, nėra ir visiškai ligą išgydančių vaistų, o turimi medikamentai labai brangūs ir ligoniai ilgą laiką yra nedarbingi, tad negali tinkamai rūpintis savo šeima ir vaikais.

Atvejo valdymas – taip pat kompleksinis procesas. ŽIV atvejo valdymo objektas, suprantama, – užsikrėtęs ŽIV asmuo, kuriam reikia įvairių paslaugų. Pirmiausia, medikų pagalbos. Atvejo valdymo medicininės paslaugos – sveikatos priežiūros, psichosocialinių ir kitokių paslaugų užtikrinimas. Viena iš šio komplekso sudėtinių dalių – gydymo koordinavimas ir stebėsena, siekiant, kad asmuo laikytųsi gydytojų nurodymų ir tinkamai vartotų vaistus, jo konsultavimas, kodėl tai būtina, nuolatinis poreikių vertinimas – visą gyvenimą.

ŽIV atvejo valdymo su gydymu nesusijusio paslaugos – tai patarimai, kur reikėtų kreiptis klientui socialiniams, bendruomeniniams, teisiniams, finansiniams ir kitiems iškylantiems poreikiams tenkinti, bei pagalba užtikrinant atitinkamas paslaugas. Tai gali būti informacija ir siuntimai į atitinkamas įstaigas, konsultavimas psichinės sveikatos klausimais, pagalba ieškant prieglobsčio ir būsto, konsultavimas turint su narkotikais susijusių problemų, parama turinčiam finansinių sunkumų ir neįstengiančiam tinkamai maitintis žmogui, kt. Atvejo valdymo sistemoje yra ir kitų, specifinių, paslaugų, sakykim, parama vaikų turinčioms užsikrėtusioms ŽIV motinoms ir jų vaikams.

**Tad ŽIV atvejo valdymo sąvoką galėtume apibrėžti kaip į pacientą orientuotas** (jo **poreikius tam tikru metu tenkinančias) paslaugas, kurių tikslas padėti pacientui gauti reikiamą sveikatos priežiūros, psichosocialinę ir kitokią pagalbą.** Svarbiausia visoje sistemoje – profesionalus kliento poreikių vertinimas ir nustatytas bei darniai funkcionuojantis įvairių institucijų, dalyvaujančių paciento priežiūros sistemoje, tinklas. Būtina daugiasektorės daugiafunkcinės ŽIV atvejo valdymo sistemos veiksmingumo sąlyga – koordinavimas ir bendradarbiavimas, kitaip pacientai gali negauti visų reikiamų paslaugų arba paslaugos gali būti dubliuojamos ir švaistomos ir šiaip jau menkos lėšos.

Atitinkamai dideli reikalavimai keliami atvejo vadybininkui, kuris turi turėti socialinio darbo, socialinių mokslų, pacientų slaugos žinių ir patirties.

Monografijoje pamėginsime trumpai apžvelgti ŽIV/AIDS infekcijos paplitimą, svarbiausias sąvokas, prevencijos ir gydymo klausimus, išdėstyti atvejo valdymo metodo esmę, apžvelgti struktūrines sudėtines dalis bei panagrinėti, kaip sekasi įgyvendinti šią sistemą Lietuvoje ir Lietuvos AIDS centro patirtį.

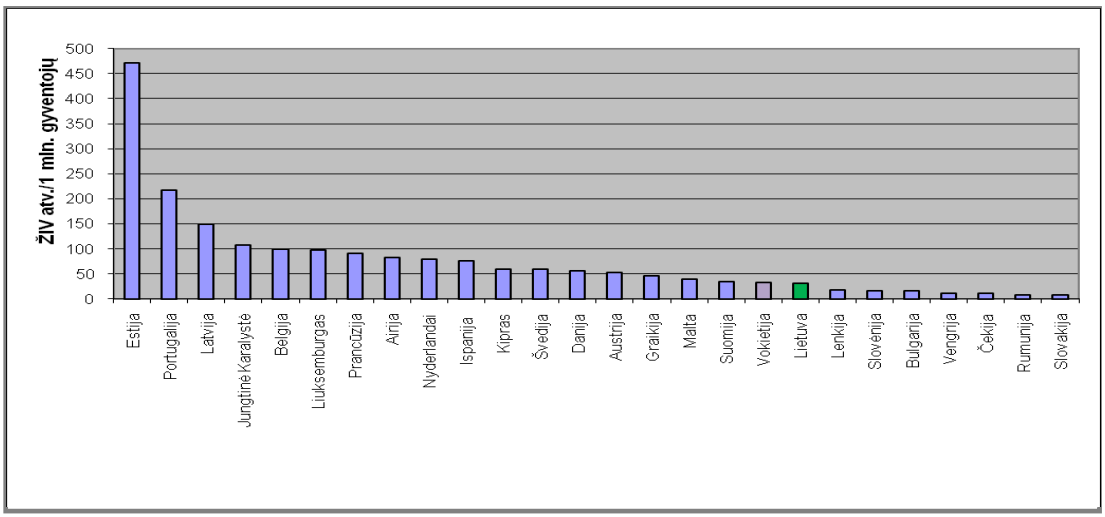
# 1. PAGRINDINĖ INFORMACIJA APIE ŽIV IR AIDS

## 1.1 ŽIV/AIDS tendencijos Lietuvoje ir Europoje

1988 metais Lietuvoje diagnozuotas pirmasis užsikrėtimo žmogaus imunodeficito virusu (ŽIV) atvejis. Pasaulyje ŽI viruso sukeltas įgyto imunodeficito sindromas (AIDS) pirmą kartą aprašytas JAV gydytojų 1981 metais. Įvairiose pasaulio šalyse ŽIV plito skirtingais tempais, todėl ŽIV ir AIDS sergamumo ir paplitimo lygis labai įvairus. Per daugiau nei 25 metų ŽIV ir AIDS epidemijos plitimo laikotarpį mokslininkai iš viso pasaulio pateikė daugybę rekomendacijų, kaip kovoti su šios ligos plitimu. Tačiau, pasak Jungtinių Tautų AIDS programos (angl. *UNAIDS*) 2008 m. ataskaitos, kovos su ŽIV/AIDS iniciatyvos, atsakas ir rezultatai įvairiose šalyse labai skirtingi (9). Prognozuojama, kad 2007 metais pasaulyje gyveno 33 mln. (nuo 30 iki 36 mln.) užsikrėtusių ŽIV ir sergančių AIDS žmonių, iš kurių apie 50% moterys ir apie 2,5 mln. vaikų iki 15 metų amžiaus. Daugiausia mirštančiųjų (apie 76%) nuo AIDS užregistruota Afrikos žemyne. Ekspertų nuomone, ŽIV infekcijos pandemija pastaruoju metu vystosi dviem etapais: ŽIV siautėja bendroje populiacijoje, ypač Afrikoje į pietus nuo Sacharos, bei ŽIV plinta kituose pasaulio regionuose tarp didelės rizikos užsikrėsti ŽIV turinčių grupių (vyrų turinčių lytinius santykius su vyrais, švirkščiamųjų narkotikų vartotojų, komercinio sekso paslaugų teikėjų) ir jų lytinių partnerių.

ŽIV infekcija išlieka viena iš prioritetinių sveikatos apsaugos sričių Europos Sąjungos (ES) šalyse (22). ŽIV/AIDS epidemiologinė priežiūros programa Europoje pradėta 1984 metais. Šiuo metu ŽIV epidemiologinę priežiūrą Europoje vykdo Europos užkrečiamųjų ligų prevencijos ir kontrolės centras (ECDC). Naujų ŽIV atvejų rodiklis Europos regione milijonui gyventojų 2007 m. buvo 76.4, o ES šalių vidurkis (28 šalių iš 30 duomenis) – 64.1. Sparčiausi ŽIV plitimo tempai užregistruoti trijose ES šalyse: Estijoje, Portugalijoje ir Latvijoje: atitinkamai 472, 217 ir 149 ŽIV atvejų milijonui gyventojų. Jeigu lygintume su kitomis ES šalimis, **ŽIV plitimo tempus Lietuvoje pavyko pristabdyti. ŽIV sergamumo rodiklis siekė 31.4/1000 000 gyventojų, tai daugiau nei du kartus žemesnis nei ES šalių vidurkis.** Iš viso 2007 metais Europoje užregistruoti 48 892 nauji ŽIV infekcijos atvejai (49 šalių iš 53 duomenys), iš kurių ES ir ELPA (Europos laisvosios prekybos asociacija) šalyse 26 279 (28 šalių iš 30 duomenys). **Sergamumo ŽIV rodiklis Lietuvoje, jeigu palyginantume su 25 ES šalimis, yra tarp žemiausiųjų ir buvo 19 vietoje** (1 paveikslas).

1 paveikslas. **Sergamumo ŽIV rodiklis ES šalyse 2007 m. (atvejai 1 mln.gyventojų) (10)**




*Šaltinis: ECDC ir PSO*

Naujų ŽIV atvejų rodiklis Europoje skiriasi atsižvelgiant į geografinį regioną (1 lentelė). Aukčiausias naujų ŽIV atvejų rodiklis 2007 m. buvo Rytų Europoje (165/1 mln. gyventojų), daugiau negu dvigubai mažiau Vakarų Europoje (77/1 mln. gyventojų) ir 20 kartų mažiau Centrinėje Europoje (10/1 mln. gyventojų).

1 lentelė. **Naujų ŽIV infekcijos atvejų charakteristika PSO Europos regiono šalyse, 2007 metais**

| | **PSO Europos regionas*** | **Vakarų Europa*** | **Centrinė Europa** | **Rytų Europa*** |
|---|---|---|---|---|
| **Naujų ŽIV atvejų skaičius** | 48892 | 24202 | 1897 | 22793 |
| **Naujų ŽIV atvejų rodiklis 1 mln. gyventojų** | 76.4 | 77.0 | 10.1 | 164.8 |
| **15–29 metų amžiaus procentas** | 33% | 26% | 41% | 40% |
| **ŽIV užsikrėtusių moterų procentas** | 33% | 31% | 24% | 36% |
| **Plitimo būdai**:** | | | | |
| **Heteroseksualūs ***** | 36% | 29% | 53% | 42% |
| **Vyrai turintis lytinių santykių su vyrais** | 20% | 40% | 30% | 0.4% |
| **Švirkščiamųjų narkotikų vartojimas** | 32% | 8% | 13% | 57% |

*Nėra duomenų: Austrija, Italija, Monakas, Rusija
** neįtraukti ŽIV atvejai su nežinomu perdavimo būdu
***neįtraukti atvejai tie, kurie atvykę iš šalių kur ŽIV infekcija generalizuota

Detalizuojant tendencijas pagal ŽIV plitimo būdus ir pagal PSO Europos regionus, stebima, kad Vakarų ir Centrinėje Europoje pastaruoju metu dominuoja du ŽIV plitimo būdai – vis dažniau užsikrečiama lytinių (homoseksualių) santykių metu bei ŽIV atveža migrantai iš šalių, kur aukštas ŽIV paplitimas. **Rytų Europos regione (priklauso ir Baltijos šalys) dominuojantis ŽIV epidemijos plitimo būdas – švirkščiamųjų narkotikų vartojimas, ypač tarp vyrų.** Rytų Europos regiono šalyse stebima nauja tendencija, kai **daugėja užsikrėtusiųjų ŽIV švirkščiamųjų narkotikų vartotojų lytinių partnerių, ypač moterų.**

ES ir ELPA šalyse 28% naujų ŽIV infekcijos atvejų 2007 m. buvo 15–29 metų amžiaus jaunimo grupė. Vidutinis amžius, kuriems diagnozuotas ŽI virusas, Lietuvoje yra 32 metai. ES šalyse – 35 metai. Pavyzdžiui, Latvijoje šis rodiklis yra 28 metai, o Prancūzijoje – 37 metai. **Bendra tendencija Lietuvoje – užsikrėtusiųjų amžius ŽIV jaunėja ir tai parodo prevencinių priemonių sutelkimo svarbą jaunimo tarpe.**

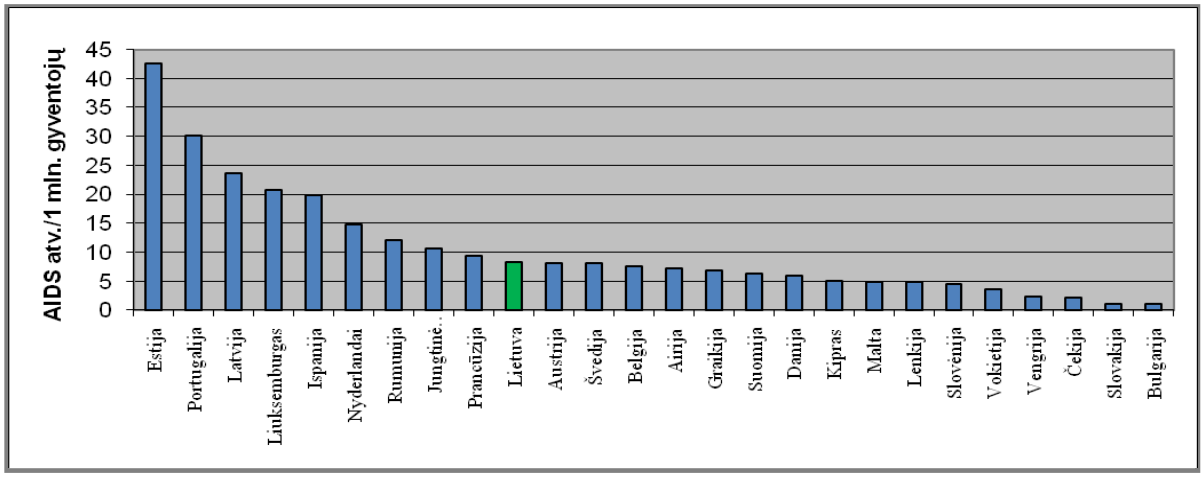
ES ir ELPA šalyse 31% naujų ŽIV infekcijos atvejų 2007 m. sudarė moterys. **Lietuvoje ŽIV užsikrėtusių moterų iki 2009 metų sausio 1 dienos registruota 5 kartus mažiau nei vyrų, tačiau jų kasmet daugėja. Dauguma (54,1%) moterų ŽIV užsikrėtė vartodamos švirkščiamus narkotikus, tačiau daugėja užsikrėtusiųjų lytinių santykių metu**. Europos regione tarp registruotų ŽIV atvejų taip pat dominuoja vyrai. Dauguma (90%) ŽIV užsikrėtusių moterų Lietuvoje yra reprodukcinio amžiaus. Pirmoji ŽIV užsikrėtusi moteris **Lietuvoje** gimdė 2002 metais, o iki 2009 sausio 1 dienos **registruoti 43 ŽIV užsikrėtusių moterų gimdymų atvejai ir nustatytas vienas iš motinos vaikui ŽIV perdavimo atvejis**. Įvertinus kintančią ŽIV/AIDS epidemiologinę situaciją Lietuvoje tarp moterų, laiku imtasi papildomų priemonių detaliau reglamentuoti perinatalinio ŽIV perdavimo profilaktiką. Tai leido išplėtoti nėščiųjų testavimo dėl ŽIV apimtis bei sustiprinti perinatalinio ŽIV perdavimo profilaktiką (11). ES šalių konferencijoje priimtoje Dublino deklaracijoje „Partnerystė kovoje su ŽIV/AIDS Europoje ir Centrinėje Azijoje“ numatyta, kad ES šalys sieks, jog perinatalinis ŽIV perdavimo būdas šalyje neviršytų 2 procentų. Lietuvoje tai sudaro 0,3 procento. Iš viso Europoje iki 2008 metų užregistruoti 4264 perinatalinio ŽIV perdavimo atvejai.

Lietuvoje, kaip ir kitose Europos šalyse, ŽIV infekcijos sąsajos su laisvės atėmimo vietomis – itin opi problema**. Laisvės atėmimo vietose koncentruojasi asmenys su rizikinga elgsena, tai sudaro prielaidas didesnei infekcijų plitimo tikimybei**. Kalėjimų departamento prie Teisingumo ministerijos duomenimis, **apie 64% visų ŽIV infekuotų asmenų Lietuvoje yra nors kartą pabuvoję laisvės atėmimo vietose**. Tai dėsninga, nes dauguma ŽIV infekuotų asmenų Lietuvoje yra

narkotikų vartotojai ir jiems būdingas atitinkamas gyvenimo būdas bei dažnas nusikalstamas elgesys, „atvedantis" į laisvės atėmimo vietas. Nelegalių narkotikų patekimas ir vartojimas laisvės atėmimo vietose – tai pasaulinė problema. Nustatyta, kad nuo 15% iki 50% ES šalių nuteistųjų yra turėję ar turi nelegalių narkotikų vartojimo patirties. **Lietuvoje laisvės atėmimo vietose laikomų narkotikų vartotojų kasmet daugėja**. Su narkotikų vartojimu susijusi rizikinga elgsena, nepakankamas nuteistųjų užimtumas – veiksniai, sąlygojantys užkrečiamų ligų (taip pat ir ŽIV) plitimą laisvės atėmimo vietose. **Aktyvi ŽIV epidemiologinės priežiūros sistema** (dėl ŽIV testuojami visi asmenys patenkantys ar paliekantys laisvės atėmimo vietas bei atitinkami periodiniai testavimai) **leidžia stebėti ŽIV profilaktikos intervencijas laisvės atėmimo vietose.** Dėka aktyvios nacionalinės ŽIV epidemiologinės priežiūros sistemos (įskaitant tarpinstitucinį bendradarbiavimą), 2002 metais pavyko išaiškinti ŽIV protrūkį Alytaus pataisos namuose. Protrūkio išaiškinimas beveik sutapo su jo pradžia. Pastarasis faktas **leido imtis neatidėliotinų narkomanijos ir ŽIV prevencijos priemonių ir sustabdyti protrūkį.** Literatūroje rašoma, jog, nustatyti ŽIV serokonversijos faktus laisvės atėmimo vietose gana sudėtinga, nes sunku įrodyti tikslų ŽIV užsikrėtimo momentą ir tuo dažnai būna nesuinteresuota laisvės atėmimo vietų administracija. Svarbu tai, kad konkretaus protrūkio išaiškinimas labai priklauso nuo įkalinimo įstaigos administracijos geranoriškumo bei nacionalinės ŽIV epidemiologinės stebėsenos aktyvumo. Kitaip tariant, **išlieka prioritetinė problema bausmę atlikusiųjų, ŽIV užsikrėtusiųjų nuteistųjų reintegracija į visuomenę**. Reintegracijos programų įvairiuose regionuose daugėja, tačiau didžiausias jų poreikis tikėtinas Vilniuje ir Klaipėdoje yra tenkinamas nepakankamai.

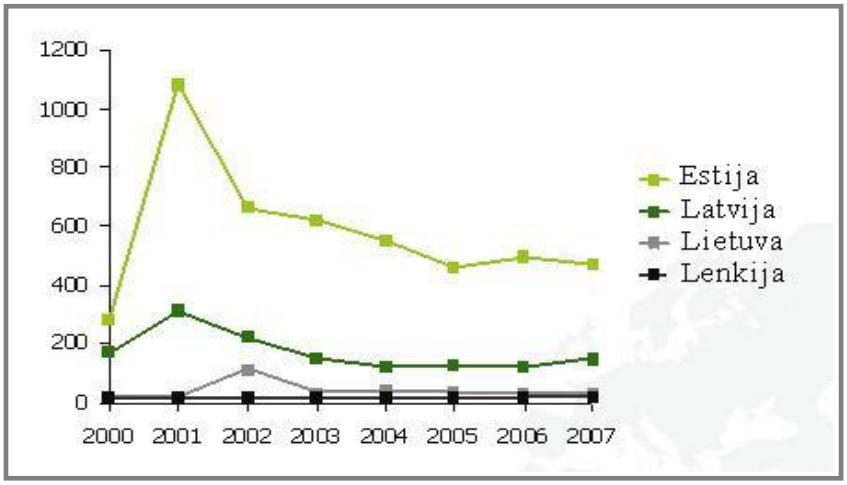
Per visą ŽIV infekcijos registravimo laikotarpį **Lietuvoje AIDS susirgo 206 ŽIV užsikrėtę pacientai**. Naujų AIDS atvejų rodiklis 100 000 gyventojų ES šalyse pradėjo mažėti nuo 1999 metų, kai plačiai buvo pradėta taikyti antivirusinė terapija. Didžiausias tarp ES šalių sergamumas AIDS 2007 metais užregistruotas Estijoje, Portugalijoje, Latvijoje ir Ispanijoje: atitinkamai 43 ir 30 bei 24 ir 20 atvejai 1 mln. gyventojų. Lietuvoje šis rodiklis siekė 8.3 ir buvo vienas iš žemesnių tarp ES šalių (2 paveiklslas.). Lietuvoje ŽIV plitimo tempai daug žemesni nei Latvijoje ar Estijoje (3 paveikslas.)

2 paveikslas. **AIDS sergamumo rodiklis ES šalyse (AIDS atvejai /1 mln. gyventojų) 2007 metais**




*Šaltinis: ECDC ir PSO*

3 paveikslas. **Naujai registruoti ŽIV atvejai Baltijos valstybėse ir Lenkijoje 2000 – 2007 metais (sk. milijonui gyventojų)**




*Šaltinis: ECDC ir PSO*

Pastaruoju metu, dėl plačiai prieinamo efektyvaus ŽIV ligos gydymo, Europoje senos AIDS atvejų stebėsenos sistemos, kaip ŽIV infekcijos plitimo tendencijų vertinimo rodiklio, atsisakoma. **Epidemiologiniu požiūriu, žymiai informatyvesnis ir svarbesnis yra naujų ŽIV atvejų registravimas, kuris leidžia vertinti epidemijos tendencijas**. Kai kuriose Europos šalyse nacionalinė naujų ŽIV atvejų registravimo sistema įdiegta neseniai: Prancūzijoje nuo 2003 m., Maltoje – nuo 2004 m., o Italijoje pastarosios visai nėra. Lietuvoje ŽIV epidemiologinė priežiūra vykdoma vadovaujantis Lietuvos Respublikos Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymu (12). Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro poįstatyminis teisės aktas reglamentuoja ŽIV ir LPI epidemiologinę priežiūrą asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose (13). ŽIV infekcija Lietuvoje registruojama nuo 1988 m., kai šalyje buvo diagnozuotas pirmas atvejis.

**ŽIV epidemiologinė priežiūra yra specifinė ir skiriasi nuo kitų infekcinių ligų epidemiologinės priežiūros.** Vadovaujantis PSO rekomendacijomis **Lietuvoje, įgyvendinama vadinama antros kartos ŽIV epidemiologinė priežiūra,** kuri siekia suvienyti visus informacijos šaltinius, reikalingus ŽIV infekcijos plitimui mažinti bei užsikrėtusiesiems gydyti. Antrosios kartos ŽIV epidemiologinės priežiūros sistema siekia susieti ŽIV paplitimo informaciją su rizikinga tikslinių grupių atstovų elgsena, darančia lemiamą įtaką šiam plitimui, nuolatos informuoti apie epidemijos pokyčius, taip pat maksimaliai panaudoti papildomus informacijos šaltinius – užkrečiamų ligų epidemiologinės priežiūros, reprodukcinės sveikatos, gyvensenos bei kitus duomenis, kurie padeda geriau suprasti ŽIV epidemiją bei lemiančią jos plitimą rizikingą elgseną. Šiuo metų vykdoma ŽIV epidemiologinė priežiūra leidžia įvertinti aukštos rizikos užsikrėsti ŽIV infekcija įtaka ŽIV plitimui.

Lietuvoje taikomos epidemiologinės priežiūros sistemos registruoja tendencijas: **serologinis stebėjimas** rodo infekcijos tendencijas, o **elgsenos stebėjimas** fiksuoja, kaip keičiasi elgsena, daranti įtaką infekcijos plitimui. Šios sistemos duomenys padeda paskatinti visuomenės reakciją į ŽIV, padeda orientuoti prevencinę veiklą ir planuoti atsaką. Vienas iš svarbesnių epidemiologinės priežiūros duomenų panaudojimo būdų – tikslingos pastangos sulėtinti epidemijos plitimą.

**Lietuvoje,** kaip ir kitose Europos šalyse, **dažniausia AIDS indikacinė liga – plaučių tuberkuliozė, stemplės kandidozė ir Pneumocystis carinii pneumonija**: atitinkamai sudaro 18.6%, 18.5% ir 18.3% visų diagnozuotų 2007 metais AIDS atvejų. Iš viso iki 2009 metų pradžios Lietuvoje tuberkulioze susirgo 88 ŽIV infekuoti asmenys, iš kurių 30 mirė.

2007 metų pabaigoje ŽIV testavimo klausimais Briuselyje vykusioje konferencijoje, Europos šalys ragintos plėtoti ŽIV testavimą bei konsultacinę pagalbą. Šalių palyginimas pagal atliktų jose ŽIV testų skaičių yra komplikuotas. Dažnai šių rodiklių palyginimas negalimas, nes tyrimai atlikti skirtingomis testavimo formomis, skirtingose institucijose bei grupėse. Testavimo apimčių tarp šalių palyginimas galimas tik tada, kai lyginamos tos pačios testuotų asmenų grupės (nėščiosios, nuteistieji ir kt.). Mokslininkai sutaria, kad **efektyviausia dėl ŽIV testuoti tas rizikos grupes, kuriose rizika užsikrėsti ŽIV yra didžiausia**. Atsižvelgiant į tai, Lietuvoje ir toliau būtina plėtoti rizikos grupių testavimą bei konsultavimą, įskaitant anoniminį. Pabrėžiama, kad tos šalys, kurios konsultuoja ir

testuoja daugiau rizikos grupių asmenų yra daugiau pasiekusios ŽIV/AIDS prevencinėje veikloje, nei tos kurių testavimo sistema apsiriboja tik besikreipiančiųjų į sveikatos priežiūros įstaigas laisvanoriškais tyrimais dėl ŽIV.

2 lentelė. **ŽIV testavimo duomenų palyginimas Baltijos šalyse 2002metais**

| | Lietuva | | | Estija | | | Latvija | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tirtos grupės** | **Tyrimai** | **ŽIV +** | ***** | **Tyrimai** | **ŽIV+** | ***** | **Tyrimai** | **ŽIV+** | ***** | |
| Kaliniai | 24 138 | 350 | 1 449,9 | 1 923 | 243 | 12 636,5 | 6 684 | 295 | 4 413,5 | p<0,001 |
| ŠNV (neįkalinti | 2 831 | 28 | 989,0 | 1 186 | 73 | 6 155,1 | 2 980 | 71 | 2 382,5 | p<0,001 |
| Neščiosios | 2 398 | 0 | 0 | 19 374 | 44 | 227,1 | 22 692 | 23 | 101,3 | p<0,01, p<0,001 |
| Klinikiniai simptomai | 5 780 | 5 | 86,5 | 3 203 | 119 | 3 715,2 | 4 208 | 20 | 475,2 | p<0,001 |
| LPI pacientai | 1 328 | 2 | 150,6 | 2 898 | 17 | 586,6 | 10 101 | 46 | 455,4 | p<0,05 |
| Kiti | 40 769 | 12 | 29,4 | 22 511 | 378 | 1 679,1 | 26 406 | 156 | 590,7 | p<0,001 |
| Iš viso: | 77 244 | 397 | 513,9 | 51 095 | 874 | 1 710,5 | 81 940 | 611 | 745,6 | p<0,001 |
| Donorų tyrimai | 82 876 | 0 | 0 | 48 116 | 25 | 51,9 | 79 909 | 9 | 11,2 | p<0,001 |
| Iš viso: | 160 120 | 397 | 257,9 | 99 211 | 899 | 906,1 | 161 849 | 620 | 383,0 | P<0,001 |
| | * ŽIV + 100 000 tyrimų | | | | | | | | | |

*Šaltinis:Lietuvos, Latvijos ir Estijos AIDS centrai. 2004 m. vasaris.*

Siekiant koordinuoti ŽIV/AIDS nacionalinį atsaką, UNAIDS siūlo vadovautis tarptautinėmis ŽIV/AIDS veiklos koordinavimo rekomendacijomis **„Three ones“**, kuriose įvardinti veiklos koordinavimo principai:

**1) *Vieninga* ŽIV politika** (vienas suderintas veiksmų planas ŽIV/AIDS srityje, kuriuo remiantis koordinuojamas visų partnerių darbas (nacionalinė programa arba strategija);

**2) *Viena* nacionalinį multisektorinį atsaką koordinuojanti institucija;**

**3) *Viena ir vieninga* stebėjimo ir vertinimo sistema.**

Lietuvoje užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės valstybinio valdymo sistemą (įskaitant ŽIV/AIDS ir LPI) sudaro valstybinis, teritorinis ir vietinis lygmenys. **Valstybiniame lygmenyje** ŽIV/AIDS ir LPI valdymą koordinuoja ir įgyvendina LR Vyriausybė, Sveikatos apsaugos ministerija ir Lietuvos AIDS centras. ŽIV/AIDS ir LPI valdymą **teritoriniame lygmenyje** įgyvendina Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba prie SAM, jai pavaldžios teritorinės visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos, apskričių viršininkai ir apskričių gydytojai. ŽIV/AIDS ir LPI valdymą **vietiniame lygmenyje** įgyvendina savivaldybės (merai ir savivaldybių gydytojai), savivaldybės taryba, savivaldybės administracijos direktorius ir asmens sveikatos priežiūros įstaigos (14, 15).

## 1.2 . Trumpai apie ŽIV ir AIDS (16)

**ŽIV – žmogaus imunodeficito virusas**

- ŽIV yra AIDS sukeliantis virusas.
- Yra dvi viruso rūšys: ŽIV-1 ir ŽIV-2.
- ŽIV taikinys – baltieji kraujo kūneliai (CD4 ląstelės).
- ŽIV sunaikina imuninę sistemą.

**AIDS**

ŽIV sukelia AIDS (angl. – *Acquired Immune Deficiency Syndrome*):

- įgytą (akvizitinį), t. y. neįgimtas ir nepaveldėtas deficitas;
- imunodeficito (imuninės sistemos nusilpimas);
- sindromą (simptomų ir požymių visuma).

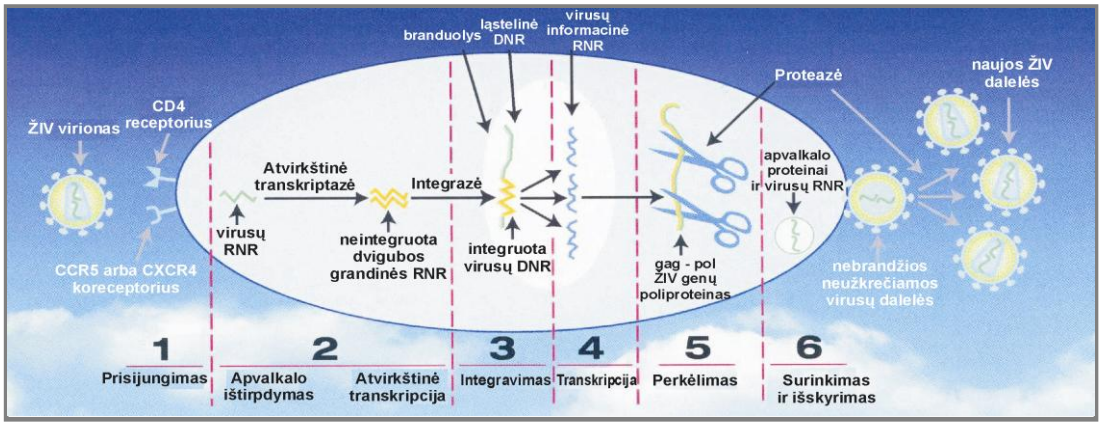
ŽIV priklauso retrovirusų šeimai, *lentivirusų genčiai* (lot. *lenti* – „lėtas“). Šie virusai sukelia lėtai progresuojančią ligą. Paprastai prabėga ne vieneri metai, kol atsiranda ŽIV infekcijos simptomai. ŽIV atakuoja žmogaus imuninę sistemą, t. y. sistemą, kurios paskirtis – apsaugoti žmogų nuo infekcijų. Mokslininkai nustatė dvi ŽIV rūšis: ŽIV-1 ir ŽIV-2, kurie yra šiek tiek genetiškai skirtingi. Viruso rūšis turi įtakos ŽIV ligos progresavimo greičiui, perdavimo tikimybei. Abu virusai plinta tais pačiais būdais ir abu sietini su tomis pačiomis oportunistinėmis infekcijomis bei AIDS. Pasaulyje dauguma žmonių yra užsikrėtę ŽIV-1 tipo virusu. ŽIV-2 paplitęs Vakarų Afrikoje ir plinta ne taip lengvai kaip ŽIV-1 bei lėčiau nei ŽIV-1 progresuoja į AIDS. Lietuvoje vyrauja ŽIV-1 tipas. Žmogus gali būti užsikrėtęs ir abiejų tipų virusais vienu metu.

## ŽIV gyvavimo ciklas

ŽIV savo genome turi ribonukleino rūgštį (RNR). Virusai negali daugintis izoliuoti – jiems reikalingas šeimininkas, t. y. žmogaus organizmas. ŽIV užkrečia vadinamojo šeimininko ląsteles, arba CD4 ląsteles, baltuosius kraujo kūnelius, kurie atlieka pagrindinį vaidmenį organizmo imuninėje sistemoje ir juose ima daugintis. Skiriamasis CD4 ląstelių bruožas – CD4 receptoriai jų paviršiuje, kurie ir yra pagrindinis ŽIV taikinys.

Virusas, susijungęs su žmogaus organizmo ląstele, perkelia savo RNR į žmogaus organizmo ląstelę. Fermentų, vadinamų atvirkštine transkriptaze, pagalba RNR transformuojasi į DNR, kuri, įsiterpusi į žmogaus ląstelės DNR, tampa sudedamąja jos dalimi, ir infekcija įsitvirtina organizme. ŽIV tūno šeimininko ląstelėje latentinės būsenos neapibrėžtą laiką. Perduodamos ŽIV iš žmogaus žmogui (ar iš ląstelės ląstelei) viruso dalelytės, vadinamos virionais, keliauja kūno skysčiais ir naikina naujas CD4 šeimininko ląsteles.

4 paveikslas. **ŽIV dauginimasis (replikacija) – daugiapakopis procesas, susidedantis iš kelių etapų:**




*Šaltinis: Merck&Co, 2009.*

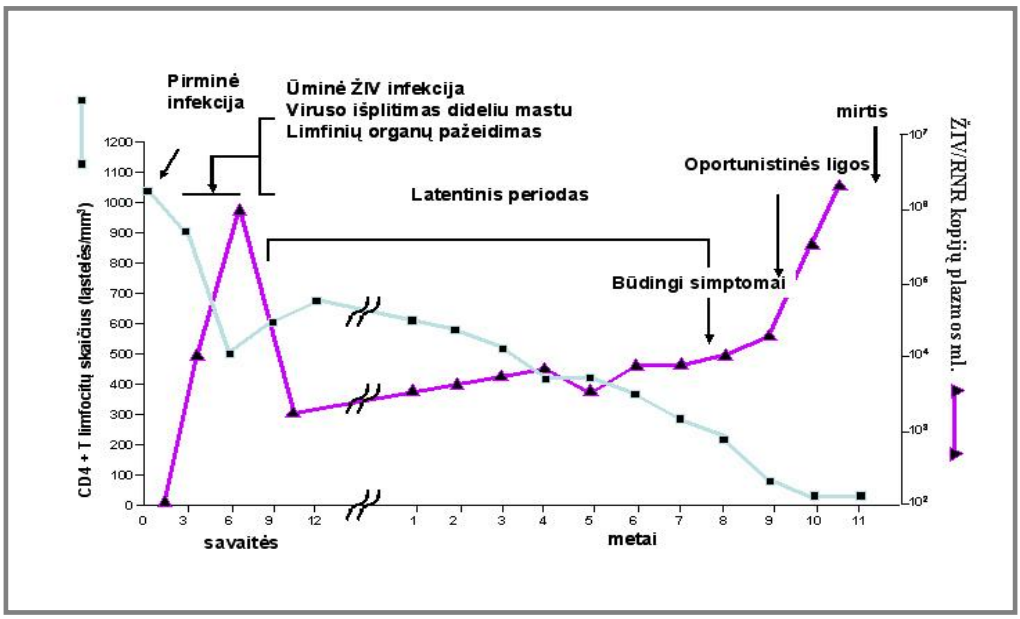
1. **Virusas prisijungia prie ląstelės, turinčios CD4 receptorių.** CD4 receptoriai sąveikauja su ŽIV apvalkale esančių baltymų kompleksais, kurių kiekvieną sudaro du glikoproteinai: gp120, esantis viruso išorėje, ir jungiamasis gp41, esantis viruso apvalkale. ŽIV priartėjus prie ląstelės, gp120 susijungia su CD4 receptoriumi. Šis procesas vadinamas prisitvirtinimu. Prisitvirtinus prie receptoriaus, pakinta gp120 struktūra ir įvyksta sąveika su chemokinų koreceptoriais. Pagrindiniai chemokinų receptoriai, kuriais ŽIV pasinaudoja kaip koreceptoriai, yra CCR5 ir CXCR4, tačiau esama ir kitų. Koinformaciniai gp120 pokyčiai sužadina (indukuoja) gp41, kurio hidrofobinė NH2 dalis įsiterpia į ląstelės taikinio membraną. Vėl vyksta koinformaciniai gp41 pokyčiai, gp41 susiveja ir pritraukia ląstelę prie viruso – palengvinamas viruso ir ląstelės membranos susiliejimas (fuzija).

2. **Virusas patenka į ląstelę.** Viruso nukleokapsidė pereina į CD4 ląstelės vidų, atsiveria ir išleidžia dvi viruso RNR grandines bei tris svarbius daugimosi (replikacijos) fermentus: integrazę, proteazę ir atvirkštinę transkriptazę. Atvirkštinė transpkriptazė skatina atvirkštinę viruso RNR transkripciją. Jai būdingos dvi katalizinės sritys: viruso H nukleazės aktyvioji pusė ir aktyvioji polimirazės pusė. Čia vienos grandinės viruso RNR transkribuoja į dvigubąją RNR/DNR spiralę. Viruso H nukleazė nutraukia RNR grandinę, o polimerazė papildo likusiąja DNR grandinę ir susiformuoja dvigubąją DNR spiralę. Tada suaktyvėja integrazę: DNR pereina į ląstelės branduolį ir įterpiama į šeimininko ląstelės genomą. Nuo tada šeimininko ląstelės genomas įgyja geninė ŽIV informaciją. Ląstelės aktyvavimas sukelia proviruso DNR transkripciją ir pernašos (transportinės) RNR gamybą. Viruso pernašos (transportinė) RNR pereina į ląstelės citoplazmą, kur sintetinami statibiniai naujų virusų baltymai. Fermentas proteazė suskaldo ilgesnius baltimus į trumpesnius – šerdinius. Dvi viruso RNR grandinės, replikaciniai fermentai ir šerdiniai viruso baltimai subrandina (angl. maturation) naują viruso dalelę.

3. **Virusas palieka ląstelę.** Visiškai subrendęs virusas pumpuravimo būdu palieka šeimininko ląstelę ir jau gali užkrėsti kitas ląsteles. Viena CD4 ląstelė vidutiniškai pagamina 250 naujų virionų ir žūva. ŽIV replikuojasi milijardus kartų per dieną, todėl suyra šeimininko imuninės ląstelės ir liga progresuoja.

Nepatekęs į organizmą ŽIV yra labai silpnas. Didėjant ar mažėjant aplinkos pH, ŽIV aktyvumas labai sumažėja. Optimalus pH yra 7,0–8,0. Virusas atsparus ultravioletiniams ir rentgeno spinduliams bei šalčiui. ŽIV greitai žūva virinamas (100 $^0$C temperatūroje iš karto, 56 $^0$C temperatūroje per 20 min.), paveiktas spiritu, chloru, rūgštimi ir šarmu, balinamosiomis, dezinfekuojamosiomis medžiagomis (0,5% natrio hipochlorito ir 0,5% gliutaraldehido tirpaluose žūva per vieną minutę, 1% chloramino tirpale – per 5 minutes; 50–70 $^0$C etilo alkoholyje – per 10 minučių).

5 paveiklslas. **ŽIV infekcija skirstoma į šias klinikines stadijas:**




*Šaltinis: Immunopathogenic mechanisms of HIV infection / A Fauci, D Pantaleo, S Stanley, D Weismann. Ann Intern Med 1996;124 (7): 654–663.*

1. užsikrėtimas virusu;
2. ūminė stadija – pirminė ŽIV infekcija;
3. serokonversija;
4. lėtinė stadija – besimptomė infekcija;
5. simptomė ŽIV infekcija;
6. AIDS – įgytasis imuniteto nepakankamumo (deficito) sindromas.

**Užsikrėtimas virusu**

ŽIV užsikrečiama trimis būdais: per kraują ir jo preparatus, per lytinius santykius ir perinataliai (motina perduoda virusą vaikui nėštumo, gimdymo ar žindymo krūtimi metu).

**Ūminė stadija – pirminė ŽIV infekcija**

Pradiniai ŽIV infekcijos simptomai nėra labai ryškūs. Jei žmogus užsikrėtęs, dažniausiai po 2–4 savaičių jam gali pasireikšti į gripą panašūs simptomai, kurie trunka apie 1–2 savaites. Simptomus lemia žmogaus organizmo imuninė atsakomoji reakcija į ŽIV. Dažniausi simptomai: karščiavimas, limfmazgių padidėjimas, gerklės, galvos, raumenų, sąnarių skausmai, odos bėrimas, viduriavimas, pykinimas ir vėmimas bei kiti. Atsiradus pirmiesiems ligos simptomams, ŽIV antikūnų tyrimo rezultatai paprastai būna neigiami. Laikotarpis, kai dar neįmanoma aptikti antikūnų, vadinamas „lango“ periodu, arba ŽIV infekcijos inkubaciniu periodu. Jis trunka maždaug 21 dieną. Jo metu diagnozę gali padėti nustatyti sudėtingi tyrimai:

1) ŽIV p24 antigeno,
2) kiekybinis ŽIV RNR,
3) kokybinis ŽIV provirusinės DNR.

Šie tyrimai atliekami Lietuvos AIDS centro laboratorijoje. ŽIV infekciją sunku diagnozuoti neatlikus ŽIV antikūnų testo, todėl vienintelis būdas įsitikinti, ar nėra ŽIV infekcijos, – atlikti ŽIV tyrimą (testą).

**Serokonversija**

Serokonversija – pasigaminusių ŽIV antikūnų atsiradimas. Ji nustatoma vidutiniškai po trijų savaičių nuo užsikrėtimo. Iki tol ŽIV antikūnų aptikti neįmanoma, nes jų yra labai mažai arba jie dar nepasigaminę. Retais atvejais serokonversija užtrunka ilgiau, tačiau beveik visiems pacientams serokonversija įvyksta per šešis mėnesius.

**Lėtinė stadija – besimptomė ŽIV infekcija**

Lėtinė ligos stadija prasideda pranykus / nurimus ūminės infekcijos stadijai būdingiems simptomams. Besimptomė ŽIV infekcija gali trukti vienerius ar kelerius metus, bet vidutiniškai trunka nuo penkerių iki aštuonerių metų. Kartais besimptomė ŽIV infekcija gali trukti net iki 20 metų. Šiuo laikotarpiu užsikrėtusiems ŽIV gali nebūti jokių požymių arba būna mažiausia dviejų sričių, išskyrus kirkšnies, limfmazgių nuolatinis padidėjimas, trunkantis ilgiau nei 3 mėnesius. Šios stadijos trukmė priklauso nuo konkretaus asmens imuninio reagavimo, bendros sveikatos būklės. Sveikųjų CD4 ląstelių norma yra vidutiniškai 500–1000/mm$^3$. Šiuo laikotarpiu CD4 ląstelių skaičius kraujyje laipsniškai (skirtingiems asmenims nevienodai) mažėja, tačiau šis mažėjimas priklauso nuo virusinio krūvio (ŽIV RNR): kuo šis didesnis, tuo greičiau mažėja CD4 ląstelių. Taigi, nors žmogus jaučiasi gerai, jo imuninė sistema pamažu silpsta.

## Simptomė ŽIV infekcija

Intensyvėjant viruso dauginimuisi ir mažėjant CD4 ląstelių skaičiui, didėja ląstelinio imuniteto nepakankamumas, todėl pradeda atsirasti ŽIV ligos požymių (uždegimai, grybelių, parazitų, virusų sukeltos ligos, kuriomis esant nepažeistam imunitetui susergama retai). Simptomė ŽIV infekcija nustatoma, kai diagnozuojamos šios ligos (ar jų simptomai): burnos pienligė, plaukuotoji burnos leukoplakija, periferinė neuropatija, gimdos kaklelio displazija ar *carcinoma in situ*, konstituciniai simptomai (karščiavimas arba viduriavimas, trunkantis ilgiau nei vieną mėnesį), besikartojanti juosianti pūslelinė, idiopatinė trombocitopeninė purpura ir kitos. Kaip jau minėta ankstesniame skyrelyje, besimptomė ŽIV infekcija gali trukti vienerius ar kelerius metus, bet vidutiniškai ji trunka nuo penkerių iki aštuonerių metų, todėl ŽIV ligos požymiai/simptomai išryškėja pasibaigus besimptomiam periodui.

## AIDS stadija

Užsikrėtęs ŽIV žmogus iš karto nesuserga AIDS. Paprastai AIDS susergama po gana ilgo

laikotarpio – vidutiniškai penkerių–dešimties metų.

**AIDS** – tai įgytas imuniteto nepakankamumo sindromas (ligos požymių ar tiesiog ligų kompleksas), pasireiškiantis oportunistinėmis infekcijomis, navikais ir kitomis ligomis. Daugelyje Europos Sąjungos šalių ir Lietuvoje užsikrėtusiam ŽIV asmeniui diagnozuojamas AIDS, jei nustatoma bent viena AIDS indikacinė liga (pagal 1993 m. Europos AIDS apibrėžimą), visai nepaisant CD4 ląstelių skaičiaus.

Laikotarpis nuo didelio imuniteto nusilpimo (imunosupresijos) (CD4 ląstelių <200/mm$^3$) iki susirgimo AIDS indikacine liga vidutiniškai trunka 12–18 mėnesių, jei pacientui netaikomas antiretrovirusinis gydymas. Tačiau apie 10% asmenų AIDS indikacine liga suserga, kai CD4 > 200/mm$^3$.

**AIDS indikacinės ligos**

*(taikoma suaugusiesiems ir vyresniems kaip 13 metų paaugliams):*

- bronchų, trachėjos ar plaučių kandidozė,
- stemplės kandidozė,
- išplitęs gimdos kaklelio vėžys,
- diseminė ar ekstrapulmoninė kokcidiomikozė,
- ekstrapulmoninė kriptosporidiozė,
- lėtinė žarnyno kriptosporidiozė, trunkanti ilgiau kaip mėnesį,
- citomegaloviruso (CMV) sukelta liga (ne kepenų, blužnies ar limfmazgių),
- CMV retinitas,
- ŽIV sukelta encefalopatija,
- *Herpes simplex* viruso (HSV) infekcija: lėtinės opos, negyjančios ilgiau kaip mėnesį, arba bronchitas, pneumonitas, ezofagitas,
- diseminė ar ekstrapulmoninė histoplazmozė,
- lėtinė žarnyno izosporiozė, trunkanti ilgiau kaip mėnesį,
- Kapoši sarkoma,
- burkito ar panašaus tipo limfoma,
- imunoblastinė ar panašaus tipo limfoma,
- pirminė smegenų limfoma,
- diseminė ar ekstrapulmoninė *Mycobacterium avium complex* ar *M. Kansasii,*
- plaučių *Mycobacterium tuberculosis* infekcija,
- ekstrapulmoninė *Mycobacterium tuberculosis* infekcija,
- diseminė ar ekstrapulmoninė kitų ir neidenfikuotų rūšių mikobakteriozė,
- *Pneumocystis jiroveci* pneumonija,
- pasikartojantis plaučių uždegimas,
- progresuojanti daugiažidininė leukoencefalopatija,
- pasikartojanti *salmonella* septicemija,
- smegenų toksoplazmozė,
- ŽIV išsekimo sindromas.

**ŽIV infekcijos šaltinis**

**ŽIV infekcijos šaltinis** yra užsikrėtęs žmogus ir infekcija gali plisti tik nuo žmogaus žmogui. ŽIV užsikrėtęs asmuo būna infektabilus visą likusį gyvenimą. Net kai atrodo ir jaučiasi gerai gali perduoti virusą kitam asmeniui.

**Svarbiausias ŽIV infekcijos šaltinis** – **asmuo ankstyvoje ŽIV infekcijos stadijoje**, kai jis jaučiasi gerai, dažnai net pats neįtaria arba nežino apie savo ligą, o ŽIV koncentracija jo organizme (organizmo biologiniuose skysčiuose) yra labai didelė (17, 18, 19, 20, 21). Ką tik užsikrėtusių asmenų užkrečiamumas (ŽIV perdavimo tikimybė) iki 50 kartų didesnis nei vėliau (22). 200 kartų didesnė tikimybė perduoti virusą, jei santykiaujama per pirmuosius tris ŽIV infekcijos mėnesius (23) ir kas penkti lytiniai santykiai su neseniai ŽIV užsikrėtusiu asmeniu, baigiasi užsikrėtimu (24). Ūmi ŽIV

infekcija ir LPI koinfekcija taip pat didina ŽIV perdavimo tikimybę (25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34). Pagal JAV mokslininkų atliktus skaičiavimus, 25% nežinančių, kad yra ŽIV užsikrėtę asmenų per metus, JAV užkrečia apie 40 000 žmonių, kas sudaro 54% naujų ŽIV infekcijos atvejų (35).

**ŽIV užsikrėtimo tikimybė per lytinius santykius didėja, jei** (17): vienas iš partnerių serga kita LPI (chlamidijoze, lytiniu herpesu, sifiliu, gonorėja ir kt.), bakterine vaginoze ar gimdos kaklelio erozija; jei santykiaujama menstruacijų metu, pirmų lytinių santykių metu; arba naudojant kontraceptikus; jei vieno iš partnerių mechaniškai pažeista gleivinė (lytinių organų, išeinamosios angos ar burnos); jei santykiai buvo prievartiniai, mechaniškai žalojantys gleivinę (išprievartavimo atvejais) (8, 36, 37); kartu pasireiškia kitos infekcijos (tuberkuliozė, maliarija, helmintinė infekcija).

Rizika neapsaugotų analinių santykių metu sudaro 0,8–3% (38). ŽIV perdavimo galimybė iš vyro moteriai 20 kartų didesnė analinių santykių metu nei santykiaujant vaginaliai (38). Manoma, kad iki 8% Anglijos ir JAV ŽIV infekuotų gėjų užsikrėtė ŽIV oralinio sekso metu (39). Rizika užsikrėsti ŽIV infekcija (3 lentelė) priklauso nuo ekspozicijos tipo (40).

3 lentelė. **Rizika užsikrėsti ŽIV infekcija**

| Ekspozicijos tipas | Apskaičiuota rizika užsikrėsti ŽIV infekcija (%) |
|---|---|
| Kraujo perpylimas | 90–100 (53) |
| Receptyviniai analiniai lytiniai santykiai | 0,1–3,0 (42, 43) |
| Receptyviniai vaginaliniai lytiniai santykiai | 0,1–0,2 (18, 44, 45, 46, 47, 48, 94) |
| Insertyviniai vaginaliniai lytiniai santykiai | 0,03–0,09 (94) |
| Insertyviniai analiniai lytiniai santykiai | 0,06 (48) |
| Receptyviniai oraliniai lytiniai santykiai | 0–0,4 (103) |
| Pažeidžiamas odos vientisumas adata | 0,3 (95% PI 0,2-0,5) (19, 49, 50) |
| Švirkštimo įranga dalinimasis | 0.67 (51) |
| Kontaktas su gleivinėmis | 0.09 (95% PI 0.006–0.5) (52) |

**ŽIV perdavimas iš motinos vaikui**

ŽIV perinatalinio perdavimo rizika netaikant jokio gydymo svyruoja nuo 16 iki 40% (5) (6 paveikslas). Šalyse, kur aktyviai vykdomas nėščių moterų ŽIV konsultavimas ir savanoriškas tyrimas bei antivirusinis gydymas, perinatalinis ŽIV perdavimas gerokai sumažėjo (53, 54, 55, 56, 57).

ŽIV perdavimą iš motinos vaikui gali sumažinti ŽIV infekcijos profilaktika tarp moterų; savanoriškas ŽIV tyrimas; nemokama arba pigi nėščiųjų priežiūra, antiretrovirusinių vaistų prieinamumas nėštumo metu, skatinimas nemaitinti kūdikių krūtimi (jei motina užsikrėtusi) ir alternatyvių maitinimo būdų užtikrinimas (4, 58, 59, 60).

Perinataliniam perdavimui neįmanoma užkirsti kelio, jei moteris nežino, kad ji yra užsikrėtusi ŽIV. Siekiant padėti kuo anksčiau sužinoti ŽIV statusą, visoms besilaukiančioms moterims turi būti prieinamas ir siūlomas savanoriškas ŽIV tyrimas ir konsultavimas (59, 60, 61, 62, 63).

6 paveikslas. **Perinatalinis ŽIV perdavimas**

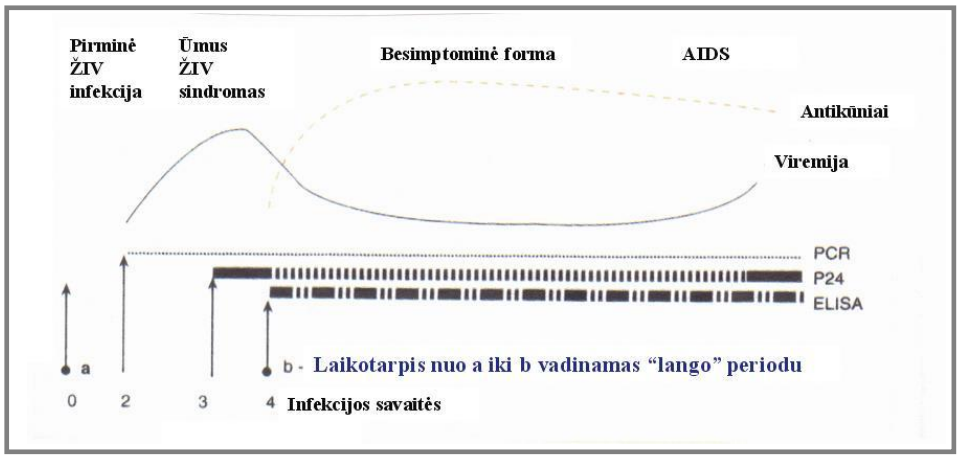
Akivaizdu, kad **žmogaus imunodeficito virusas pasinaudos galimybe ir greitai išplis ten, kur bus palikta galimybė – užterštais instrumentais naudojami švirkščiamieji narkotikai, arba be tinkamų apsaugos priemonių lytiškai santykiaujama su ŽIV užsikrėtusiu partneriu, kuris dažnai ir pats nežino apie savo ligą.** Todėl ankstyvoje ŽIV infekcijos stadijoje labai svarbu imtis ŽIV plitimo prevencijos priemonių (64). Konsultuojant pacientus prieš ir po ŽIV tyrimo (nepriklausomai nuo tyrimo rezultatų) galime motyvuoti keisti elgesį į saugesnį. Svarbiausias visuomenės sveikatos uždavinys, stabdant ŽIV plitimą – **sudaryti sąlygas asmeniui sužinoti savo ŽIV statusą ir skatinti jo elgesio pasikeitimą** į **saugesnį, kad neužsikrėtę asmenys neužsikrėstų, o užsikrėtę galėtų pasirūpinti savo sveikata ir neplatintų infekcijos savo lytiniams ar narkotikų vartojimo partneriams (65, 66).**

Dauguma pacientų / klientų šį tą žino apie ŽIV perdavimo būdus ir jų keliamą riziką užsikrėsti virusu. Tačiau labai svarbu, kad konsultantas įvertintų kiekvieno paciento / kliento informuotumo lygį ir suteiktų jiems aktualios informacijos atsižvelgdamas į jo poreikius ir žinias. Būtina, kad konsultantas paskatintų pacientą / klientą priimti informacija pagrįstą sprendimą dėl tyrimų ir elgsenos keitimo (aiškiai suvokiant, kaip ŽIV yra perduodamas, kokį pavojų kelia jo elgsena ir kokios galimos tyrimų rezultatų implikacijos) ir padėtų jam atsikratyti klaidingų įsitikinimų.

## 1.3. Tyrimai dėl ŽIV

ŽIV organizme nustatomas metodais, kuriais aptinkami **antikūnai prieš ŽIV** arba aptinkama **ŽIV genetinė medžiaga DNR arba RNR**. Antikūnai organizme randami ne iš karto po užsikrėtimo, o praėjus 3–4 savaitėms ar net keliems mėnesiams. Periodas nuo užsikrėtimo iki nustatomo kiekio antikūnų atsiradimo vadinamas inkubaciniu, arba „lango“, periodu (7 paveikslas).

7 paveikslas. **ŽIV infekcijos „lango“ (inkubacinis) periodas**




*Šaltinis:.Conway S., Bartlett J.G.. Southern African abbreviated guide to medical management of HIV infection. 2003.*

**Tyrimai, reikalingi ŽIV infekcijai nustatyti, yra vykdomi dviem etapais.**

Pirma – **atliekamas atrankinis ŽIV tyrimas** (ieškoma antikūnų prieš ŽIV). Dažniausiai taikomi imunofermentiniai atrankiniai tyrimo metodai, t. y. antikūnai prieš ŽIV nustatomi atliekant imunofermentinę analizę (IFA).

Antra, jei atrankinio tyrimo rezultatas teigiamas (nustatyti antikūnai prieš ŽIV), toliau atliekamas pakartotinis, (laboratorinis) **ŽIV diagnozę patvirtinantis tyrimas** kitais tyrimo metodais, t. y. dažniausiai atliekamas imunobloto tyrimas (ŽIV antikūnų nustatymas, atliekant imunobloto reakciją). Jei nepakanka šio tyrimo metodo, diagnozei patvirtinti naudojami kiti patvirtinimo metodai: atliekamos ŽIV antigeno ir jo neutralizacijos reakcijos, ŽIV RNR/DNR nustatymas; viruso išskyrimas

kultūroje. Siunčiant teigiamus tyrimo rezultatus užtikrinamas konfidencialumas. ŽIV diagnozę patvirtinantys tyrimai įdiegti Lietuvos AIDS centro laboratorijoje.

Dažniausiai tyrimui imamas žmogaus kraujas iš venos. Galima tirti ir gingivalinį skystį, šlapimą, tačiau tiriant šią biologinę medžiagą tikėtina didesnė klaidingo teigiamo rezultato tikimybė.

**Greiti ŽIV testai** pastaruoju metu labai populiarėja visame pasaulyje. Jie itin patogūs vietovėse, kur reikia greitai turėti orientacinį rezultatą, pavyzdžiui, priėmimo skyriuose, prieš ekstrinę operaciją ar kai atvyksta gimdyti nėščioji, nesilankiusi moterų konsultacijoje ir kitais atvejais. Atlikus tyrimą greitais testais, atsakymas gaunamas po 15–30 minučių. Greitas rezultatas patogus ir tada, kai tikėtina, jog asmuo negrįš sužinoti savo tyrimo rezultato. Dirbant su rizikos grupėmis tai itin svarbus veiksnys.

### Rezultatų vertinimas

Tyrimo dėl ŽIV antikūnų rezultatas gali būti **neigiamas, neaiškus** arba **teigiamas.**

**Neigiamas** tyrimo rezultatas reiškia, kad tyrimo metu nepavyko aptikti antikūnų prieš ŽIV, tačiau dėl inkubacinio periodo, kai viruso antikūnų dar nėra pakankamai, siūloma testą pakartoti po trijų mėnesių. Neigiamas atsakymas nereiškia, kad žmogus ir toliau gali elgtis neatsakingai. Tai labai tinkamas momentas pamąstyti apie savo rizikingus poelgius, jų koregavimą ir keitimą.

**Neaiškus** tyrimo rezultatas (pilka zona). Priežasčių gali būti įvairių: specifinės (esant „lango“ laikotarpiui, nepakankamam imuniniam atsakui ir kt.) ir nespecifinės (nėštumas, ūminės infekcijos, autoimuninės ar vėžinės ligos ir kt.). Nespecifinės reakcijos turi neigiamą dinamiką ir po 3–6 mėnesių turėtų išnykti. Tokiu atveju tyrimas kartojamas. Pokalbio metu su gydytoju aptariama, ką jis galėtų reikšti ir kaip toliau elgtis.

**Teigiamas** tyrimo rezultatas reiškia, kad kraujyje nustatyta ŽIV antikūnų. Tyrimas kartojamas. Atliekami kiti – ŽIV diagnozę patvirtinantys ar atmetantys tyrimai. ŽIV užsikrėtusiam pacientui teikiama išsami informacija apie stebėjimo ir gydymo paslaugas bei asmeninę atsakomybę.

### ŽIV infekcijos inkubacinis („lango“) periodas ir ŽIV testas

Tam tikrais atvejais ŽIV tyrimo rezultatas gali būti neigiamas, nors asmuo ir yra infekuotas ŽIV. Tai gali įvykti ŽIV infekcijos „lango“ periodu, t. y. laikotarpiu nuo užsikrėtimo ŽIV iki to momento, kai organizme pasigamina tyrimais nustatomas antikūnų prieš ŽIV kiekis. (7 paveikslas) Šis laikotarpis vidutiniškai trunka 21 dieną, išimtinais atvejais gali trukti iki pusės metų. „Lango“, arba inkubaciniu, ŽIV infekcijos laikotarpiu dauguma tyrimų ŽIV nenustatoma, nors tuo metu virusas dauginasi organizme. Šiuo laikotarpiu (ūminės ŽIV infekcijos stadija) ŽIV infekciją galima nustatyti tik virusologiniais laboratoriniais tyrimais, kurių metu ieškoma ne antikūnų prieš ŽIV, o paties viruso atitinkamų komponentų (ŽIV antigeno tyrimas (p24 antigenas), kiekybinis ŽIV RNR tyrimas, kokybinis ŽIV provirusinės DNR tyrimas) (67). Todėl jei pirmo ŽIV antikūnų tyrimo rezultatas neigiamas, gali būti, kad dar nesibaigęs infekcijos inkubacinis laikotarpis, kurio metu žmogaus imuninė sistema dar nepradėjo gaminti antikūnų prieš ŽIV arba jų yra per mažai, kad juos būtų galima nustatyti. Svarbu pabrėžti, kad virusologiniai tyrimai yra itin brangūs ir atrankiniams tyrimams naudojami išskirtiniais atvejais (pvz., kraujo donorystės įstaigose). Šiuolaikiniai atrankiniams ŽIV tyrimams naudojami testai 80 proc. atvejų ŽIV infekciją nustato po 6 savaičių nuo užsikrėtimo ir 100 proc. praėjus 12 savaičių nuo užsikrėtimo.

### Laboratoriniai ŽIV tyrimai ir vaikai

Laboratorinė (serologinė) naujagimio, kurį pagimdė užsikrėtusi ŽIV moteris, diagnozė yra komplikuota, nes **motinos specifiniai antikūnai prieš ŽIV per placentą patenka vaisiui.** Todėl visiems naujagimiams, kuriuos pagimdo užsikrėtusios ŽIV moterys, nustatoma antikūnų prieš ŽIV. Teigiamas antikūnų tyrimo rezultatas terodo, kad kūdikis turi motinos antikūnų prieš ŽIV, bet jis nebūtinai yra infekuotas virusu. Vaiko organizme šių antikūnų titrai laipsniškai mažėja, tačiau jų nustatoma iki 15–18 mėnesių amžiaus.

Naujagimiams ir kūdikiams pirmaisiais gyvenimo metais ŽIV diagnozei nustatyti taikomi virusologiniai tyrimo metodai: tiriama ŽIV DNR arba ŽIV RNR taikant polimerazės grandininę reakciją (PGR) ar viruso kultūros tyrimai. Svarbiausias būdas nustatyti diagnozę šiems vaikams –

klinikinis įvertinimas ir kartotini tyrimai mažiausiai dvejus pirmuosius gyvenimo metus. Pakartotinai gavus du neigiamus ŽIV RNR rezultatus, būtina bent kartą nustatyti, ar vaiko organizme išnyko motinos antikūnai prieš ŽIV. Pastarieji vaiko organizme turi išnykti iki 18 gyvenimo mėnesio.

### ŽIV atrankinių tyrimų rezultatų vertinimas ir paaiškinimai

***Neigiamas tyrimo rezultatas*** reiškia, kad antikūnų prieš ŽIV nerasta, nes tiriamasis nėra infekuotas, arba todėl, kad jam tebėra ŽIV infekcijos inkubacinis („lango“) laikotarpis. Pacientui / klientui būtina paaiškinti, kad neigiamas rezultatas nereiškia, jog jis nėra infekuotas ar turi imunitetą ŽIV infekcijai. Asmuo, kurio ŽIV tyrimo rezultatas yra neigiamas, neapsaugotas nuo ŽIV infekcijos, jei elgsis rizikingai. Jei tokio asmens elgsena „lango“ laikotarpiu nebuvo rizikinga, jis vis tiek gali būti užsikrėtęs ŽIV ir užkrėsti kitus. Asmeniui, kurio tyrimo rezultatas neigiamas, siūloma tyrimą pakartoti po trijų mėnesių.

***Teigiamas tyrimo rezultatas*** reiškia, kad rasta antikūnų prieš ŽIV ir tiramasis galbūt yra infekuotas ŽIV. Tyrimas kartojamas. Atliekami ŽIV infekciją patvirtinantys (ar paneigiantys) laboratoriniai tyrimai. Jeigu patvirtintų tyrimų rezultatas teigiamas, reiškia, žmogus tikrai užsikrėtęs ŽIV ir gali užkrėsti virusu kitus, jei elgsis rizikingai. Tai nebūtinai reiškia, kad jis serga paskutine ŽIV ligos stadija – AIDS.

***Neaiškus tyrimo rezultatas*** rodo, kad diagnozė negali būti patvirtinta. ŽIV antikūnų organizme yra arba jų nėra. Priežastys gali būti specifinės (pvz., tyrimas atliekamas ŽIV infekcijos „lango“ periodu) ir nespecifinės (pvz., rezultatams daro įtaką žmogaus sveikata ar būklė: nėštumas, autoimuninės, reumatinės ligos, vėžys ir kt.).

**Tyrimų rezultatų reikšmės**

**Neigiamas**

Neigiamas tyrimo rezultatas reiškia, kad antikūnų prieš ŽIV nebuvo rasta. Šis rezultatas gali reikšti, kad:

- asmuo nėra užsikrėtęs ŽIV;
- asmuo yra užsikrėtęs ŽIV, tačiau jo organizmas nespėjo pagaminti antikūnų prieš ŽIV; t. y. ŽIV infekcijos yra inkubacinis („lango“) periodas.

**Teigiamas**

Teigiamas tyrimo rezultatas reiškia, kad rasta antikūnų prieš ŽIV.

- Atliekami ŽIV infekciją patvirtinantys (ar paneigiantys) laboratoriniai tyrimai. Jeigu patvirtinamųjų tyrimų rezultatas teigiamas, vadinasi, tiriamasis tikrai užsikrėtęs ŽIV.

**Neaiškus**

Neaiškus tyrimo rezultatas gali reikšti, kad asmuo gali būti infekuotas ŽIV arba ne. Tyrimas turi būti kartojamas.

ŽIV tyrimų jautrumas yra ypač didelis. Todėl teigiamas rezultatas gali būti gautas net ir jei kraujyje antikūnų prieš ŽIV nėra. Šis rezultatas vadinamas „**klaidingu teigiamu**“. Kadangi yra galimybė gauti klaidingą teigiamą rezultatą, visi teigiami rezultatai turi būti patvirtinti atliekant tyrimą pagal kitą metodiką, t. y. reikia atlikti ŽIV patvirtinantį tyrimą. Klaidingas teigiamas rezultatas gali būti gaunamas dėl daugelio priežasčių – techninio pobūdžio klaidų, kryžminės serologinės reakcijos, daugkartinio mėginio šaldymo ir atitirpimo, jei tiriamasis buvo neseniai pasiskiepijęs nuo kitų infekcijų, jam buvo atliktas kraujo perpylimas, organų persodinimo operacijos bei kitų priežasčių.

**Klaidingas neigiamas** rezultatas gaunamas, jei tiriant infekuoto ŽIV asmens kraują (ar kitą biologinį skystį) nerandama antikūnų prieš ŽIV. Klaidingo neigiamo tyrimo rezultato priežastis būtina aptarti su klientu, jei yra faktų, kad praeityje jis elgęsis rizikingai ir galėjęs užsikrėsti ŽIV. Norint tvirtai pasakyti klientui, kad jis nėra užsikrėtęs ŽIV, siūloma tyrimą kartoti po trijų mėnesių. **Dažniausiai klaidingas neigiamas rezultatas gaunamas todėl, kad asmuo yra neseniai užsikrėtęs ir jo organizmas dar negamina pakankamai antikūnų prieš ŽIV.** Svarbu prisiminti, kad asmuo, kuriam nustatyta teisinga neigiama diagnozė, rodanti, kad jis nėra užsikrėtęs ŽIV, ja gali užsikrėsti vėliau, jei elgis rizikingai.

**Testavimo dėl ŽIV formos**

Kadangi daugeliui infekuotų žmonių klinikiniai ŽIV simptomai iš karto nepasireiškia, virusui diagnozuoti reikalingi laboratoriniai tyrimai. Vieni žmonės nori pasitikrinti dėl ŽIV, nes, pasak pačių, jie elgiasi rizikingai ar tam yra kitokių priežasčių, kitiems pasitikrinti pataria medikai, remdamasiesi jų klinikiniais nusiskundimais (pvz., užtrukęs kosulys, skrepliavimas gali būti dėl to, kad vystosi AIDS indikacinė liga). Nepaisant aplinkybių, ŽIV antikūnų tyrimas ir konsultacinė pagalba visada teikiama savanoriškumo pagrindais, laikantis konfidencialumo reikalavimų. Kadangi daugelyje šalių ŽIV ir AIDS yra labai jautrus ir daug aštrių emocijų keliantis klausimas, visa informacija apie asmenį ir jo ligą privalo būti griežtai saugoma. Konfidencialumo paisymas padeda laimėti paciento / kliento pasitikėjimą ir išvengti aplinkinių niekinimo bei diskriminacijos.

**Galimos testavimo dėl ŽIV formos (68)**

Atliekant ŽIV tyrimą, daugelyje šalių dažniausiai naudojami trys paciento kraujo mėginių žymėjimo metodai:

- susijęs su asmens duomenimis tyrimas (angl. *linked testing*);
- susijęs su konkrečiu asmeniu anoniminis tyrimas (angl. *linked anonymous testing*);
- nesusijęs su konkrečiu asmeniu anoniminis tyrimas (angl. *unlinked anonymous testing*).

Norint atlikti ***susijusį su asmens duomenimis tyrimą***, gavus informuoto asmens sutikimą, į laboratoriją siunčiamas tiriamosios medžiagos mėginys turi identifikavimo ženklų. Siekiant užtikrinti konfidencialumą, ant mėginių, siunčiamų ištirti dėl ŽIV, nerašoma asmens nei vardas, nei pavardė, tačiau jis turi kitų identifikavimo ženklų, pavyzdžiui, kodą, kurį gydymo įstaiga gali susieti su konkrečiu asmeniu (pacientu). Svarbu tai, kad ši ŽIV testavimo forma daugelyje šalių reglamentuota nacionalinėmis tyrimo dėl ŽIV siuntimo formomis.

Atliekant ***susijusį su konkrečiu asmeniu anoniminį tyrimą,*** identifikacinių įrašų apie asmenį nedaroma. Atėjęs išsitirti pacientas / klientas gauna unikalų numerį, kuris nėra kaip nors susijęs su jokiais medicininiais įrašais, asmens duomenimis. Rezultatą pacientas / klientas sužino tiksliai pateikęs gautą prieš tyrimą unikalų numerį, pagal kurį tik jis pats gali save susieti su tyrimo rezultatais. Kadangi įrašai apie kraują davusius asmenis nedaromi ir, jei pacientas / klientas neateina pasiimti rezultatų, jo nustatyti neįmanoma.

***Nesusijęs su konkrečiu asmeniu anoniminis testavimas*** dėl ŽIV dažnai atliekamas epidemiologiniais tikslais. Šiems tikslams naudojami kraujo mėginiai, kurie buvo imti ne tyrimams dėl ŽIV atlikti, o kitoms reikmėms (pavyzdžiui, tiriamas likęs laboratorijoje kraujas, imtas iš pacientų, kurie atėjo profilaktiškai pasitikrinti į polikliniką), t. y. tiriami likę (angl. *residual*) kraujo mėginiai. Atliekant šį testavimą dėl ŽIV, prieš tiriant kraujo mėginį, nuo mėgintuvėlio nuimami visi identifikavimo žymenys, todėl tyrimo rezultatų negalima susieti su konkrečiu asmeniu, iš kurio buvo paimtas kraujo mėginys, ir jokie įrašai apie jį nėra daromi. Ši testavimo forma yra itin patogi ŽIV stebėsenos tikslais, nes leidžia įvertinti ŽIV paplitimą tam tikroje geografinėje vietovėje.

**Paslaugų teikėjų inicijuojamas ŽIV tyrimas**

ŽIV testavimo politika įvairiose šalyse skirtinga ir priklauso nuo ŽIV/AIDS epidemiologinės situacijos ir socialinio konteksto (69). 2007 metais pasirodė naujos JT AIDS programos (UNAIDS) ir Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) rekomendacijos (70), kaip plėtoti paslaugų teikėjų inicijuojamą ŽIV testavimą. Iki tol šalyse dominavo pačių pacientų / klientų inicijuojamas savanoriškas testavimo modelis, tačiau pastarasis, anot vertinimų, yra nepakankamai efektyvus, todėl dažnai neadekvatus situacijai tiek besivystančiose šalyse, tiek išsivysčiusiose pasaulio šalyse. Pažymima, kad dažnai asmenys nepakankamai įvertina asmeninę riziką užsikrėsti ŽIV, todėl galimi užsikrėtimo atvejai lieka neišaiškinti. Infekcija platinama net nežinant patiems užsikrėtusiems, kad jie tai daro. Tarptautinės organizacijos tvirtai **rekomenduoja plėtoti paslaugų teikėjų inicijuojamą ŽIV testavimą sveikatos priežiūros įstaigose**. Nuo ŽIV paplitimo lygio (ar stadijos) šalyje priklauso, kokioms asmenų grupėms pirmiausia siūlyti pasitikrinti dėl ŽIV. Kaip žinoma, šalys pagal ŽIV paplitimo lygį (ar stadiją) skirstomos į tris grupes. Yra mažo, koncentruoto ir generalizuoto ŽIV paplitimo šalys. Visų pagal paplitimą lygių šalyse yra rekomenduojama siūlyti ŽIV testą pacientams, kurie turi klinikinių požymių, būdingų ŽIV infekcijai. Taip pat turi būti stebimi ir tiriami dėl ŽIV infekcijos visi naujagimiai, kuriuos pagimdė ŽIV infekuotos moterys. Mažo ir koncentruoto ŽIV paplitimo šalyse, kurių grupei priklauso ir Lietuva, **rekomenduojama ŽIV testą sveikatos priežiūros įstaigose siūlyti visiems LPI pacientams, didelės rizikos užsikrėsti ŽIV grupių asmenims, nėščiosioms, TB sergantiems asmenims bei pacientams, kurie turi ŽIV infekcijai būdingų klinikinių simptomų, t.**

**y. tirti pacientus pagal klinikinius ir epidemiologinius požymius.** Lietuvoje klinikinių požymiu sąrašas sudarytas vadovaujantis Europos Komisijos 2008 metų sprendimu (71), kurio įgyvendinimas įtvirtintas atitinkamuose teisės aktuose.

**Klinikiniai požymiai**, kuriems esant rekomenduojama pacientus tirti dėl ŽIV infekcijos:

**I. Jei nustatoma viena iš AIDS indikacinių ligų** (žr. 1.2 skyrių)

**II. Diagnozavus kitas būkles. Būdingas ląstelinio imuniteto nepakankamumas:**

1. bakterinė angiomatozė (sukėlėjas *Bartonella henselae* ir *Bartonella quintana*),
2. burnos, ryklės kandidozė (pienligė),
3. nuolatinė, dažna arba neišgydoma įprastomis priemonėms vulvovaginalinė kandidamikozė,
4. vidutinė ir sunki gimdos kaklelio displazija, gimdos kaklelio *carcinoma in situ,*
5. konstituciniai klinikiniai požymiai: karščiavimas (>38,5 °C) arba viduriavimas, trunkantys ilgiau nei mėnesį,
6. plaukuotoji burnos leukoplakija,
7. juostinė pūslelinė, pasikartojanti arba pažeidžianti daugiau nei vieną dermatomą,
8. idiopatinė trombocitopeninė purpura,
9. listeriozė,
10. mažojo dubens uždegimas, ypač – komplikavęsis kiaušintakių ir kiaušidžių abscesu,
11. periferinė polineuropatija.

**III. Kitos būklės:**

1. Persistuojanti generalizuota limfadenopatija,
2. neaiškios kilmės išsekimo sindromas,
3. neaiškios kilmės encefalopatija,
4. EBV infekcija vyresniems kaip 18 metų asmenims,
5. virusinis C hepatitas 13–40 metų asmenims,
6. kitos ligos, kurios, gydytojo nuomone, gali būti ląstelinio imuniteto nepakankamumo priežastimi,
7. ligoniai, kurie turi skundų, panašių į ūminės ŽIV infekcijos požymius.

**Be klinikinių požymių svarbu siūlyti ŽIV testą ir asmenims, kurių epidemiologinė anamnezė rodo esant šių požymių:**

1. yra buvę lytinių santykių su ŽIV užsikrėtusiais asmenimis;
2. asmenys, vartoję ir (ar) vartojantys narkotines ir psichotropines medžiagas;
3. lytiniai partneriai (-ės), kurie yra vartoję ir (ar) vartoja narkotines ir psichotropines medžiagas;
4. vyrai, turintys lytinių santykių su vyrais;
5. asmenys, kurie patys ar jų lytiniai partneriai turėjo daugiau negu vieną lytinį partnerį per pastaruosius 12 mėnesių;
6. asmenys, teikiantys seksualinės paslaugas už atlygį;
7. sergantys lytiškai plintančiomis ligomis;
8. smurtą ar prievartą patyrę asmenys;
9. vaikai, kuriuos pagimdė ŽIV užsikrėtusi motina;
10. vaikai, kuriuos pagimdė narkotines ir psichotropines medžiagas vartojanti motina;
11. asmenys, turėję sąlytį (taip pat ir profesinį) su ŽIV užsikrėtusio ar galbūt užsikrėtusio asmens krauju ar kitais organizmo skysčiais;
12. asmenys, grįžę iš šalių, kur ŽIV infekcija yra generalizuoto paplitimo lygmens;

13. prieš atliekant ŽIV testą, pacientui turi būti suteikta prieštestinė konsultacija. Rekomenduojama, kad asmenys, turintys didelę riziką užsikrėsti ŽIV, būtų dėl ŽIV tiriami kas 6–12 mėnesių.

# 2. LYTIŠKAI PLINTANČIOS INFEKCIJOS IR ŽIV

**Kas yra LPI**

- **Lytiškai plintančios infekcijos (LPI) – tai infekcijos, kuriomis užsikrečiama per įvairių rūšių lytinius santykius**. Ilgai jos buvo vadinamos **venerinėmis**.
- Buitiniu keliu, ypač laikantis asmens higienos, LPI neužsikrečiama.
- Dauguma LPI (sifilis, gonorėja, chlamidiozė ir kt.) – **pagydomos.**
- Yra LPI, kurios laiku negydomos gali sukelti sunkių padarinių sveikatai, pvz., nevaisingumą.
- Yra LPI, kurios **neišgydomos** (herpesas, genitalijų karpos, ŽIV).
- Žmogaus papilomos virusų sukeltos anogenitalinės karpos ir herpinės infekcijos sukelti pažeidimai kartojasi.
- Sifilis, gonorėja, hepatito B virusas, chlamidiozė, ŽIV infekcija, herpesvirusinė lytinių organų infekcija gali būti perduotos naujagimiui nėštumo, gimdymo metu ar tuoj po gimdymo nuo užsikrėtusios motinos.

Kalbantis su pacientu / klientu būtina pabrėžti, kad **LPI gali nepasireikšti jokiais simptomais, todėl jos tiksliai diagnozuojamos tik specialiais tyrimais**. Neleistina LPI gydytis pačiam, be gydytojų nurodymų, nes nuo netinkamai pasirinktų vaistų simptomai gali silpnėti ar pranykti, tačiau, ligą tik apgydžius, dažnesnės komplikacijos.

**Lytinių santykių tipai:**

- **vaginaliniai** (prasiskverbiamieji lytiniai santykiai, varpą įkišant į makštį),
- **analiniai** (prasiskverbiamieji lytiniai santykiai, varpą įkišant į išeinamąją angą),
- **oraliniai** (išorinių lytinių organų lietimas burna, liežuviu).

Lytiniai santykiai galimi tarp tos pačios lyties asmenų (**homoseksualūs**); tarp skirtingos lyties asmenų (**heteroseksualūs**); tas pats asmuo turi lytinius santykius ir su moterimis, ir su vyrais (**biseksualūs**).

**Dažniausi lytiškai plintančių infekcijų požymiai**

Užsikrėtus LPI ne visada tuoj pat atsiranda ligos požymių. Kartais ligos požymiai gali atsirasti po savaitės, mėnesio ar dar vėliau. Tam tikrais atvejais jų visai nebūna, o užsikrėtusios LPI moterys dažnai nejaučia jokių požymių. Užkrėsti kitus galima net ir tada, jei nėra jokių susirgimo požymių.

***Pagrindiniai požymiai (simptomai) yra:***

- Išskyros iš šlapimo ir / ar lyties organų (moterims jų pagausėja). Išskyrų spalva – įvairi nuo geltonai žalsvos iki permatomos,
- skausmingas, padažnėjęs šlapinimasis,
- baltos apnašos varpoje, vaginoje ar burnoje,
- lytinių organų niežėjimas,
- bėrimai lyties organų srityje,
- padidėję kirkšnies limfmazgiai,
- skausmingumas kapšelyje, pilvo apačioje,
- skausmingi lytiniai santykiai,
- kraujo pasirodymas po lytinių santykių,
- išeinamosios angos skausmas ir / ar pažeidimas,
- sąnarių skausmas,
- pūlingos išskyros iš akių (ar negebėjimas atmerkti akių – kūdikiams).

**ŽIV ir kitų LPI ryšys**

Kaip ir ŽIV, LPI **užsikrečiama per lytinius santykius**. Skirtingas LPI sukelia skirtingi patogenai. LPI yra labai reikšmingas veiksnys perduodant ar užsikrečiant ŽIV. **Sergant kita LPI rizika užsikrėsti ŽIV padidėja 15 – 20 procentų.** LPI sukelti lytinių organų pažeidimai ar uždegimas leidžia ŽIV lengviau įsiskverbti ir įsitvirtinti organizme. Sergant LPI, kraujyje, taip pat lytiniuose organuose, pagausėja baltųjų kraujo kūnelių (leukocitų), kurių reikia virusui daugintis. LPI, ypač jei jos sukelia opas, padidina riziką užsikrėsti ŽIV, nes opos gali trūkti arba būna pažeista gleivinė. Taigi, norint sumažinti ŽIV infekcijos riziką, labai svarbu **vengti užsikrėtimo LPI**. Užsikrėtus kitomis LPI, būtina **kuo greičiau pradėti gydymą**. Yra labai glaudus ŽIV ir kitos LPI ryšys – po viena infekcija gali slėptis kita. Iš tikrųjų **visus LPI atvejus reikėtų laikyti galimais ŽIV infekcijos rodikliais. Tinkama LPI profilaktika ir gydymas gali padėti kontroliuoti ŽIV plitimą**.

**Kaip užsikrečiama lytiškai plintančiomis infekcijomis?**

- užsikrečiama įvairių tipų lytinių santykių be apsaugos priemonių su užsikrėtusiais LPI asmenimis metu;
- ŽIV, hepatito B virusais galima užsikrėsti, kai užsikrėtusio asmens kraujas, lyties organų išskyros patenka į kraują (pvz., per pažeistą gleivinę) arba naudojant injekcijoms užkrėstas adatas, darant tatuiruotes;
- didesnė rizika užsikrėsti LPI yra tada, jei santykiaujama su asmeniu, turėjusiu daug lytinių partnerių, ypač nenaudojant prezervatyvo;
- LPI serganti nėščioji gali infekcijas perduoti nėštumo metu (pvz., sifilis) ar gimdymo metu (pvz., gonorėja, chlamidiozė);

Norint sumažinti riziką užsikrėsti virusu, rekomenduojama įvairių rūšių lytinių santykių metu naudoti prezervatyvą.

**Ką daryti, jei įtariama, kad pacientas / klientas užsikrėtęs LPI**

- Atsiradus išvardytų ar/ir kitų LPI požymių, reikia nedelsiant siųsti pacientą / klientą pas gydytoją specialistą (ginekologą, dermatovenerologą ar šeimos gydytoją).
- Įspėti pacientą / klientą, kad nesigydytų pats, nesivadovautų ne medikų patarimais ligų gydymo klausimais. Tinkamai parinkus vaistus, dauguma LPI pagydomos. Neteisingas gydymas (ar savigyda) gali tapti lėtinių ligų ir komplikacijų priežastimi.
- Nėščioms moterims patartina išsitirti dėl ŽIV, sifilio ir kitų lytiškai plintančių infekcijų. Išgydyta nuo LPI nėščioji neperduos infekcijos vaikui.
- Jeigu įtariama, kad pacientas / klientas galėjo užsikrėsti žmogaus imunodeficito virusu, būtinai rekomenduojama pasitikrinti dėl ŽIV.
- Jei pacientas / klientas paklaustų, kokie bus atliekami tyrimai dėl LPI, informuojama, kad tai specifiniai tyrimai. Tyrimui dėl LPI paimama išskyrų iš varpos, vaginos ar gimdos kaklelio, kartais iš burnos, išeinamosios angos. Vyrams mėginys tyrimams imamas nesišlapinus kelias valandas. Kai kurioms infekcijoms (pvz., sifilio ir kt.) nustatyti imama kraujo iš venos. Kokius diagnostinius tyrimus reikia atlikti, sprendžia gydytojas.

**Jei gydytojas nustatė LPI**

- Nustačius LPI, gydytojas skirs gydymą. Kiekviena LPI gydoma skirtingai: tabletėmis, injekcijomis ar tepalais. Paaiškinama, kad gydymo kursą visada reikia baigti, nors LPI požymiai ir išnyko.
- Informuojami lytiniai partneriai. Lytiškai plintančių infekcijų gydymas gali būti sėkmingas tik kartu gydant lytinius partnerius, antraip infekcija pasikartos.
- Gydymo metu patariama vengti lytinių santykių.

**LPI valdymas**

LPI valdymas apima:

- ankstyvą ir teisingą diagnozę, po kurios skiriamas gydymas;
- konsultavimą ir švietimą elgsenos keitimo klausimais;
- visų partnerių (su kuriais turėta lytinių santykių) gydymą.
- LPI valdymo srityje susiduriama su įvairiomis rimtomis problemomis (72, 73). Kai kurioms iš jų reikia ypatingo dėmesio:
- **pakeisti lytinę elgseną sunku**: asmens informuotumas arba žinios pačios savaime nepakeičia lytinės elgsenos. Kontroliuoti LPI plitimą yra labai sunku, nes lytinės elgsenos įpročiai giliai įsišakniję kasdieniame gyvenime ir kultūroje. Būtina siekti, kad formuotųsi pacientų / klientų naujos nuostatos, kurios gali daryti įtaką elgesiui keistis į saugesnį;
- **žmonės drovisi kalbėti apie lytinius santykius**: dažnai žmonės drovisi teirautis jiems reikalingos informacijos, delsia kreiptis į gydymo įstaigas, nenori kalbėtis šiuo klausimu su savo partneriais. Pokalbis lytinių santykių tema verčia daugelį žmonių jaustis nesmagiai ir dažnai lytinių santykių tema yra tabu;
- **didžiajai daliai žmonių užsikrėtus LPI nepasireiškia jokie simptomai**: jie gali platinti LPI net nežinodami, kad yra užsikrėtę;
- **gydymas ne visada yra prieinamas, lengvas ar veiksmingas**.

**Rekomendacijos dėl LPI**

**Pacientui / klientui:**

- nesigydyti patiems (patartina kreiptis į gydytoją – šeimos gydytoją, ginekologą, dermatovenerologą ar siųsti į sveikatos priežiūros įstaigą);
- reikia informuoti visus partnerius apie infekciją ir kaip nuo jos gydytis;
- gydymosi metu susilaikyti nuo lytinių santykių, o jei tai neįmanoma, naudotis prezervatyvu.

**Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjui:**

- informuokite pacientus LPI klausimais;
- informuokite pacientus apie būtinybę gydyti jų partnerius;
- rekomenduokite atvykti profilaktiškai pasitikrinti po viso paskirto gydymo kurso, kad būtų įsitikinta, jog pacientas pasveiko;
- informuokite pacientus apie padidėjusį pavojų užsikrėsti ŽIV.

**Sindrominis LPI valdymas**

Pagal PSO rekomendacijas pacientai, kuriems dėl atsiradusių lytiškai plintančių infekcijų simptomų yra reikalinga pirminė sveikatos priežiūra, tačiau resursai yra riboti, arba **mažai tikėtina, kad jie gryš į gydymo įstaigą antrą kartą,** turi būti gydomi panaudojant algoritmus arba klinikines struktūrines schemas (74).

Pagrindinė sindrominio požiūrio į LPI valdymą idėja yra ta, kad esant ribotiems ištekliams, laboratoriškai patvirtinta etiologine diagnoze paremtas LPI valdymas yra brangus ir dažnai viršija paslaugų teikėjų, sveikatos priežiūros specialistų galimybes. Etiologinę LPI diagnostiką apriboja laikas, resursai, kainos ir gydymo prieinamumas (75) (4 lentelė).

4 lentelė. **Diagnostikos būdų privalumai ir trūkumai**

| Diagnostikos būdai | Privalumai | Trūkumai |
|---|---|---|
| **Etiologinis** | | |
| Atliekama identifikuojant priežastinius veiksnius laboratorinių testų pagalba ir skiriant gydymą, nukreiptą į nustatytus patogenus. | Išvengiama bereikalingo gydymo,<br>atitinka tradicinį mokymą,<br>patenkina pacientus, kurie nesijaučia visiškai gerai.<br>Gali būti naudojamas besimptomių būklių patikrai. | LPI sukeliančių veiksnių nustatymas reikalauja įgudusio personalo ir modernios laboratorinės įrangos.<br>Pirminio sveikatos priežiūros testavimo įranga paprastai nėra įmanoma pirminiame sveikatos priežiūros lygmenyje, kur didelis pacientų skaičius siekia LPI priežiūros.<br>Laboratoriniai testai yra brangūs, eikvojantys laiką, o rezultatai gali būti nepatikimi.<br>Atidėliojamas gydymas ir pacientai nesutinka laukti laboratorijos rezultatų.<br>Mišrios infekcijos dažnai nepastebimos, praleidus gydymą / negydant gali komplikuotis ir toliau plisti. |
| **Klinikinis** | | |
| Panaudojant klinikinę patirtį nustatomi simptomai, tipiški LPI, po to skiriamas gydymas, nukreiptas į įtariamus patogenus. | Taupo pacientų laiką.<br>Sumažina laboratorijos išlaidas. | Reikalauja aukštų klinikinių įgūdžių.<br>Mišrios infekcijos dažnai pražiūrimos<br>neidentifikuoja besimptomių LPI. |
| **Sindrominis** | | |
| Nustatomas klinikinis sindromas ir skiriamas gydymas, nukreiptas į žinomus vietinius patogenus, kurie gali sukelti sindromą. | Užbaigia LPI priežiūrą, siūlomą pirmo vizito metu.<br>Pacientai gydomi dėl galimų mišrių infekcijų.<br>Prieinamas plataus profilio sveikatos priežiūros darbuotojams.<br>Apriboja nebūtiną nusiuntimą į ligonines. | Nereikalingo gydymo rizika.<br>Reikalauja išankstinio tyrimo nustatyti dažniausiai pasitaikančias konkrečių sindromų priežastis.<br>Pražiūrimos besimptomės infekcijos.<br>Turi žemą specifiškumą ir mažą teigiamą vertę aptinkant gimdos kaklelio infekcijas moterims, kurioms pasireiškia vaginalinės išskyros. |

Turimų testų jautrumas ir specifiškumas gali žymiai skirtis ir tokiu būdu neigiamai paveikti laboratorinių tyrimų patikimumą LPI diagnostikai. Ten, kur yra teikiamos laboratorinės paslaugos, turi būti pakankamai kvalifikuotas personalas, turintis atitinkamą pasiruošimą atlikti sunkias procedūras, taip pat turi būti įvesta privaloma išorinė kokybės kontrolė. Kadangi ne visos sveikatos priežiūros įstaigos gali turėti laboratorinę įrangą arba įgūdžius reikalingus LPI etiologinei diagnostikai, buvo pradėtas vystyti sindromu paremtas LPI pacientų valdymo požiūris, kuris toliau buvo skatinamas daugelyje besivystančių šalių, arba tais atvejais, kai abejojama, ar pacientas sugrįš sužinoti laboratorinių tyrimų rezultatų (76).

**Sindrominis valdymas yra paremtas atitinkamų simptomų grupių ir lengvai atpažįstamų požymių identifikavimu, ir parinkimu gydymo, kuris duotų teigiamą efektą kovojant su daugeliu pavojingų mikroorganizmų, atsakingų už sindromo pasireiškimą.** PSO sukūrė

supaprastintą priemonę (schemą arba algoritmą), pagal kurią sveikatos priežiūros darbuotojai gali vadovautis įgyvendindami sindrominį valdymą. Šie algoritmai buvo testuoti ir pripažinti kaip patikimi įvairiose srityse visame pasaulyje. **Daugelyje šalių sindrominė LPI priežiūra šiuo metu yra pagrindinė nacionalinės ŽIV/LPI prevencijos ir kontrolės strategija.**

Sindrominio LPI valdymo tikslai – teikti greitą simptomų palengvinimą, efektyviai gydyti visas infekcijas, išvengti žalos ir nereikalingo gydymo ir užkirsti kelią LPI atsirasti.

**Sindrominio valdymo skiriamas požymis yra tas, kad šiuo būdu siekiama gydyti nuo visų sindromo priežastinių organizmų, o ne skirti gydymą vienintelės priežasties pašalinimui** (77) (5 lentelė).

5 lentelė. **Pagrindinė sindromų etiologija**

| Sindromas | Simptomai | Požymiai | Dažniausios priežastys |
|---|---|---|---|
| Šlaplės išskyros | Išskyros iš šlaplės<br>Skausmas šlapinantis<br>Padažnėjęs šlapinimasis | Išskyros iš šlaplės (jeigu reikia, paprašyti paciento paspausti šlaplę) | • Gonorėja<br>• Chlamidiozė |
| Genitalinė opa | Žaizdelė genitalijose | Opa genitalijose | • Sifilis<br>• Šankroidas<br>• Genitalijų herpes infekcija |
| Kapšelio tinimas | Kapšelio skausmas ir tinimas | Kapšelio tinimas | • Gonorėja<br>• Chlamidiozė |
| Apatinės pilvo dalies skausmas | Apatinės pilvo dalies skausmas.<br>Skausmas lytinių santykių metu. | Išskyros iš genitalijų.<br>Apatinės pilvo dalies skausmingumas palpuojant.<br>Temperatūra >38. | • Gonorėja<br>• Chlamidiozė<br>• Mišrūs anaerobai |
| Vaginalinės išskyros | Neįprastos išskyros iš genitalijų,<br>Niežėjimas .<br>Skausmas šlapinantis<br>Skausmas lytinių santykių metu | Nenormalios išskyros iš genitalijų. | <u>Vaginitas:</u><br>Trichomonozė<br>Kandidozė<br><u>Gimdos kaklelio uždegimas</u><br>• Gonorėja<br>• Chlamidiozė |
| Analiniai simptomai | Skausmas išangėje.<br>Išskyros iš išangės.<br>Išangėje arba apie išangę esančios žaizdelės. | Skausmingumas išangėje.<br>Išskyros iš išangės.<br>Išangėje arba apie išangę esančios opos. | • Gonorėja<br>• Chlamidiozė<br>• Genitalijų herpes infekcija |

Sindrominis šlaplės išskyrų vyrams ir genitalinių opų vyrams bei moterims valdymas yra įmanomas ir efektyvus. Tačiau ne visi su LPI susiję sindromai vienodai paklūsta sindrominio valdymo strategijoms. Pvz. vaginalinių išskyrų sindromas moterims yra paprastai sunkiai gydomas panaudojant algoritmus. Sunku diferencijuoti bakterinės vaginozės, kandidozės ir trichomonozės dažniausiai susijusias būkles nuo mažiau paplitusių, bet labiau pavojingų gimdos kaklelio infekcijų, sukeltų Neisseria gonorrhoeae arba Chlamydia trachomatis. Svarbu žinoti vaginalinių išskyrų algoritmų apribojimus, ypač gimdos kaklelio infekcijų (gonorėjos ir chlamidiozės) valdymą. Apskritai esant mažam paplitimui ir kalbant apie paaugles, endogeninis vaginitas greičiau sukelia LPI nei vaginalinė infekcija. Siekdama pagerinti vaginalinių išskyrų sindromo valdymą, **PSO skatina individualios rizikos įvertinimo panaudojimą.** Rizikos faktorių panaudojimas gali padidinti algoritmo jautrumą cervikalinės infekcijos aptikimui, bet mažesnio specifiškumo sąskaita.

**Geras LPI gydymas reiškia, kad pacientas gydomas nuo infekcijos ir tuo pačiu jis apsaugomas nuo infekcijų ateityje.** Sindrominis gydymas yra prieinamas visiems ir padeda mažiausia kaina greičiausiai gauti rezultatą, taupo ir paciento ir gydytojo laiką. Tai ypač aktualu kalbant apie rizikos grupes, kuriems LPI/ŽIV perdavimo rizika didžiausia.

# 3. ŽIV IR VIRUSINIAI HEPATITAI

PSO duomenimis, pasaulyje apie 33 milijonai ŽIV užsikrėtusių asmenų, apie 350 milijonų žmonių yra lėtiniai hepatito B viruso (HBV) nešiotojai ir apie 180 milijonų yra užsikrėtę hepatito C virusu (HCV) (78). Dėl panašių šių infekcijų plitimo kelių (parenterinis, lytinis, perinatalinis) daugėja žmonių, užsikrėtusių ŽIV ir HCV ir/ar HBV infekcija. Pavyzdžiui, JAV apie 30% ŽIV pozityvių asmenų (240 000) turi mišrią ŽIV ir HCV infekciją, Europoje EuroSIDA kohortoje 33 procentai ŽIV užsikrėtusių asmenų (79). Lietuvoje 7,6% ŽIV užsikrėtusiųjų yra lėtiniai hepatito B viruso nešiotojai, 74% randama antiHBcor. Apie 77% ŽIV uszkrėtusiųjų Lietuvoje yra užsikrėtę hepatito C virusu.

## Virusinis B hepatitas

Virusinį B hepatitą sukelia hepatito B virusas (HBV), priklausantis *Hepadnaviridae* šeimai (80). Šis virusas pažeidžia kepenis, sukeldamas uždegimą, kuris gali progresuoti į kepenų cirozę ir pirminį kepenų vėžį.

Daugiau kaip trečdalis pasaulio gyventojų turi HBV infekcijos žymenų (t. y. turėjo kontaktą su virusu, bet pasveiko), o 350 milijonų yra lėtiniai HBV infekcijos nešiotojai (73).

**HBV plitimo būdai.** HBV nustatomas beveik visuose organizmo skysčiuose. Ypač pavojingas infekuoto asmens kraujas ar kiti skysčiai su kraujo priemaiša; mažesnė viruso koncentracija yra kituose organizmo skysčiuose – spermoje, makšties išskyrose, žaizdos eksudate, seilėse, išmatose, tiesiosios žarnos gleivinėje ir kt. HBV žymiai lengviau užsikrėsti nei ŽIV, nes jo infekcinės savybės 100 kartų didesnės nei ŽIV.

**Lytinių santykių metu.** Užsikrėsti galima heteroseksualių vaginalinių (įvedant varpą į makštį) ir homoseksualių ar heteroseksualių analinių (įvedant varpą į išeinamąją angą) lytinių santykių metu, jei nenaudojamos apsaugos priemonės. HBV gali būti perduotas ir oralinių lytinių santykių metu (81).

**Per kraują (parenterinis**). Didžiausia tikimybė užsikrėsti HBV būna perpilant užkrėstą kraują ar jo produktus, užkrėstomis adatomis leidžiantis narkotikus į veną (pavartojus net ir vienintelį kartą). Užsikrėsti galima atliekant tatuiruotes, veriant auskarus ar naudojantis užsikrėtusio asmens dantų šepetėliu, skutimosi mašinėle, manikiūro instrumentais.

**Vertikalusis (iš motinos vaikui)**. HBV užsikrėtusi motina gali užkrėsti savo vaiką nėštumo ir gimdymo metu.

Pavieniai infekcijos atvejai registruojami asmenims, nepriklausantiems rizikos grupėms: dažniausiai įstaigose, kuriose gyvena žmonės, turintys protinę negalią, taip pat vaikai, gyvenantys endemijos regionuose. Šiais atvejais perdavimo būdas neaiškūs.

Didžiausią riziką užsikrėsti HBV infekcija turi asmenys, turintys daug lytinių partnerių, vartojantys narkotines medžiagas, medicinos darbuotojai, turintys kontaktų su krauju (laboratorijų darbuotojai, chirurgai, stomatologai, akupunktūros specialistai, greitosios pagalbos medikai), hemofilija sergantys asmenys ir hemodializuojami ligoniai.

Neįmanoma užsikrėsti čiaudint, kosint ar sveikinantis.

**Klinika.** Ūminio geltinio hepatito inkubacinis laikotarpis yra 40–160 dienų. 10–50% suaugusiųjų ūminis ligos laikotarpis gali būti besimptomis. Ūmiam ligos periodui būdingi šie simptomai:

- labai didelis silpnumas, skausmas sąnariuose;
- apetito stoka, pykinimas, kartumas burnoje;
- karščiavimas;
- patamsėjęs šlapimas (alaus spalvos);
- skausmas ar diskomfortas dešinėje pašonėje;
- akių odenos ir odos pageltimas.

Užsikrėtęs HBV pacientas gali pasveikti savaime ar HBV infekcija pasidaro lėtinė. Apie 10% suaugusiųjų tampa lėtiniais hepatito B viruso nešiotojais, o dalis jų suserga lėtiniu hepatitu. HBV infekcijos nešiotojai dažniausia neturi jokių nusiskundimų ir nejaučia jokių ligos simptomų, todėl

laiku nesikreipia į gydytojus. Lėtinės HBV infekcijos atveju pavojus susirgti kepenų ciroze ir hepatoceliuline karcinoma siekia 15–25 procentus. Sergantys lėtiniu virusiniu B hepatitu ar lėtiniai HBV infekcijos nešiotojai turi būti stebimi ir konsultuojami gydytojo, reikia reguliariai atlikti kepenų funkcinius ir kitus tyrimus.

**Diagnostika.** Norint sužinoti, ar žmogus užsikrėtęs HBV infekcija, reikia atlikti kraujo tyrimą, kurio metu tiriamas B hepatito paviršinis antigenas (HBsAg). Jei šis antigenas teigiamas, vadinasi žmogus yra užsikrėtęs HBV ir juo gali užkrėsti kitus. Tokiam pacientui reikia atlikti kepenų fermentų tyrimus (ALT, AST ir kitus). Sergant lėtiniu hepatitu atliekama kepenų biopsija ir histologinis kepenų audinio ištyrimas. Atliekami ir kiti tyrimai:

***HbeAg*** (hepatito B viruso e antigenas) – rodo aktyvų viruso dauginimąsi,

***Anti Hbcor IgM*** (IgM klasės antikūnai prieš HBV šerdies antigeną) – rodo ūmų ar poūmį hepatitą,

***AntiHBcor*** (antikūnai prieš HBV šerdies antigeną) – rodo praeityje buvusią infekciją,

***AntiHBs*** (antikūnai prieš paviršinį antigeną) – rodo susidariusį imunitetą heaptito B virusui. Tai reiškia, kad žmogus buvo užsikrėtęs šia infekcija ir visiškai pasveiko arba buvo paskiepytas.

***HBV DNR*** – viruso genetinės medžiagos (dezoksiribonukleininės rūgšties) nustatymas kraujyje.

**Gydymas.** Lėtinė HBV infekcija gydoma priešvirusiniais vaistais.

Ligoniai turi vengti bet kokio alkoholio ir narkotikų, nes tai skatina viruso replikaciją ir sunkiai pažeidžia kepenis. Taip pat reikia atsargiai vartoti įvairius vaistus, nes pažeistų kepenų būklė gali pablogėti. Ypač atsargiai, tik pasitarus su gydytoju, reikėtų vartoti vaistus nuo sąnarių ligų, raminamuosius, antibiotikus ir kt.

**Profilaktika** (82)

- Patikima HBV apsaugos priemonė yra vakcinacija (skiepai). Yra sukurta saugių ir efektyvių vakcinų. HBV vakcina rekomenduojama skiepyti naujagimius, mažus vaikus, paauglius ir asmenis, turinčius riziką užsikrėsti šia infekcija.
- Lytinių santykių metu (ypač keičiant partnerius) būtina naudoti prezervatyvus.
- Naudoti gumines pirštines, jei tenka liesti kraują, audinius, kraujuotus tamponus, žaizdas ir kt.
- Nevartoti narkotinių medžiagų. Juos vartojant, nesidalyti adatomis ir švirkštais.
- Būti įsitikinusiam dėl adatų ir instrumentų sterilumo atliekant injekcijas, tatuiruotes, akupunktūrą, veriant auskarus ir kt.
- Nenaudoti svetimų dantų šepetėlių, skutimosi mašinėlių, manikiūro instrumentų, auskarų ir kt.

## Virusinis C hepatitas

Virusinį C hepatitą sukelia hepatito C virusas (HCV), priklausantis *Flaviviridae* šeimai. Šios ligos sukėlėjas identifikuotas 1988 metais (Cchoo ir bend.), 1989 metais sukurta diagnostinė sistema HCV antikūnams nustatyti.Yra žinomi 6 viruso genotipai (86).

PSO duomenimis, pasaulyje apie 180 milijonų gyventojų yra užsikrėtę šia infekcija (t. y. apie 3% visų žemės gyventojų). JAV apie 1,8% gyventojų turi šį virusą, jo paplitimas Europoje svyruoja nuo 0,5 iki 2 procentų. Kai kuriose gyventojų grupėse šis virusas ypač paplitęs, pavyzdžiui, HCV yra nustatomas 70 – 90% narkotines medžiagas vartojančių asmenų (90).

**Virusinio C hepatito plitimo būdai.** Dažniausiai užsikrečiama parenteriniu būdu (per kraują) per adatas ir švirkštus (pvz., vartojant švirkščiamuosius narkotikus), perpilant kraują ar jo produktus; atliekant tatuiruotes, veriant auskarus. Užsikrečiama, kai instrumentai netinkamai dezinfekuoti, naudojamasi užsikrėtusio asmens dantų šepetėliu, skutimosi peiliuku, manikiūro reikmenimis.

Užsikrėsti hepatito C virusu yra dešimt kartų lengviau nei ŽIV.

**Lytinių santykių metu** užsikrečiama retai (apie 0,2–2% per metus). Užsikrėsti HCV pavojus didėja, jei asmuo yra užsikrėtęs ŽIV ar nustatoma kita lytiškai plintanti liga (83).

Vertikalusis infekcijos perdavimas (iš motinos vaikui) įvyksta retai (iki 5%) (84). Jei moteris

užsikrėtusi ŽIV ir HCV, vertikalus HCV perdavimas dažnesnis. Jei HCV užsikrėtęs tik tėvas, o motina – ne, vaikas gimsta sveikas.

**Didžiausią riziką užsikrėsti** turi asmenys, vartojantys narkotines medžiagas, sveikatos priežiūros darbuotojai, žmonės, kuriems buvo perpiltas donorinis kraujas, dializuojami pacientai, turintys inkstų funkcijos nepakankamumą, ir asmenys, kurie darosi tatuiruotes, veriasi auskarus.

**Klinika.** Ūmino C hepatito inkubacinis periodas yra 4–20 savaičių. Dauguma (80%) užsikrėtusiųjų HCV nejaučia jokių simptomų. Apie 20% pacientų pajunta bendrą silpnumą, sumažėja apetitas, pagelsta oda bei akių odenos, patamsėja šlapimas, pašviesėja išmatos. Per kelias savaites šie simptomai išnyksta. Tačiau 75 – 85% užsikrėtusiųjų vystosi lėtinis kepenų uždegimas, kuris laikui bėgant gali progresuoti iki kepenų cirozės. Klinikinių tyrimų duomenys rodo, kad per 20 – 30 metų 10 – 20% asmenų vystosi kepenų cirozė, o 1 – 5% – pirminis kepenų vėžys. Sergantieji lėtiniu virusiniu C hepatitu dažniausiai neturi jokių nusiskundimų ir nejaučia jokių simptomų, todėl net gali nežinoti, kad ya užsikrėtę.

**Diagnostika.** Norint sužinoti, ar žmogus užsikrėtęs šia infekcija, reikia tirti kraują ir ieškoti antikūnų prieš HCV (antiHCV). Šie antikūnai atsiranda maždaug 8 – 9 savaitę (kartais tas laikotarpis gali užsitęsti iki 6 mėnesių) po kontakto su šiuo virusu ir išlieka visą gyvenimą. Apie 80% asmenų, kuriems nustatomi antikūnai prieš HCV, vystosi lėtinė kepenų liga. Atliekami ir kiti tyrimai: kepenų fermentų (ALT ir AST) nustatymas, HCV RNR nustatymas serume ir kt. (73).

**Gydymas.** Šiuo metu HCV infekcijai gydyti naudojami alfa–interferonas ir ribavirinas. Gydoma interferonu arba interferono ir ribavirino deriniu. Prieš skiriant gydymą, atliekama kepenų biopsija ir histologinis kepenų tyrimas. Be to, būtini kepenų funkciniai mėginiai, nustatomas viruso genotipas ir viruso kiekis (HCV RNR) kraujyje. Gydymas trunka nuo 24 iki 48 savaičių. Po gydymo daugiau nei 50% pacientų kraujyje virusas neaptinkamas, kitiems sumažėja kepenų uždegimas, sustabdomas kepenų ligos progresavimas. Vakcinos, kuri apsaugotų nuo užsikrėtimo šia infekcija, kol kas nėra.

**Profilaktika:** (93, 94)

- Nevartoti narkotinių medžiagų;
- vartojant narkotines medžiagas, niekada nesidalyti adatomis, švirkštais bei narkotinių medžiagų ruošimo indais. Vengti kontakto su kito žmogaus krauju.
- nesidalyti su kitais skutimosi peiliukais, dantų šepetėliais, žnyplelėmis nagų priežiūrai ir kitais daiktais, kurie galėjo turėti kontaktą su krauju;
- naudoti gumines pirštines, jei tenka liesti kraują, žaizdas, kraujuotus tamponus ir kt.;
- lytinių santykių metu naudoti apsaugos priemones (prezervatyvus);
- nevartoti jokio alkoholio (net ir alaus), nes tai pablogina kepenų būklę ir pagreitina kepenų ligos progresavimą.

# 4. ŽIV infekcija ir tuberkuliozė

**Tuberkuliozė (TB) – infekcinė liga, kurios sukėlėjas tuberkuliozės mikobakterija (TM), perduodama oro – lašeliniu būdu.** Tuberkuliozė yra viena iš labiausiai paplitusių infekcinių ligų. Pagal PSO duomenis vienas trečdalis pasaulio gyventojų yra infekuoti tuberkuliozės mikobakterijomis. Kasmet tuberkulioze suserga vis daugiau žmonių. 2007 m. tuberkulioze susirgo 9,27 mln. pasaulio gyventojų, 2006 m. susirgusiųjų buvo 9,24 mln., 2000 m. – 8,3 mln., o 1990 m. – 6,6 mln.. Daugiausia susirgusiųjų buvo Azijoje ir Afrikoje, jie sudarė atitinkamai 55% ir 31% visų susirgusiųjų tuberkulioze pasaulyje. Europoje susirgusiųjų dalis sudarė tik 5%. Tuberkulozės paplitimas pasaulyje (t. y. sergančiųjų skaičius) 2007 m. sudarė 13,7 mln. (206 atvejus / 100 000 gyventojų) ir palyginus su 2006 m. sumažėjo (2006 m. sergančiųjų buvo 13,9 mln. arba 210 atvejų / 100 000 gyventojų). Numatoma, kad 2007 mirė 1,3 mln. susirgusiųjų tuberkulioze asmenų, kurie nebuvo užsikrėtę ŽIV infekcija, o 456 000 asmenims mirusiems nuo tuberkuliozės buvo diagnozuota ŽIV infekcija – tai sudaro 33% visų susirgusiųjų 2007 m. tuberkulioze ir 23% ŽIV mirčių pasaulyje. (85).

Tuberkuliozę sukelia šios *Mycobacterium tuberculosis* komplekso bakterijos: *Mycobacterium tuberculosis (Typus humanum), Mycobaterium bovis (Typus bovinus), Mycobacterium africanum.* **Pagrindinis TB infekcijos šaltinis yra atvira TB sergantis žmogus, perduodantis ligos sukėlėją kitam asmeniui oro lašeliniu būdu kosėdamas ar čiaudėdamas.** Dažniausias TM perdavimo būdas yra oro lašelinis (aerogeninis) – 90–95% Manoma, kad **atvira TB sergantis žmogus per 1–erius metus gali užkrėsti nuo 15 iki 35 sveikų žmonių**. Smulkūs (1–5 mkm) sekreto lašeliai ore yra įkvepiami ir TM pasiekusios alveoles nusėda ir pradeda daugintis.

Epidemiologiniu požiūriu pavojingiausi asmenys, kurių skrepliuose mikroskopiškai nustatomos rūgščiai atsparios bacilos (RAB). Šių pacientų 1 ml. skreplių būna $10^5$ bacilų.

**Pagrindiniai TB rizikos veiksniai:** artimas kontaktas su sergančiu tuberkulioze; anamnezėje – persirgta tuberkulioze; dažnai besikartojantys kvėpavimo takų ir plaučių uždegimai; cukrinis diabetas; ilgalaikis gydymas imunosupresantais; ŽIV infekcija.

Pirmą kartą Lietuvoje ŽIV užsikrėtusiam asmeniui tuberkuliozė nustatyta 1992 metais. Pastaraisiais metais Lietuvoje daugėja bendros tuberkuliozės ir ŽIV infekcijos atvejų: 2006 metais diagnozuota 13, 2007 ir 2008 metais – po 21 bendros ŽIV ir tuberkuliozės atvejų.

**ŽIV ir *Mycobacterium tuberculosis* veikia sinergiškai, didindami vienas kito patogeniškumą**. ŽIV skatina aktyvios TB raidą tiek neseniai užsikrėtusiems asmenims, tiek asmenims, užsikrėtusiems latentine *M. tuberculosis* infekcija. **ŽIV užsikrėtusių asmenų, infekuotų *M. tuberculosis,* aktyvios tuberkuliozės raidos tikimybė siekia 5–10% per metus, o ŽIV neužsikrėtusių asmenų – 5–10% per visą gyvenimą.** Klinikiniai TB požymiai priklauso nuo imuniteto būklės: kai CD4 ląstelių skaičius yra didesnis nei 350/mm$^3$ požymiai panašūs į neužsikrėtusių ŽIV asmenų. Vėlyvose ŽIV ligos stadijose (*CD4* ląstelių <200/mm$^3$) nebūdinga *M. tuberculosis* skrepliuose, tiriant radiologiškai dažniau aptinkami infiltratai plaučiuose, o ne ertminiai pokyčiai. Esant sunkiam imuniteto nepakankamumui dažnesnė ekstrapulmoninė bei diseminuota tuberkuliozė. **Aktyvi tuberkuliozė neigiamai veikia ŽIV ligos eigą:** padidėja ŽIV RNR kiekis kraujyje bei pagreitėja ŽIV ligos progresavimo greitis. Todėl **ŽIV užsikrėtusiems asmenims susirgus tuberkulioze, mažėja CD4 ląstelių skaičius, gresia ir kitos oportunistinės infekcijos**.

**Kiekvienas sergantis tuberkulioze pacientas turėtų būti tiriamas dėl ŽIV infekcijos, suteikiant konsultacinę pagalbą prieš ŽIV tyrimą ir po jo**. Tuberkulioze sergančių asmenų profilaktinio tyrimo dėl ŽIV tvarką reglamentuoja LR SAM 2008 metų balandžio 30 d. įsakymas Nr.V-374 (86).

**Užsikrėtę ŽIV pacientai turi būti įvertinami dėl tikimybės susirgti TB.** Jei ŽIV užsikrėtusiam asmeniui yra TB būdingų klinikinių simptomų, ar asmuo turėjo kontaktą su sergančiuoju TB, ar yra kitų rizikos veiksnių (pvz., švirkščiamųjų narkotikų vartojimas, alkoholizmas) jis turi būti ištirtas dėl aktyvios TB. Paciento būklė įvertinama kliniškai, bakteriologiškai (skreplių mikroskopija ir pasėlis) ir rentgenologiškai. Jei aptinkama infiltracinių pokyčių plaučiuose, tikslinga skirti gydymą plataus veikimo spektro antibiotikais ir taikyti diferencinę diagnostiką siekiant atmesti nespecifinį plaučių uždegimą (pneumoniją).

Gydant tuberkuliozę ŽIV užsikrėtusiam pacientui laikomasi bendrų tuberkuliozės gydymo principų. **Tuberkuliozės gydymas yra prioritetinis ir pradedamas iš karto, tik nustačius diagnozę.** Nerekomenduojama ŽIV infekcijos gydymo ARV vaistais pradėti kartu su TB gydymu. Jei galima, ARV gydymas atidedamas (priklausomai nuo CD4 ląstelių skaičiaus). Tai padeda išvengti ARV vaistų ir vaistų nuo tuberkuliozės (rifamicinų) tarpusavio sąveikos, sumažinama vaistų nepageidaujamų reakcijų dažnį, sumažina imuninio atsikūrimo uždegiminio sindromo (IRIS) tikimybę, pagerina vaistų vartojimo režimo laikymąsi.

Daugeliui pacientų TB gydymas yra veiksmingas, paciento būklė pradeda gerėti jau antrą / trečią gydymo savaitę. Bet jei TB sergančiam pacientui nustatyta vėlyva ŽIV ligos stadija, galimas klinikinis ir radiologinis pablogėjimas. Todėl kartais net veiksmingi vaistai nuo TB negali pakeisti klinikinės ligos eigos ypač esant sunkiam imuniteto nepakankamumui.

Jei pacientas laikosi paskirtojo TB gydymo režimo, pasveikimo nuo TB prognozė gera, išskyrus pacientus:

- kuriems nustatyta DAV-TB (juos tikslinga gydyti specializuotose skyriuose);
- kuriems diagnozuota vėlyva ŽIV ligos stadija (sunkus imuniteto nepakankamumas).

# 5. Gyvenimas su ŽIV ir AIDS

## 5.1. Su ŽIV susiję žmogaus pokyčiai

Psichologinės reakcijos, kurias išgyvena asmuo, sužinojęs, kad yra ŽIV teigiamas, priklauso nuo tokių faktorių kaip **galima sisteminė socialinė pagalba ir gebėjimo susidoroti su stresu patirtis.** Siekdami išvengti tikėtinos stigmos kai kurie asmenys neigia realybę ar jaučia papildomą paslapties nuo šeimos, draugų, kolegų saugojimo naštą. Kiti stengiasi siekti turiningo gyvenimo ir sieja save su ŽIV infekuotų asmenų savipagalbos grupėmis. **Specialistai (medikai, psichologai, socialiniai darbuotojai ir kiti), dirbantys su ŽIV užsikrėtusiais asmenimis, taip pat gali susidurti su psichologiniu stresu dėl didėjančių emocinių poreikių pranešant blogas žinias ir kitų veiksnių.**

***Psichologinės reakcijos į ŽIV diagnozę***

**Teigiama ŽIV diagnozė staiga įneša daug gyvenimo pokyčių, kurie buvo vertinti kaip sužinojimo apie sutuoktinio mirtį ar kalėjimo bausmę atitikmuo**. Todėl yra reikalinga konsultacinė parama prieš ir po ŽIV tyrimo (70, 87). Sužinojęs, kad užsikrėtė ŽIV, asmuo patiria emocinį šoką, vedantį prie kaltės (savęs kaltinimo) jausmo ar neigimo (atsisakymo priimti diagnozę kaip realybę). Dėl neigimo asmuo gali pakartotinai atlikti ŽIV testą skirtingose laboratorijose, tikėdamasis gauti neigiamą atsakymą.

Kaltė dėl savo labai rizikingos elgsenos (dažnai didelis seksualinių partnerių skaičius ar švirkščiamųjų narkotikų vartojimas) yra dar vienas psichologinio streso šaltinis. Kai tik asmuo pirmą kartą suvokia tiesą, prasideda frustracija. Jei asmuo pažįsta kitų asmenų, kurie mėgaujasi tokia pat didelės rizikos elgsena ir nėra infekuoti ŽIV, reakcijos varijuoja tarp pykčio, sielvarto, bejėgiškumo jausmo ar likimo kaltinimo.

Dichotomija šiame kontekste taip pat yra svarbi. Žmonės skirstosi į dvi grupes: infekuoti **(„mes“)** ir neinfekuoti **(„jie“)**, todėl reaguojama atitinkamai. Tokiems asmenims teigiamas ŽIV statusas (buvimas užsikrėtusiu ŽIV) tampa pagrindiniu charakterizuojančiu kriterijumi gyvenime. **Vien žinojimas, kad esi pavojingo ir „mirtino“ viruso nešiotojas, yra stiprus stresorius, kuris paliečia svarbiausius žmogaus funkcionavimo lygmenis: fizinį, psichologinį, emocinį ir socialinį.** Suvokdamas situacijos sunkumą ir galimas išeitis iš padėties, asmuo gali pulti į depresiją. Nerimas dėl socialinės stigmos veda prie užsisklendimo ir izoliacijos. Individas gali pradėti pergyventi dėl savo sutuoktinio, šeimos narių ir gali bijoti užkrėsti kitus.

Žmogus, sužinojęs, kad yra užsikrėtęs, patiria krizę, kurios metu susvyruoja žmogaus tikėjimas esminėmis vertybėmis, skausmingai ieškoma atsakymo į egzistencijos klausimus: ar aš išgyvensiu, ar manęs kam nors reikia, ar esu vertingas? Kyla baimė ir bejėgiškumo jausmas. Įprastinių strategijų ir žinomų elgsenos būdų, padedančių įveikti nerimą, mirties baimę ir spręsti problemas, nebepakanka. Visi asmenybės resursai skiriami įveikti krizę. Asmenybės pokyčiai, atsiradę krizės laiku, gali būti tiek progresyvūs, tiek regresyvūs. Dėl jų gali iškilti grėsmė asmenybės vientisumui bei psichinei pusiausvyrai. Krizė gali būti lėtinė ar ūminė. Pastaroji trunka iki šešių savaičių. Ištikus krizei, nedelsiant būtina aplinkinių pagalba ir įsikišimas į asmens aplinką. Anksti suteikta pagalba palengvina krizės eigą ir leidžia išvengti nepalankių jos padarinių (88).

Šveicarų mokslininkė Elizabeth K• bler-Ross išskiria **šešias reakcijos į krizę fazes**.

**Šoko fazė.** Realybė tarsi nutolsta. Žmogus išoriškai gali atrodyti ramus, bet viduje – jausmų chaosas. Praėjus krizei žmogus gali iš viso nebeprisiminti šio momento. Šoko fazė paprastai prasideda asmeniui pirmą kartą išgirdus žinią, kad užsikrėtė ŽIV. Labai svarbu šiuo laiku nepalikti žmogaus vieno, pabūti su juo. Stengtis ramiai kalbėti, nekritikuoti, neprieštarauti, paskatinti jį patį išsikalbėti, bet neklausinėti apie tai, ko žmogus nenori sakyti. Medikas, pranešantis diagnozę, turėtų skirti tam pakankamai laiko, įsitikinti, ar žmogus gerai suprato tyrimo rezultatus. Socialinis darbuotojas gali padėti medikui išsiaiškinti, ką žmogus ketina veikti artimiausias kelias valandas, trumpai aptarti galimos pagalbos būtinybę.

**Neigimas.** Žmogus, atsigavęs po šoko, negali patikėti, kad tai atsitiko būtent jam. „To negali būti, tai klaida“, – dažnas teiginys, kurį išgirsta su užsikrėtusiuoju ŽIV bendraujantys žmonės. Būna atvejų,

kai asmuo kartoja kraujo tyrimus svetima pavarde ar kitoje šalyje ir taip tikrina medikus. Neigimas yra laikinas gynybos būdas, duodantis laiko žmogui sukaupti reikalingos fizinės bei psichinės energijos ir susidoroti su nerimu, kurį sukėlė galima grėsmė gyvybei. Neigimas nereiškia, kad žmogus nenori kalbėti apie tai, kas su juo vyksta. Kalbant su žmogumi reikėtų išsiaiškinti, kokie jo poreikiai, kaip jis pasirengęs priimti realybę. Ši fazė gali būti pavojinga tais atvejais, kai neigimas yra absoliutus, užsitęsia pernelyg ilgai ir atsisakoma laikytis režimo, atmetamos gydytojų rekomendacijos, socialinių paslaugų teikėjų ar kitų asmenų siūloma parama.

**Pykčio fazė.** Atsigavus po šoko, ateina laikas, kai neigti darosi nebeįmanoma. Neigimą pakeičia pyktis, įniršis ir nepasitenkinimas. Infekuotasis klausia savęs ir kitų: „Kodėl aš? Ką aš padariau? Kuo aš blogesnis už kitus?“. Pyktis gali būti nukreiptas į artimuosius, į medikus, į valdžios institucijas. Jis gali reikštis ne vien nepasitenkinimo ir skundų išsakymu, bet ir pykčio projektavimu į aplinkinius. Žmogus teigs, kad visi yra blogi, nieko neišmano, nenori padėti, tyčia kenkia. Ir užsikrėtusiojo artimiesiems, ir personalui labai sunku įveikti pykčio protrūkius, nereaguoti į pyktį asmeniškai, suprasti, kad iš esmės pyktis nesusijęs su tais, į kuriuos jis nukreiptas. Problema slypi kitur. Šiuo atveju agresija – tai reakcija į mirties grėsmę. Šiuo etapu labai svarbu tolerancija ir įsijautimas į kito žmogaus padėtį, bandymas suprasti, kas slypi už pykčio proveržių. Jei žmogaus kaltinimai išklausomi, jei jam leidžiama pykti, jei į jo pyktį atsakoma ramiai ir be priešiškumo, po to dažniausiai ateina palengvėjimas. Jei įmanoma, reikėtų padėti ir pačiam pacientui suvokti tikrąsias pykčio priežastis. Taip pat šiuo laiku gali pasireikšti depresijos simptomai, mintys apie savižudybę, ligonis neretai klausia gydytojo, kiek laiko jam dar liko gyventi.

**Derybos.** Po šoko, neigimo ir pykčio eina bandymas sudaryti sandėrį ir taip pakeisti situaciją, gauti daugiau laiko gyventi. Ligonis žada sau ir kitiems keisti elgesį, atlikti darbus ir kita. Labai svarbu įsiklausyti į šiuos infekuotojo samprotavimus. Dažnai jie būna susiję su kaltės jausmu. Bendraujant reikėtų stengtis sumažinti kaltės jausmą, skatinti suvokti, kad infekcija nėra bausmė. Specialistai, bendraujantys su klientu, turėtų paskatinti ir palaikyti produktyvaus bei visaverčio gyvenimo pasirinkimą.

**Depresijos fazė.** Kai žmogus įsisąmonina diagnozę, išryškėja depresijos simptomai: liūdesys ir ateities baimė, baimė būti atstumtam ir likti vienam, taip pat galimas kaltės jausmas, graužatis dėl praeities klaidų ir kitiems sukelto skausmo. Depresija gilina ir dažnai pasitaikantis menkavertiškumo jausmas. Žmogus, susidūręs su mirtina infekcija, priima ją kaip asmeninį pralaimėjimą, jaučiasi menkas ir bejėgis, blogesnis už kitus. Svarbu leisti žmogui išreikšti savo liūdesį, išsikalbėti. Nereikėtų stengtis jo raminti ar linksminti, raginti žiūrėti optimistiškai, galvoti apie smagius ir malonius dalykus. Tokie bandymai rodo mūsų pačių baimę ir pasimetimą susidūrus su kito žmogaus sielvartu

**Priėmimas.** Jei žmogus turėjo pakankamai laiko įveikti savo baimes, jei jam buvo suteikta reikiama parama, o svarbiausia – netrukdoma, jis pasiekia būseną, kai diagnozė, jos įsisąmoninimas, nebekelia nei pykčio, nei depresijos. Pamažu grįžta savo vertės pajutimas, atgyja interesai, noras bendrauti. Nereikėtų trukdyti infekuotajam pereiti visas krizės fazes, neskubinti jo. Geriausia pagalba – ramus, palaikantis buvimas šalia, rodantis, yra žmonių, kurie pasiruošę padėti.

Teikiant pagalbą infekuotajam, svarbu įtraukti į šį procesą jo šeimos narius ir artimuosius. Infekuotojo artimiesiems būtina suteikti informacijos apie fizinius ir psichologinius ŽIV aspektus, pagelbėti priimti susiklosčiusią situaciją.

Dar vienas itin svarbus pagalbos infekuotajam aspektas – **dvasinė parama**. Jei pacientas išpažįsta kokią nors religiją, jos mokymas gali labai palengvinti būklę, padėti atrasti gilesnę gyvenimo prasmę. Infekuotojo psichologinės pozicijos kitimo etapai yra gynybos mechanizmai, kurie padeda išlikti sunkiomis aplinkybėmis. Vienintelis dalykas, būdingas visiems etapams, yra viltis. Užsikrėtusieji ŽIV, pereidami visus krizės etapus, puoselėja viltį išgyventi ir išgyti. Ši viltis padeda ištverti skausmą, suteikia dvasios tvirtybės.

### *Gyvenimas su ŽIV*

Susidūrimas su liga, kuri yra lėtinė ir neišgydoma, reikalauja daug drąsos. Daugybė ŽIV infekuotų asmenų patiria baimę, nerimą, beviltiškumą, vienišumą, depresiją. Kai kurie asmenys priima diagnozę ir su ja susitaiko. Laikotarpyje nuo diagnozės iki ŽIV ligos klinikinių požymių pasireiškimo kai kurie siekia turiningo gyvenimo. Jie gali tyrinėti aplinkinių reakcijas, ieškoti kito ŽIV užsikrėtusio asmens, buriasi į grupes. Grupės sąryšiai veda prie altruistiško elgesio ir priklausymo grupei jausmo. Tokios grupės dažniausiai turi teigiamą požiūrį į ŽIV teigiamą statusą.

Kai kurie asmenys pasirenka seksualinius ar kitokius partnerius tik iš infekuotųjų asmenų bendruomenės. Tai išsprendžia tokias problemas, kaip atstūmimo baimė dėl galimo ŽIV perdavimo neinfekuotam partneriui. Pažymima, kad neretai dėl izoliacijos, prastesnės fizinės ir psichinės sveikatos, pasitaikančios diskriminacijos, galimybių susiaurėjimo ir kitų veiksnių ŽIV užsikrėtusieji ar sergantys AIDS turi prastesnę gyvenimo kokybę.

## 5.2. Socialinio darbo sąsajos su ŽIV/AIDS ypatumais

Nuo pat ŽIV epidemijos pradžios socialiniai darbuotojai aktyviai įsijungė į pagalbos ir paramos teikimą ŽIV užsikrėtusiems ar AIDS sergantiems asmenims. Jų teikiamos paslaugos apėmė psichologinę paramą ir palaikymą, užsikrėtusiųjų ŽIV interesų atstovavimą, informavimą, konsultavimą, tarpininkavimą, socialinę reabilitaciją, globą ir kitas.

Konsultantas turi stengtis sukurti saugią aplinką, emociškai palaikyti, skatinti išsikalbėti, leisti klientui išreikšti savo jausmus. Jei žmogus pyksta, jam reikia leisti pykti, į jo pyktį reaguoti ramiai, tolerantiškai. Konsultantas turėtų padėti spręsti žmogui iškilusias problemas, suteikti informacijos apie ŽIV, išsiaiškinti priežastis paskatinusias tirtis dėl ŽIV, apie galimą rizikingą elgesį. Jis turėtų paaiškinti apie ŽIV tyrimą, kuo ŽIV skiriasi nuo AIDS, aptarti, kaip ŽIV plinta ir kaip galima apsisaugoti, aptarti kam atskleisti savo tyrimo rezultatus, pabėžti apie teigiamo ŽIV statuso atskleidimo savo lytiniams partneriams svarbą. Reikėtų paskatinti žmogų keisti rizikingą elgesį, nebūti donoru, atskleisti savo statusą gydančiam gydytojui, odontologui. Labai svarbu informuoti, kur ŽIV užsikrėtęs asmuo turėtų kreiptis dėl tolimesnės sveikatos priežiūros (imuniteto būklės kontrolės, pasitikrinti dėl kitų infekcijų, pasikonsultuoti dėl skiepų ir kt.). Reiktų klientą paskatinti atsisakyti žalingų įpročių, siekti sveikos gyvensenos. Galima pasiūlyti įsitraukti į ŽIV infekuotų asmenų paramos grupių veiklą. Reikia leisti klientui išsikalbėti (neverbaliniai būdai, skatinantys žodeliai ar išsireiškimai, atviri klausimai, pakartojimai, perfrazavimai, apibendrinimas, esminės informacijos išryškinimas).

Dauguma medikų ir socialinių darbuotojų pasirenka šias profesijas dėl įsipareigojimo padėti žmonėms, tačiau **dirbant su ŽIV/AIDS gali susidurti su iššūkiais asmeninėms vertybėms**, nes ŽIV infekcija iškelia seksualumo, nelegalių narkotikų vartojimo, mirties aspektus, kurie medikus ar socialinius darbuotojus kartais priverčia jaustis nepatogiai. Su ŽIV susijusi stigma, slaptumas, socialinė izoliacija ir homofobija taip pat įtakoja mediko ar socialinio darbuotojo darbą ŽIV/AIDS srityje. ŽIV infekcija iškelia legalumo ir etiškumo klausimus bei gali priversti socialinius darbuotojus priimti spendimus, kurie neatitinka jokios praktikos.

Dėl šių priežasčių, dirbant su ŽIV užsikrėtusiais ar sergančiais AIDS, pirmiausiai reikia paties mediko ar socialinio darbuotojo nusiteikimo, aiškaus požiūrio į seksualumą, saugesnių lytinių santykių svarbą, narkotikų vartojimą ir jų daromos žalos mažinimą. Taip pat labai svarbu patogiai jaustis atvirai kalbant apie rizikingą elgseną, susijusią su ŽIV. Būtina nepasiduoti homofobijai, rasizmui ir bet kokių „etikečių" klijavimui.

Pastebima, kad **socialiniai darbuotojai, dirbantys su ŽIV užsikrėtusiais klientais, susiduria su tam tikromis etinėmis dilemomis, tokiomis kaip:** (89)

- bandymas apsaugoti kliento konfidencialumą ir tuo pat metu siekti suteikti jam reikiamas paslaugas;
- atsakomybės pasidalinimas ir parama klientams ketinantiems atskleisti informaciją, kad yra užsikrėtę ŽIV, siekiant kitus apsaugoti nuo žalos;
- socialinė pagalba klientams, kurie sąmoningai daro žalą (platina ŽIV ar tuberkuliozę) kitiems asmenims;
- pagalba, siekiant pakeisti suicidinius ketinimus;
- konfliktų, iškilusių tarp kliento ir šeimos, partnerių ar kitų artimųjų valdymas.

Socialinio darbo praktikoje svarbu atsakyti į klausimą, **kokius individualius ir socialinius poreikius sukuria ŽIV liga.** Specifika yra ta, kad socialinis darbas su ŽIV užsikrėtusiais asmenimis reikalauja kompetencijų, žinių ir gebėjimų, kaip padėti žmonėms siekiantiems susidoroti su stresu, krizėmis bei ŽIV ligos nulemta socialine izoliacija. **Socialiniai darbuotojai turėtų gebėti:**

- mokėti padėti įveikti bet kokias ŽIV užsikrėtusiųjų baimes ir nuogąstavimus, suteikti viltį;

- pritaikyti socialinio darbo įgūdžius padedant žmonėms, kurie užsikrėtę ŽIV arba gyvena šalia jų (pastarieji taip pat paveikti ŽIV, tik netiesiogiai);
- kurti labiau socialiai palaikančią aplinką, siekiant mažinti socialinę stigmą dėl ŽIV/AIDS.

Visgi nežiūrint panašumų su kitomis socialinėmis ligomis, ŽIV infekcija turi specifinių ypatumų, kurie įtakoja ne tik medicinos, bet ir socialinių paslaugų teikėjų darbą.

## 5.3. Specifiniai medikosocialiniai ŽIV ypatumai

### Socialinė ŽIV stigma

***Socialinė ŽIV stigma*** arba socialinis nusistatymas – tai labiausiai pastebimas skirtumas tarp ŽIV ir kitų žmogaus gyvybei pavojų keliančių ligų. ŽIV stigma yra todėl, kad ši infekcija dažnai žmonių sąmonėje yra siejama su marginalinėmis grupėmis bei nepriimtinu elgesiu, kuris priverčia žmones nejaukiai jaustis ir meta iššūkį jų požiūriui bei vertybėms. Su ŽIV susijusi stigma veikia visus infekuoto asmens gyvenimo aspektus. Kai kurie žmonės stigmą suasmenina ir jaučia gėdą, kaltę, kas itin veikia jų santykius su aplinka. Asmenys, kurie dėl savo ar partnerio rizikingo elgesio užsikrėtė ŽIV, dėl stigmos dažnai nesikreipia nei medicininės, nei socialinės pagalbos, nes bijo būti atstumti. ŽIV smerkiamas labiau nei kitos ligos (pvz., virusiniai hepatitai B ir C), kuriomis užsikrečiama panašiu būdu, tačiau visuomenės požiūriu, pastarosios „priimtinesnės“. Dėl minėtų priežasčių, užsikrėtę ŽIV asmenys apie tai nieko nepraneša savo artimiausiems draugams, šeimos nariams, šeimos gydytojams bei patys save izoliuoja nuo tų, kurie galėtų suteikti pagalbą.

#### *Įtaka socialinio darbo praktikai*

Socialinių darbuotojų užduotis – padėti keisti visuomenės požiūrį į užsikrėtusius ŽIV bei jų šeimas, skatinanti visuomenėje diskusijas apie ŽIV, platinanti teisingą informaciją apie ŽIV plitimo būdus. Tikimasi, kad atviresnės diskusijos sumažins baimę bei mitus, sklandančius apie ŽIV, kurie tik paskatina rizikingą elgesį.

Susidūrę su ŽIV užsikrėtusiu asmeniu, socialiniai darbuotojai turėtų savęs paklausti, **kuo šio kliento poreikiai bus skirtingi, o kas gali būti daroma taip pat?** Kadangi su ŽIV susijusios problemos kompleksinės, dažnai yra specifinių kliento poreikių, todėl socialiniai darbuotojai turi tęsti bendradarbiavimą su kitų sričių profesionalais siekiant sukurti visapusišką paslaugų ir paramos kompleksą.

Tačiau būtina nepamiršti konfidencialumo, kuris yra pagrindinė socialinio darbo vertybė. Tačiau iš kitos pusės, kliento rūpinimasis konfidencialumu kartais gali sumenkinti socialinio darbuotojo pastangas siekiant padėti klientui gauti reikiamas paslaugas. Todėl **socialiniai darbuotojai turi dirbti taip, kad atrastų tą ribą tarp konfidencialumo ir paslapties bei tarp konfidencialumo ir pasitikėjimo.**

### Gyvenimo stadija, kai užsikrečiama ŽIV

Užsikrėtus ŽIV jauname amžiuje (20–30 metų), radikaliai pasikeičia žmogaus ateities lūkesčiai tuo gyvenimo laikotarpiu, kai jis normaliai turėtų užsitikrinti nepriklausomybę, draugiškus santykius, karjerą, savo šeimos sukūrimą. Šiuo amžiaus tarpsniu žmogus nesitiki susidurti su gyvybei pavojų keliančia liga ir tuomet jis neturi emocinio, socialinio ar finansinio pasirengimo tai sužinoti.

#### *Įtaka socialinio darbo praktikai*

Savo praktikoje socialiniai darbuotojai turi suprasti, kad ŽIV dramatiškai pakeičia individo gyvenimo ratą. Žmonės, kurie negali pereiti gyvenimo stadijų normaliai, gali jaustis praradę tikslą, izoliuoti ar vieniši. Labiausiai tokioms aplinkybėms reikalinga psichologinė pagalba, bendravimo paslaugos, skatinimas dalyvauti tarpusavio pagalbos grupių veikloje ir kitos paslaugos. Psichosocialinės pagalbos teikimo principai tie patys kaip ir prie kitų nepagydomų ligų.

**Ligos prigimtis**

Žmonės, užsikrėtę ŽIV, gyvena su chroniška, progresuojančia, grėsmę gyvybei keliančia liga ir ilgą gyvenimo laikotarpį patiria psichosocialinį stresą, kuris pasireiškia laipsnišku bejėgiškumu, kartais darbo, pajamų, nepriklausomybės praradimu, didėjančiu priežiūros poreikiu. Nors pastaruoju metu prieinamas modernus ŽIV ligos gydymas, leidžiantis reikšmingai pagerinti gyvenimo kokybę ir prailginti jo trukmę, tačiau ŽIV užsikrėtę asmenys žino, kad prognozės nėra labai optimistinės gyvenimo atžvilgiu.

ŽIV sukelia daugiau streso ir dėl to, kad infekcija gali būti perduota seksualiniam partneriui, kitiems švirkščiamųjų narkotikų vartotojams, iš motinos vaikui (nėštumo, gimdymo, maitinimo krūtimi metu). Žmonės, kurie yra infekuoti, dažnai sako, kad jaučia baimę ar kaltę dėl kito asmens galimo užkrėtimo. Dažnai reali rizika ir reali infekcijos perdavimo baimė sukuria įtampą tarp seksualinių partnerių, šeimos narių, slaugytojų ir draugų. Pvz., tyrimų duomenimis, gėjų bendruomenėse, kai kurie vyrai teigia, kad turėjo iki 40 partnerių su kažkuo, kas buvo užsikrėtęs ŽIV ar mirė nuo AIDS, o narkotikų vartotojų bendruomenėse 92,2% pažįsta žmonių, gyvenančių su ŽIV ar mirusių nuo AIDS, todėl jie dažniau susiduria su netektimis dėl ŽIV, o tai neigiamai veikia jų psichinę sveikatą.

***Įtaka socialinio darbo praktikai***

Medicininiai ŽIV aspektai itin paveikia kliento psichosocialinius poreikius. Norint padėti klientui, **socialiniams darbuotojams reikėtų turėti svarbiausių žinių apie ŽIV infekcijos plitimo būdus ir plitimą įtakojančius veiksnius: biologinius, socialinius, elgsenos**. Socialiniai darbuotojai negali ir neturi tapti medicinos ekspertais, bet jie turėtų žinoti apie ligą tiek, kad galėtų padėti klientams rasti informacijos ir duoti atsakymus į jų ne tik socialinius, bet ir medicininius klausimus. Tokiu atveju, socialiniams darbuotojams gali reikti tampriai bendradarbiauti su ŽIV ligą gydančiais gydytojais. Socialiniai darbuotojai taip pat turėtų paklausti kliento (kuris, beje, gali būti labai daug žinantis apie medicininę pagalbą) apie tai, kas yra svarbu jiems, ir vertinti pacientus kaip galimus mokytojus tol, kol tai netampa nerealiais kliento poreikiais. Taip pat socialiniai darbuotojai turėtų pakankamai išmanyti apie ŽIV ligos gydymo ypatybes, kad galėtų klientą motyvuoti teisingai vartoti vaistus, atitinkamai koreguoti gyvensenos įpročius.

**Kintantys lūkesčiai ir kliento santykiai**

Daugelis užsikrėtusių ŽIV asmenų turi labai didelių lūkesčių dėl medikų ar socialinių darbuotojų, nori būti aktyviai įtraukti į savo pačių priežiūrą, ir gali daryti sąmoningus sprendimus dėl gaunamų paslaugų. Kartais klientas siekia gauti tokią pat orientaciją ar gyvenimišką patirtį turintį socialinį darbuotoją. Jis socialinio darbuotojo gali paklausti: ar tu gėjus?, ar tu esi ŽIV teigiamas? Gautas atsakymas gali padaryti įtakos kliento sprendimui, kreiptis ar ne dėl tam tikrų paslaugų.

***Įtaka socialinio darbo praktikai***

Socialiniai darbuotojai įpratę dirbti su pažeidžiamomis grupėmis ir neturintys tokios patirties, gali sunkiai bendrauti su labiau informuotais klientais, turinčiais didelius lūkesčius. Jiems gali tekti pakeisti savo nuostatas, priderinti įgytas teorines žinias, praktiką ar sustiprinti ribų vaidmenį siekiant dirbti efektyviau su klientais, kurie yra gerai organizuotos bendruomenės dalis. Kartais tokie klientai gali nepasitikėti socialinio darbuotojo parama.

**Kintantis ŽIV veidas**

Pagal ŽIV/AIDS paliestą kontingentą, situacija pasaulyje kito ir yra labai įvairi. Pradžioje ŽIV infekcija plito tarp gėjų, vėliau, priklausomai nuo geografinės vietovės, ši liga vis dažniau įtraukė narkotikų vartotojus, prostitucija besiverčiančius asmenis, jūreivius, kalinius ir grįžusius iš įkalinimo įstaigų, moteris, merginas, gatvės vaikus, migrantus, romus ir kitus anksčiau įvardintus marginalinių ar pažeidžiamų grupių atstovus. Pastarieji gali neturėti informacijos, suinteresuotumo, išteklių, gebėjimų ar motyvacijos saugoti save ir savo partnerius nuo ŽIV. Dažnai marginalinių grupių atstovai neturi jokio draudimo, t. y. neturi jokių socialinių garantijų, kas labai apriboja sveikatos ir socialinių paslaugų prieinamumą.

*Įtaka socialinio darbo praktikai*

ŽIV paveikia vis daugiau asmenų, kurie yra labiau pažeidžiami ir turi mažai ar visai neturi visuomenės palaikymo, yra stigmatizuojami. Socialiniai darbuotojai, įpratę dirbti su motyvuotais žmonėmis, gali sunkiai rasti atsakymus į piktnaudžiaujančių narkotikais ar kitų, turinčių rizikingo elgesio problemų, asmenų klausimus. Tai kelia rimtus iššūkius socialinio darbo praktikai. Tam, kad socialinis darbuotojas suprastų, pavyzdžiui, ŽIV užsikrėtusio narkotikų vartotojo poreikius, jam reikės išsamios informacijos ne tik apie ŽIV, bet ir apie priklausomybes, jų gydymo, reabilitacijos, reintegracijos, žalos mažinimo programas ir kt.

Pradedant dirbti su marginalinėmis grupėmis pravartu užmegzti ryšius su specialistais, jau turinčiais darbinės patirties su šiais kontingentais bei pasinaudoti savanorių, pavyzdžiui, buvusių narkotikų vartotojų, patarimais, pagalba. Šeimos nariai taip pat labai efektyvus savanoriškos pagalbos šaltinis.

## 5.4. Užsikrėtusio ŽIV asmens problemų sprendimas

**Užsikrėtusiųjų ŽIV sveikatos ir socialinės problemos labai susijusios**. Didžiausios kliūtys teikti ir gauti atitinkamas paslaugas – nuolatinė socialinė stigmatizacija, didelės ŽIV ligos gydymo sąnaudos ir sunkumai skatinant žmones keisti elgesį, gyvenseną. Reikia keisti ir individualų ir visuomenės požiūrį, kad nieko efektyvaus nebegalima padaryti. ŽIV liga šiuo metu nėra mirties nuosprendis, bet vis dažniau vadinama dar viena lėtine valdoma liga. Tikėtina paciento mirtis ŽIV infekcijai progresuojant į AIDS – tikras iššūkis mokslui ieškant būdų ir priemonių epidemijai stabdyti ir valdyti AIDS.

Problemų sprendimo modeliai įvairiose šalyse yra skirtingi, nes priklauso nuo šalies socialinio ekonominio išsivystymo lygio, kultūrinės aplinkos. **Vieningos problemų sprendimo metodologijos ŽIV užsikrėtusiems nėra**. Ji priklauso nuo konkretaus asmens situacijos, socialinio konteksto ir kitų aplinkybių. Skirtingiems visuomenės sluoksniams (pagal amžių, lytį, marginalinę grupę) reikalingas skirtingas problemų sprendimo metodas.

**Prieš sudarant visapusį užsikrėtusio ŽIV ar sergančio AIDS asmens problemų sprendimo modelį (pagal atvejo valdymo schemą), rekomenduotina atsižvelgti į šias aplinkybes:**

**ŽIV infekcija ir AIDS iki šiol neišgydomi**. ŽIV ligos gydymui naudojami antiretrovirusiniai vaistai nesunaikina viruso, tačiau tinkamai parinktas jų derinys efektyviai pagerina žmogaus sveikatą ir gyvenimo kokybę.

**ŽIV/AIDS sukelia didelę psichologinę traumą**. Užsikrėtę asmenys tebėra stigmatizuojami, todėl šeima, draugai ir net paslaugų teikėjai kartais atstumia ŽIV užsikrėtusįjį. Todėl teikiantys paslaugas socialiniai darbuotojai turi laikytis konfidencialumo, skatinti giminių, draugų, specialistų (ypač sveikatos ir socialinio sektoriaus) bendradarbiavimą. Mažinant stigmą, **nerekomenduojama steigti specialių ŽIV ligoniams skirtų palatų, globos namų**.

Su ŽIV gyvenančių asmenų problemų sprendimo procesas apima keletą nuoseklių pakopų. Kliento paslaugų poreikio įvertinimas prasideda nuo pirmo kontakto, kurio metu svarbu užmegzti abipusio pasitikėjimo diskusiją. Dėl susiformavusios stigmos, daugeliui ŽIV užsikrėtusiųjų yra sunku kreiptis dėl paslaugų į nepažįstamus asmenis, todėl pirmosios diskusijos metu tikslinga leisti klientui pasijusti laisvai ir taip paskatinti bendradarbiavimą. Svarbu išklausyti klientą ir psichologiškai jį padrąsinti.

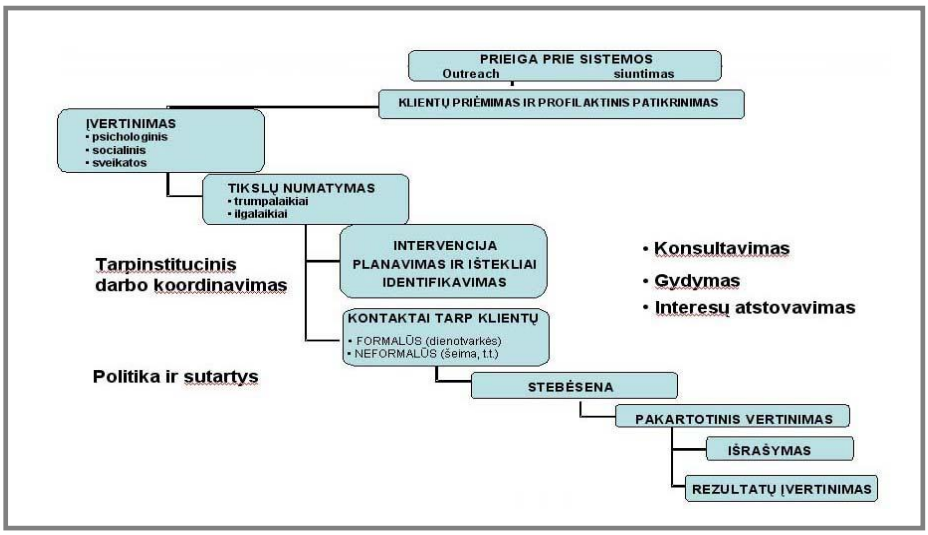
**Dažnai su ŽIV gyvenantiems asmenims daugiausiai problemų iškyla ne todėl, kad jie užsikrėtę ŽIV, bet dėl kitų aplinkybių, pavyzdžiui, narkotikų vartojimo ar lytinės orientacijos**. Todėl aiškinantis kliento reikmes, **itin svarbu įvertinti, kokiai tikslinei grupei priklauso klientas**. Gilinantis į kliento situaciją pravartu surinkti informaciją apie jo šeimą, artimuosius bei **nustatyti, kokia yra pagrindinė kliento problema, į kurios sprendimą pirmiausia reikės sutelkti pastangas būtent dabar.** Pavyzdžiui, ŽIV užsikrėtęs narkotikų vartotojas gali teigti, jog labai išaugo jo narkotikų poreikis, jis nebežino iš kur paimti pinigų narkotikams, todėl norėtų sumažinti jų poreikį. Tai bus pagrindinė problema, dėl kurios kreipėsi asmuo ir kuri tik netiesiogiai susijusi su ŽIV.

**Dirbant su tikslinėmis grupėmis, svarbu susitarti su klientu dėl artimiausių ir tolimųjų tikslų, kurių bus siekiama. Pastarieji klientui turi būti priimtini, o paslaugų teikėjui – realistiški.** Vėliau reiktų aptarti, kaip jų bus siekiama. Jei galimi keli paslaugų teikėjai, tikslinga leisti klientui pačiam pasirinkti priimtiniausią. Tuomet socialinio darbuotojo pagrindinė funkcija padėti klientui

susiorientuoti, suteikiant informacijos ar tarpininkauti.

Dažnai socialinis darbas su tikslinių grupių atstovais yra **susijęs su rizikingos elgsenos mažinimu**. Pavyzdžiui, ŽIV užsikrėtusį narkotikų vartotoją reikia informuoti, kad tolesnis narkotikų švirkštimasis gali ne tik pasibaigti narkotikų perdozavimu, bet ir pakartotinu užsikrėtimu ŽIV ar kita per kraują plintančia liga, kas dar labiau pablogintų jo sveikatos būklę. Tokį asmenį, jei jis sutinka, tikslinga siūsti gydytis priklausomybę. Jei nesutinka – į žalos mažinimo programas (pvz., adatų ir švirkštų keitimo), kurių vienas iš tikslų – rizikingos elgsenos keitimas (mažinimas). Jeigu ŽIV užsikrėtęs klientas turi itin daug ir sudėtingų problemų, tai būtina motyvuoti, kad jis pasirinktų ŽIV infekcijos perdavimo riziką mažinančią elgseną ir ją praktikuotų. Taip pat rizikingos elgsenos keitimas sumažina riziką pakartotinai užsikrėsti ŽIV.

8 paveikslas. **Atvejo valdymo pakopos** (90)




Nežiūrint, kokiai tikslinei grupei galėtų būti priskirtinas ŽIV užsikrėtęs asmuo ar ne, visi patiria psichologinę įtampą, stresą dėl savo ateities, sveikatos ir kitų dalykų. Dėl ŽIV užsikrėtusiųjų psichologinių problemų gausos, geriau kai tokią pagalbą teikia profesionalus psichologas, turintis užsikrėtusiojo pasitikėjimą. Tačiau kartais paprastas žmogiškas ryšys tarp ŽIV užsikrėtusio kliento ir socialinio darbuotojo gali padėti sumažinti psichologinę įtampą, įveikti krizes ar padėti priimti racionalų sprendimą.

Tarpusavio pagalbos grupės – taip pat labai efektyvi pagalbos forma, sprendžiant iškilusius sunkumus, atstovaujant ŽIV užsikrėtusiųjų interesus. Daugelyje pasaulio šalių teikiant paslaugas ŽIV užsikrėtusiems asmenims socialiniams darbuotojams suteiktos itin didelės galios. Jie dažnai suvaidina lemiamą vaidmenį, **paruošiant ŽIV užsikrėtusį asmenį pasiryžti pradėti naudoti antiretrovirusinį gydymą, kuris tapo ŽIV prevencijos dalimi**. Socialinių darbuotojų vaidmuo taip pat svarbus kontroliuojant, **kaip ŽIV užsikrėtęs asmuo laikosi paskirto gydymo režimo** (ar reguliariai naudoja vaistus), nes tai nulemia ŽIV ligos gydymo sėkmę. **Būtent todėl tamprus bendradarbiavimas tarp socialines ir sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų yra būtinas ir užtikrina pagalbos žmogui kompleksiškumą.**

Kadangi Lietuvoje dauguma ŽIV užsikrėtusiųjų – narkotikų vartotojai (apie 80%), todėl socialinis darbas su šiais asmenimis yra itin susijęs su priklausomybių sukeliamų problemų sprendimo situacijomis (asmens dokumentų, pragyvenimo šaltinio, darbo, pastovios gyvenamosios vietos neturėjimas, nusikalstama veikla ir kt.). Neturėdami asmens dokumentų, tokie asmenys negali gauti socialinių ir sveikatos paslaugų, kas dar labiau pablogina jų gyvenimo kokybę, didina atskirtį. Siekiant padidinti sveikatos ir socialinių paslaugų prieinamumą rizikos grupių asmenims, Lietuvoje, kaip ir kitose pasaulio šalyse, **steigiami žemo slenksčio paslaugų kabinetai, kur asmenys gali kreiptis neturėdami asmens dokumentų ar anonimiškai. Lietuvos AIDS centre šią veiklą pradėjome pirmieji šalyje.**

## 5.5. Konsultacinė pagalba

**Konsultacinė parama (*angl. counseling*)** – tai dviejų asmenų pokalbis, iš kurių vienas nori išspręsti iškilusias problemas, o kitas – padėti jam tai padaryti – suteikti žinių, reikalingų šių problemų sprendimui. Įvairių sričių mokslininkai pritaria, jog asmeniui, norinčiam išsitirti, ar nėra užsikrėtęs ŽIV, turi būti suteikta konsultacinė parama **(KP).** Visuomenės nariai suinteresuoti, jog kuo daugiau žmonių, galimai užsikrėtusių ŽIV infekcija, norėtų išsitirti dėl ŽIV, nes žinojimas, kad esi užsikrėtęs, leidžia apsaugoti savo artimuosius nuo ŽIV perdavimo, laiku gauti gydymą ir sustabdyti ŽIV ligos progresavimą, įvertinti gyvenimo pasikeitimus, persvarstyti prioritetus ir tikslus, o ŽIV užsikrėtusios nėščios moterys gali gauti atitinkamą gydymą, iki minimumo sumažinantį ŽIV perdavimą iš motinos vaikui. **Daugelyje šalių pagrindiniai KP teikėjai yra medikai ir socialiniai darbuotojai.** Įgiję atitinkamų žinių, KP galėtų teikti psichologai, bendraamžiai, bendraminčiai, dvasininkai ir kiti.

Tiems, kurie jau pasitikrino dėl ŽIV, nuolat daugėja pasirinkimo galimybių, susijusių su ŽIV ligos prevencija, gydymu, socialinių paslaugų gavimu (91). Tačiau skaičius žmonių, kuriems vertėtų pasitikrinti dėl ŽIV, daugelyje šalių yra nepakankamas (92). **Savanoriškas konsultavimasis ir tyrimasis dėl ŽIV yra svarbiausioji strateginė veiklos kryptis plečiant galimybes sužinoti savo ŽIV statusą.**

***ŽIV diagnozės (ŽIV statuso) žinojimo privalumai***

**Individualiu lygmeniu:**

- padeda pacientui / klientui realiau pažvelgti į savo su ŽIV infekcija susijusį pažeidžiamumą;
- skatina rinktis elgseną, kuri neleidžia užsikrėsti ŽIV ar užkrėsti šiuo virusu kitų;
- mažina nerimą, skatina susipratimą ir ryžtą įveikti sunkumus;
- palengvina paciento / kliento apsisprendimą imtis prevencijos priemonių siekiant išvengti ŽIV perdavimo iš motinos vaikui;
- padeda pacientui / klientui planuoti gyvenimą ir sąmoningai apsispręsti dėl ateities;
- skatina laiku kreiptis ir gydyti ŽIV ligą ar susijusias būkles.

**Bendruomenės lygmeniu:**

- padeda parengti lygių grupių švietėjus, organizuoti atitinkamas intervencijos priemones;
- padeda įveikti ŽIV/AIDS stigmą, neigimą, diskriminaciją.

PSO ir stambiausios tarptautinės visuomenės sveikatos organizacijos ragina nedelsiant atkreipti dėmesį į poreikį kuo sparčiau plėsti galimybes žmonėms išsitirti dėl ŽIV, t. y. sužinoti savo ŽIV statusą (93). Jos remia reikalavimą plačiau taikyti inovatyvias strategijas siekiant plėsti ŽIV tyrimų ir konsultavimo paslaugas teikiančių tarnybų tinklą ir paslaugų apimtį, kad kuo daugiau žmonių pasinaudotų jų teikiamais privalumais. Visos inovacijos privalo atitikti pamatinius konsultavimo dėl ŽIV tyrimo reikalavimus, t. y. užtikrinant informuoto asmens savanorišką apsisprendimą dėl ŽIV tyrimo bei konfidencialumą.

***Pamatiniai konsultavimo dėl ŽIV tyrimų principai** (94)**:***

- ŽIV tyrimai yra savanoriški;
- sutikimas tirtis gaunamas iš anksto informavus pacientą / klientą. Šis reikalavimas vykdomas atsižvelgiant į konkrečią vietą ir aplinkybes. Siekiant užtikrinti, kad ŽIV tyrimas išties atitiktų reikalavimus, keliamus informuoto asmens sutikimui gauti, būtina prieš tyrimą pateikti informaciją apie tyrimo tikslą, apie tai, kokias paslaugas galima gauti sužinojus tyrimo rezultatus, užtikrinti, kad klientas suprato jam teikiamą informaciją, gerbti asmens apsisprendimo laisvę;
- užtikrinamas konfidencialumas;
- svarbu, kad po tyrimo būtų prieinamos reikiamos susijusios su ŽIV paslaugos.

***ŽIV tyrimų ir konsultacinės pagalbos paslaugų raida***

Pirmasis konsultacinės pagalbos modelis atsirado išsivysčiusiose šalyse tais laikais, kai visuomenę kaustė baimė dėl ŽIV, gydymas buvo sunkiai prieinamas, o infekuotieji sulaukdavo didžiausio pasmerkimo. Praėjusio šimtmečio devintojo dešimtmečio konsultavimo modelyje daug dėmesio skirta pacientų / klientų informavimui, konsultavimo savanoriškumui, tyrimo konfidencialumui siekiant įgyvendinti ŽIV prevencijos tikslus. Pamatiniai konsultavimo modelio komponentai buvo aprašyti pirmose JAV Ligų kontrolės ir prevencijos centro paskelbtose metodinėse rekomendacijose 1986 metais. Kitais metais jos buvo peržiūrėtos ir akcentas perkeltas į konsultavimo poreikį bei tyrimų prieinamumo kliūčių pašalinimo būtinybę.

Dešimtajame dešimtmetyje padidėjo ŽIV ligos gydymui reikalingų vaistų ir infekcijos perdavimo iš motinos vaikui prevencinių paslaugų prieinamumas. Moksliniai tyrimai parodė, kad konsultacinė pagalba (konsultavimas dėl ŽIV prieš testą ir po testo) gali būti ekonomiškai tikslinga intervencijos priemonė. 1993 metais JAV Ligų kontrolės ir prevencijos centras peržiūrėjo konsultacinės pagalbos gaires ir dėmesį sutelkė į dialogu pagrįstą ir į konkretų asmenį atsižvelgiantį rizikos mažinimo modelį. 1994 metais rekomendacijos peržiūrėtos pakartotinai siekiant suderinti standartinę konsultavimo paslaugų teikimo tvarką su ligos gydymo tikslais.

Šiandienis požiūris sutelktas į kompleksinio ŽIV/AIDS atsako organizavimą: testavimo dėl ŽIV prieinamumą, ankstyvą ligos diagnostiką, gydymą laiku, oportunistinių infekcijų (OI) prevenciją ir kitus aspektus. Sutariama, kad konsultacinė pagalba labai svarbi ŽIV profilaktikos srityje, t. y. skatina keisti rizikingą elgseną, susijusią su ŽIV plitimu. Pabrėžiama, kad, nepaisant to, kokiais būdais yra skatinama pasitikrinti dėl ŽIV ir į kokią tikslinę grupę orientuojamasi, būtina ginti ir laikytis pamatinių konsultavimo dėl ŽIV tyrimų principų: informuoto asmens savanoriško apsisprendimo tirtis dėl ŽIV bei konsultavimo po tyrimo. Naujausiose PSO išleistose rekomendacijose (70) dėl ŽIV testavimo pabrėžiama, kad, pritaikant minėtas rekomendacijas nacionaliniu lygmeniu, būtina atsižvelgti į šalies epidemiologinius rodiklius ir socialinį kontekstą. Tačiau **ypač rekomenduojama sudaryti sąlygas ir aktyviai siūlyti pacientams / klientams tirtis dėl ŽIV lytiškai plintančių infekcijų klinikose, moterų konsultacijose, tuberkuliozės klinikose bei įstaigose, kur lankosi didžiausią riziką užsikrėsti ŽIV turintys asmenys.**

## 5.6. ŽIV/AIDS socialinis ekonominis poveikis

ŽIV/AIDS epidemijos poveikis socialiniame, ekonominiame, demografiniame lygmenyse žymiai skaudesnis nei galima buvo įsivaizduoti. AIDS – mažina gyventojų prieaugį, stabdo investicijas, mažina produktyvumą, mažina biudžeto pajamas, socialinių investicijų grąžą, kelia grėsmę visuomenės pažangai, todėl ardo pamatus, ant kurių valstybės siekia vystyti savo visuomenes ir gerinti gyvenimo standartus.

Labiausiai paveiktose šalyse epidemija iš pagrindų pakeitė daugumą ankstesnės kartos pasiekimų. Žymus AIDS poveikis gyventojų prieaugiui, pajamoms ir skurdui. AIDS apkrauna socialinę sistemą ir grėsmingai didina sveikatos biudžeto išlaidas. Dėl augančio ŽIV ligos gydymo poreikio, kaip rodo ataskaitos, per kelerius metus sveikatos priežiūrai skiriamos lėšos padidėjo nuo 5 iki 10 kartų (95).

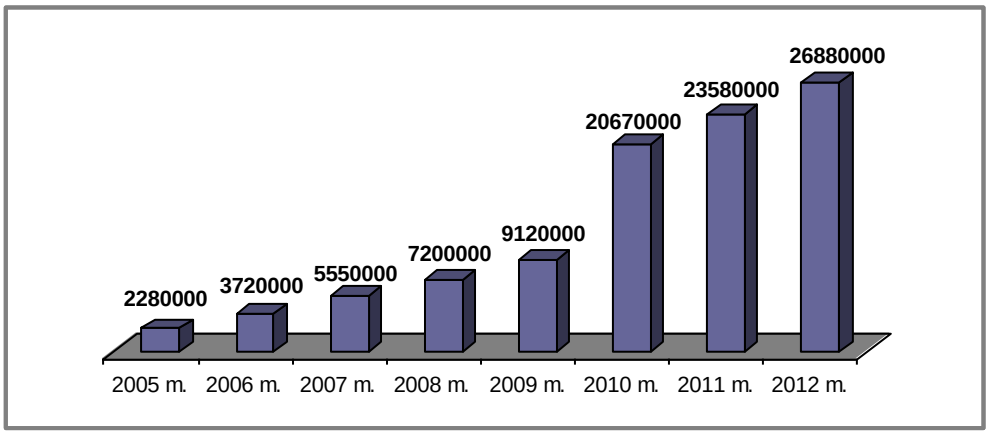
Dėl AIDS ligos daugėja nedirbančių žmonių, o produktyvumo augimas smarkiai paliestose šalyse gali sumažėti 50 procentų. AIDS stumia į skurdą šeimas, nes šeimos maitintojai serga ir miršta jauname amžiuje. Gyvenimo trukmė kai kuriose šalyse sumažėjo 20 metų, o našlaičių skaičius pasaulyje dėl AIDS iki 2010 metų prognozuojama padidės dvigubai.

Šalyse, kur ŽIV paplitimas didžiausias ir neprieinamas antivirusinis gydymas, infekcijos poveikis demografinei struktūrai didžiausias. AIDS – dažniausia ankstyvos 15–59 metų amžiaus vyrų ir moterų mirties priežastis pasaulyje. Mažas ir vidutines pajamas turinčių šalių 15 - 49 metų amžiaus gyventojų, užsikrėtusių ŽIV, mirtingumas iki 20 kartų didesnis nei su ŽIV gyvenančių pramoninių šalių piliečių. Priežastis – dideli galimybių skirtumai skirti antiretrovirusinį gydymą. Šiuo metu prognozuojama, kad iki 2015 metų 60 labiausiai paveiktų AIDS šalyse gyventojų iš viso bus 115 milijonais mažiau nei būtų neplintant ŽIV.

Paskaičiuota, kad pagal dabartinius ŽIV infekcijos plitimo tempus Lietuvoje vien tik antiretrovirusiniams vaistams ŽIV ligai gydyti išlaidos iki 2020 metų išaugs 10 – 15 kartų (9 paveikslas). Tai didelė našta sveikatos biudžetui ir visiems mokesčių mokėtojams. Neabejotinai

atitinkamai augs ir socialinių paslaugų poreikis, todėl ŽIV prevencija išlieka viena iš prioritetinių priemonių šalyje. Valstybinės ligonių kasos duomenimis, vieno ŽIV užsikrėtusiojo gydymas antiretrovirusiniais vaistais per metus privalomojo sveikatos biudžeto fondui kainuoja apie 30 tūkst.lt. Dar iki 3 tūkst. Lt per metus kainuoja vieno tokio paciento laboratorinė priežiūra (apmokama iš valstybės biudžeto lėšų). Kasmet Lietuvoje didėja antiretrovirusinio gydymo poreikiai. Gaunančiųjų valstybės (iš PSDF biudžeto) kompensuojamą ARV gydymą skaičius išaugo nuo 28 asmenų 2003 metais iki 130 asmenų 2008 metais. **Per 20 metų lėšos antivirusiniams medikamentams vienam ligoniui sudarys 1 milijoną litų.**

9 paveikslas. **Antiretrovirusinių vaistų poreikio Lietuvoje prognozė (litais)**

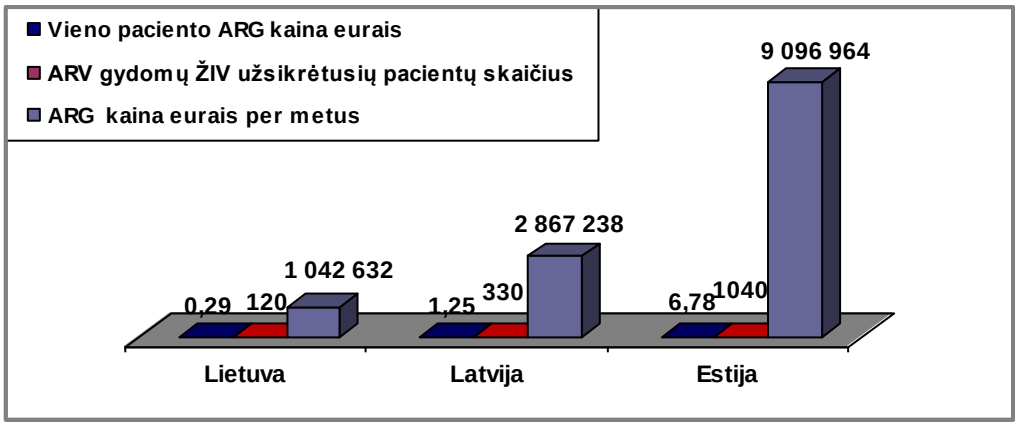



***apskaičiuota 2005 m. pradžioje, atsižvelgiant į tai, kad kiekvienas ŽIV užsikrėtęs asmuo gaus gydymą vidutiniškai po 8 metų nuo užsikrėtimo**

*Šaltinis: Lietuvos AIDS centro duomenys. 2005*

**Valstybinės ligonių kasos 2007 metų duomenimis, Lietuvoje vieno ŽIV infekuoto asmens ARV gydymo metinio finansavimo užtikrinimui du žmonės turi dirbti visus metus ir nesirgti.**

10 paveikslas. **Lėšų ARV gydymui Baltijos šalyse palyginimas**




*Šaltinis: 2007 m. UNGASS ataskaita*

**Aktyvios ir kompleksinės ŽIV prevencijos dėka ŽIV infekcijos paplitimo rodiklis Lietuvoje 100 tūkst. gyventojų 5 kartus mažesnis nei Latvijoje, 14 kartų mažesnis nei Estijoje.**

**Atitinkamai ir antivirusinio gydymo poreikis Lietuvoje žymiai mažesnis nei kaimyninėse šalyse: Lietuvoje ART išlaidos vienam šalies gyventojui 4 kartus mažesnės nei Latvijoje ir 23 kartus mažesnės nei Estijoje** (10 paveikslas).

# 6. ŽIV ATVEJO VALDYMAS

## 6.1. Trumpa atvejo vadybos/valdymo istorija

Atvejo valdymas/vadyba atsirado jau 1800 metų pradžioje, kartu su judėjimu siekiant padėti vargšams, rašo Fleisheris ir Henricksonas savo istorinėje atvejo vadybos apžvalgoje (96). Tuo metu kai didelė gyventojų dalis judėjo iš kaimo į urbanizuotas vietoves, neišvengiamai teko susidurti su daugybe problemų. Buvo kuriamos programos, kurios turėjo **nustatyti ir atitikti tokių nepalankių grupių poreikius per tiesioginį paslaugų teikimą ir įvairių institucijų darbo koordinavimą**. Susikūrė centralizuotas paslaugų teikimo modelis, kuris **davė pradžią socialinio darbo specialybei.** Vėliau pagal froidišką psichoterapinės priežiūros modelį kūrėsi didelės psichiatrinio profilio institucijos, kuriose buvo koncentruojama visa globa ir tik apie 1960 metus pagalbos organizatoriai atkreipė dėmesį į **deinstitucionalizavimą, kur socialinis darbas iškilo kaip esminis metodas teikti paslaugas labiausiai pažeidžiamoms grupėms (97).**

Aštuntajame dešimtmetyje tapo aišku, kad atvejo vadybos paslaugos yra labai fragmentiškos ir nepajėgios patenkinti daugybės įvairių bendruomenėje gyvenančių žmonių poreikių. Vėliau JAV 1990 m. Ryano White'o priežiūros įstatymu ŽIV atvejo vadybai buvo suteikti įgaliojimai užtikrinti paslaugų koordinavimą ir tęstinumą (98). Tokie federaliniu lygmeniu įpareigojantys teisės aktai pabrėžė bendruomenės lygiu vykdomų atvejo valdymo programų būtinybę, tačiau gana laisvai apibrėžė šias paslaugas ir tokiu būdu suteikė programas finansuojančioms įstaigoms plačius įgaliojimus nustatant atvejo vadybos vaidmenį ir funkcijas (97).

Taigi, **atvejo valdymas kyla iš sveikatos sistemos laisvėjimo ir pritaikymo prie ilgalaikius ir lėtinius sutrikimus turinčių žmonių aplinkos**. Tai progresyvus ir naujoviškas modelis, kadangi skiriamas dėmesys reabilitacijai ir reintegracijai. Yra daug buvusių psichikos sveikatos sistemos klientų, kurie, nors ir būdami visuomenės dalimi, dėl savo sutrikimų realiai negali dalyvauti jos gyvenime. Dalis klientų gauna reikiamas ir kokybiškas paslaugas, tačiau didelė dalis lieka už reguliarios sveikatos sistemos ribų (99).

Po terminu **„inovacijos"** slepiasi daug skirtingų metodų, kurie naudojami siekiant pagerinti tokią situaciją. Slaugos inovacija gali būti aprašoma dviem būdais: iš vienos pusės daugiau gynybinė pozicija, t. y. „sutaisymo" aspektas, kur siekiama užpildyti bendruomenės slaugos spragas ir neleisti slaugai susiskaidyti. Iš kitos pusės daugiau aktyvi pozicija, t. y. inovatyvus aspektas, kur siekiama paveikti reablitaciją ir socialinę integraciją. Praktiškai **inovatyvios slaugos paslaugos padeda žmonėms su rimtomis ir kompleksinėmis problemomis išlaikyti ir vykdyti savo įsipareigojimus visuomenėje** (99).

**Galima išskirti tris tarpusavyje nepertraukiamai susijusias koncepcijas:**

1. **Pritaikyta slauga**, kai paslaugų teikėjai siekia labiau nei anksčiau įveikti klientui iškylančius individualius sunkumus ir problemas;
2. dėl to yra įsitraukiama į rimtus ir ilgalaikius santykius su klientu (**slaugos tęstinumas**);
3. kuriais siekiama klientui surasti specialią vietą visuomenėje, kurią jis norėtų užimti (**integracija**).

Ši trijų koncepcijų idėja gali būti gerai įgyvendinama **atvejo valdymo projektais**. Tačiau atvejų valdytojai dažnai yra daugiau užsiėmę tuo, ką vadiname „slaugos renovavimu" – pirmiausia jie turi pakloti slaugos pagrindą klientų gyvenime, kuris gali būti lengvai išjudinamas. Dėl to kyla klausimas, ar atvejo valdymas padeda klientui vystytis, t. y. ar vykdoma „aktyvi" slauga (99).

**Atvejo vadyba** yra apibūdinama kaip **„globos koordinavimas paslaugų teikėjų sistemoje, siekiant kad klientas/pacientas ar klientų grupė gautų geriausiai jiems atitinkančias ir reikiamas paslaugas".** Nors paslaugų teikėjai įvairiose specialybėse dažniausiai sutinka dėl esminių atvejo valdymo funkcijų, tačiau konkrečios slaugos paradigmos yra skirtingos ir jų yra be galo daug, neretai jos yra **pritaikytos konkretiems ir specifiniams tikslinės grupės poreikiams**, dėl to gana sunku aiškiai, vieningai ir šiuolaikiškai apibrėžti atvejo valdymą.

Nors vieningo atvejo valdymo apibrėžimo nėra, tačiau yra **vieningai pripažįstama keletas esminių atvejo valdymo funkcijų:**

- klientų identifikavimas (*case finding*);

- paslaugų poreikio nustatymas;
- paslaugų paketo sudarymas;
- slaugos koordinavimas;
- slaugos stebėjimas;
- suteiktų paslaugų efektyvumo įvertinimas;
- esant reikalui – paslaugų paketo modifikavimas;
- šio rato kartojimas tol, kol bus porekis/atvejo bylos užbaigimas.

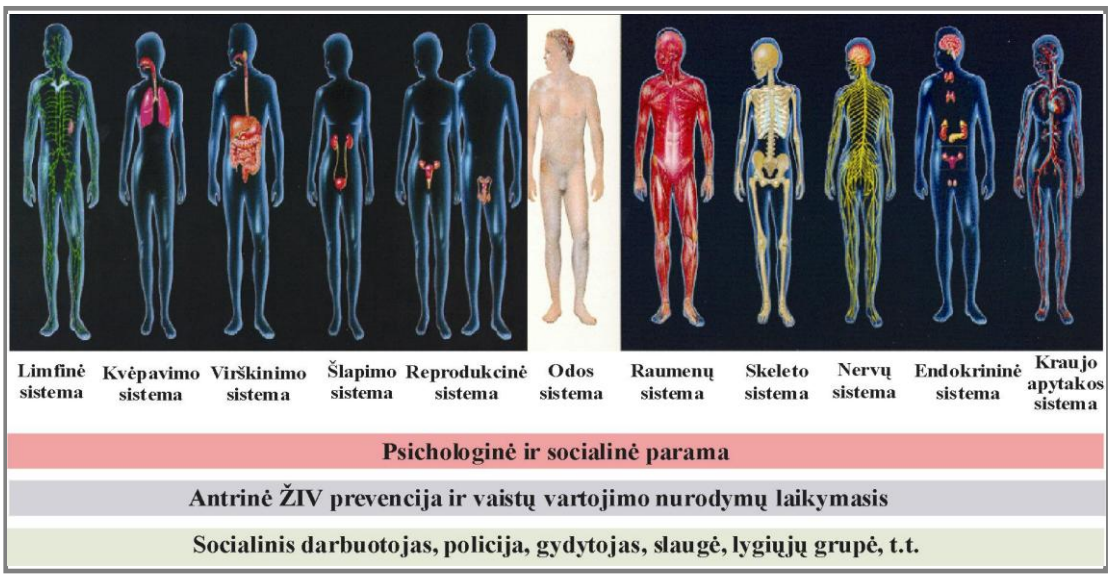
Šis įvardinimas vargu ar skiriasi nuo bendro slaugos rato apibūdinimo, tačiau atvejo valdymo specifika yra ta, kad čia **stengiamasi žvelgti „už savo paslaugų ribų“ ir atvejo vadybininkai lieka atsakingi už teikiamų paslaugų tęstinumą ir kokybę** (99). Jeigu pastebime, kad klientas negali prisiimti atsakomybės už savo veiksmus, tai **tam tikrą laiką, kol klientas pats galės prisiimti atsakomybę, dalį griežtai apibrėžtos atsakomybės, atitinkančios vadybininko kompetencijas ir galimybes, už klientą prisiima atvejo vadybininkas.** Vadybininkas negali būti atsakingas už visą kliento gyvenimą.

Šiandien **atvejo vadyba** suprantama kaip **„visos priežiūros paslaugų teikimo sistemos koordinavimas, siekiant patenkinti konkrečių klientų ar klientų grupės poreikius“** (96). Nors skirtingose srityse dirbantys paslaugų teikėjai paprastai sutaria dėl pagrindinių atvejo vadybos funkcijų, kai kurios priežiūros paradigmos yra sudėtingos, nevienalytės ir pritaikytos tenkinti specifinius tikslinės populiacijos poreikius, todėl yra gana sudėtinga pateikti išsamią šio mokslo apibrėžtį (100).

## 6.2. ŽIV infekuotų asmenų atvejo valdymo ypatybės

**ŽIV infekuotų asmenų atvejo valdymas yra ypatingas** tuo, kad klientai dažniausiai susiduria su daugybinėmis psichosocialinėmis, medicininėmis, finansinėmis problemomis, kurios taip pat apima narkotikų vartojimą, lėtines ligas, neturtą bei stigmą ir diskriminaciją (11 paveikslas).

11 paveikslas. **ŽIV infekuotų asmenų problemos**




Neretai paslaugos ŽIV infekuotiems asmenims yra kuriamos taip, kad atitiktų akademinius ar teorinius slaugos modelius. Tačiau didelė ŽIV atvejo valdymo dalis yra susijusi su bendruomene ir **paslaugos bei programos ŽIV infekuotiems ar didelės rizikos elgesiu pasižymintiems asmenims turėtų būti kuriamos taip, kad atitiktų unikalius bendruomenės, kurioje jos yra taikomos, poreikius**. Tai lemia didelę programų funkcijų ir jų uždavinių įvairovę (97).

Atvejo, arba problemų valdymą galime apibūdinti kaip **daugiapakopį procesą, kuris užtikrina tarnybų darbo koordinavimą**, teikiant medicinines ir specialiosios priežiūros paslaugas, bei užtikrina prieigą prie plataus spektro reikiamų medicininių, psichologinių, socialinių paslaugų, skatinančių ir padedančių klientui ir jo šeimai gyventi savarankiškai. **ŽIV atvejo valdymas – tai į klientą orientuota ŽIV prevencija, kurios tikslas – skatinti daug ir sudėtingų problemų turinčius bei rizikingai besielgiančius klientus (o sveikatos priežiūros įstaigose – pacientus) pasirinkti ir praktikuoti ŽIV infekcijos riziką mažinančią elgseną.**

## 6.3. Atvejo valdymo modeliai

Nepaisant specifinių konkrečios programos (ar paslaugos) niuansų spektro ŽIV atvejo valdyme, galima identifikuoti keletą konkrečių paslaugų teikimo modelių. Bendrai Thornicroft (101) įvardina bent **dvylika skirtingų būdų, kaip atvejo valdymo procesas gali skirtis vienas nuo kito:**

1. atvejo vadybininkai kurie dirba individualiai ir dirbantys komandose;
2. slaugytojas kaip slaugos brokeris ir kaip tiesioginis paslaugos teikėjas;
3. slaugos intensyvumo skirtumai;
4. specialaus biudžeto buvimas / nebuvimas;
5. slaugai dirbantys sveikatos sistemoje, arba socialinėje sistemoje;
6. profesionalus paslaugų teikėjo pasiruošimo lygis;
7. komandos, sudarytos iš ekspertų arba iš universalaus pobūdžio specialistų;
8. atvejų skaičiaus skirtumai;
9. kliento aktyvaus dalyvavimo slaugos procese įtraukimo laipsnis;
10. vieta, kurioje vyksta slauga: kliento namai, svaikatos ar kita įstaiga;
11. intervencijos lygis: individualus klientas, šeima ar kliento socialinis tinklas arba sveikatos sistemos paslaugos;
12. tikslinė grupė, kuriai skiriamas atvejo valdymas.

**Taip pat galima skirti ir kitus aspektus:** laipsnis, kiek stipriai yra akcentuojamas darbinis ryšys tarp specialisto ir kliento; laipsnis, kiek paslaugos yra orientuotos į kliento stabilizavimą ar tolesnį jo vystymąsį; paslaugų, kurias teikia pats atvejo vadovas: konsultavimas, psichiatrinė globa, pagalba ar psichoterapija.

Per pastaruosius keletą metų iškilo keletas pagrindinių atvejo valdymo modelių. Dažniausiai tokie modeliai yra klasifikuojami remiantis keliais faktoriais, tokiais kaip **tikslinė grupė**, sritis, specialisto vaidmuo paslaugų teikimo procese, galimų suteikti paslagų spektras.

**Dažniausiai ŽIV srityje iškylantys modeliai** (96):

- **brokerio modelis,**
- **reabilitacijos modelis,**
- **pilnos paramos modelis (*full support*),**
- **palaikymo modelis (*strengths model*)** (97).

Kalbant apie **brokerio modelį**, čia akcentuojamas kliento susiejimas su įvairiomis tarnybomis, paslaugomis ar kitais jam reikiamais resursais. Neapsiribojama viena institucija. Ryšys tarp kliento ir atvejo vadovo yra gana savarankiškas, mažai įpareigojantis, administracinio pobūdžio. Vadybininkas pirmiausia siūlo klientui priėjimą prie paslaugų, kurių jam reikia. Jis derasi su institucijomis, derina veiksmų planą, yra atsakingas už nukreipimą pas specialistus ir pagrindinės bylos vedimą. Toks vadovas gali vienu metu turėti daug bylų ir yra tarsi kelionių agentas medicininės, sveikatos ir kt. paslaugų sferoje. Tačiau šiandien, manoma, kad toks modelis yra nepakankamas kalbant apie daugelį lėtinių ligų.

**Reabilitacijos modelyje,** siekiant klientui padėti gauti paslaugas, yra labiau išnaudojamas ryšys tarp kliento ir vadovo. Čia atvejo vadovas glaudžiai bendradarbiauja su klientu nustatant jo stipriasias ir silpnasias puses, siekia pašalinti įvairiausias kliūtis, kurios trukdo klientui nepriklausomai funkcionuoti visuomenėje. Šiame modelyje specialistui tenka aktyvus ir betarpiškas vaidmuo, bendraujant su klientu.

**Pilnos paramos modelis** apima esminius reabilitacijos modelio principus, taip pat panaudojama integruota, tarpdisciplininė įvairių paslaugų teikėjų komanda: medicininis personalas, socialinės tarnybos, advokatai ir kt. Šis modelis skiriasi nuo kitų tuo, kad jis dažniausiai remiasi vienos įstaigos (ar bendruomenės) komanda, o ne išoriniais resursais. Dauguma paslaugų klientams yra suteikiamos vienoje vietoje. Atvejo valdytojo vaidmuo šiame modelyje yra ne tik koordinuoti globą, bet ir teikti tam tikrą klinikinę paramą ar įgūdžių lavinimą. Tyrimai rodo, kad šis modelis sumažina klientų hospitalizacijos terminus ir yra efektyviausias dirbant su tokiais klientais, kuriems reikalingas ilgalaikis paslaugų teikimas. Problema yra tame, kad šį modelį sunku įvertinti ir nustatyti, kada reiktų nutraukti paslaugų teikimą klientui.

Naujesnis atvejo valdymo modelis – **palaikymo modelis** – atsirado tik pastaraisiais metais. Vietoj to, kad vertintų kliento poreikius remiantis jų trūkumais ar problemomis, modelis kuria paslaugų planą remdamasis kliento stipriosiomis pusėmis. Specialisto vaidmuo yra padėti klientui susikurti ir išnaudoti jam pačiam specifinius tikslus. Šio modelios sėkmė priklauso nuo kliento įtraukimo ir aktyvaus kontakto su juo palaikymo. Tokiu būdu užtikrinama, kad klientai gautų tinkamas paslaugas ir globą, kaip ir yra numatyta jų plane (97).

## 6.4. Atvejo valdymo tikslai ir pagrindiniai uždaviniai

Nors nėra bendro sutarimo, kaip reiktų apibrėžti ŽIV atvejo valdymo paslaugų teikimą, tačiau **sutariama dėl kelių esminių tikslų, kurių siekiama vykdant konkretaus individo atvejo valdymą: (114)**

- palengvinti šiuolaikinių, visapusiškų, ekonomiškai efektyvių sveikatos ir palaikomųjų paslaugų teikimą žmonėms gyvenantiems su ŽIV/AIDS;
- steigti paslaugas, kurios remiasi koordinuotu, visapusišku sveikatos priežiūros modeliu;
- parodyti, kad slaugą ir priežiūrą galima teikti humanistiškai ir naudingai (100).

Nors šie programų tikslai yra esminiai, tačiau reikia pabrėžti, kad atvejo vadyboje ypatingai svarbus yra **susitelkimas į konkrečius kliento poreikius, siekiant pagerinti jo gyvenimo kokybę**. *„Atvejo vadybos tikslai neturi prieštarauti kliento tikslams, jie turi būti individualizuoti ir tinkami klientui.“* Šie tikslai turėtų apimti savarankiškumo skatinimą, gebėjimą daryti informacija grįstus sprendimus, socialinės atskirties mažinimą.

**Kiti atvejo vadybos tikslai gali būti:** ŽIV perdavimo prevencija, sveikatingumo vadyba, mitybos gerinimas, hospitalizavimo mažinimas, tinkamas bendruomenės resursų naudojimas ir streso mažinimas.

Norint įgyvendinti šiuos tikslus ir patenkinti kliento poreikius, atvejo vadybos programose turi būti apibrėžti pagrindiniai uždaviniai ir parengtas modelis. Nors pagrindinės ŽIV atvejo vadybininkų funkcijos skirtingose programose šiek tiek varijuoja, JAV Ligų kontrolės centrai (*CDC*) nustatė **šešis esminius uždavinius, kurie sudaro daugumos ŽIV atvejo vadybos programų pagrindą:** (103)

1) kliento tapatybės nustatymas, parama ir įtraukimas į programą;
2) fizinės sveikatos ir psichosocialinės būklės poreikių įvertinimas;
3) paslaugų ar priežiūros plano parengimas;
4) priežiūros plano įgyvendinimas užmezgant ryšius su paslaugas teikiančiomis institucijomis;
5) paslaugų teikimo stebėjimas ir pakartotinas poreikių įvertinimas; bei
6) kliento interesų gynimas (taip pat būtinų išteklių formavimas, išrūpinimas ir tarpininkavimas juos išrūpinant).

Kiekviena individuali atvejo valdymo programa gali nusibrėžti šiek tiek kitokius pagrindinius tikslus, tai priklauso nuo kliento poreikių ir savo institucijos misijos. Pavyzdžiui, kai kurios institucijos pabrėžia labai aktyvios paslaugų, kurias gauti buvo siunčiamas klientas, teikimo stebėsenos svarbą, o kitos programos atvejo vadybininkams deleguoja teisę tik suvesti klientus su pirminės priežiūros paslaugų teikėjais. Teikiant paslaugas pagal tarpininko modelį siekiama, kad klientui būtų sudaryta prieiga prie kuo platesnio paslaugų spektro, tačiau valdomos priežiūros modeliai pabrėžia teikiamų

paslaugų kainos svarbą ir dirba išteklių mažinimo linkme. Atvejo valdymo programos taip pat skiriasi ir pagal tai kiek dėmesio skiria psichologiniam klientų įvertinimui, su narkotinių medžiagų vartojimu susijusių paslaugų teikimui, klientų lankymo namuose galimybei, įvairių sričių specialistų grupės, o ne individualių atvejo vadybininkų pasitelkimui, pacientų skaičiui, pagalbos skubos nustatymo kriterijams ir t. t.

Nepaisant tam tikrų skirtumų, nustatant esminius uždavinius, **visos atvejo valdymo programos numato:**

- **įtraukti klientą į programą,**
- **įvertinti jo poreikius,**
- **suplanuoti jam būtinas paslaugas,**
- **nukreipti klientą gauti tas paslaugas ir**
- **stebėti, kaip jos gaunamos.**

## 6.5. Atvejo valdymo procesas

Atskirų socialinio darbo atvejų vadybininkų vaidmuo ir atsakomybės gali labai smarkiai skirtis. Atvejo vadybininkai atlieka platų spektrą bendrų uždavinių, kuriuos, priklausomai nuo siekiamų tikslų, galima skirstyti į kliento lygio ir sisteminio lygio intervencijas.

***Kliento lygio intervencija***

Kai socialinio darbo atvejo vadybininkas įtraukia klientą, jis **pradeda nuo asmeninio visapusiško kliento įvertinimo**. Siekiama išsiaiškinti kliento stipriąsias ir silpnąsias galimybes pasinaudoti galimais sveikatos, socialinės, finansinės ar insititucinės pagalbos šaltiniais. Pirmiausia akcentuojama kaip šie šaltiniai yra susiję su esminėmis kliento problemomis, kurios nustatomos įvertinimo metu. Remiantis šiuo įvertinimu yra **sudaromas individualus paslaugų planas**, kuriame nurodomi prioritetai, norimi rezultatai ir strategijos bei šaltiniai, kuriais bus naudojamasi, siekiant norimų rezultatų. Svarbu aiškiai apsibrėžti paslaugų teikėjo, kliento ir kitų asmenų atsakomybes, kuriant šį planą. Tiesioginis kontaktas tarp specialisto ir kliento yra esminis, sėkmingam įvertinimui ir paslaugų plano sukūrimui (97).

Dar vienas iš paslaugų teikėjo tikslų susijusių su kliento lygio intervencija – tai **paslaugų plano vykdymas.** Vykdant planą siekiama mobilizuoti formalius ir neformalius resursus ir paslaugas, kurių reikia maksimaliam kliento fiziniam, socialiniam ir emociniam gerbūviui. Taip pat tai užtikrina paslaugų teikimo koordinavimą ir stebėjimą. Atvejo vadybininkas skatina laikytis užsibrėžto plano, periodiškai peržiūri ir iš naujo įvertina kliento būseną, jam taikomos intervencijos efektyvumą bei rezultatų siekimą, stebi, ar viskas vyksta pagal planą, ir galiausiai jisai nutraukia bylą. Visuose kliento lygio intervencijos etapuose svarbu, kad atvejo valdytojas turėtų pakankamai įgaliojimų ir atsakomybės gauti, nustatyti, stebėti ir įvertinti paslaugų bei finansinius šaltinius. Tokie įgaliojimai yra esminė prielaida efektyviai atvejo vadybos praktikai (97).

***Sistemos lygio intervencija***

Organizacijos struktūra, politika ir biudžetas, taip pat kaip ir bendruomenės paslaugų tinklas turėtų adekvačiai prisidėti prie į klientą orientuotos atvejo valdymo sistemos. Atvejo valdytojas yra atsakingas už tai, kad suvoktų kaip institucinės ir aplinkos sistemos gali teigiamai / neigiamai įtakoti klientą ir atitinkamai reaguoti, veikdamas sistemą, kad šios sąlygos būtų kiek įmanoma optimaliausios (97).

Siekdamas šių tikslų atvejo vadybininkas apsiima daugybės užduočių, kurios padeda ir sutvirtina esamą paslaugų teikimo sistemą, pavyzdžiui:

- analizuoja stipriąsias ir ribojančias savybes esamoje sistemoje;
- nustato norimus rezultatus;
- pasirenka strategijas sistemos pagerinimui;
- įvertina šių strategijų efektyvumą;
- nuolatos peržiūri ar strategijos tinka užsibrėžtiems tikslams siekti, ir vertina, kaip sekasi siekti šių tikslų.

Specifinė veikla apima (tačiau neapsiriboja) išteklių vystymą, finansinę atskaitomybę, visuomeninę veiklą, agentūros politikos formavimą, duomenų rinkimą, informacijos vadybą, programų vertinimą bei kokybės užtikrinimą. Kaip ir kliento intervencijos lygyje, sistemos intervencija vyksta nepertraukiamai ir pastoviai, sudarydama ratą uždavinių, kuriuos atlieka atvejo vadybininkas. (97).

## 6.6. Atvejo valdymo proceso įvertinimo kriterijai

ŽIV atvejo vadyba – tai sveikatos priežiūros sistemos komponentas, kurio stebėsena ir įvertinimas yra gana sudėtingas uždavinys. Kokį universalų įvertinimo kriterijų pasirinkti norint nustatyti sėkmingo atvejo valdymo ar veiksmingo paslaugų teikimo atvejus, dirbant su labai skirtingomis gyventojų grupėmis, turinčiomis itin platų poreikių spektrą? Fleishmano žodžiais, **ŽIV atvejo vadybos rezultatų tyrimas yra problemiškas, nes intervencija yra toks įvairiapusis ir sudėtingas reiškinys, kad sunku pasakyti, kurie jos komponentai, ar komponentų derinys, paskatino įvykti klientą palietusius pokyčius** (104). Be to, institucijos vadovaujasi gana skirtingomis ideologijomis ir požiūriais į ŽIV atvejo vadybą, kuri formuoja paslaugų klientams teikimo modelius ir tas skirtingumas labai apsunkina programos rezultatų įvertinimą pritaikant universalius kriterijus. Pačių klientų poreikiai ir gyvenimo patirtis yra gana skirtinga, todėl jie nevienodai reaguoja į įvairius atvejo vadybos aspektus. Ta pati intervencinė priemonė gali žymiai pagerinti vieno kliento gyvenimo kokybę ir nieko neduoti kitam klientui.

Kadangi ŽIV atvejo valdymo rezultatus labai sunku įvertinti, daugiausia dėmesio paprastai yra skiriama modelio aprašymams ir sistemos įvertinimui, o ne rezultatams, kuriuos jis davė konkrečiam klientui (102). Nepaisant ŽIV atvejo valdymo rezultatų įvertinimo sunkumų, vis dėlto egzistuoja keletas statistiškai įvertinamų procesų, kurie gali suteikti tam tikrų žinių apie programos veiksmingumą.

**Išskiriami šeši ŽIV atvejo valdymo proceso įvertinimo kriterijai:** (97)

1) kontaktų su klientu dažnumas;
2) kontaktų su klientu pobūdis;
3) klientų skaičius;
4) vietos, kurioje teikiamos paslaugos, sąsajos su problemų pobūdžiu;
5) atvejo vadybininkų atliekamos užduotys;
6) sėkmingo atvejo valdymo rezultatų įvertinimo kriterijai.

## 6.7. Atvejo valdymo rezultatai

**Proceso įvertinimo rodikliai,** tokie kaip kontaktų su klientu dažnumas, kontaktų pobūdis ir uždaviniai, kuriuos atliko atvejo vadybininkai, gali turėti tiesioginį poveikį rezultatams, kurie, kaip įrodyta, kinta priklausomai nuo ŽIV atvejo vadybos paslaugų, įskaitant: (104)

1) naudojimąsi ambulatorinėmis medicinos paslaugomis;
2) medicinos ar socialinių paslaugų poreikių nepatenkinimą;
3) medicininės priežiūros kokybę arba tinkamumą;
4) psichosocialinio prisitaikymo priemones arba gyvenimo kokybę;
5) išgyvenimo nuo AIDS diagnozavimo momento trukmę;
6) medicinos ir socialinių paslaugų kainą;
7) teikiamų paslaugų koordinavimo laipsnį.

Nors trūksta tyrimų, fiksuojančių sveikatos rodiklių pagerėjimą tarp atvejo vadybos paslaugas gaunančių ŽIV infekuotų asmenų, kai kurie tyrimai rodo, kad atvejo vadyba padeda sumažinti kliūtis gauti tinkamą medicininę priežiūrą, su kuriomis susiduria daug klientų.

Nuodugniai peržiūrėjus daugiau nei 588 klientų kortelių (105), pasikalbėjus tiek su atvejo vadybininkais, tiek ir klientais, gauti tokie rezultatai. **Prie svarbiausių klientų poreikių priskirtini:** būstas, transportas, maistas, finansinės paramos, pašalpos, medicininės pagalbos poreikiai (pirminė medicininė ir specialisto priežiūra). Atvejo vadybininkai išrūpino paslaugas pagal visas jų kategorijas 72,3% savo klientų, bet 12,9% klientų realiai jomis nepasinaudojo. Tyrimas priėjo prie svarbios

išvados, kad jei atvejo valdymo paslaugas tiesiogiai teikia atvejo vadybos agentūros, atvejo vadybininkai žymiai geriau jas organizuoja, o klientai gerokai dažniau jomis naudojasi nei su paslaugomis, kurias organizavo ne agentūros. Gali būti, kad tokių paslaugų teikimą vertėtų patikėti agentūroms, o ne atskiriems atvejo vadybininkams.

Kita įdomi tyrimo išvada ta, kad nors atvejo vadybininko išrūpintoms paslaugoms neturi įtakos demografinis veiksnys, naudojimuisi jomis labai daug įtakos turėjo viena esminė ypatybė – kliento gyvenamoji vieta. Klientai, gyvenantys Niujorko miesto ribose, naudojosi paslaugomis rečiau (60,4%) nei gyvenantys kituose šios valstijos vietose (66,5%). Taip pat buvo nustatyta, kad nuo momento, kai nustatomi kliento poreikiai iki to laiko kai organizuojamas paslaugų teikimas ir klientas jomis pasinaudoja, praeina vidutiniškai 2,3 mėnesio. Viena svarbi išimtis – sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, kuris buvo organizuojamas per žymiai trumpesnį laiką – maždaug 1,5 mėnesio. Tarp paslaugų, kurių išrūpinimas paprastai užtrunka ilgiau, buvo teisinės paslaugos (5 mėnesiai), aprūpinimas būstu (4,4 mėn.), profesinis rengimas ir įdarbinimas (3,8 mėn.). Apskritai beveik 60 procentų klientų poreikiai nebuvo nustatyti per pirmuosius tris mėnesius nuo kliento dalyvavimo atvejo valdymo programoje pradžios. Nustačius poreikius, paslaugų teikimo organizavimas ir jų patenkinimas vidutiniškai užtrukdavo apie du mėnesius.

Šios išvados rodo, kad **trumpalaikių atvejo valdymo programų veiksmingumas tenkinant kliento poreikius yra ribotas,** išskyrus tuos atvejus, kai klientai siunčiami dalyvauti trumpalaikėse programose todėl, kad jų poreikius galima patenkinti per trumpą laiką.

Kito atvejo vadybos rezultatų tyrimo, atlikto Majamyje (106), objektas buvo visuomenės sveikatos agentūra, kuri dalyvavo vienerių metų demonstraciniame projekte, pertvarkiusiame atvejo valdymo programą, skirtą ŽIV infekuotiems švirkščiamųjų narkotikų vartotojams. Naujoviška programa apėmė tokias temas, kaip klientų priskyrimas atitinkamiems atvejo vadybininkams, poreikių nustatymas taikant atrankos metodą (angl. *screening*), nuolatinis, nepertraukiamas ŽIV prevencinis švietimas, kuriuo siekiama geriau informuoti ir padėti įgyti įgūdžius, reikalingus elgsenai keisti mažinant ŽIV perdavimo pavojų, prieiga prie medicinos, psichikos sveikatos, socialinių, ekonominių ir priklausomybės gydymo paslaugų, paciento naudojimosi paslaugomis stebėsena, reguliarūs dvisavaitiniai vizitai pas gydytoją ir pakartotinis poreikių įvertinimas.

Tyrimo dalyviai buvo paskirstyti į atvejo valdymo ir į kontrolines grupes. Vienas vadybininkas dirbo su ne daugiau kaip 35 klientais. Atvejo valdymo grupei buvo priskirtas atvejo vadybininkas. Jie gavo paslaugas pagal jų konkrečius poreikius, visų pirma, finansinę paramą, ambulatorines medicinos ir transporto paslaugas. Jie taip pat gavo bazines žinias apie AIDS ir užsikrėtimo ŽIV infekcija rizikos mažinimą. Dalyviams kontrolinėje grupėje nebuvo priskirtas atvejo vadybininkas, tačiau pateikę prašymą jie galėjo gauti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas iš agentūros pagal savo poreikius.

Šio tyrimo rezultatai parodė, kad **medicininės priežiūros paslaugas dažniau gavo atvejo valdymo programose dalyvaujantys klientai.** Dalyviai iš abiejų grupių taip pat nurodė, kad sumažėjo jų elgsenos rizikingumas, susijęs su narkotikų vartojimu ir lytiniais santykiais. Tikriausiai ryškiausias skirtumas tarp atvejo valdymo programoje dalyvavusių ir nedalyvavusių klientų buvo asmenų, su kuriais jie švirkštėsi narkotikus ir turėjo lytinius santykius per tyrimo laikotarpį, skaičius. Šis skaičius buvo žymiai mažesnis tarp klientų atvejo valdymo grupėje. Bendroji tyrimo išvada ta, kad **nors atvejo valdymo paslaugų švirkščiamųjų narkotikų vartotojams teikimas pareikalavo nemažai laiko ir pastangų, klientui jos buvo labai naudingos**. Tyrimas taip pat parodė, kad **bendravimas su klientu ir jo dalyvavimas buvo itin svarbi užduotis atvejo vadybininkams, dirbantiems su dažnai socialinę atskirtį patiriančia ŽIV infekuotų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų grupe.**

Sąsajas tarp atvejo vadybos programų ir platesnio naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis dar kartą patvirtino papildomų ŽIV paslaugų poveikio gaunant sveikatos priežiūros paslaugas tyrimo rezultatai (107). Tyrimas, kuriame dalyvavo 577 ŽIV infekuoti suaugusieji iš Niujorko, kuriems paslaugos buvo labai reikalingos, parodė, kad **gavusieji atvejo valdymo paslaugas pagal vieną iš trijų modelių (siuntimo gauti medicinos paslaugas, konsultavimo ir socialinių paslaugų planavimo) daugiau nei dvigubai dažniau gavo tinkamas sveikatos priežiūros paslaugas lyginant su tais, kurie jokių atvejo valdymo paslaugų negavo.**

# 7. ŽIV PREVENCIJOS ATVEJO VADYBA

Svarbiausias ŽIV prevencijos atvejo valdymo tikslas yra **pirminė ŽIV prevencija – t. y. ŽIV infekcijos perdavimo ir užsikrėtimo prevencija**. Remiamasi prielaida, kad ankstyvas ŽIV infekcijos nustatymas leidžia asmeniui padaryti informacija grindžiamus sprendimus dėl savo sveikatos. Dirbant su klientais (pacientais) svarbiausi principai yra laisvas asmens apsisprendimas ir savarankiškumas.

**ŽIV prevencijos atvejo vadybos tikslai:**

- teikti specializuotą pagalbą asmenims, turintiems daug ir sudėtingų ŽIV rizikos mažinimo poreikių;
- teikti konkrečiam asmeniui pritaikytą, daugkartinę ŽIV rizikos mažinimo konsultacinę pagalbą, kuri padėtų pradėti keisti elgseną ir vėliau jos neatsisakyti siekiant užkirsti kelią ŽIV infekcijos perdavimui ar užsikrėtimui;
- įvertinti užsikrėtimo kitomis lytiškai plintančiomis infekcijomis riziką ir užtikrinti tinkamą diagnostiką bei gydymą;
- įvertinti dėl tikimybės užsikrėsti ar susirgti tuberkulioze, ypač atkreipiant dėmesį į asmenis, turinčius respiracinių simptomų, ar kontaktavusiais su sergančiaisiais tuberkulioze;
- palengvinti klientų siuntimą gauti paslaugas, atitinkančias jų medicininius bei psichologinius poreikius, kurie daro įtaką sveikatai ir gebėjimui keisti su ŽIV susijusią rizikingą elgseną;
- informuoti ir siųsti su ŽIV ar AIDS gyvenantį asmenį gauti paslaugų, patenkinančių jo antrinės ŽIV prevencijos poreikį.

**ŽIV prevencijos atvejo vadybos dabartinė apibrėžtis**

**<u>Prevencijos atvejo vadyba</u> (PAV) yra į klientą orientuota ŽIV prevencinė veikla, kurios pamatinis tikslas – skatinti, kad klientai, turintys daug ir sudėtingų problemų bei rizikingos elgsenos mažinimo poreikį, keistų su užsikrėtimo ŽIV infekcija susijusią rizikingą elgseną ir vėliau jos neatsisakytų**. PAV skirta žmonėms, turintiems ar galintiems turėti sunkumų pradedant ir vėliau neatsisakant veiklos, kuri mažina riziką užsikrėsti ŽIV infekcija, ją perduoti ar užsikrėsti pakartotinai arba visiškai užkirsti tam kelią. Kaip mišrus ŽIV rizikos mažinimo ir tradicinio atvejo valdymo metodas, PAV suteikia tokias paslaugas kaip intensyvi, ilgalaikė konkrečiam asmeniui pritaikyta konsultacinė pagalba, parama ir tarpininkavimas suteikiant reikiamas paslaugas. Ši ŽIV prevencinė veikla sprendžia rizikos užsikrėsti ŽIV infekcija ryšio su narkotinių medžiagų vartojimu, LPI gydymu, psichinės sveikatos, socialinių ir kultūrinių veiksnių poveikiu problemą.

Didžiausią dėmesį PAV paslaugų teikėjai turėtų skirti ŽIV infekuotiems asmenims, turintiems ar galintiems turėti sunkumų pradedant ir vėliau neatsisakant veiklos, kuri mažina riziką užsikrėsti ŽIV infekcija, ją perduoti ar užsikrėsti pakartotinai. Kalbant apie ŽIV infekuotus asmenis, vienas iš PAV uždavinių – **koordinuoti intervencinių priemonių taikymą pagal pirminės ir antrinės prevencijos programą.** Be to, PAV užtikrina kitų medicininių ir psichologinių paslaugų (įskaitant LPI ir priklausomybės gydymą), turinčių įtakos rizikingai elgsenai, gavimą.

PAV paslaugos taip pat gali būti **reikalingos ŽIV neužsikrėtusiems ar nežinantiems ŽIV serologinio statuso asmenims** – (1) rizikingai besielgiantiems bendruomenių su vidutiniu arba aukštu ŽIV infekcijos paplitimu atstovams arba (2) dėl kitokių priežasčių su padidėjusia infekcijos rizika susiduriantiems asmenims.

**Esminiai prevencijos atvejo vadybos komponentai:**

1. klientų pritraukimas ir dalyvavimo užtikrinimas;
2. patikra (tikrinimas) ir įvertinimas (išsamus užsikrėtimo ŽIV ir LPI rizikos, medicininių ir psichosocialinių paslaugų poreikių įvertinimas, įskaitant LPI įvertinimą ir gydymą bei narkologinį gydymą);
3. į klientą orientuoto “Prevencijos plano” sudarymas;

4. daugkartinė ŽIV rizikos mažinimo konsultacinė pagalba;
5. aktyvus paslaugų ir tolimesnės priežiūros derinimas;
6. klientų poreikių, jiems kylančių pavojų, pažangos stebėsena ir pakartotinis įvertinimas;
7. PAV paslaugų teikimo nutraukimas pasiekus ir toliau siekiant rizikos mažinimo tikslų.

## 7.1. Prevencijos atvejo vadybos skirtumai nuo kitų rizikos mažinimo priemonių

Prevencijos atvejo vadyba pagal koncepciją yra itin individualizuota ir intensyvi ŽIV rizikos mažinimo strategija. PAV skirta asmenims, kuriems gresia didžiausias pavojus perduoti arba užsikrėsti ŽIV ir kurių poreikiai tenkinami **neveiksmingai,** o **elgsenai poveikio nedaro tokios** menkesnio intensyvumo ŽIV prevencijos intervencinės priemonės, kaip socialinis darbas gatvėje, grupės lygmens strategijos ar ŽIV diagnostika ir konsultavimas. **PAV laikoma individualizuota ŽIV prevencijos veikla ir paprastai neapima grupės ar bendruomenės lygmens strategijų.** Savo ypatumais PAV skiriasi nuo kitų prevencijos priemonių.

**PAV ypatumai:**

- pagal profesionalius reikalavimus vykdomas oficialus „klientų“ įregistravimas nuolatinėms paslaugoms suteikti;
- oficialūs santykiai tarp prevencijos atvejo vadybininko ir kliento, santykiai, kuriems būdingas aktyvus bendradarbiavimas sudarant prevencinį planą, problemų sprendimas, konsultavimas ir siuntimas gauti reikiamas paslaugas;
- nuodugnus, ilgalaikis konsultavimas dėl rizikos mažinimo įgyvendinant konkrečius elgsenos keitimo tikslus.

Šie PAV ypatumai labai skiriasi nuo kitų prevencijos priemonių, tokių kaip: socialinis darbas gatvėje, bendruomenėje, rizikos mažinimo grupėse, kai darbuotojai arba savanoriai, dažnai asmenys iš „lygių“ grupės ar pusiau profesionalai, gali tik trumpai ir labai ribotai pabendrauti su labai rizikingai besielgiančiais klientais. PAV ir kitų individualiu lygmeniu vykdomų ŽIV prevencijos priemonių palyginimas pateikiamas 6 lentelėje.

6 lentelė. **Prevencijos atvejo vadybos ir kitų individualaus lygmens ŽIV prevencijos priemonių palyginimas**

| **Socialinis darbas gatvėje (angl. *Outreach)*** | **ŽIV diagnostika ir konsultavimas (ang. *Counseling and Testing*)** | **Prevencinė atvejo vadyba (PAV)** |
|---|---|---|
| Mažo intensyvumo | Vidutinio intensyvumo | Aukšto intensyvumo |
| Trumpalaikis | Trumpalaikis | Ilgalaikė |
| Turi potencialą pasiekti didelį žmonių skaičių | Pasiekia ribotą žmonių skaičių | Pasiekia nedidelį klientų skaičių |
| Žemos sąnaudos | Vidutinės sąnaudos | Didelės sąnaudos |
| Asmenys iš lygių grupių ir pusiau profesionalūs darbuotojai | Pusiau profesionalūs darbuotojai arba profesionalai | Daugiausia profesionalūs darbuotojai |

PAV paprastai yra brangesnė nei kitos ŽIV prevencijos priemonės, kurioms vykdyti samdomi asmenys iš „lygių“ grupių ir pusiau profesionalai, kad programa apimtų didesnį skaičių žmonių pritaikius mažiau laiko ir darbuotojų reikalaujančias rizikos mažinimo strategijas. Tačiau PAV greičiausiai atsipirks, kadangi ji akcentuoja paslaugų teikimą asmenims, susiduriantiems su rimtais sunkumais keičiant elgseną, asmenims, kuriems iškyla rimčiausias pavojus užsikrėsti ŽIV infekcija arba ją perduoti kitiems.

## 7.2. Prevencijos atvejo vadybos skirtumai nuo kitų atvejo vadybos formų

Atvejo vadyba plačiai pripažįstama kaip svarbi psichosocialinė strategija, turinti potencialą sėkmingai gydyti daugelį socialinių piktžaizdžių (kovoti su daugeliu socialinių ydų). (108). **Pamatiniai principai, kuriais grindžiamos atvejo valdymo paslaugos – atvejo vadybininkai (1) palengvina klientams prieigą prie sudėtingos paslaugų teikimo sistemos ir (2) taikydami psichosocialines intervencines priemones padeda gauti naudos iš atitinkamų paslaugų**. Žmonėms, gyvenantiems su ŽIV ir AIDS, atvejo vadyba tapo svarbia strategija koordinuoti (derinti) plataus diapazono jiems reikalingų sveikatos priežiūros, psichiatrinių, psichosocialinių ir praktinės paramos paslaugų teikimą (109). Nors mokslininkai ir medikai praktikai nesutaria dėl atvejo vadybos apibrėžties, kuri būtų plačiai pripažįstama, (110, 111, 112) daugelis, ko gero, sutiktų su tokia plačia atvejo vadybos apibrėžtimi:

**„<...>geresnio priežiūros tęstinumo užtikrinimas per periodinius atvejo vadybininko (-ų) ir kliento kontaktus, kurie leidžia geriau (arba ilgesnį laiką) derinti teikiamas paslaugas ir tarpininkauti jas suteikiant nei klientas galėtų tikėtis be atvejo vadybos“ (113).**

Nors PAV užtikrina geresnį priežiūros tęstinumą, daugiausiai dėmesio ji skiria su ŽIV susijusios elgsenos keitimui. **PAV apima su ŽIV susijusią rizikingą elgseną ir medicininius bei psichosocialinius poreikius, kurie daro įtaką rizikingai elgsenai. Vėliau sudaromas į klientą orientuotas prevencijos planas su konkrečiais elgsenos keitimo tikslais, padedančiais mažinti ŽIV užsikrėtimo riziką.** Per tiesiogines ir pagalbines paslaugas PAV užtikrina pirminės ir antrinės ŽIV prevencijos paslaugų teikimą ir palengvina kitų medicininių ir psichosocialinių paslaugų, kurios įtakoja rizikingą elgseną (įskaitant LPI įvertinimą ir gydymą bei priklausomybių gydymą) teikimą. **Pirmine ŽIV prevencija siekiama sumažinti užsikrėtimą ŽIV infekcija ir jos perdavimą, o antrine – neleisti, kad su ŽIV gyvenantis žmogus susirgtų ar mirtų nuo su ŽIV susijusių ligų ir oportunistinių infekcijų** (114).

**PAV pagrindą sudaro daugkartinė konsultacinė pagalba dėl rizikos mažinimo**. Teikdamas tokią pagalbą prevencijos atvejo vadybininkas taiko įvairias strategijas siekdamas paskatinti su ŽIV susijusios rizikingos elgsenos keitimą. Kaip ir kiekvienas atvejo vadybininkas, prevencijos atvejo vadybininkas tarpininkauja suteikdamas reikiamas medicinines ir psichosocialines paslaugas, visų pirma tas, kurios daro įtaką su ŽIV susijusiai rizikingai elgsenai (LPI ir narkologinio gydymo) ir tokiu būdu užtikrina veiksmingesnį paslaugų teikimo koordinavimą. Pavyzdžiui, švirkščiamųjų narkotikų vartotojui gali būti sunku pasinaudoti konsultacine pagalba nesuteikus narkologinio gydymo.

## 7.3. Prevencijos atvejo vadybos programos sudarymas ir planavimas

Veiksniai, susiję su organizaciniu kontekstu ir pajėgumu, gali turėti įtaką PAV programos veiksmingumui. Šie veiksniai apima organizacijos patalpas, darbuotojų pajėgumus ir įgūdžius, siuntimų atsekamumą, jų išteklius vietoje ir prieinamumą.

PAV programą gali įgyvendinti įvairios institucijos ir bendruomenės. PAV programų apžvalga rodo, kad **„savarankiškos” PAV programos** – nepriklausomos nuo kitų prevencinių, medicininių, socialinių paslaugų, pavyzdžiui, sveikatos priežiūros, narkologinio gydymo ir aprūpinimo gyvenamuoju būstu – **sunkiau pritraukė ir išlaikė PAV klientus** (115). PAV programoms, kurios buvo tinkamai integruotos į platesnio tęstinio narkologinio ir LPI gydymo sveikatos priežiūros ar kitų socialinių paslaugų sistemą, geriau sekėsi pritraukti ir išlaikyti klientus. Taigi **institucijos, teikiančios platų paslaugų spektrą ir turinčios tvirtus bendradarbiavimo santykius ir (ar) suformavusios susivienijimus su išorės paslaugų teikėjais, dirbančiais bendruomenėje, turi puikias galimybes remti PAV programą.**

Labai svarbus veiksnys teikiant daugelį paslaugų pagal PAV programas yra **darbuotojų įgūdžiai ir gebėjimai.** Prevencijos atvejo vadybininkai privalo turėti daugybę įvairių specialių įgūdžių, įtraukiant įvertinimą, prevencijos paslaugų planavimą, konsultavimą dėl rizikos mažinimo, krizių konsultavimą. PAV daugiausia dėmesio skiria asmenims, turintiems daug ir sudėtingų problemų ir rizikos mažinimo poreikių, vadinasi, įgyvendinant kai kurias užduotis, darbuotojai privalo turėti specialius įgūdžius.

Siekiant įvertinti PAV programos siuntimų sistemą būtina įdiegti kompiuterizuotas arba

nekompiuterizuotas siuntimų atsekamumo sistemas. Tai reiškia, kad norint įdiegti tokią sistemą, užtikrinti jos funkcionavimą ir konfidencialumą, būtina, kad organizacija turtėtų atitinkamus pajėgumus.

Literatūroje apie atvejo vadybą užsimenama, kad labai svarbu atsižvelgti į esamą bendruomenės paramos programų tinklą (116). Atvejo vadybos veiksmingumas yra susijęs tiek su siuntimo ištekliais bendruomenėje, tiek ir su struktūriniais paramos veiksniais pačioje institucijoje bei platesnėje bendruomenės sistemoje (108). **Institucijos, svarstančios galimybę įgyvendinti PAV programą, pirmiausia turėtų įvertinti bendruomenėje teikiamų paslaugų, kurios yra aktualios tikslinei populiacijai, prieinamumą, tuomet įvertinti ir paslaugų teikėjų galimybes suformuoti ir įgyvendinti siuntimo sistemas.**

## 7.4. Pagrindiniai prevencijos atvejo vadybos programos komponentai

### *7.4.1. Klientų pritraukimas ir dalyvavimo užtikrinimas*

Pritraukimo strategijos apima (1) mobiliųjų paslaugų (*angl. outreach*) programų, teikiančių paslaugas panašiai tikslinei populiacijai, paramos užsitikrinimą, siekiant identifikuoti potencialius PAV klientus; (2) asmenų, kuriems neseniai atliktų serologinių tyrimų rezultatai yra teigiami, pritraukimą iš sveikatos priežiūros įstaigų; (3) klientų pritraukimą iš kitų programų, pvz., LPI klinikų, moters sveikatos klinikų, gydymo nuo priklausomybės programų ar laisvės atėmimo įstaigų.

Kai kuriais atvejais norėdamos pritraukti daugiau klientų programos **naudoja įvairias skatinamąsias priemones** (autobuso talonus, maisto davinius, higieninius paketus ir t.t.) (117).

PAV procese svarbu veikti greitai ir nepavėluotai. Atlikti tyrimai rodo egzistuojant glaudų ryšį tarp veiksmingų socialinio darbo gatvėje bei pritraukimo pastangų ir greito reagavimo bei aktyvios priežiūros. Šis veiksnys turėjo labai didelę įtaką sėkmingam klientų pritraukimui atvejo vadyboje (108).

### *7.4.2. Patikra ir įvertinimas*

**Pirmumo teisė gauti PAV paslaugas turėtų būti suteikta asmenims, kurių serologinio tyrimo rezultatai yra teigiami.** PAV paslaugos taip pat gali būti teikiamos asmenims su neigiamais serologinio tyrimo rezultatais ar nežinomu ŽIV statusu, jei asmuo yra:

1) bendruomenės, kurioje teigiamų serologinio tyrimo rodikliai yra labai aukšti, narys arba

2) dėl kitų priežasčių priskirtinas didesnės rizikos užsikrėsti ŽIV grupei.

Toliau pateikti populiacijos grupių, kurios gali gauti PAV, jei atitinka nurodytus tinkamumo kriterijus pavyzdžiai:

1. ŽIV infekuotų asmenų partneriai;
2. klientai, besigydantys nuo piktnaudžiavimo kvaišalais, ar nesigydantys švirkščiamųjų narkotikų vartotojai, dalyvaujantys švirkštų keitimo ar žalos mažinimo programoje;
3. vyrai, lytiškai santykiaujantys su vyrais (VSV);
4. suaugusieji ir paaugliai, pakartotinai užsikrėtę LPI;
5. TB sergantys pacientai;
6. suaugusieji, neseniai išėję iš pataisos įstaigų, praeityje vartoję narkotines medžiagas;
7. skirtingo ŽIV statuso poros, ne visada besinaudojančios prezervatyvais.

PAV programų personalas turėtų akcentuoti, kokią naudą potencialiems klientams teikia dalyvavimas jose, taip pat padėti nustatyti ir įveikti kliūtis, trukdančias sumažinti elgsenos riziką ir įvertinti sveikatos bei socialines paslaugas. Nors skubios gydymo ir psichosocialinės pagalbos reikia nemažai daliai asmenų, **PAV yra laisvanoriškos paslaugos ir teisė jose dalyvauti turi būti suteikta tiems, kurie nori kalbėtis apie asmeninę ŽIV infekcijos riziką ir reguliariai lankytis konsultacijose ŽIV rizikos mažinimo klausimu**. PAV programų apžvalgos duomenimis, asmenys,

kurių serologiniai tyrimai yra teigiami, rodo didesnį susidomėjimą dalyvauti PAV programose. Taip pat ši apžvalga parodė, kad įtraukti didelius poreikius turinčius klientus į ŽIV prevencinę veiklą, nepaisant jų ŽIV serologinio tyrimo rezultatų, nėra lengva (117).

Siekiant veiksmingai panaudoti darbuotojų išteklius, potencialius PAV klientus pirmiausia reikėtų patikrinti dėl tinkamumo gauti PAV paslaugas. Patikra apima rizikingos elgsenos įvertinimą, ketinimus ar pasirengimą keisti rizikingą elgseną (118, 119). Per pirmuosius 3–4 PAV seansus atvejo vadybininkai taip pat turi įvertinti kliento norą ir sugebėjimą dalyvauti ŽIV rizikos mažinimo konsultacinės pagalbos seansuose.

PAV labai svarbu kruopščiai įvertinti kliento ŽIV, LPI ir narkotinių medžiagų vartojimo riziką, taip pat jų medicininius ir psichosocialinius poreikius. Įvertinime turi būti nustatyti elgsenos veiksniai, didinantys užsikrėtimo ŽIV bei kitomis LPI ar jų perdavimo riziką. Įvertinime taip pat turi būti nurodyta, ar klientui yra atliktas ŽIV antikūnų tyrimas ir ar klientas žino savo ŽIV statusą.

Atvejo vadybininkas turi užmegzti su klientu pokalbį, kuris leistų klientui suvokti ir pripažinti asmeninę riziką užsikrėsti ŽIV. Į klientą orientuotas požiūris siekiant įvertinti klientą yra esminis elementas. Jis turi būti visapusiškas ir individualus su kiekvienu klientu. Atvejo vadybininkai turi atrasti veiksmingus interaktyvius metodus, kurie padėtų įtraukti klientą nustatant jo rizikingą elgseną.

**Kad atvejo vadybininkas geriau suvoktų kiekvieno kliento medicininius, psichosocialinius poreikius ir visą rizikingos elgsenos kontekstą, turi būti įvertinti šie dalykai:**

**Sveikata.** Atliekant šį vertinimą tiriamos galimybės pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis; esama sveikatos būklė; ŽIV serologinis statusas; data, kada paskutinį kartą buvo atlikti ŽIV antikūnų tyrimai; su ŽIV susijusių oportunistinių infekcijų istorija; kada paskutinį kartą atlikti tyrimai dėl TB; TB statusas; ir, kalbant apie moteris, kada paskutinį kartą atliktas ginekologinis patikrinimas, gimstamumo kontrolės metodai ir nėštumų skaičius.

**ŽIV terapinė disciplina.** Jei klientas gyvena su ŽIV ir yra gydomas nuo infekcijos, atliekant šį įvertinimą tiriami klausimai, susiję su ŽIV terapine disciplina. Nors antiretrovirusinės terapijos pasižymi labai didele klinikine nauda, susirūpinimą kelia vaistų derinių vartojimo disciplina, ir šį klausimą prevencijos atvejo vadybininkai turi labai aktyviai spręsti. Šios srities įvertinimas apima antiretrovirusinės terapinės disciplinos, oportunistinių ligų terapinės disciplinos, laikytis terapinės disciplinos trukdančių kliūčių bei jos laikytis padedančių veiksnių, taip pat gebėjimo bei ketinimų laikytis gydymo vaistų deriniais disciplinos.

**LPI istorija.** Ne tik ŽIV, bet ir kitų LPI prevencija, diagnozė ir gydymas yra labai svarbi bet kurios PAV programos sudėtinė dalis. Negydomos LPI gali sukelti labai rimtas pasekmes. Negydomos chlamidiozė ir gonorėja sukelia kiaušintakių patologiją, kuri yra nevaisingumo priežastis. Maža to, ūmios LPI, visų pirma sukeliančios odos ar gleivinės pažeidimus, sudaro puikias sąlygas ŽIV infekcijai plisti. Todėl kliento LPI istorija bei gydymas ir paskutinis medicininis pasitikrinimas dėl LPI taip pat turi būti įvertintas.

**Narkotinių medžiagų ir alkoholio vartojimas.** Būtina įvertinti ir visą eilę su narkotinių medžiagų bei alkoholio vartojimu susijusių veiksnių: švirkščiamųjų narkotikų, alkoholio ir kitų nešvirkščiamųjų narkotikų vartojimo istoriją; pasirinktą narkotiką (-us); vartojimo dažnumą; kokiu būdu narkotikai gaunami; kaip ilgai narkotikai/alkoholis vartojami; kaip dažnai dalijamasi adatomis ir švirkštais; gydymosi istorija, psichosocialinis narkotikų/alkoholio vartojimo kontekstas; ir narkotikų/alkoholio vartojimo poveikis lytinei elgsenai. Galimas ryšys tarp narkotinių medžiagų vartojimo ir nesaugios lytinės elgsenos pabrėžia visapusiško tiek švirkščiamųjų, tiek nešvirkščiamųjų narkotikų įvertinimo poreikį.

**Psichinė sveikata.** Būtina įvertinti kelis veiksnius, susijusius su psichine sveikata: šeimos ir asmeninės psichinės sveikatos istoriją; gydymo, terapinę ir hospitalizavimo istoriją; gydymo terapinę discipliną; savižudybės suvokimą ir istoriją; ir psichotropinių vaistų vartojimo istoriją.

**Lytinių santykių istorija.** Norint visapusiškai įvertinti lytinės elgsenos rizikingumą ir susijusius veiksnius būtina žinoti išsamią lytinių santykių istoriją. Šis įvertinimas apima: lytinių partnerių skaičių, dabartinius partnerius (santykių pobūdį); lytinių partnerių ŽIV statusą; kokia lytinė elgsena ir kaip dažnai praktikuojama; seksualinės prievartos istorija; alkoholio ir narkotikų vaidmuo lytinių santykių metu; lytiniai santykiai už narkotikus, pinigus ir t.t.; rizikinga partnerių elgsena; prezervatyvų naudojimas, įskaitant juos naudoti trukdančius ir padedančius veiksnius; ir žinios apie saugesnę lytinę praktiką.

**Socialinė ir aplinkos parama.** Pagrindinių veiksnių, susijusių su socialinės ir aplinkos parama, įvertinimas padės prevencijos atvejo vadybininkui susidaryti visapusišką konteksto, kuriame klientas praktikuoja rizikingą elgseną, ir išorinių veiksnių, galimai turinčių įtakos rizikingai elgsenai, vaizdą. Įvertinimas apima: gyvenimo sąlygas; ekonominį statusą, pajamų šaltinius, darbą, mokosi ar ne (jaunuolio atveju); emocinės paramos šaltinius, laisvės atėmimo istoriją, kitą reikšmingą informaciją; ir ryšius su bendruomene, pavyzdžiui, draugais, šeima, bažnyčia ir paslaugų teikėjais.

**Įgūdžiai, padedantys sumažinti elgsenos rizikingumą.** Prevencijos atvejo vadybininkai turi įvertinti toliau nurodytus kliento įgūdžius: prezervatyvų naudojimo, tvirtumo dėl lytinių santykių sąlygų su partneriu (angl. *sexual assertiveness*); adatų ir švirkštų sterilizavimo metodų naudojimo; „saugesnių“ švirkščiamųjų įgūdžių naudojimo; ir komunikacijos bei derybų įgūdžius.

**Kliūtys, trukdančios praktikuoti saugesnę elgseną.** Yra labai svarbu rūpestingai įvertinti kliento numanomas kliūtis praktikuoti saugesnę elgseną. Numanomos kliūtys apima: žinias apie su lytiniais santykiais be apsaugos priemonių siejamą riziką, nešvarių filtrų, indų ir vandens skalavimui bei narkotiniam skysčiui praskiesti naudojimo riziką; galimybę gauti prezervatyvus, sterilius švirkštus bei kitą švirkščiamąją įrangą ir norą jais naudotis; smurto protrūkio galimybę; teisinius klausimus; kognityvines ir numanomas kliūtis; ir asmenines bei / ar kultūrines kliūtis – vertybes ir normas seksualumo, narkotikų vartojimo ar lyties vaidmenų klausimais, darančias poveikį rizikingai elgsenai.

**Apsaugos veiksniai, stiprybės ir gebėjimai.** Būtina įvertinti išteklius ir veiksnius, padedančius klientui būti sveikam ir praktikuoti saugesnę elgseną.

**Demografiniai duomenys.** Būtina surinkti pagrindinius demografinius duomenis apie: amžių, lytį, rasę / tautybę, lytinę orientaciją ir išsilavinimą.

Kartu įvertinamieji veiksmai turi atskleisti visapusišką kliento ŽIV prevencijos poreikių paveikslą (120).

### *7.4.3. Į klientą orientuoto prevencijos plano parengimas*

Remiantis įvertinimo informacija, būtina parengti rašytinį į klientą orientuotą prevencijos planą. **Šiame plane turi būti nustatyti etapiniai, konkretūs ir įgyvendintini elgsenos keitimo tikslai siekiant sumažinti užsikrėtimo ŽIV ar ŽIV perdavimo riziką**. Tiek trumpalaikius, tiek ilgalaikius tikslus **turi išsikelti pats klientas su atvejo vadybininko pagalba**. Kliento dalyvavimas procese yra labai svarbus veiksnys, nes daugelis klientų puikiai suvokia savo tikslus ir tai, kas padėtų juos pasiekti (108). Į klientą orientuotas metodas užtikrins, kad prevencijos planas atitinka individualius kliento poreikius ir aplinkybes. Todėl prevencijos atvejo vadybininkas turi įtraukti klientą aktyviai dalyvauti išsikeliant elgsenos keitimo tikslus ir nustatant elgsenos keitimo strategijas.

Prevencijos plane turi būti nustatytos veiksmingos elgsenos keitimo strategijos, kurios yra pagrįstos ir įgyvendintinos atsižvelgiant į kliento įgūdžius ir aplinkybes. Prevencijos plane turi būti nurodyta **kas, už ką ir kada yra atsakingas** (119). Taip pat prevencijos plane turi būti labai aiškiai apibrėžta, kokią elgseną siekiama pakeisti, intervencinės priemonės, kurių būtina imtis siekiant įgyvendinti šiuos pokyčius, ir laukiami veiksmų rezultatai.

**Su ŽIV gyvenantiems ir gydymą nuo ŽIV gaunantiems asmenims būtina numatyti antrines prevencines intervencines priemones**, kuriomis būtų siekiama užtikrinti terapinę discipliną gydantis nuo OI ir vartojant ARV derinius. Antrinėmis prevencinėmis intervencinėmis priemonėmis taip pat turėtų būti siekiama palaikyti kliento sveikatą užtikrinant jam teisines paslaugas, teisę į pašalpą, informaciją apie gydymą, apie klinikinę priežiūrą ir psichinės sveikatos paslaugas.

Prevencijos plane taip pat turi būti apibrėžtos pastangos, kuriomis siekiama užtikrinti, kad PAV klientas reguliariai praeina patikrą dėl LPI net jei ir nepasireiškia jokie simptomai. Šiuo tikslu PAV programos turi užmegzti tvirtus ryšius su LPI paslaugų teikėjais ir sukurti klientų nukreipimo mechanizmą.

**Narkotikais piktnaudžiaujančių klientų prevencijos plane** turi būti sprendžiamas nukreipimo gauti atitinkamą narkologinį gydymą klausimas. Tam būtina, kad PAV programos užmegztų stiprius ryšius su vietos paslaugų, siekiačiais išsigydyti nuo priklausomybių, teikėjais. **Tarp narkotinių medžiagų vartojimo ir nesaugios lytinės elgsenos egzistuoja glaudus ryšys**, kuris rodo, kaip svarbu užtikrinti atitinkamą gydymą tiems, kuriems jo reikia. Maža to, **mažai tikėtina, kad narkotinėmis medžiagomis piktnaudžiaujančiam klientui būtų naudingas ŽIV rizikos mažinimo**

**konsultavimas be narkologinio gydymo.**

Siekiant užtikrinti klientų bylos konfidencialumą, kuriose yra individualūs prevencijos planai, jos turi būti laikomos rakinamose bylų spintose.

**Į klientus orientuoto prevencijos plano parengimo standartai**

Kiekvienam PAV klientui būtina sudaryti rašytinį prevencijos planą jo sudaryme dalyvaujant ir pačiam klientui, kuriame aiškiai apibrėžiami ŽIV rizikos mažinimo elgsenos tikslai ir elgsenos keitimo strategijos.

Į su ŽIV gyvenančių asmenų, gaunančių ARV gydymą ar kitą medikamentinį gydymą, prevencinius planus turi būti įtraukti ir terapinės disciplinos klausimai.

Prevencijos plane turi būti numatytos pastangos, kurios užtikrintų, kad PAV klientas gautų reguliarų medicininį patikrinimą dėl LPI net jei nepasireiškia jokie LPI simptomai.

Klientų, piktnaudžiaujančių narkotikais, prevencijos plane turi būti sprendžiamas nukreipimo gauti atitinkamą narkologinį gydymą klausimas.

Klientai turi būti įvertinti dėl TB rizikos. Asmenys, kurie turi respiracinių simptomų arba kontaktavę su TB sergančiaisiais turi būti nukreipiami į sveikatos priežiūros įstaigas.

Siekiant užtikrinti, kad klientas bendradarbiaus ir vykdys įsipareigojimus, klientas turi pasirašyti abiejų pusių susitarimu sudarytą prevencijos planą.

### *7.4.4. Konsultacinė pagalba dėl ŽIV rizikos mažinimo*

**Į klientą orientuota ŽIV rizikos mažinimo konsultacinė pagalba (t. y. užsikrėtimo ŽIV ir jo perdavimo rizikos mažinimas) yra PAV pagrindas.** Tai dialogo pobūdžio į individualius kliento poreikius reaguojantis konsultavimas (121). Sutelkę dėmesį į nustatytus ir Prevencijos plane išvardintus elgsenos keitimo tikslus, atvejo vadybininkai dirba su klientu ir tęstinių pokalbių metu taiko įvairias strategijas, kad paskatintų jį keisti su ŽIV užsikrėtimo rizika susijusią elgseną. Atsižvelgdami į kliento pasirengimą keistis (118), atvejo vadybininkai privalo taikyti intervencines priemones, kad gerėtų kliento informuotumas, kad jis geriau suvoktų riziką ir būtų mažiau pažiedžiamas, atsirastų noras keisti savo elgseną, tikėjimas savo jėgomis, pagerėtų įgūdžiai, liktų mažiau socialinių barjerų, sumažėtų pavojus atkristi, pagerėtų socialinė parama. Nepaisant klientų ŽIV statuso gali būti taikomos tokios specialios intervencinės priemonės, kaip įgūdžių formavimas, individuali konsultacinė pagalba, porų konsultavimas, krizių valdymas, išteklių parūpinimas, pasirengimas partnerių siuntimui.

Konsultacinė pagalba turi atitikti konkrečius kiekvieno kliento rizikos mažinimo poreikius. 7 lentelėje susumuojami veiksniai, kurie skatina su ŽIV užsikrėtimu ir perdavimu susijusios rizikingos elgsenos keitimą (119, 122).

**Asmenims su nežinomu ŽIV statusu** gali būti naudingos intervencinės priemonės, kuriomis siekiama parengti klientą ŽIV antikūnų tyrimui. Visiems klientams suteikiama informacija apie tai, kuo gali būti naudingas savo ŽIV serologinio statuso žinojimas. Konsultuojant būtina išsiaiškinti, kas trukdo klientui pasitikrinti ir nustatyti strategiją, pašalinti jam iškylančias kliūtis. Tam, kad asmuo padarytų informacija grįstą sprendimą dėl savo sveikatos, labai svarbus veiksnys yra ankstyvas ŽIV infekcijos nustatymas.

Pagal PAV programą, vienas iš privalomų į klientą orientuotos konsultacinės pagalbos elementų yra informavimas apie didesnį ŽIV perdavimo pavojų sergant kitomis LPI ir apie kitų LPI prevenciją. Konsultuojant taip pat būtina pabrėžti būtinybę atlikti reguliarų medicininį įvertinimą dėl LPI.

Galiausiai, prevencijos atvejo vadybininkai **turėtų aptarti su infekuotais klientais būtinybę pranešti lytiniams partneriams ir asmenis, su kuriais jie dalijosi švirkštais, apie tai, kad jie galėjo užsikrėsti ŽIV**. Partneriai informuojami tam, kad jie žinotų apie pavojingą kontaktą su ŽIV ir galima būtų jiems padėti suteikiant konsultacinę pagalbą, diagnostikos ir kitas prevencijos bei gydymo paslaugas, taip pat PAV, **ankstyvojoje infekcijos stadijoje** (123).

PAV programos darbuotojai privalo sudaryti protokolą, kaip padėti infekuotiems klientams konfidencialumo sąlygomis informuoti partnerius ir paskatinti juos kreiptis į PAV programą ir (ar) dėl

konsultavimo ir diagnostikos paslaugų. **Tradiciškai LPI ir ŽIV programos taiko du svarbiausius partnerių informavimo metodus. Pacientų inicijuoto siuntimo**, kai pacientas ar klientas informuoja savo lytinį partnerį, asmenis su kuriais dalijasi švirkštais, siunčia juos pasitikrinti dėl ŽIV, ir **paslaugų teikėjų inicijuoto siuntimo**, kai sveikatos priežiūros specialistai informuoja paciento partnerius apie jų turėtą pavojingą kontaktą. Protokoluose apie partnerių informavimą pagal PAV programą būtina atsižvelgti į šios paslaugos poreikį ir numatyti jos suteikimą užsiregistravus į PAV programą arba bet kuriuo metu, kai PAV programoje dalyvaujantis klientas turi kitiems asmenims pavojingų kontaktų.

Kai klientai nutaria patys informuoti savo partnerius, prevencijos atvejo vadybininkai privalo suteikti jiems reikiamą konsultacinę pagalbą, paramą, padėti įgyti įgūdžių, kurie užtikrintų, kad klientui pavyks konfidencialiai informuoti partnerius ir paskatinti juos kreiptis atitinkamų paslaugų. Prevencijos atvejo vadybininkai gali paraginti klientus informavus partnerį ateiti su juo į PAV pokalbį, kad jiems būtų suteikta partnerių konsultavimo paslauga ir kliento partneris būtų nukreiptas gauti atitinkamas pasaugas. Siuntimas medicininiam tyrimui ir kitų LPI gydymui siūlomas visiems partneriams.

Jei PAV klientas negali ar nenori informuoti partnerių pats, prevencijos atvejo vadybininkas gali padėti jam tai padaryti sužinodamas iš jo partnerių pavardes bei vietas, kur juos galima surasti, ir klientui leidus prašyti atsakingus sveikatos priežiūros ar socialinius darbuotojus konfidencialiai informuoti partnerius. Norint pritaikyti šį metodą ir drauge su sveikatos priežiūros specialistais teikti partnerių informavimo paslaugas, PAV programos turėtų būti užmezgusios su jais glaudžius bendradarbiavimo ryšius. PAV darbuotojai turėtų būti gerai susipažinę su sveikatos priežiūros institucijų procedūromis konfidencialiai informuojant partnerius ir paaiškinti, kaip tai daroma klientams. PAV programos gali nukreipti klientą tiesiogiai į sveikatos priežiūros instituciją. Kad ir koks būtų taikomas metodas, nustatyti partneriai gali pasinaudoti PAV paslaugomis ir būtinai turi būti atliktas įvertinimas nustatyti jų tinkamumą paslaugoms suteikti.

7 lentelė. **Veiksniai, darantys poveikį su ŽIV pavojumi susijusios rizikingos elgsenos keitimui**

| Veiksnys | Aprašymas | Veiksmingos intervencijos elementai |
|---|---|---|
| **Žinojimas apie riziką** | Aiškus pavojų keliančios elgsenos supratimas, reikalingi elgsenos pokyčiai rizikai sumažinti ir pokyčių, susijusių su rizikos mažinimu loginis pagrindimas. | Tikslus pavojų keliančios elgsenos nustatymas, praktiniai patarimai dėl elgsenos pokyčių, reikalingų rizikai sumažinti, atsižvelgimas į realias aplinkybes, susijusias su kliento gyvensena ir ryšiais. |
| **Numanomas asmens pažeidžiamumas** | Rizikų pritaikymo konkrečiam asmeniui individualizavimas; asmens įsitikinimas, kad jis yra potencialiai pažeidžiamas ŽIV/AIDS infekcijai. | Pokalbis, kurio metu aiškiai įvardijamas klientui gręsiančios rizikos laipsnis, skatinama, kad klientas pats įvertintų riziką ir realiai suvoktų gręsiantį pavojų. |
| **Elgsenos keitimo tikslas** | Pasirengimas keistis ir imtis rizikos mažinimo priemonių. | Drauge su klientu įvertinamas jo pasirengimas keistis ir nustatomi realistiniai rizikos mažinimo tikslai konsultuojant klientą ir (ar) sudarant su juo susitarimą. |
| **Pasitikėjimas savo jėgomis** | Asmens tikėjimas, kad jis galįs sėkmingai įgyvendinti su rizikos mažinimu susijusius elgsenos pokyčius ir supratimas, kad jie apsaugos nuo ŽIV/AIDS. | Paskiriamos sudėtingesnės rizikos mažinimo „užduotys", kurias nesunku įgyvendinti ir tokiu būdu įgyti asmeninės kompetencijos jausmą ir laimėjimais papildyti savo sėkmės istoriją; pokalbis, kuriuo siekiama išklaidyti kliento fatalizmą. |
| **Įgūdžių lygmuo** | Elgsenos kompetencija tose srityse, kurios yra būtinos norint įgyvendinti pokyčius, įskaitant prezervatyvų naudojimą ir kitas saugesnio sekso praktikos formas; įgūdžiai, padedantys atsispirti lytinio partnerio spaudimui elgtis rizikingai; įgūdžiai, susiję su saugesnio sekso sąlygų aptarimu; nesidalijimas adatomis; švarių adatų naudojimas ir t.t. | Įgūdžių lavinimas ir praktinis pritaikymas; savikontrolė (*savivalda*) ir polinkių, įpročių, veiksmų, didinančių pažeidžiamumą nustatymas, alternatyvaus plano, kaip pašalinti šiuos „dirginamuosius veiksnius" sudarymas. |
| **Elgsenos keitimo pastangų pastiprinimas** | Teigiamų, o ne neigiamų rezultatų, susijusių su elgsenos keitimo pastangomis, akcentavimas (įskaitant teigiamą partnerio reakciją, savęs pagyrimą ir pastiprinimą); įsitikinimas, kad elgsenos keitimas atitinka lygių grupės normas. | Susitarimas dėl paskesnės konsultacinės pagalbos, skatinantis ir pastiprinantis pastangas keistis, iškylančių problemų aptarimas ir raginimas pagirti save su rizikos mažinimu susijusius elgsenos pokyčius. |
| **Aplinkos trukdžiai** | Aplinkos suvaržymų, trukdančių keisti elgseną mažinimas; nesitaikstymas su jais. | Trukdžių mažinti elgsenos rizikingumą aptarimas; strategijų, kaip įveikti šiuos trukdžius ir sudaryti prielaidas lengvesnei prieigai prie išteklių reikalingų elgsenai keisti, kūrimas. |

*Šaltinis: Kelly J. A. AIDS prevention: strategies that work. AIDS Reader. 1992; (7–8): 135–141*

**Konsultacinė pagalba pagal antrinės prevencijos programą**

Nors PAV visada apima konsultacinę pagalbą dėl rizikos mažinimo pagal pirminės prevencijos programą, PAV teikia ir su antrine prevencija susijusią žmonių, gyvenančių su ŽIV, konsultacinę pagalbą. Pavyzdžiui, klientams gali prireikti konsultacinės paramos įvertinant sveikatos priežiūros paslaugas. Asmenims besigydantiems nuo oportunistinių infekcijų ir (ar) vartojantiems antiretrovirusinius vaistus, būtina teikti konsultacinę pagalbą siekiant užtikrinti geresnę terapinę discipliną (*geresnį gydymo režimo laikymąsi*).

**Konsultavimas dėl narkotinių medžiagų vartojimo ir psichinės sveikatos sutrikimų**

Nors PAV daugiausia dėmesio skiria konsultavimui dėl ŽIV rizikos mažinimo, kai kuriais atvejais prireikia ir konsultacijų dėl narkotinių medžiagų vartojimo ir (ar) psichinės sveikatos sutrikimų. Iš tikrųjų konsultavimas dėl strategijų, kaip išvengti ar pakeisti elgseną, susijusią su narkotinių medžiagų vartojimu, gali būti viena iš konsultavimo dėl ŽIV rizikos mažinimo formų. Tokią konsultacinę pagalbą gali teikti tik šios srities specialistai. Geriausia, jei klientai, kuriems reikalinga tokia konsultacinė pagalba, siunčiami į įstaigas, turinčias specifinę patirtį, susijusią su konsultavimu dėl narkotinių medžiagų vartojimo ir psichinės sveikatos sutrikimų. Tačiau jei tokios paslaugos nėra prieinamos ar PAV darbuotojai turi atitinkamų įgūdžių, klientams gali būti naudingos trumpalaikės konsultacijos daugiausia dėmesio skiriant opiausioms gyvenimo problemoms spręsti. Rothman (120) nustatė, kad konsultacinė pagalba, teikiama pagal atvejo vadybos programą, esti veiksmingesnė, kai daugiausia dėmesio skiriama dalijimusi informacija, problemų sprendimui, realumo tikrinimui ir socializacijos įgūdžių lavinimui. **PAV negali pakeisti ilgalaikio asmenybės sutrikimų ar rimtos psichinės ligos gydymo.**

**Konsultacinės pagalbos dėl ŽIV rizikos mažinimo standartai**

Visiems PAV klientams teikiama daugkartinė konsultacinė pagalba dėl ŽIV rizikos mažinimo, kurios tikslas – pasiekti nustatytus elgsenos keitimo tikslus.

Vykdomi darbuotojų mokymai ir jų darbo kokybės užtikrinimas siekiant užtikrinti veiksmingą ŽIV rizikingos elgsenos nustatymą ir tinkamą rizikos mažinimo strategijų taikymą.

Klientams, kurie nežino, ar yra užsikrėtę ŽIV, suteikiama informacija, kur galima pasitikrinti ir kodėl svarbu žinoti, ar neužsikrėtęs ŽIV.

Klientai informuojami apie didesnę ŽIV perdavimo riziką, susijusią su kitomis LPI ir apie užsikrėtimo kitomis LPI prevenciją.

PAV programos darbuotojai sudaro protokolą, kaip padėti ŽIV infekuotiems klientams konfidencialiai pranešti apie tai partneriams ir paskatinti juos kreiptis į PAV ir (ar) konsultavimo ir diagnostikos paslaugų.

Asmenims, besigydantiems nuo oportunistinių infekcijų ir (ar) antiretrovirusiniais vaistais, teikiama konsultacinė pagalba siekiant užtikrinti geresnę terapinę discipliną.

### *7.4.5. Paslaugų teikimo derinimas su tolimesne priežiūra*

Daugeliui PAV klientų paslaugas teikia įvairių sričių specialistai. Todėl paslaugų teikimo koordinavimas apima tamprų bendradarbiavimą.

Toks bendradarbiavimas yra naudingas klientui, be to, jis padeda išvengti paslaugų dubliavimosi. Keitimasis informacija apie klientą su kitais paslaugų teikėjais gali vykti tik gavus iš kliento **raštišką, informuoto asmens sutikimą**.

Galiausiai, PAV programos darbuotojai privalo turėti iš anksto parengtus metodus PAV, kaip vykdyti paskesnę kliento siuntimų priežiūrą, kad galėtų įvertinti rezultatus, pavyzdžiui, ar klientui buvo suteiktos reikiamos paslaugos.

**Paslaugų teikimo derinimo standartai**

Siekiant užtikrinti klientams prieigą prie svarbiausių paslaugų, būtina sudaryti su atitinkamų paslaugų teikėjais oficialias bendradarbiavimo sutartis ar neoficialius susitarimus (pavyzdžiui,

supratimo memorandumas).

PAV programai nustatoma standartinė siuntimo išdavimo tvarka.

Siekiant išvengti paslaugų dubliavimosi, būtina sudaryti išsamius protokolus, kurie nustatytų savitarpio santykių ir komunikavimo tarp atvejo vadybininkų ir konsultantų, dirbančių įvairiose organizacijose, tvarką.

Keitimasis informacija apie klientą su kitais paslaugų teikėjais gali vykti tik gavus iš kliento raštišką, informuoto asmens sutikimą.

Būtina užtikrinti sklandų siuntimų atsekamumo sistemos darbą.

Būtina suformuoti skubių psichologinių ir medicininių paslaugų teikimo klientams mechanizmą.

### *7.4.6. Programos įvertinimas*

Procesas gali būti vertinamas ir pagal kokybės, ir kiekybės kriterijus. **Proceso įvertinimo kriterijai PAV programai gali būti:**

- demografinė informacija apie klientus;
- kliento elgsenos rizikingumas;
- klientų sveikatos būklė;
- siuntimai paslaugoms gauti ir realiai suteiktos paslaugos,
- konsultacijų pagal PAV programą skaičius ir trukmė;
- klientų pasitenkinimo apklausos;
- darbo kokybės užtikrinimo priemonių apžvalga.

Kai kurios programos turi galimybę atlikti **rezultatų įvertinimą**, taip pat įvertinti tiesioginį programos poveikį jos dalyviams (pavyzdžiui, kiek programa padėjo pagilinti žinias apie ŽIV/AIDS numanomą infekcijos pavojų ir (ar) padėjo sumažinti ketinimus vėl sugrįžti prie elgsenos, susijusios su ŽIV perdavimo pavojumi). Atliekant rezultatų įvertinimą, vertinama ir tai, kokiu laipsniu programai pavyko pasiekti užsibrėžtus tikslus, susijusius su trumpalaikiais ir ilgalaikiais elgsenos pokyčiais tikslinėje populiacijoje.

## 7.5. Darbuotojų kvalifikacija ir darbo krūvis

Esminius PAV programos komponentus ir **rekomenduojamus būtiniausius kvalifikacinius reikalavimus** darbuotojams galima suskirstyti į dvi pagrindines kategorijas:

1. **Esminiai komponentai.** Kliento pritraukimas ir dalyvavimo programoje užtikrinimas, patikrinimas ir teikiamų paslaugų derinimas. **Rekomenduojami būtiniausi kvalifikaciniai reikalavimai darbuotojams: t**ikslinės populiacijos pažinimas; kultūrinė ir lingvistinė kompetencija; žinios apie ŽIV, AIDS ir kitas LPI bei bendruomenėje teikiamas paslaugas; geri komunikaciniai įgūdžiai.
2. **Esminių komponentų** įvertinimas, prevencijos plano sudarymas, konsultavimas dėl ŽIV rizikos mažinimo, stebėsenos ir pakartotinio įvertinimo vykdymas nuolatinė parama, atkryčio prevencija, dalyvavimo programoje baigimo ir išleidimo iš programos planavimas. **Rekomenduojami būtiniausi kvalifikaciniai reikalavimai darbuotojams:** socialinių ar biomedicinos mokslų bakalauro laipsnis arba didelė patirtis socialinių paslaugų srityje – socialinis darbo, psichologijos, slaugos, konsultacinės pagalbos, sveikatos mokymo; geri atvejo vadybos įgūdžiai, įvertinimo metodikų išmanymas; konsultavimo įgūdžiai; mokėjimas tvarkyti dokumentaciją (atvejo protokolo bylos vedimas); mokėjimas taikyti intervencines priemones; su ŽIV susijusios rizikingos elgsenos, žmogaus lytiškumo, narkotinių medžiagų vartojimo, LPI, tikslinių populiacijų, elgsenos keitimo dėl ŽIV principų ir strategijų išmanymas; kultūrinė ir lingvistinė kompetencija.

**Darbo krūvis.** Priklausomai nuo kliento būdo bruožų, poreikių ir teikiamų PAV paslaugų, idealus visu etatu dirbančio atvejo vadybininko klientų skaičius svyruoja nuo 20 iki 35 asmenų (116). Darbo krūvis svyruoja priklausomai nuo individualaus atvejo sudėtingumo ir kliento aptarnavimo laiko. Ten, kur stinga išteklių, prevencijos atvejo vadybininkas galėtų peržengti konsultavimo dėl ŽIV rizikos

mažinimo ribas ir atsisakyti vien tarpininko, surandančio reikiamų išteklių, vaidmens ir, jei turi reikiamų įgūdžių, tiesiogiai teikti kitas paslaugas. Žinoma, tokiomis aplinkybėmis atvejo vadybininko tinkamai aptarnaujamų klientų skaičius sumažėtų.

Jei atvejo vadybininkas teikia daug tiesioginių paslaugų ir (ar) jo klientai yra jaunesnio amžiaus, juos sunkiau įtikinti gydytis arba jie yra labiau pažeidžiami tokių socialinių veiksnių, kaip skurdas ir benamystė, jis, suprantama, gali aptarnauti mažesnį klientų skaičių (116). Be to, turėdami mažesnį, bet intensyvesnį darbo krūvį atvejo vadybininkai gali užmegzti glaudesnius ryšius su klientu ir pasiekti geresnį gydomąjį efektą. O jei atvejo vadybininkas daugiausia dirba su mažesnius poreikius turinčiais klientais, jo darbo krūvis, savaime suprantama, gali būti ir didesnis.

# 8. POZITYVI PREVENCIJA

## 8.1. Pozityviosios prevencijos poreikis

Plačiai taikomi praktiniai **ŽIV prevencijos metodai**, tokie kaip švietimas, prezervatyvų ir sterilių švirkštų naudojimas, padėjo sumažinti ŽIV plitimą visame pasaulyje. Savo veiksmingumą įrodę saugūs ir įvairių kultūrų žmonėms priimtini **biomedicininiai intervencijos metodai** – vakcinavimas, baktericidai, priešekspozicinė ir poekspozicinė chemoprofilaktika, – suteikia dar daugiau galimybių užkirsti kelią ŽIV plitimui. **Antiretrovirusinis (ARV) gydymas** taip pat turi visas galimybes sumažinti sergamumą ŽIV.

Mokslininkai teigia, kad ARV gydymas yra efektyvus mažinant ŽIV infekcijos perdavimą kitiems (124, 125, 126), nes sumažina ŽIV krūvį kraujo plazmoje (127). Atliktas Granich matematinis modeliavimas parodė, kad jeigu per 5 metus dauguma ŽIV užsikrėtusiųjų gautų ARV gydymą, ŽIV sergamumas pasaulyje 2016 metais sumažėtų iki 1 atvejo / 1000 gyventojų arba jeigu tokia gydymo strategija būtų įgyvendinama 10 metų – ŽIV paplitimas per 50 metų sumažėtų iki 1 procento (128).

Du pirmuosius ŽIV/AIDS epidemijos dešimtmečius prevencijos priemonės buvo skirtos daugiausia neužsikrėtusiems žmonėms skatinti saugiau elgtis lytiškai santykiaujant ar vartojant narkotikus, kad neužsikrėstų, t. y. pirminė prevencija. **Pirminė prevencija (profilaktika)** – visuma priemonių, kuriomis stengiamasi išvengti ligų, keičiant individo jautrumą, šalinant ligų priežastis ir rizikos veiksnius (129, 130). **Prevencijos priemonės tarp užsikrėtusių asmenų buvo menkai vykdomos dėl kelių priežasčių.** Visuomenė nenorėjo pripažinti, kad užsikrėtę ŽIV asmenys turi lytinių santykių, taip pat buvo manoma, kad netinka stengtis apsaugoti nuo užsikrėtimo žmones, kurie jau yra užsikrėtę. Buvo baiminamasi, kad tokios priemonės bus suvokiamos kaip užsikrėtusiųjų kaltinimas dėl epidemijos. Kiek vėliau mokslininkai, vyriausybės ir medikai pripažino, kad **su ŽIV gyvenantiems žmonėms taip pat galioja prevencijos kanonai**. Ši antrinė prevencija kartais vadinama **pozityviąja prevencija** (131). **Antrinė prevenciją (profilaktika)** – visuma priemonių, kuriomis siekiama sustabdyti ligą ir įšvengti komplikacijų. Pagrindinės priemonės – **ankstyvoji diagnostika ir veiksmingas gydymas** (36, 37).

**Pozityvioji prevencija svarbi, nes:**

- **Užsikrėtę ŽIV asmenys platina infekciją.** Epidemiologine ir visuomenės sveikatos prasme užsikrėtę ŽIV žmonės sudaro svarbiausią grupę, kurioje ŽIV prevencija būtina (132, 133).
- **Daug svarbiau, kad savo rizikingą elgesį keistų būtent užsikrėtę ŽIV asmenys** (134, 135).
- **Kai kurie užsikrėtę ŽIV žmonės, ir toliau elgiasi rizikingai.** Sužinoję diagnozę, dauguma užsikrėtusiųjų dažniau naudoja prezervatyvus ir taiko kitas saugesnių lytinių santykių ir narkotikų vartojimo priemones. Deja, laikui bėgant, dauguma vėl grįžta prie senųjų rizikingų lytinių santykių ir narkotikų vartojimo įpročių. Prevencija užsikrėtusiųjų grupėje galėtų padėti su ŽIV gyvenantiems žmonėms nuolat laikytis naujųjų saugesnio elgesio taisyklių. (132, 136).
- **Užsikrėtę ŽIV žmonės turi teisę gyventi gerai.** Gyventi gerai esant užsikrėtusiam, reiškia turėti saugių lytinių santykių ir saugotis dar sunkesnės infekcijos, t. y. naujo užsikrėtimo kito ŽIV štamo virusais, ir saugotis naujo užsikrėtimo LPI (133, 136). **Saugūs lytiniai santykiai –** yra seksualinės veiklos būdas, kuris mažina riziką užsikrėsti ŽIV. UNAIDS rekomenduoja naudoti terminą – **saugesni lytiniai santykiai** ir apibrėžia, kad jie būna 100% saugūs tik kai abu partneriai žino, kad nėra užsikrėtę ŽIV, ir nė vienas iš jų nėra lango periode. Kitaip ŽIV užsikrėtimo per lytinius santykius riziką galima sumažinti teisingai naudojant vyriškus ir moteriškus kokybiškus prezervatyvus bei sumažinus lytinių partnerių skaičių (137).

Saugių lytinių santykių elementai atskiroms tikslinės grupėms gali skirtis (8 lentelė).

8 lentelė. **Tikslinė grupė ir saugaus lytinio elgesio elementai**

| Didesnės rizikos grupė | Teisingas prezervatyvo vartojimas | Lytinių partnerių skaičiaus mažinimas | Abiejų partnerių ištikimybė | Saugių lytinių aktų propagavimas | Susilaikymas nuo lytinio aktyvumo |
|---|---|---|---|---|---|
| Jaunimas | + | + | + | + | + |
| Pristitutės | + | | | + | |
| Kitos grupės | **Propaguojami svarbiausi ir priimtiniausi tai grupei elgesio elementai** | | | | |

**Kiekvienos tikslinės grupės saugus lytinis elgesys formuojamas atsižvelgiant į grupės ypatumus ir elgesio stereotipą.**

## 8.2. Pozityviosios prevencijos tikslinės grupės

**Pozityvioji prevencija labiausiai naudinga lytiškai aktyviems arba naudojantiems švirkščiamuosius narkotikus užsikrėtusiems ŽIV asmenims.** Jie yra pozityviosios prevencijos taikinys. Sėkmingą pozityviąją prevenciją užtikrina **prevencijos, ŽIV tyrimų, gydymo ir paramos priemonių derinys.**

### *8.2.1. ŽIV infekcija ir lytinis aktyvumas*

Daugiau nei 70% užsikrėtusių ŽIV asmenų sužinoję apie savo užsikrėtimą ir toliau turi lytinių santykių (138). Nors dauguma laikosi saugumo priemonių, patirtis rodo, kad kai kurie ir toliau elgiasi rizikingai (134, 139, 140, 141).

**Nenaudojantys prezervatyvų užsikrėtę ŽIV asmenys** (138):

- mažiau žino apie ŽIV ir AIDS užsikrėtimo būdus ir poveikį sveikatai;
- mano, kad prezervatyvai mažina patiriamą malonumą;
- nelinkę laikytis saugesnių lytinių santykių reikalavimų;
- nepasitiki savo gebėjimais laikytis saugesnių lytinių santykių reikalavimų;
- mano, kad negali reikalauti naudoti prezervatyvus;
- nemoka kalbėtis su partneriu apie saugesnius lytinius santykius;
- turi kitų abejonių dėl prezervatyvų naudojimo.

Santykiaujant be prezervatyvų ne tik galima užkrėsti kitus, bet ir didėja pavojus pačiam užsikrėsti **lytiškai plintančiomis infekcijomis** (**LPI**). Lytiškai plintanti liga gali paspartinti ŽIV ligos progresavimą, gali padidinti tikimybę užkrėsti kitus. Šiems asmenims dažniau būdingos opelės ar pažeista oda, todėl ŽIV lengviau patekti per kraują.

**Didesnę grėsmę už LPI kelia galimybė užsikrėsti kito potipio žmogaus imunodeficito virusais.** Vis dažniau antrą kartą užsikrečiama atspariais vaistams virusais (139, 140), nes daug ŽIV užsikrėtusių asmenų netaisyklingai vartoja antiretrovirusinius vaistus, todėl ŽIV mutuoja ir atsiranda vaistams atsparių virusų potipiai (133, 135, 142). Žmonės, kurie niekada nėra vartoję antiretrovirusinių vaistų, dažnai jau užsikrečia atsparių vaistams potipių virusais nuo asmenų, kurie nesilaikė ARV gydymo nurodymų (143). Tyrimai rodo, kad nenaudojantys prezervatyvų asmenys rečiau laikosi visų gydymo nurodymų (142, 143, 144, 145).

### *8.2.2. ŽIV užsikrėtusieji ir švirkščiamųjų narkotikų vartojimas*

**Švirkščiamųjų narkotikų vartotojai** (**ŠNV**) užsikrėtę ŽIV ypač svarbi ŽIV prevencijos tikslinė grupė, nes jie gali užkrėsti kitus tiek švirkšdamiesi narkotikus, tiek lytiškai santykiaudami. Taip pat jie

gali patys užsikrėsti kitų štamų žmogaus imunodeficito virusais bei kitomis ligomis, plintančiomis per nesaugius lytinius santykius ir nešvarių švirkštimosi įrankių naudojimą (146) (**su narkotikų vartojimu susiję infekcinės ligos – SNIL**).

## 8.3. Pozityvioji prevencija: tikslai ir kliūtys

**Visuomenės sveikatos priemonėmis tarp užsikrėtusių ŽIV žmonių siekiama** (143, 145, 147, 148, 149):

- padidinti ŽIV tyrimų prieinamumą;
- padidinti kokybiškos medicinos priežiūros prieinamumą;
- paskatinti naudotis kokybiška medicinos priežiūra;
- paskatinti laikytis ŽIV gydymo nurodymų (terapinės disciplinos);
- pripažinti rizikingo elgesio keitimo būtinybę ir laikytis jo reikalavimų.

Nežiūrint visų šių priemonių, **ŽIV prevencija tarp užsikrėtusiųjų problematiška**. Pirma, šie žmonės nejaukiai jaučiasi ir baiminasi pranešti savo lytiniams ir narkotikų vartojimo partneriams apie savo užsikrėtimą, kad nebūtų atstumti. **Kartais troškimas turėti lytinių partnerių didesnis už baimę užkrėsti ar užsikrėsti, todėl prezervatyvai naudojami retai**.

## 8.4. Tyrimų, gydymo ir prevencijos tarpusavio priklausomybė

**ŽIV prevencija, tyrimai, gydymas ir parama yra susiję.** Su ŽIV gyvenantiems žmonėms reikia gydymo, psichologinės ir socialinės paramos ne tik dėl jų sveikatos būkės, bet ir siekiant apsaugoti kitus (132, 133). ŽIV prevencijos, tyrimo ir gydymo paslaugų derinimas turi daug pranašumų.

Tarptautinio ŽIV/AIDS aljanso nuomone, **medikai didesnį dėmesį turėtų skirti** (142)**:**

- apklausti ŽIV užsikrėtusius asmenis rizikingo elgesio veiksniams išsiaiškinti, konsultuoti juos ir pagal poreikį nukreipti į kitas įstaigas;
- ištirti, ar nėra kitų klinikinių rizikos veiksnių, pavyzdžiui, ar pacientas neužsikrėtęs LPI ir skirti gydymą bei skiepus;
- informuoti asmenis, kuriems neseniai nustatyta ŽIV infekcija, kaip reikia saugoti savo lytinius ir narkotikų vartojimo partnerius;
- informuoti užsikrėtusias ŽIV motinas, kaip galima sumažinti pavojų užkrėti ŽIV savo vaikus.

## 8.5. Pozityviosios prevencijos priemonės

ŽIV plitimą sąlygoja tūkstančiai asmeninių, visuomeninių ir bendruomeninių veiksnių. Todėl **prevencijos priemonės turi būti taikomos įvairiuose lygmenyse – tiek tarp užsikrėtusių, tiek tarp neužsikrėtusių asmenų** (132**)**. Pastarąjį dešimtmetį pasirodė, kad **daug asmens ir grupės lygmens priemonių elgesiui keisti gali sumažinti ŽIV rizikingo elgesio atvejų tarp užsikrėtusiųjų skaičių** (150)**:**

- kai kurios tarp ŽIV užsikrėtusių vyrų ir moterų taikytos priemonės padėjo paskatinti naudoti prezervatyvus, padėjo suprasti prezervatyvų naudą ir įsitikinti, kad įmanoma nuolat taisyklingai naudoti prezervatyvus (151, 152);
- kai kurios tarp užsikrėtusių narkotikų vartotojų vykdytos priemonės sumažino dalijimosi adatomis ir nesaugių lytinių santykių atvejų skaičių (153, 154);
- kai kurios socialinės paramos ir psichinės sveikatos konsultavimo priemonės padėjo sumažinti ŽIV užsikrėtusių vyrų lytinių partnerių (155) bei lytinių aktų (156) skaičių;

- daug trumpų saugesnių lytinių santykių konsultavimo priemonių sumažino užsikrėtusių ŽIV asmenų nesaugių lytinių aktų skaičių, paskatino nuolat naudoti prezervatyvus ir paskatino susilaikymą (157, 158, 159).

Prevencijos programose, skirtose užsikrėtusiems ŽIV asmenims, daugiausia dėmesio skiriama ŽIV ir su AIDS susijusių oportunistinių infekcijų gydymui, bendruomenių skatinimui padėti mažinti rizikos veiksnius, priemonėms gerinti prevencinių ir gydymo paslaugų prieinamumą užsikrėtusiems ŽIV asmenims (133).

### *8.5.1. Asmens lygmens elgesio keitimo priemonės*

**Asmens lygmens priemonės – tai savo ŽIV statuso nežinančių asmenų savanoriškas konsultavimasis ir išsityrimas, konsultavimas prieš ir po tyrimo ir nuolatinis užsikrėtusių ŽIV asmenų konsultavimas.** Konsultavimo paskirtis gerinti žinias, įgūdžius, pasitikėjimą savo jėgomis ir motyvaciją, būtiną rizikingam elgesiui keisti. Tarptautinio ŽIV/AIDS aljanso duomenimis, šios priemonės gali ir daugiau (133):

- **Skatinti pranešti apie savo užsikrėtimą kitiems žmonėms ir organizacijoms** – savanoriškai ir konfidencialiai, kad užsikrėtęs ŽIV asmuo jaukiai jaustūsi lankydamasis gydymo įstaigose. Kitų informavimas apie užsikrėtimą naudingas ir su ŽIV/AIDS susijusiam slaptumui ir stigmai sklaidyti.
- **Skatinti pranešti apie savo užsikrėtimą partneriams** – savanoriškai ir konfidencialiai informuoti lytinius ir narkotikų vartojimo partnerius, kad šie galėtų kreiptis dėl tyrimo ir imtis saugumo priemonių.

**Sveikatos priežiūros įstaigos – tinkamiausia vieta šioms priemonėms vykdyti**, nes užsikrėtę ŽIV asmenys turi dažnai čia lankytis antiretrovirusinių vaistų poveikiui stebėti, o ligai progresuojant, ir oportunistinėms infekcijoms gydyti. Apklausus 839 užsikrėtusius ŽIV vyrus ir moteris šešiose Kalifornijos visuomeninėse ŽIV klinikose nustatyta, kad 50% niekada neaptarė pranešimo apie užsikrėtimą klausimo su medicinos darbuotoju savo klinikoje, 29% niekada nekalbėjo apie saugesnius lytinius santykius (160). Labai svarbu mokyti medicinos personalą teikti asmens lygmens prevencijos paslaugas.

### *8.5.2. Gydymo ir sveikatos priežiūros gerinimas*

Užsikrėtusių ŽIV asmenų gydymo ir sveikatos priežiūros gerinimas gali būti savanoriško konsultavimosi ir išsityrimo prieinamumo didinimas, elgesio keitimo konsultavimo ir ŽIV/AIDS gydymo sveikatos priežiūros įstaigose derinimas, ARV gydymas, siekiant stabdyti infekcijos platinimą, taip pat stigmos ir diskriminacijos mažinimas gydymo įstaigose (133).

### *8.5.3. Bendruomenės mobilizavimas*

Su ŽIV gyvenantys žmonės yra platesnių bendruomenių nariai, todėl daro įtaką šioms bendruomenėms. Jiems reikia bendruomenių ir aplinkinių paramos, kad galėtų keisti savo rizikingą elgesį. **Bendruomenės mobilizavimu siekiama pozityviosios prevencijos tikslų:** įtraukti bendruomenes į pozityviąją prevenciją, sudarant lygiųjų paramos grupes, panaudojant tinkamai parengtus užsikrėtusius ŽIV žmones mobiliosioms paslaugoms teikti (133). Kitos bendruomenės lygmens priemonės – informacinės kampanijos, skirtos svarbiam užsikrėtusiųjų vaidmeniui stabdant infekcijos plitimą pabrėžti.

### *8.5.4. Politikos pokyčiai*

Pozityviosios prevencijos sėkmę lemia įstatymai ir politika susiję su ŽIV/AIDS prevencijos ir gydymo finansavimu, ŽIV tyrimo konfidencialumo ir finansavimo užtikrinimu, lytinio ugdymo ir kvaišalų vartojimo prevencijos klausimų įtraukimą į mokyklų programas ir kita. Politikos pokyčiai – tai su ŽIV gyvenančių žmonių įtraukimas į ŽIV politikos formavimą ir programų kūrimą (133). Rytų Europoje, kur ŽIV sparčiai plinta tarp narkotikų vartotojų ir jų lytinių partnerių, ŽIV prevencijos sėkmė ypač priklauso nuo narkotikų politikos efektyvumo. **Šalies narkotikų politika turime siekti sudaryti salygas, kad gauti narkotikų būtų sunku, juos platinti ir vartoti – pavojinga, o gydytis ir integruotis į visuomenę prieinama ir saugu.**

### *8.5.5. Antiretrovirusinio gydymo naudojimas pozityviajai prevencijai*

Tinkamai vartojami antiretrovirusiniai vaistai žymiai pailgina užsikrėtusiųjų ŽIV gyvenimą ir pagerina savijautą. Nors neginčytina, kad ilgiau ir geriau gyvenantys su ŽIV žmonės gali užkrėsti daugiau kitų, ARV vaistai sumažina su krauju, lytinių organų ir išangės išskyromis išskiriamų virusų kiekį. Kuo mažiau virusų kūno skysčiuose, tuo mažesnė tikimybė užkrėsti kitus (135, 161).

#### 8.5.5.1. Vertikaliojo plitimo prevencija

Antiretrovirusiniai vaistai, ypač būtini siekiant apsaugoti nuo užsikrėtimo vaikus, t. y. išvengti svarbiausios grėsmės jaunesniems nei 10 metų vaikams užsikrėsti (162). Motina gali užkrėsti savo vaiką nėštumo metu, gimdydama ar maitindama krūtimi. Nesiimant priemonių, pavojus, kad motina užkrės ŽIV savo vaiką prieš gimdymą ar gimdydama, sudaro 15–25%, maitinimas krūtimi šį pavojų padidina iki 45% (163).

Jei motina vartoja ARV vaistus nėštumo metu ir gimdydama bei po gimdymo (skiriant vaistus ir naujagimiui) labai sumažėja vertikalaus užkrėtimo rizika (5, 176) – iki 1.5% (165).

#### 8.5.5.2. Poekspozicinė profilaktika

**Poekspozicinė profilaktika – tai antiretrovirusinių vaistų skyrimas asmenims, susidūrusiems su ŽIV, siekiant apsaugoti nuo užsikrėtimo**.

Tyrimai parodė, kad **ši profilaktika sėkminga šiais atvejais:**

- **profesinis susidūrimas:** medicinos darbuotojai įsiduria užkrėsta adata ar atsitiktinai kontaktuoja su kūno skysčiais. Vartojant ARV vaistus po susižeidimo gerokai sumažėja užsikrėtimo atvejų (19);
- **neprofesinis susidūrimas:** vis daugiau duomenų rodo, kad poekspozicinė profilaktika padeda išvengti infekcijos kitais atvejais: savanoriškai santykiaujant lytiškai, po prievartinių lytinių santykių, susidūrus su motinos kūno skysčiais ir švirkščiantis narkotikus (166).

Deja, antiretrovirusiniai vaistai dažnai turi šalutinį poveikį, pradedant nuo nuovargio ir pykinimo iki diabeto ir negrįžtamo kepenų pakenkimo. Todėl poekspozicinis gydymas nėra paprastas „ryte po to“ ŽIV prevencijos metodas (166).

#### 8.5.5.3. Priešekspozicinė profilaktika

Nors elgesio keitimo programos sumažina naujų ŽIV užsikrėtusiųjų skaičių, bet vis tiek didelis skaičius žmonių išlieka rizikoje, t. y. aukštos rizikos užsikrėsti ŽIV grupėse (167). Todėl manoma, kad biomedicininės priemonės kartu su efektyviomis elgesio keitimo intervencijomis padės suvaldyti ŽIV viruso plitimą pasaulyje. Skiriamos dvi svarbausias biomedicinines strategijos ŽIV vakcina ir microbicidai (142). Deja, iki šiol nėra sukurtos efektyvios vakcinos prieš ŽIV, bei neįrodytas mikrobicidų efektyvumas. Nesant sukurtos efektyvios ŽIV vakcinos ir stebint naujų ŽIV infekcijos užsikrėtimo atvejų padidėjimą visame pasaulyje, prieš ekspozicinė profilaktika galėtų tapti potencialia apsisaugojimo priemone (168, 169). Tai yra naujas metodas, k**ai antiretrovirusiniai vaistai skiriami ŽIV neužsikrėtusiam asmeniui** prieš ŽIV ekspoziciją**, siekiant apsaugoti nuo užsikrėtimo (142)**. Chemoprofilaktika (priešekspozicinė ŽIV profilaktika) galėtu būti taikoma aukštos rizikos užsikrėsti ŽIV asmenims (pvz. komercinio sekso darbuotojams, tarp serodiskordantinių porų, aukštos rizikos užsikrėsti grupių asmenims, kurie nenaudoja prezervatyvų ir pan.) (139), nes teoriškai, jei viruso replikacija yra sustabdoma, kai jis tik patenka į organizmą, virusas negali sąlygoti pastovios infekcijos (170) .

Taikant priešekspozicinę profilaktiką labiausiai perspektyvus yra tenofoviras (TDF). Šiuo metu jis naudojamas ŽIV ligos gydymui, bet vykdomi moksliniai tyrimai nukreipti įvertinti šio vaisto efektyvumą priešekspozicinei profilaktikai (153), nes mokslininkai įrodė, kad tenofoviras sumažina beždžionių imuniteto deficito viruso (simian immunodeficiency virus (SIV)) perdavimo tikimybę tarp beždžionių ir gali būti naudojamas kaip modelis tiriant profilaktikos efektyvumą tarp žmonių.

Bandant įvertinti priešekspozicinį ŽIV profilaktikos naudingumą, mokslininkai iškėlę kelėtą problemų. Viena iš jų – ilgalaikis pašalinis vaistų poveikis, kai ŽIV neužsikrėtęs asmuo vartoja juos

ilgus metus – toksinis poveikis inkstams, kaulų tankio sumažėjimas, žaibinio kepenų nepakankamumo tikimybė (171).

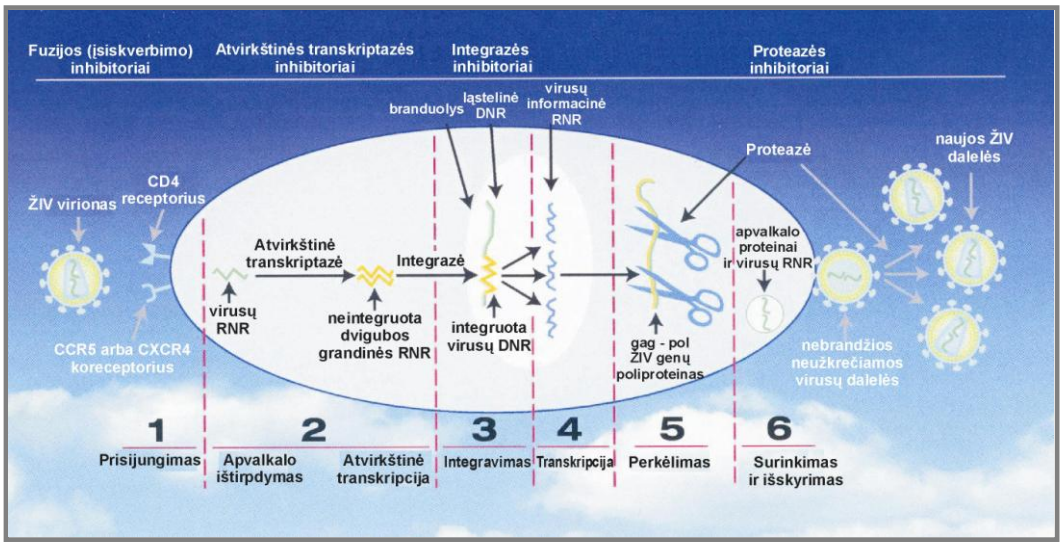
Kita, daug klausimų iškėlusi problema, susijusi su priešekspozicine ŽIV profilaktika – vaistų vartojimo režimo laikymasis ir rezistentiškumas, kas gali apriboti vėlesniam vaisto naudojimui ŽIV ligos gydymui (172). Taip pat manoma, kad tokia profilaktika gali sąlygoti rizikingo elgesio didėjimą (173), nes jei priešekspozicinė profilaktika nėra visiškai efektyvi, tai dalinai saugūs lytiniai santykiai gali padidinti ŽIV infekcijos perdavimo tikimybę (154).

Galima teigti, kad šiuo metu nėra jokių patikimų įrodymų, kurie paremtų bet kokio antiretrovirusinio vaisto naudojimą chemoprofilaktikai (priešekspozicinei ŽIV profilaktikai). Vykdomi moksliniai tyrimai nėra visiškai baigti, o baigtų tyrimų rezultatai nerodo statistikai reikšmingo priešekspozicinės profilaktikos efektyvumo (174).

# 9. ANTIRETROVIRUSINIS GYDYMAS KAIP ŽIV PREVENCIJOS PRIEMONĖ

Gydytojai praktikai ir mokslininkai seniai pripažino, kad **antiretrovirusinis (ARV) gydymas vaidina svarbų vaidmenį ŽIV/AIDS prevencijos srityje**. Šis gydymas dar vadinamas l**abai aktyviu antiretrovirusiniu gydymu (LAAG,** angliškai: *highly active antiretroviral therapy – HAART***)**, kadangi vienu metu skiriami keli, skirtingas viruso dauginimosi grandis stabdantys medikamentai, ir turi visas galimybes sumažinti sergamumą ŽIV (12 paveikslas, 9 lentelė).

12 paveikslas. **ŽIV replikacijos schema ir antiretrovirusinių vaistų veikimas**




*Šaltinis: Merck&Co, 2009.*

9 lentelė. **Antiretrovirusiniai vaistai**

| Nukleozidiniai atvirkštinės transkriptazės inhibitoriai - NATI | Nenukleozidiniai atvirkštinės transkriptazės inhibitoriai NNATI | Protezės inhibitoriai - PI | Fuzijos inhibitoriai | Integrazės inhibitoriai | Koreceptorių antagonistai |
|---|---|---|---|---|---|
| Abakaviras, ABC | Efavirenzas, EFV | Atazanaviras, ATV | Enfuvirtidas ENF | Raltegravira, RAL | Maravirokas, MVC |
| Didanozinas, ddI | Etravirinas, ETR | Darunaviras, DRV | | | |
| Emtricitabinas, FTC | Nevirapinas, NVP | Fosamprenavira s, FPV | | | |
| Lamivudinas, 3TC | | Indinaviras, IDV | | | |
| Stavudinas, d4T | | Lopinaviras/ ritonaviras, LPV/r | | | |
| Tenofoviras, TDF | | Nelfinaviras, NFV | | | |
| Zidovudinas, AZT | | Ritonaviras, RTV | | | |
| AZT+3TC (sudėt. prep.) | | Sakvinaviras, SQV | | | |
| AZT+3TC+ABC (sudėt. prep.) | | Tipranaviras, TPV | | | |
| 3TC+ABC (sudėt.prep.) | | | | | |
| TDF+FTC (sudėt. prep.) | | | | | |
| TDF+FTC+EFV (sudėt. prep.) | | | | | |

Įrodyta, kad ARV gydymas sėkmingai užkerta kelią infekcijos perdavimui iš motinos vaikui, kadangi jį taikant sumažėja ŽIV RNR koncentracija motinos plazmoje (175) ir išsivysčiuose šalyse ŽIV perdavimo iš motinos vaikui atvejai tapo labai reti. ARV gydymas gali sumažinti ŽIV užsikrėtimo riziką lytinių santykių metu tarp turinčių skirtingą serologinį statusą lytinių partnerių porų (diskordantinių porų), kadangi sumažina ŽIV RNR koncentraciją užsikrėtusiųjų kraujyje ir organizmo skysčiuose. Taip pat įrodyta, kad gydymas sumažina ŽIV RNR koncentraciją spermoje, išangėje ir moterų genitaliniame trakte (176). Išsamių tyrimų Ugandoje duomenimis, nebuvo nustatyta užsikrėtimo ŽIV atvejų tarp lytinių partnerių, jei užsikrėtusio partnerio ŽIV RNR lygis kraujo serume buvo mažiau nei 11 00 kopijų/mL (177). Ispanijoje atliktas diskordantinių porų stebėjimo tyrimas parodė, kad pacientų, kuriems taikytas ARV gydymas, lytiniams partneriams ŽIV serologinė konversija neįvyko (178). Skirtingų tyrėjų nuomone, 80% ŽIV plitimo sumažėjimą nulėmė būtent ARV gydymas (178).

Labai aktyvaus antiretrovirusinio gydymo prieinamumo padidėjimas chronologiniu požiūriu sietinas su reikšmingu ŽIV sergamumo sumažėjimu (125). Pavyzdžiui, atlikus populiacijos tyrimą Taivane nustatyta, kad kai ARV gydymas tapo nemokamas, 53 procentais (95% pasikliautinis intervalas (PI) 31–65%) sumažėjo naujų ŽIV atvejų skaičius (179). Atliekant tyrimą rizikingai lytinei

elgsenai įvertinti, buvo pasirinktas susirgimų sifiliu rodiklis, kuris tyrimo metu nepakito. Ugandoje padidėjus gydymo prieinamumui visiems pacientams, kuriems jis reikalingas, ŽIV sergamumas sumažėjo 11,2% (tarpkvartilinis plotis (galimas nuokrypis) 1,8–21,4%) (6). 1995–1998 metais Kanados Britų Kolumbijos valstijoje pradėjus taikyti LAAG metinis naujų ŽIV atvejų skaičius sumažėjo apie 50 procentų ir toliau išlieka stabilus nepaisant pastebimo užsikrėtimo sifiliu atvejų skaičiaus didėjimo (125).

Infekcinių ligų valdyme svarbi antrinė ir tretinė profilaktika – „**gydymas kaip prevencijos priemonė“. Tretinė prevencija (profilaktika)** – visuma priemonių, kuriomis siekiama sustabdyti įsisenėjusios ligos progresavimą, išvengti invalidumo ir pegerinti gyvenimo kokybę (36, 37). Pavyzdžiui, plaučių tuberkuliozės ir recidyvuojančio lytinių organų herpeso gydymas užkerta kelią ligos progresavimui ir sumažina ligos perdavimo riziką (180). Kritikai įrodinėja, kad plačiai taikomas antiretrovirusinis gydymas neturės jokio prevencinio poveikio dėl sparčiai didėjančios nesaugios elgsenos, keliančios riziką užsikrėsti ŽIV. Šią nuomonę patvirtina ir ekologinio tyrimo rezultatai, rodantys, kad plačios galimybės gauti šį gydymą tarp vyrų, lytiškai santykiaujančių su vyrais, nesumažina ŽIV sergamumo, ir kad jis yra sietinas su labai rizikinga elgsena (181, 182, 183). Ir vis dėlto metaanalizė, kuria buvo siekiama įvertinti, kokį poveikį ARV gydymas daro lytinei elgsenai, neparodė, kad tarp žmonių, kuriems taikomas gydymas, būtų labiau paplitusi rizikinga elgsena (šansų santykis yra 0,92, 95% PI 0,65–1,31) (184).

Plačiai pripažįstama, kad ŽIV užsikrėtę žmonės turi būti raginami pradėti gydymą tik tuo atveju, kai jis reikalingas klinikiniu požiūriu. Kartais infekcijos simptomai pasireiškia ūmioje ŽIV infekcijos stadijoje. Tačiau daugumai ŽIV užsikrėtusių pacientų klinikiniai ligos simptomai atsiranda po keletos metų po užsikrėtimo, kada pradeda intensyvėti viruso dauginimasis ir blogėti imuninės sistemos būklė. Išsivyssčius simptominei ligai visada rekomenduojamas ARV gydymas. **Didesnis labai aktyvaus antiretrovirusinio gydymo prieinamumas padės sumažinti su AIDS susijusį sergamumą bei mirštamumą ir naujų ŽIV infekcijos atvejų skaičių.**

Taip pat buvo susirūpinta ir iškelta prielaida, kad ARV gydymas, kaip papildoma prevencijos priemonė, gali sukelti populiacijoje viruso atsparumą vaistams ir taip sumažinti prevencinį ARV gydymo veiksmingumą ŽIV perdavimo atžvilgiu.

Visuomenės sveikatos specialistai įspėja, kad **atsparumas antiretrovirusiniams vaistams pavojingai didėja** ir gydyti ŽIV infekciją tampa vis sunkiau. Anglijoje atlikto tyrimo rezultatai rodo (dalyvavo 4500 ŽIV užsikrėtusių pacientų), kad po dvejų įprasto gydymo metų, skiriant mažiausiai trijų antiretrovirusinių vaistų derinį, 10% atvejų virusas tampa atsparus bent vienam iš vaistų. Po šešerių gydymo metų 27% atvejų virusas tampa atsparus bent vienam iš vartojamų vaistų (185). Daugiausia rūpesčių kelianti tendencija – ARV atsparių ŽIV štamų atsiradimas kelioms ARV vaistų grupėms. Toks atsparumas kelioms dažniausiai vartojamų vaistų grupėms (nukleozidiniams atvirkštinės transkriptazės inhibitoriams, nenukleozidiniams atvirkštinės transkriptazės inhibitoriams ir proteazės inhibitoriams) atsiranda vienam iš 25 ŽIV užsikrėtusiųjų, ir nors kai kurie antiretrovirusiniai vaistai gali mažinti virusų krūvį šių pacientų organizme, gydymo prognozės žymiai blogesnės nei tais atvejais, kai atsparumas vaistams nepasireiškia. Vienu iš penkių naujų ŽIV infekcijos atvejų atsparumas pasireiškia bent vienam iš ARV, ir **tai reiškia, kad šie žmonės užsikrėtė nuo asmens, kuris vartoja antiretrovirusinius vaistus**. Todėl **ypač svarbu dar labiau skatinti elgesio pokyčius**.

Optimizmo teikia tai, kad populiacijos dinamikos tyrimas, taikant matematinio modeliavimo galimybes, leidžia daryti prielaidą, kad plačios galimybės taikyti gydymą gali būti siejamos tik su labai nedidelio atsparumo vaistams populiacijoje tikimybe ir gali turėti labai ribotą neigiamą poveikį ŽIV perdavimui (126). Be to, tyrimai taip pat rodo, kad vaistams atsparių viruso padermių perdavimo tikimybė tarp skirtingo serologinio statuso porų tampa mažesnė negu laukinio tipo viruso padermių (186).

Šveicarijos nacionalinė AIDS komisija neseniai pareiškė, kad **ŽIV užsikrėtę žmonės, kuriems taikomas labai aktyvus antiretrovirusinis gydymas ir kurių organizme neaptinkamas viruso krūvis bei jie neserga kitomis lytiškai plintančiomis infekcijomis, nekelia ŽIV infekcijos perdavimo pavojaus** (187).

**Taigi, labai aktyvus biologinis antiretrovirusinio gydymo poveikis ŽIV perdavimui įrodytas stebint pacientus. Platus gydymo prieinamumas pacientams su ligos požymiais padės sumažinti su AIDS susijusį sergamumą bei mirštamumą, taip pat naujų ŽIV atvejų skaičių. „Gydymas kaip pagalbinė prevencijos priemonė” yra veiksminga visuomenės sveikatos strategija.**

10 lentelė. **Galimos problemos ir laimėjimai atsivėrus plačiam labai aktyvaus antiretrovirusinio gydymo prieinamumui žmonėms su atsiradusiais infekcijos požymiais (188)**

| Galimos problemos | Galimi laimėjimai |
|---|---|
| ŽIV statuso nežinojimas tarp užsikrėtusiųjų. | Sumažėjęs su AIDS susijęs sergamumas. |
| Plačiai taikomos naujoviškos strategijos pažeidžiamoms ir sunkiai pasiekiamoms populiacijoms. | Sumažėjęs su AIDS susijęs mirštamumas. |
| Padidėjusi rizikinga elgsena tarp gaunančiųjų ARV gydymą (pvz., gydymo teikiamas optimizmas, riziko kompensacija). | Sumažėjęs naujų ŽIV atvejų skaičius. |
| Nedrausminga terapinė disciplina (gydymo režimas) | Sumažėjęs ŽIV paplitimas ateityje |
| Padidėjęs atsparumas vaistams ir neefektyvus poveik | Sumažėjusios sveikatos priežiūros išlaidos tarpi laikotarpiu ir ateityje. |
| Padidėjusios trumpalaikės sveikatos priežiūros išlaid | Sutaupytos sveikatos priežiūros išlaidos dėl sumažėjusio ŽIV infekcijų skaičiaus. |

## 9.1. ŽIV užsikrėtusių asmenų įtraukimas į sveikatos priežiūros sistemą

**Nežinodami, ar yra užsikrėtę ŽIV, pacientai nesikreips į sveikatos priežiūros įstaigas ir nebus gydomi, todėl gali toliau platinti ligą**. JAV beveik pusei pacientų infekcija nustatoma vėlai, ŽIV ligai gerokai pažengus, AIDS jiems diagnozuojamas po metų, nustačius ŽIV infekciją (189). Ketvirtadalis asmenų, kuriems nustatoma ŽIV infekcija, negauna reikiamų sveikatos priežiūros paslaugų (190), todėl tik 56% pacientų, kuriems pagal JAV galiojančius nuostatus turėtų būti skiriami antiretrovirusiniai vaistai, juos gauna. Tai pasibaisėtina statistika prisimenant, kad nuo gydymo priklauso gyvenimo trukmė (191).

Britų ŽIV Asociacijos (*British HIV Association*) 2006 m. atliktas tyrimas parodė, kad 24% ŽIV užsikrėtusių asmenų **mirties priežastimi buvo per vėlai nustatyta ŽIV diagnozė (192)**. Be to, buvo nustatyta, kad **daugelis šių mirusių asmenų buvo neseniai stebėti sveikatos priežiūros specialistų, bet ŽIV tyrimas jiems nebuvo atliktas** (193). Nacionaliniai stebėjimo duomenys Jungtinėje Karalystėje rodo, kad maždaug vienas trečdalis visų ŽIV užsikrėtusių suaugusių lieka nediagnozuoti (194) ir kad maždaug 25 procentai naujai diagnozuotų asmenų turi CD4 mažiau kaip 200 ląstelių (vėlyvos diagnozės rodiklis).

**Lietuvoje tik 3,9% pacientų ŽIV infekcija nustatoma vėlyvoje ligos stadijoje (AIDS)** ir tik 5,85% naujai ŽIV diagnozuotų asmenų CD4 ląstelių skaičius yra mažesnis nei 200/mm$^3$. (195) **Tokie teigiami rezultatai pasiekti dėka gerai koordinuotų prevencijos ir gydymo veikmų šalyje.**

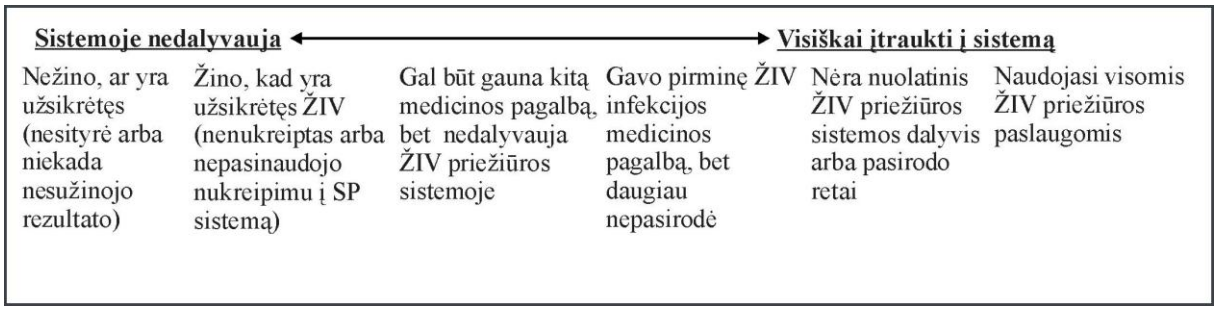
Vėlyva ŽIV infekcijos diagnozė yra susijusi su padidėjusiu mirtingumu ir sergamumu (194), bei susilpnėjusiu atsaku antivirusiniam gydymui (196). Be to, visuomenės sveikatos perspektyvos ir ŽIV statuso žinojimas yra susijęs su nesaugaus elgesio mažėjimu (35), todėl numatoma, kad **ankstyva diagnozė sumažins ŽIV plitimą** (187).

Tarptautinė lytiškai plintančių ligų sąjunga (*IUSTI*) kartu su Pasauline sveikatos organizacija savo 2008 m. parengtoje Europos ŽIV tyrimų rekomendacijoje siūlo dėl ŽIV tirti visus, dermatovenerologinių ir lytiškai plintančių ligų priežiūros paslaugas teikiančių medicinos įstaigų, pacientus nuo 16 metų amžiaus. Rekomendacijoje numatoma galimybė taikyti visuotino pacientų tyrimo principą kitose medicinos įstaigose, priklausomai nuo sveikatos būklės bei socialinių ir epidemiologinių sąlygų (197). Žinoma, pacientams paliekama teisė atsisakyti tyrimo ir reikalaujama užtikrinti konfidencialumą bei paaiškinti pacientams tyrimo esmę.

JAV ligų kontrolės centras 2006 m. išleido naujas ŽIV tyrimų rekomendacijas, kuriose reikalaujama visus pacientus tirti dėl ŽIV (198). Šiame ambicingame užsikrėtimo atvejų paieškos plane numatoma, kad medikai įtrauktų asmenis, kuriems diagnozuojama ŽIV infekcija, į sveikatos stebėsenos sistemą, kad šie galėtų pasinaudoti šiuolaikinio ŽIV gydymo teikiamais privalumais. Pats

**terminas „įtraukimas“ į sveikatos priežiūros (SP) sistemą apibūdina visą spektrą paslaugų,** pradedant nuo pirminės diagnozės ir baigiant įtraukimu į sistemą (13 paveikslas). Pacientai gali judėti abiem šio spektro kryptimis. Kai kuriais atvejais dalyvaujantieji sveikatos priežiūros programoje gali iš jos „iškristi“ keliems mėnesiams ar metams (199, 200).

13 paveikslas. **Įtraukimo į sveikatos priežiūros sistemą etapai**




Nors pastarąjį dešimtmetį mokslininkai labai daug dėmesio ir lėšų skyrė gydymo antiretrovirusiniais vaistais tyrimams, tačiau nedaug tyrimų buvo atlikta veiksniams, skatinantiems naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis, tirti. Mažai tirtos ir priežastys, kodėl pacientai nesinaudoja visomis sveikatos priežiūros ir slaugos paslaugomis arba jomis naudojasi ne visada. Trūksta duomenų apie problemos mastą. Šiuo metu atliekami tyrimai rodo, kad, pagal Maslovo poreikių hierarchiją, maistas, pastogė ar kiti būtini poreikiai pacientui gali būti svarbiau už sveikatos priežiūrą (201, 202). **Vienas iš kokybiškų valdymo programų elementų turėtų būti pacientų, tiek naujų, tiek stebimų ilgą laiką, išlaikymas sveikatos priežiūros sistemoje** (203). Pacientų išlaikymo sistemoje sėkmė priklauso nuo eilės faktorių. Nuo ARV vaistus vartojančių pacientų rasinių ir lytinių skirtumų bei narkotinių medžiagų vartojimo priklauso, ar pacientai pasirodo sveikatos priežiūros įstaigoje medicinos darbuotojų skirtu laiku (204, 205, 206). Pasiekus, kad mažai paslaugų gaunantys pacientai nuolat dalyvautų sveikatos sistemoje, gali sumažėti ARV vaistų vartojimo ir kitų ŽIV paslaugų skirtumai.

**Lietuvos AIDS centro duomenimis, apie 70 poc. visų registruotų ŽIV užsikrėtusiųjų Lietuvoje kreipėsi į sveikatos priežiūros įstaigas dėl imunologinės būklės įvertinimo.**

**Didėjant ŽIV užsikrėtusių pacientų, kuriems sveikatos priežiūros paslaugos mažai prieinamos, skaičiui reikia protingai investuoti ir organizuoti šių pacientų sveikatos priežiūrą**. Veiksminga, kai šie **pacientai įtraukiami į sveikatos programas ŽIV tyrimo metu, kai suteikiama konsultacinė pagalba prieš ir po ŽIV tyrimo** (203).

Viena šių priemonių – **antiretrovirusinis gydymas**. Tyrimai parodė, kad diagnozavus ŽIV infekciją pacientui, ir šiam atvykus į medicinos įstaigą dar 2 kartus, gerokai padidėja tikimybė įtraukti jį į sveikatos programą ir išlaikyti joje (207). **Narkotikus vartojantys asmenys mažiausiai lankėsi gydymo įstaigose.** Šie ir kiti tyrimai (208, 209) liūdija, kad atvejo valdymas padeda kai kuriems pacientams, bet reikia dirbti toliau siekiant **padidinti pasiliekančių sveikatos priežiūros sistemoje pacientų skaičių, ir pasiekti nelegalių narkotikų vartotojus**. Be to, pasiekus, kad pacientai peržengtų SP įstaigos slenkstį vieną kartą, dar negalima būti tikram, kad jie pasirodys antrąjį. **Pacientus reikia įtraukti į sveikatos priežiūros sistemą pirmojo vizito metu, jei norima, kad jie ateitų dar kartą.**

Nors SP įstaigų bendradarbiavimas dažnai padeda atsekti savo pacientus, jiems išlaikyti reikia pastangų. **„Žemo slenksčio“ bei „Mobiliųjų paslaugų“ koncepcija ir įvairių formų nuorodos padeda klientams susigaudyti sudėtingoje sveikatos priežiūros bei socialinių paslaugų sistemoje ir gauti reikiamą pagalbą. Darbas gatvėje ir lygiųjų grupės narių (angl. *Peer group*) bei nevyriausybinių organizacijų pagalba gali būti ypač naudinga**. Pavyzdžiui, kai iš anksto žinomas pacientui skirtas susitikimo laikas, padedama suprasti vizito metu gautą informaciją, mokoma įveikti sveikatos priežiūros kliūtis. Tokiu būdu ne tik dirbama su asmenimis, kurių nėra SP sistemoje, bet ir padedama joje išlaikyti naujai įtrauktus pacientus – tiek tuos, kuriems diagnozė nustatyta neseniai, tiek tuos, kurie grįžta į SP įstaigą po ilgos pertraukos. **Įvertinę paciento iškritimo iš SP sistemos laipsnį, galime daugiau dėmesio skirti labiau pažeidžiamiems**. Pavyzdžiui, Kauno gėjai, Klaipėdos jūreiviai, Vilniaus narkomanai, prostitucija besiverčiančios moterys ar romai gali susidurti su visai

kitokiomis kliūtimis į kurias būtina atsižvelgti. Reikiamų paslaugų spektras, kaip ir priemonės išlaikyti juos SP sistemoje, taip pat gali labai skirtis. **Lengviau išlaikyti SP sistemoje pacientus, dalyvaujančius atvejo valdyme, bei tuos, kurie naudojasi transporto, psichinės sveikatos, priklausomybės gydymo ir kitomis paslaugomis** (107, 210, 211). Priemonės, padedančios pacientams užmegzti ir palaikyti gerus santykius su medikais (212, 213, 214, 215, 216) ir jų žinių apie ŽIV infekciją gerinimas bei pagalba atsikratant neigiamų sveikatos pažiūrų (200, 217), padeda siekti geresnių rezultatų.

## 9.2.Veiksniai, susiję su antiretrovirusinio gydymo skyrimu

Teisingai vartojami antiretrovirusiniai vaistai pagerina ŽIV infekuotų pacientų išgyvenimo galimybes. **ŽIV jau galime traktuoti ne kaip neišvengiamai mirtiną, bet gerai valdomą lėtinę, bet dar neišgydomą ligą** (218, 219, 220). Tačiau ne visi pacientai, kuriems pagal klinikinius požymius turėtų būti skiriamas ARV gydymas, jį gauna. Neturintiems sveikatos draudimo ir stigmatizuojamiems didelės rizikos grupių atstovams, ypač narkotikų vartotojams, gydymas gali būti prieinamas sunkiau. Siekiant pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, nuo 2003 metų Lietuvoje visi, sergantys žmogaus imunodeficito viruso (ŽIV) liga ar viruso nešiotojai, draudžiami valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu.(221)

Įvairūs tyrimai JAV (222, 223) ir Europoje (224, 225, 226, 227) patvirtina, kad, nepaisant įrodytos gydymo naudos, apie 25% naujų pacientų, kurie pagal klinikinius požymius turėtų gauti ARV gydymą, jo negauna.

Duomenys rodo, kad pacientams su didesniu CD4 ląstelių skaičiumi ARV buvo taikomas rečiau, tai reiškia, kad spręsdami, kada pradėti gydymą, gydytojai vadovavosi imuninės sistemos funkcionavimo rodikliu, o štai viruso koncentracija dažniausiai nėra ARV gydymo skyrimo rodiklis. Nors gydymo klinikinė nauda labiausiai išryškėja skiriant jį pacientams su žemesniu CD4 ląstelių skaičiumi, tačiau, vadovaujantis naujausiomis rekomendacijomis, siūloma pradėti gydymą kuo anksčiau (228, 229) Taigi, kai kurie pacientai galėjo negauti HAART dėl ribotos numanomos naudos.

ŽIV užsikrėtęs pacientas turi būti stebimas sveikatos priežiūros specialistų visą gyvenimą. Jam 2–4 kartus per metus atliekami brangūs imunologiniai ir virusologiniai tyrimai.Vieno tokio paciento laboratorinė priežiūra kainuoja nuo 2000 iki 3000 LT per metus (priklauso nuo to, ar pacientas gauna ARV gydymą, ar ne).

Įvairūs tyrimai rodo, kad švirkščiamųjų narkotikų vartotojai (219, 222, 224, 225, 226, 230, 231, 232), etninių grupių atstovai (230, 232, 233, 234) ir moterys (235, 236, 237) gauna antivirusinį gydymą rečiau, nors kai kurie duomenys yra prieštaringi (219, 224, 225, 230, 231, 233, 238). Tarp negavusių gydymo, daugiausia buvo pacientai, praleidę daugiau nei du vizitus pas gydytoją, ir kurių CD4 ląstelių skaičius nebuvo <200 $mm^3$ arba viruso koncentracija $\geq 10^5$ kopijų/mL. **Daugiau nei pusė pacientų, kurie niekada negavo ARV, nebegrįžo į ligoninę po pirmojo vizito pas gydytoją. Ambulatorinės priežiūros vengimas ir prasta disciplina lankantis pas gydytoją – svarbiausios kliūtys ARV gydymui**. Prasta disciplina lankantis pas gydytoją turi ryšio su mažesne virusologinės supresijos tikimybe tarp pacientų, kurie gauna gydymą (239, 240). Tai siejama su mažesne tikimybe, kad ARV gydymas bus skirtas švirkščiamų narkotikų vartotojams (241). **Narkotinių medžiagų vartojimas yra susijęs su vizitų pas gydytoją praleidimu – su nepaskirtu antivirusiniu gydymu.** Kadangi narkotinių medžiagų vartojimas trukdo laikytis terapinės disciplinos (242), gali būti tikslinga nukreipti narkotinėmis medžiagomis piktnaudžiaujančius pacientus į priklausomybės gydymo programas ir atidėti ARV gydymą (243, 244, 245). Pavyzdžiui, Lietuvoje 2007 metais ARV gydymą nutraukė 7 pacientai (visi jie užsikrėtė ŽIV vartodami švirkščiamuosius narkotikus).

## 9.3. Lietuvos AIDS centro ambulatorinės priežiūros skyrius

Lietuvoje iš visų ŽIV užsikrėtusių pacientų, gavusių ARV gydymą 2008 metais, apie 40% buvo švirkščiamųjų narkotikų vartotojai (buvę arba esami).

Pusė antivirusinio gydymo negavusių pacientų po pirmojo vizito pas gydytoją į kliniką negrįžo. Iš viso 13,6% pacientų po pirmojo vizito pas gydytoją daugiau nebeatėjo ir dar 30,8% pacientų praleido

daugiau kaip du vizitus per 6 mėnesius, tai rodo, kad **sveikatos priežiūros paslaugų teikimas yra sudėtingas ir dinamiškas procesas,** kurio rezultatas jokiu būdu nėra nulemiamas tik tą akimirką, kai pacientas kreipiasi SP paslaugų. **Dabartinė kovos su ŽIV plitimu strategija siekia visus ŽIV užsikrėtusius pacientus įtraukti į sveikatos priežiūros programas, suteikiant jiems švietimo ir gydymo paslaugas** (149). Žinoma, pacientams, kuriems diagnozuota infekcija ir kurie nori dalyvauti priežiūros programoje ir neketina iš jos pasitraukti, būtina intensyvi parama. Tyrimai nustatė ryšį tarp ARV vaistų vartojimo ir paslaugų teikėjo turimos patirties (231, 235, 246, 247).

**Antivirusinio gydymosi disciplina** reiškia, ar pacientas naudoja vaistus:

- tomis dozėmis, kaip paskirta,
- tokiu laiku, kaip paskirta,
- tokiu būdu, kaip paskirta.

Gydymo sėkmei didelę įtaką turi griežtas vaistų vartojimo rėžimo laikymasis. Ilgalaikio virusologinio atsako galima tikėtis, jei pacientas suvartoja 95% paskirtų vaistų. Jei kalbame apie dviejų paros dozių gydymo rėžimą, tai reiškia, kad galima užmiršti pavartoti ne daugiau kaip 2–3 vaistų dozes per mėnesį (248). **Jei pacientas niekada neužmiršta išgerti jam paskirtų vaistų - sėkmė beveik užtikrinta.** Teisingai vartojant ARV **gydymas tampa prevencija** – t. y. sumažėja viruso atsparumo išsivystymo tikimybė ir sumažėja viruso koncentracija organizme (viruso krūvis), ko pasekoje sumažėja ir tikimybė perduoti virusą kitam asmeniui.

**Sveikatos priežiūros įstaigos turėtų dėti daugiau pastangų, kad pritrauktų ir išsaugotų pacientus,** taip pat toliau turi būti vykdomi tyrimai, siekiant išsiaiškinti, kokios egzistuoja kliūtys skirtingoms gyventojų grupėms gauti gydymą. **Vizitų pas gydytoją praleidimas ir dažnai pasitaikantis ambulatorinės priežiūros vengimas,** stebėtas tuo laikotarpiu, kai pacientai tik pradeda gauti priežiūros paslaugas, rodo, kad tai kritinis etapas pacientų priežiūros srityje, kuris reikalauja tolesnio tyrimo (206). **Dažnesnis bendravimas su atvejų vadybininkais didina galimybę gauti paramos paslaugas, sveikatos priežiūros įstaigoje pasilikusių gydytis ir ARV gydymą gaunančių pacientų skaičių** (209, 249, 250).

**Epidemijai toliau plintant tarp gyventojų grupių, kurių socialinė padėtis yra nepalanki, labai svarbu padidinti besikreipiančių ir pasilikusių gydytis SP įstaigoje pacientų skaičių ir pagerinti jų gydymą taikant tokias priemones, kaip intensyvus atvejo valdymas, socialinė parama ir informavimas apie ligą, kuria pacientas serga**.

Atsižvelgiant į su ŽIV gyvenančių žmonių ypatumų ir poreikių įvairovę atsirado būtinybė **vystyti daugiafunkcinės ŽIV priežiūros komandos modelį**, kuris šiuo metu tapo standartiniu ir pripažintu tarptautiniu mastu. **Jis labai skiriasi nuo kitų infekcinių ligų priežiūros metodų** (211).

Čikagoje atlikto tyrimo metu buvo nustatyta, kad pacientai, naudojęsi atvejo valdymo paslaugomis žymiai dažniau naudojosi bet kuriomis sveikatos priežiūros paslaugomis ir dažniau lankėsi gydymo įstaigoje nei pacientai, kuriems tokios paslaugos nebuvo teikiamos. Jaunesni pacientai ir pacientai mokantys už paslaugas bei švirkščiamųjų narkotikų vartotojai buvo mažiau linkę lankytis nuolat. Žymiai dažniau visomis paslaugomis naudojosi moterys. Geriausi rezultatai buvo būdingi pacientams, kuriems reikėjo visų paslaugų ir kurie jas gavo. Tyrėjai padarė išvadą, kad **teikiamos atvejo valdymo paslaugos gerokai pagerino pirminės ŽIV sveikatos priežiūros prieinamumą ir paskatino nuolat naudotis pirminės ŽIV sveikatos priežiūros paslaugomis.** Tyrimas patvirtino ŽIV priežiūros daugiafunkcinės komandos modelio veiksmingumą ir parodė, kad **sveikatos paslaugas derinant su pacientų svarbiausiais poreikiais galima pasiekti geresnės sveikatos priežiūros ir pagerinti sveikatos būklę** (211).

Siekiant palaikyti pastarojo dešimtmečio ŽIV priežiūros pažangą ir toliau gerinti rezultatus, **sveikatos priežiūros paslaugas reikia nuolat derinti su ŽIV gyvenančių žmonių kintamais poreikiais ir nuolat kintama ŽIV gydymo praktika** (211).

Įvertindami tai, **Lietuvos AIDS centro ambulatorinės priežiūros skyriuje teikiame prieinamas ir priimtinas paslaugas tiek ŽIV infekuotiems, tiek rizikos grupių asmenims, kurie dažnai yra nedrausti, todėl negali gauti paslaugų kitose sveikatos priežiūros įstaigose**. Čia pacientui užtikrinamas konfidencialumas, paciento paslapties išsaugojimas ir duomenų apsauga.

Pagal LR teisės aktus (pagal galiojančias medicinos normas arba pareiginius nuostatus) (251, 252, 253), siekiant padidinti paslaugų prieinamumą, ŽIV ligą gali gydyti ne tik infektologai, bet ir kitų

specialybių gydytojai: dermatologai, urologai, vidaus ligų gydytojai. **ŽIV ligos gydymas yra decentralizuotas ir pacientas gali pasirinkti gydytoją bei sveikatos prieziūros įstaigą, kurioje norėtų gauti pagalbą.** Pateiktoje lentelėje matyti, kad dauguma renkasi LAC teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas. Svarbu tai, kad III lygio infektologo konsultacijų įkainiai yra 7 kartus aukštesni, nei LAC.

11 lentelė. **2008 metais ŽIV infekuotiems asmenims suteikos konsultacijos**

| Sveikatos priežūros įstaiga | Konsultacijų skaičius |
|---|---|
| LAC | 589 |
| Klaipėdos universitetinė ligoninė | 230 |
| Kauno II klinikinė ligoninė | 101 |
| RTIUL | 150 (iš jų – 91 dėl TB) |
| Šiaulių apskrities ligoninė | 65 |

Vien 2008 metais LAC ambulatoriniame skyriuje suteikta 11503 konsultacijos rizikos grupių asmenims, iš kurių dauguma yra nedrausti ir kitur sveikatos priežiūros paslaugų gauti negali.

12 lentelė. **2008 metais LAC ambulatoriniame skyriuje suteiktos konsultacijos**

| Rizikos grupės | Konsultacijų skaičius |
|---|---|
| Konsultaciniame kabinete dėl ŽIV ir kitų ligų | 826 |
| Anoniminiame kabinete – dėl LPI/ŽIV | 3845 |
| Švirkščiamųjų narkotikų vartotojams | 3492 |
| Seksualines paslaugas teikiantiems asmenims | 1567 |
| Vyrams, turintiems lytinių santykių su vyrais | 1773 |

**LAC anoniminis kabinetas – vienintelė vieta šalyje, kur teikiamos nemokamos paslaugos didelės rizikos ŽIV užsikrėsti galintiems asmenims. 2008 metais net 40% visų registruotų gonorėjos, 30% chlamidiozės, 22% sifilio atvejų Vilniaus mieste buvo išaiškinta šiame kabinete.**

Europos CDC renka ne tik epidemiologinius, bet ir klinikinius duomenis. Toks informacijos teikimas galimas tik turint įstaigą, apjunginačią kompleksines paslaugas: prevencijos, epidemiologinės priežiūros, diagnostikos ir gydymo. Kas sėkmingai įgyvendina LAC.

# 10. REGULIUOJAMASIS BENDROSIOS PRAKTIKOS GYDYTOJO VAIDMUO

Bendrosios praktikos gydytojo vaidmuo, prižiūrint ŽIV užsikrėtusių ir AIDS sergančių žmonių sveikatą, labai sudėtingas, nes pati liga yra labai įvairialypė. Ligai progresuojant pasitaiko įvairių sveikatos būsenų, kurioms gydyti būtina BPG kvalifikacija. BP gydytojai turi žinių ir įgūdžių, kaip prižiūrėti pacientus, sergančius įvairiomis lėtinėmis ligomis, kuriems būtinas nuolatinis gydymas, priežiūra ir parama. Specifinės ŽIV infekcijos ir AIDS medicinos žinios greitai keičiasi ir BP gydytojui, turinčiam vieną ar du tokius pacientus, sunku sekti naujausių mokslo pasiekimų. Todėl naudinga būtų prižiūrėti tokius pacientus konsultuojantis su AIDS specialistais.

**Keturi bendrosios praktikos medicinos principai** (64):

1. **Gydytojo ir paciento santykiai svarbiausi BPG darbe:** lėtinių ligų bei sudėtingus sveikatos ir psichosocialinius klausimus geriau pavyksta spręsti bendrosios praktikos medicinai;
2. **Bendrosios praktikos gydytojas yra patyręs praktikas, visų sričių žinovas:** diagnozuojant retas ligas arba dažnas ligas su neįprastais požymiais dažnai reikia BP gydytojo įgūdžių, žinių ir įžvalgumo;
3. **BP gydytojas – savo pacientų autoritetas.** Tai ypač paranku ŽIV prevencijos ir tyrimo srityje, nes BP gydytojas geriausiai pažįsta kiekvieną šeimą;
4. **BP medicina yra bendruomenės dalykas:** žinios ir jų propagavimas, paslaugos ir parama ŽIV užsikrėtusiems, AIDS pacientams, geras bendruomenės, kurioje pacientas gyvena ir dirba, pažinimas ir pacientų gydymas, ypač svarbus teikiant priežiūrą ŽIV užsikrėtusiems asmenims ir jų artimiesiems.

Daugelis BP gydytojų, susidūrę su savo pirmu ŽIV užsikrėtusiu ar AIDS sergančiu pacientu, labai išsigąsta, sunerimsta, susijaudina dėl patirties stokos. Bet BP gydytojai kasdien patenka į situacijas, kai trūksta išsamių klinikinių žinių ir specifinių įgūdžių, tačiau jie bendradarbiaudami su specialistais gali padėti ir paremti tokius pacientus. ŽIV užsikrėtusio ir AIDS paciento priežiūra dažnai lyginama su vėžiu sergančio paciento priežiūra ir įvairiais šios ligos aspektais.

Jei AIDS centras ar specialistai toli, ypač svarbu, kad BP gydytojas būtų lengvai pasiekiamas ir profesionaliai patartų. Jo dalyvavimas stebint ŽIV užsikrėtusio paciento sveikatos būklę tampa svarbia paciento priežiūros dalimi. Mažuose miesteliuose ar kaimo vietovėse, kur nėra specialistų ir laboratorinių galimybių, šeimos gydytojui tenka atlikti gerokai daugiau funkcijų: reguliariai stebėti pacientus, padėti koordinuoti laboratorinius tyrimus (mėginių ėmimas, jų siuntimas ištyrimui). Dideliuose miestuose tai dažniau atlieka specialistai. Šeimos gydytojo vaidmuo svarbesnis padedant pacientui spręsti įvairius psichologinius bei socialinius klausimus ir laikytis terapinės disciplinos.

Kai kurie pacientai baiminasi prisipažinti savo BP gydytojui, kad yra užsikrėtę ŽIV. Deja, dar ir šiuo metu būgštavimai, kad medicinos personalas paskleis žinią apie ŽIV infekciją, ir socialinės atstumties baimė, aplinkiniams sužinojus apie ligą, dažnai yra pagrįsti.

Pacientas gali savo diagnozės nepranešti bendrosios praktikos gydytojui, tai daugiausia lemia paciento pasitikėjimas gydytoju ir konfidencialumo užtikrinimas. Tačiau informuoti savo gydytoją apie užsikrėtimą ŽIV būtų naudinga, siekiant užtikrinti gerą sveikatos priežiūrą pagal esamą sveikatos būklę. Viena vertus, BP gydytojas gali nuolat rūpintis pacientu, šiam susirgus ūmiomis, su ŽIV infekcija nesusijusiomis ir kitomis dažniausiai pasitaikančiomis ligomis. Kita vertus, gali prireikti BP gydytojo pagalbos, gydant su ŽIV infekcija susijusias ligas. Abiem atvejais būtina bendradarbiauti su AIDS centru ar specialistais ir žinoti paciento sveikatos būklę bei turėti žinių apie taikomą gydymą.

Sėkmingiausiai gydytojo santykiai su pacientu klostosi, jei jie grindžiami akivaizdžiu, bet labai dažnai pamirštamu faktu, kad kiekvienas pacientas yra individualybė (253). Dar svarbiau prisiminti šį faktą prižiūrint ŽIV infekcija užsikrėtusį asmenį, kuris sprendžia ne tik medicinines problemas, susijusias su mums dar mažai žinoma liga, bet ir susiduria su daugybe ją lydinčių psichologinių ir ekonominių veiksnių, kurių ignoruoti mes tiesiog negalime. Artimiau pažindami pacientą, turime daugiau šansų įgyti jo pasitikėjimą, be kurio neįsivaizduojami produktyvūs žmonių santykiai (10), ir daugiau šansų, kad pacientui pavyks sėkmingai įgyvendinti **virologinio, imuninio ir klinikinio gydymo tikslus** – šventąją antivirusinės terapijos trejybę.

Gydymą antiretrovirusinais vaistais (ARV) galima pradėti tik tada, kai pacientas yra tam pasirengęs. Dažniausia specialistų praktikų (ar įvairių nevyriausybinių organizacijų, farmacinių kompanijų lobistų) klaida yra ta, kad jie rekomenduoja pacientui pradėti gydymą antiretrovirusiniais vaistais tada, kai jis tam dar nėra pasirengęs. Nuspręsti, kad pacientui reikalinga antiretrovirusinė terapija yra ne tik svarbus bet ir labai atsakingas žingsnis. Dažnai toks sprendimas nuskamba pacientui kaip nuosprendis – jį staiga užgriūva baisi realybė, – jis infekuotas ŽIV. Ši terapija reikalauja daugeliui sunkiai įsivaizduojamo atsidavimo gerti dideles dozes vaistų, kurių dažnai nesinori gerti, laikytis medikamentinio režimo, kai klaidos ir aplaidumas neatleidžiama.

Prieš skirdami antiretrovirusinį gydymą apgalvokime visus privalumus ir trūkumus. Iš pirmo žvilgsnio ši mintis gali pasirodyti keistoka. Juk kalbame apie infekcinį susirgimą ir intuicija mums kužda, kad kvaila laukti, kol infekcija paūmės (nesiimti jokių medikamentinių priemonių infekcijai slopinti). Dabartinis antiretrovirusinis gydymas turi nemažai trūkumų, kurie neleidžia mums skubėti. Gydytojas praktikas turėtų įvertinti visus antiretrovirusinio gydymo privalumus ir trūkumus ir skirti jį tik apsvarstęs, kas geriau konkrečiam pacientui – pradėti gydymą anksčiau ar kiek palūkėti.

Pacientas turi tikėti, kad gydymas išgelbės jo gyvybę. Tikėjimo išgyti tema retai diskutuojama (266). Daugeliui pacientų antiretrovirusinio gydymo ankščiau ar vėliau prireiks. Svarbu, kad pacientui paskyrus gydymą, jis neabejotų, jog šis gydymas padės jam gyventi beveik normalų gyvenimą. Svarbu tai, kad jis tikėtų, jog gydymas išgelbės jo gyvybę.

Niekada nesakykime „visada“! Sakydamas pacientui, kad nuo šiol šis visada privalės vartoti vaistus, gydytojas sugniuždo pacientą. Kalbant su pacientu, psichologai siūlo vartoti ne tokius bauginančius žodžius, pvz., kad jis turės vartoti vaistus „kurį laiką“ ar „neapibrėžtą laiką“. Taip pat patartina akcentuoti, kad efektyvi terapija antiretrovirusiniais vaistais neleis nusilpti organizmui ir pacientas gerai jausis.

Kada pacientui rekomenduoti gydymą antiretrovirusiniais vaistais, gydytojas sprendžia vadovaudamasis savo patirtimi, gydymo rekomendacijomis bei naujausia informacija. Ir vis dėlto, nors mums, kaip specialistams praktikams, kartais akivaizdu, kad pacientas turi nedelsiant pradėti gydytis, sprendimą daro pacientas (254) (kaip ir atlikti ŽIV testą ar ne). Neužmirškime, kad jis, o ne kas nors kitas, savo kailiu patirs suvaržymus dėl priklausomybės nuo vaistų, šalutinį vaistų poveikį. Tikimybė, kad pacientas stropiai laikysis ARV režimo ir kad gydymas bus veiksmingas, yra kur kas didesnė, kai pacientai tam pasirengę ir noriai sutinka imtis gydytojo rekomenduojamų priemonių.

Paciento informavimas ir galimų alternatyvų nurodymas leidžia pacientui pajusti, kad jis daro įtaką gydymo rezultatams. Šioje situacijoje ypač aktuali, o kai kam iš pirmo žvilgsnio gal ir ne visai priimtina, “sprendimo teisės perdavimo” sąvoka. Reikėtų paciento paklausti, kas jam atrodo svarbiausia ir kaip jis pats pasielgtų. Dažnai pacientas atsako: „Kaip jūs pasakysit, taip ir darysim“ ar „Darykite tai, kas jums atrodo geriausia“. Net jei pacientas nieko pats nesiūlys, žinosime, kad suteikėme jam bent tokią pasirinkimo laisvę.

Dėl dabartinės antiretrovirusinės terapijos trūkumų nepaprastą reikšmę įgyja aktyvus ambulatorinis paciento stebėjimas. Aktyvi kontrolė – svarbiausia makslimalaus terapinės disciplinos pagerinimo rekomendacija (254). Reikia pasirūpinti, kad po vienos ar dviejų savaičių gydymo pacientas apsilankytų gydymo įstaigoje, dažnai skambinti ir teirautis, kaip jam sekasi, padrąsinti pacientą, atsakyti į jam kilusius klausimus. Taip pat reikia pasirūpinti, kad pacientas turėtų galimybę susisiekti su gydytoju ar kitu sveikatos priežiūros įstaigos personalu, jei jam kils problemų ar klausimų. Visa tai maksimaliai padidins šansus, kad pacientas laikysis terapinės disciplinos, taip pat ir sėkmingai gydysis.

## 10.1. Kada pradėti ŽIV infekcijos gydymą?

Kada pradėti antivirusinę terapiją, sprendžia AIDS specialistai remdamiesi laboratoriniais ir klinikiniais duomenimis. Bendrosios praktikos gydytojas gali geriau įvertinti paciento pasirengimą pradėti ilgalaikę terapiją. Sprendimą priima pats pacientas.

Kol imuninės sistemos pažeidimai maži ar vidutiniški, dažniausiai ŽIV užsikrėtusiems žmonėms nereikia vartoti antiretrovirusinių vaistų. Apie būtinybę pradėti gydymą vaistais, sprendžiama remiantis kas 3–6 mėnesius AIDS centre atliekamų ligos vystymosi patikrinimų rezultatais, CD4 limfocitų skaičiumi ir ŽIV koncentracija.

Šiame etape AIDS žymimosios ligos neturėtų pasireikšti. Apie kiekvieną infekcinių ligų pagausėjimą reikėtų pranešti ŽIV specialistui. Tiek ŽIV užsikrėtę, tiek neužsikrėtę ligoniai, susirgę įprastomis ligomis, gydomi taip pat.

Antiretrovirusinis kombinuotas gydymas pradedamas stipriai pasireiškus klinikiniams simptomams, CD4 limfocitų skaičiui sumažėjus iki 250/µl ar dar mažiau ir ŽIV koncentracijai pasiekus 50 000–100 000 kopijų/ml (255). Tokiu atveju labai padidėja oportunistinių infekcijų rizika, kurios, nors ir gydomos, gali sukelti negrįžtamus pakitimus ir būti pavojingos gyvybei. Pirmomis ARV gydymo savaitėmis būtina palaikyti artimus ryšius su AIDS centru ar specialistais. Antiretrovirusinio kombinuoto **gydymo tikslas** – sumažinti ŽIV koncentraciją tiek, kad jų negalima būtų aptikti net ypač jautriais matavimo metodais (dažniausiai <50 kopijų/ml). **Gydymo uždavinys:** po 1 mėnesio gydymo pasiekti ŽIV RNR sumažėjimą 1 –1,5 log. Po 3 mėnesių gydymo turi būti <400 kop/mm$^3$, po 6 mėnesio gydymo <50 kop/mm$^3$.

Vieni iš svarbiausių rodiklių ŽIV užsikrėtusiam žmogui yra virusinis krūvis (ŽIV RNR kopijų skaičius kraujyje) ir CD4 ląstelių skaičius (šalia klinikinių duomenų). CD4 ląstelių skaičius svarbesnis sprendžiant, kada pradėti gydymą, ŽIV RNR svarbesnis vertinant gydymo efektyvumą ir priimant sprendimą, kada keisti gydymą. Be to, ir imunologiniai, ir virusologiniai tyrimai klinicistui teikia svarbią informaciją apie paciento būklę bei progresavimo į AIDS riziką (256, 257, 258) Mažesnis ŽIV RNR kopijų skaičius susijęs su lėtesne ligos progresija ir geresniu išgyvenamumu (259).

Gydymo nesėkmė gali būti virusologinė, imunologinė arba klinikinė. Gydymas nekeičiamas, jei nustatoma imunologinė ar klinikinė nesėkmė, esant gerai viruso supresijai. Gydymas keičiamas, jei pakartotinai nustatoma viremija (2 kartus kas 3 mėn. nustatoma ŽIV RNR > 400 kop/ml) arba jei niekada nebuvo pasiektas virusologinis atsakas (239, 260). Pirmiausia nustatomi veiksniai, kurie galėjo lemti gydymo nesėkmę, bei bandoma juos koreguoti: adherensas, vaistų toleravimas ir vaistų farmakokinetika. Įvertinus šias priežastis, svarstoma apie vaistų derinio keitimo galimybę, kuri plečiasi rinkoje atsirandant vis naujiems antiretrovirusiniams preparatams. Deja, nauji preparatai labai brangūs. Tokiu būdu blogas gydymosi režimo laikymasis ne tik mažina ŽIV infekcijos gydymo efektyvumą, bet ir ženkliai didina kaštus.

Gydymo sėkmei užtikrinti, pacientai turi ypač ilgai, pagal griežtus reikalavimus, vartoti vaistus. Parengiamojo pokalbio metu reikia išaiškinti pacientui, kodėl būtina vykdyti visus vaistų vartojimo nurodymus, ir įsitikinti, kad ligonis pasiruošęs šių nurodymų laikytis. Naudinga kartu su pacientu aptarti, kada jam priimtina pradėti vartoti vaistus ir kaip jie turės būti vartojami. Specifinio gydymo pradžia paprastai nesiejama su neišvengiamos būtinybės situacija.

Šiuolaikiniai vaistai nuo ŽIV gali sustabdyti viruso dauginimąsi. Deja, šiuo metu jokiomis priemonėmis neįmanoma išnaikinti virusų organizme. Nutraukus gydymą (kai kuriems pacientams gali pririekti gydymą nutraukti), viruso koncentracija vėl didėja ir per kelias savaites pasiekia ankstesniąją.

Gydant gretutines ligas būtina atsižvelgti į galimą vaistų tarpusavio sąveiką.

## 10.2. Griežto gydimosi režimo laikymosi svarba

ŽIV infekcijos gydymas – vienas iš sudėtingiausių gydimosi rėžimų, kuris kada nors buvo skirtas būklėms, reikalaujančioms nuolatinio gydymo. Pradedant gydymą labai svarbus paciento noras, gebėjimas ir pasiruošimas pradėti gydymą, nes nuo to kaip jis laikysis gydimosi režimo priklausys gydymo sėkmė. Angliškoje literatūroje tai apibūdinama terminu *„adherence“* (ištikimybė, prisirišimas).

Dabartinės rekomendacijos siūlo pradėti antiretrovirusinį ŽIV užsikrėtusių žmonių gydymą tada, kai dar nejaučia jokių simptomų, ir tą gydymą jie turės gauti visą likusį savo gyvenimą (258). Paciento sugebėjimas laikytis gydimosi režimo yra labai svarbus siekiant gauti ilgalaikį virusologinį atsaką, kuris mažina su ŽIV susijusį sergamumą ir mirtingumą. Blogas gydimosi režimo laikymasis sąlygoja rezistentiškumo vaistams vystimąsi ir taip riboja gydymo efektyvumą bei didina jo lėšas. Gydimosi režimo laikymasis yra reikšmingas faktorius tiek virusologinės laipsnio supresijos, tiek jo trukmės požiūrio.

Jei pacientas išgeria 70% jam paskirtų vaistų kitose medicinos srityse, tai yra geros terapinės disciplinos rodiklis. ŽIV infekcijos atveju toks terapinės disciplinos rodiklis dažnai reiškia nesėkmingą gydymą ir viruso atsparumo susiformavimą (261). ŽIV infekcijos atveju sėkmingam gydymui, kad būtų pasiekta optimali viruso supresija, būtina 95% lygio terapinė disciplina. Jei

kalbame apie dviejų paros dozių gydymo režimą, tai reiškia, kad galima užmiršti pavartoti ne daugiau kaip 2–3 vaistų dozes per mėnesį (248).

Tyrimai rodo, kad ŽIV užsikrėtę pacientai dažnai nesilaiko gydimosi režimo: vienas trečdalis pacientų per tris dienas praleidžia nors vieną vaistų dozę, vienas iš penkiolikos ŽIV infekuotų asmenų niekada nevykdo gydytojo paskyrimų (262). Priežastys įvairios: pamiršimas, neturėjimas laiko, užimtumas, išvykimas, užmigimas, depresija, šalutinis vaistų poveikis, bloga savijauta (261). Gydymo režimo laikymuisi turi įtakos prasti gydytojo ir paciento santykiai, aktyvus narkotikų ar alkoholio vartojimas, aktyvi psichikos liga (ypač depresija), paciento švietimo stoka, vaistų sukeliamas šalutinis poveikis (261, 263).

Nė vienas pacientas automatiškai negali būti visiškai išbrauktas iš kandidatų antiretrovirusiniam gydymui sąrašo vien todėl, kad jo elgesys ar charakteristikos byloja apie galimą blogą gydymosi režimo laikymąsi. Laikinai atidėti specifinį gydymą siūloma pacientams, kai nustatyti blogo gydymosi režimo rizikos veiksniai (264), pvz., jei pacientai aktyvūs narkotikų vartotojai arba serga psichikos liga, pirmus du mėnesius turėtų būti gydomi dėl šių būklių ir paruošiami ARV gydymui.

**Apibendrinant galima pasakyti, kad jei pacientas niekada neužmiršta išgerti jam paskirtų vaistų – sėkmė beveik garantuota.**

# 11. ŽIV INFEKCIJOS KONTROLĖS STRATEGIJA

## 11.1. ŽIV infekcijos prevencijos prioritetinės intervencijos

Pasaulinė sveikatos organizacija leidinyje **„Intervencijų prioritetai. ŽIV/AIDS prevencija, gydymas ir priežiūra sveikatos sektoriuje“** (265) įvardija daugelį prioritetinių intervencijų įgalinančių pristabdyti ŽIV plitimą. Teigiama, kad siekiant visuotinio prieinamumo sveikatos sektoriuje būtina užtikrinti, kad būtų įgyvendinti prioritetai, kurie fiziškai ir finansiškai prieinami, viešai priimtini ir yra pakankamos kokybės. Idealu, kai siektinas visas intervencijų paketas. Tikrovėje kiekviena šalis, tai priklauso nuo epidemijos mąsto, kultūrinių, finansinių ir kitų priežasčių, pasirenka sau aktualių intervencijų paketą.

**Prioritetinės intervencijos sveikatos sektoriuje** apima informacijos, švietimo ir paslaugų teikimo prieinamumą**;** ŽIV infekcijos perdavimo per lytinius santykius profilaktiką; LPI infekcijų valdymą; ŽIV infekcijos perdavimo iš motinos vaikui profilaktiką; žalos mažinimo programų prieinamumą švirkščiamuosius narkotikus vartojantiems asmenims; ŽIV testavimą ir konsultavimą; ŽIV infekcijos perdavimo iš ŽIV užsikrėtusių asmenų profilaktiką; ŽIV infekcijos progresavimo į AIDS profilaktiką; žmonių gyvenąnčių su ŽIV gydymo ir sveikatos priežiūros klinikinį valdymą.

**Prioritetinės intervencijos bendruomenėse** apima pasiruošimą kartu gydyti ŽIV ir TB; prezervatyvų propagavimą; aprūpinimą švariomis švirkštimosi priemonėmis; ŽIV testavimą ir konsultavimą; psichosocialinį palaikymą, įtraukiant „peer“ palaikymą.

**Prioritetinės mobiliosios rizikos grupėms teikiamos paslaugos** (natūralioje rizikos grupės aplinkoje), nukreiptos į aukštos rizikos užsikrėsti ŽIV grupes. Jos apima integruotą ŽIV testavimą, konsultavimą, gydymą ir priežiūrą žemo slenksčio paslaugas teikiančiuose centruose (ir panašiuose centruose), taip pat mobiliuose punktuose.

**Nacionalinės priemonės,** būtinos užtikrinti paslaugų gavimą, apima vadovavimą ir valdymą, advokatavimą, strateginį planavimą, programų valdymą, įsigijimo ir aprūpinimo valdymą, laboratorijos paslaugų teikimą, žmogiškuosius išteklius, finansavimą, ŽIV ir LPI strateginės informacinės sistemos valdymą.

Prevencijos prioritetai skirtingose vietovėse (šalyse) skiriasi, tai priklauso nuo epidemijos lygmens (žr. 12 skyrių). Tokiu būdu prevencijos prioritetai pasirenkami nuo epidemijos lygmens, tuomet veikla nukreipiama į tam tikras tikslines grupes, kurios priklausonuo to, kas, kur, kaip ir kodėl jau yra užsikrėtę. Kad sėkmingai sumažintume ŽIV plitimą, efektyvios pakankamo mąsto ir intensyvumo prevencijos priemonės turi būti nukreiptos į tas vietoves ir populiacijas, kur ŽIV virusas plinta greičiausiai.

Gerai supratus epidemijos pobūdį ir kontekstą, galima naudoti daug svarbių principų atrenkant svarbiausias taikytinas priemones ir numatant tinkamus paslaugų teikimo metodus (265).

**Visų epidemijų atveju:**

- didžiausiu prioritetu laikyti prevencijos spartinimą;
- atrinkti prevencijos priemones pagal esamus ŽIV plitimo ypatumus;
- didžiausią dėmesį skirti geografinėms sritims ir visuomenės grupėms, kur ŽIV plinta greičiausiai;
- atrinkti ŽIV tyrimo ir konsultavimo metodus, kurie maksimaliai pagerintų prevencijos, gydymo ir sveikatos priežiūros prieinamumą;
- planuoti prieinamas paveiktiems žmonėms ir tikslinėms grupėms gydymo ir sveikatos priežiūros paslaugas (tam reikia numatyti ir taikyti paslaugas, priimtinas injekcinių narkotikų vartotojams, sekso darbuotojams ir lytiškai su vyrais santykiaujantiems vyrams);
- atrinkti veiksmingiausius paslaugų teikimo metodus priemonėms vykdyti – per šeimas, bendruomenes, sveikatos centrus, ligonines ar mobiliąsias didžiausios rizikos grupėms teikiamos paslaugas;

- užtikrinti, kad ŽIV tyrimų, konsultavimo, prevencijos, gydymo ir sveikatos priežiūros tarnybos teiktų mobiliąsias paslaugas didžiausios rizikos grupėms.

**Žemo lygio epidemijos atveju:**

- pripažinti, kad dažnai paveikiami socialinės atskirties grupių asmenys, kurie stigmatizuojami ir diskriminuojami;
- planuoti paslaugų teikimą pagal didžiausios rizikos užsikrėsti žmonių ir gyvenančių su ŽIV žmonių pasiskirstymą;
- numatyti optimaliausią paslaugų paketą šioms grupėms pasiekti numatant galimybes kreiptis į kitus specialistus pagal poreikį;
- didžiausią dėmesį skirt prevencijai, kad nedidėtų naujų ŽIV atvejų skaičius.

**Koncentruotos epidemijos atveju:**

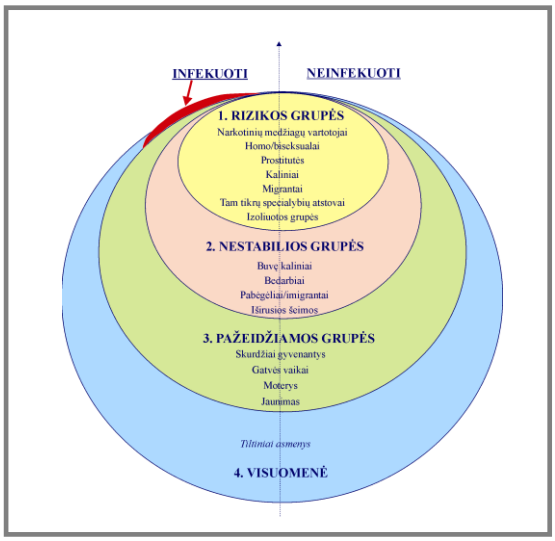
- suvokti, kad veiksmingos tikslinės priemonės gali būti numatomos tik turint informacijos apie didžiausios rizikos grupes ir paslaugų prieinamumą;
- taikyti priemones didžiausios rizikos grupėse, dažniausiai – tarp sekso darbuotojų, transvestitų, injekcinių narkotikų vartotojų ir su vyrais lytiškai santykiaujančių vyrų;
- didžiausią dėmesį skirti specialioms injekcinių narkotikų vartotojams skirtoms priemonėms visur, kur plinta vartojimas;
- užtikrinti trinkamą priemonių apimtį didžiausios rizikos grupėse;
- naudoti mobiliąsias lygiųjų grupės ar žmonių, kuriais pasitiki tikslinės grupės, teikiamas paslaugas, tarpusavio pagalbos ir bendruomenės grupes, vietos medicinos įstaigas, galinčias teikti tam tikroms visuomenės grupėms priimtinas paslaugas.

**Generalizuotos epidemijos atveju:**

- atrinkti paslaugų teikimo metodus atsižvelgiant į didelę užsikrėtimo riziką, daug naujų infekcijos atvejų, įvairias paveiktas grupes ir didelį kiekį žmonių, kuriems reikia gydymo ir sveikatos priežiūros;
- decentralizuoti ŽIV paslaugas jas teikiant gydymo įstaigose ir bendruomenėse;
- įtraukti ŽIV prevencijos, gydymo ir sveikatos priežiūros paslaugas į pirminės sveikatos priežiūros sistemą;
- didžiausią dėmesį skirti su ŽIV gyvenantiems žmonėms;
- rekomenduoti ŽIV paslaugas teikiančiam personalui siūlyti visiems pacientams ir nėščioms bei maitinančioms krūtimi moterims tirtis ir pasikonsultuoti.

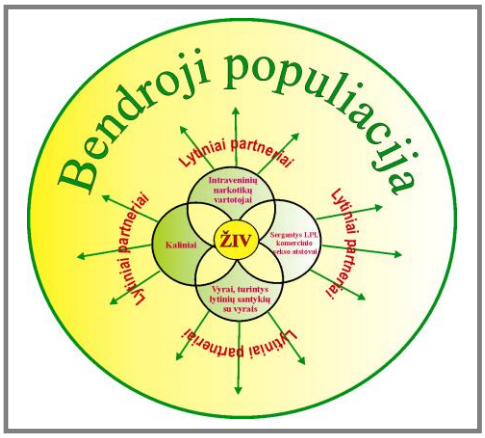
**Rizika užsikrėsti ŽIV**, kaip ir kita per kraują ar lytiniu būdu plintančia liga, yra ne vienoda **ir labai skiriasi nuo kiekvieno individo elgesio** (14 paveikslas). Homoseksualams (tiksliau – vyrams, turintiems lytinių santykių su vyrais, nes kai kurie biseksualūs vyrai nesutapatina savęs su homoseksualais, nors ir turi lytinių santykių su vyrais), intraveninių narkotikų vartotojams (INV) ir prostitutėms yra didžiausia rizika užsikrėsti ŽIV (266). INV, homoseksualai, prostitutės bei kiti rizikingai besielgiantys asmenys (pvz., prostitučių klientai) sudaro didelės rizikos subpopuliaciją. Šios grupės dar vadinamos **didelės rizikos užsikrėsti ŽIV tikslinėmis grupėmis** (angl. *target groups*). Joms dar priskiriami kaliniai. Žinia, kad narkotikų vartojimas ypač paplitęs įkalinimo įstaigose, čigonų tabore. Imigrantams ir paleistiems iš įkalinimo įstaigų asmenims dažnai būna sunku integruotis į visuomenę, nes po to išauga narkotikų ar alkoholio vartojimo, taip pat ir ŽIV infekcijos rizika (267). Padidėjusi ŽIV plitimo rizika (arba šios ligos priežastys) tose grupėse yra susijusios su tam tikra toms grupėms priklausančių asmenų elgsena, socialine aplinka bei kitais veiksniais (69). Intraveninių narkotikų vartojimas bei dalijimasis adatomis ir švirkštais, daug nenuolatinių lytinių (ypač komercinių) partnerių, jų dažna kaita, prezervatyvų nenaudojimas – labai svarbūs rizikingo elgesio veiksniai plintant ŽIV infekcijai (268). Per visų minėtų asmenų grupių lytinius partnerius ŽIV infekcija plinta į bendrą populiaciją (15 paveikslas).

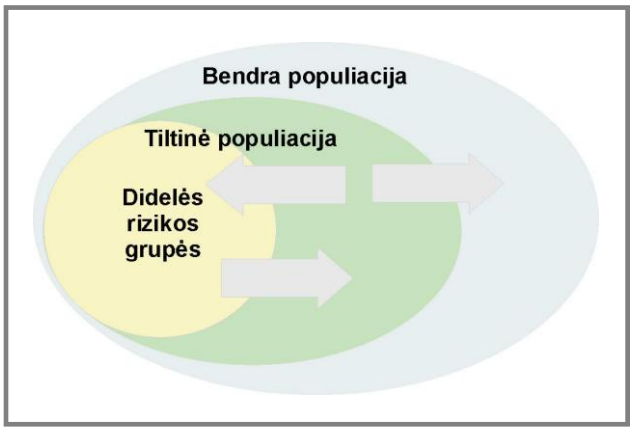
14 paveikslas. **Keturių lygių visuomenės grupių pažeidžiamumo ŽIV infekcijai identifikacija**




*Šaltinis: UNESCO, 2001*

15 paveikslas**. ŽIV ir LPI plitimo iš rizikos grupių į bendrą populiaciją schemos**




Per kraują plintančios infekcinės ligos gali labai greitai išplisti narkotikus vartojančių žmonių populiacijoje ir užtenka kelių mėnesių ar kelių metų, kad dauguma narkotikus vartojančių asmenų populiacijos užsikrėstų ŽIV, virusiniais hepatitais B, C ar kita per kraują plintančia liga. Moksliniai tyrimai rodo, kad laiku pradėtos diegti tikslinės prevencinės priemonės didelės rizikos grupėms, ypač **aktyvaus atvejo valdymo modelio diegimas ir „Žemo slenksčio“ paslaugos narkotikų vartotojams** leidžia pristabdyti ŽIV ir kitų infekcinių ligų plitimą narkomanų populiacijoje, o iš jų per jų lytinius partnerius ir likusioje visuomenės dalyje.

Vienas iš geriausių tyrimų, įvertinusių švirkštų keitimo programų efektyvumą 81 įvairių pasaulio šalių mieste, buvo atliktas 1997 metais. Jis parodė, kad 52 miestuose, kur nebuvo švirkštų keitimo programų, ŽIV infekcija padidėjo 5,9% per metus, o 29 miestuose, kur programa buvo įgyvendinama sumažėjo 5,8% (269). Niujorke 1990–2001 m. tarp ŠVN atliktas tyrimas parodė, kad ŽIV paplitimas, įdiegus švirkštų keitimo programas, sumažėjo nuo 54% iki 13% (270). Australijos nacionalinis tyrimas (1991–2000 metais) parodė, kad švirkštų keitimo programos padėjo išvengti 25 000 ŽIV ir 21 000 HCV užsikrėtimo atvejų (271). PSO raporte teigiama, kad švirkštų keitimo programos yra efektyvios daugelyje šalių ir ženkliai sumažina ŽIV plitimą bei neteisetą narkotikų vartojimą. (272)

## 11.2. ŽIV infekcijos kontrolės Lietuvoje strategija

Plisdama ŽIV epidemija pakito. Tai nebėra tik sveikatos apsaugos krizė. Ji tapo visuomenės vystymosi krize. Šiuo metu ŽIV ir AIDS mažina kartų ir tautų perspektyvas, grasindamos apkarpyti beveik pusės amžiaus vystymosi pasiekimus. Sveikatos priežiūros sistemai keliami reikalavimai sunkiai įveikiami (273). AIDS nėra tik sausa statistika. Ji keičia mūsų tarpusavio santykius, veikia mūsų pažįstamus ir mylimus žmones. Visame pasaulyje epidemija nėra „jų“, ji tapo „mūsų“. **Pasikeitus socialinėms bei ekonominėms sąlygoms, pirminė ir antrinė LPI ir narkomanijos profilaktika nebuvo adekvati šiems pokyčiams** ir iki šiol nėra tapusi tarpžinybinio bendradarbiavimo problema (274).

ŽIV infekcija sergama visą gyvenimą, be to, beveik visais atvejais nuo jos mirštama. AIDS visiškai išgydančių vaistų nėra. Bakterinės infekcijos sėkmingai gydomos antibiotikais, o kovoje su virusais mokslas dar nedaug tepažengė. Šiuo metu galima tik pailginti ar palengvinti užsikrėtusio žmogaus gyvenimą.

**ŽIV infekcija – <u>sudėtinga medicinos problema</u>, nes:**

- ŽIV – intraląstelinis parazitas, sugebantis savo genetinę informaciją integruoti į žmogaus audinių ląstelių genetinį kodą, todėl iki šio laiko nėra radikalaus AIDS gydymo;
- kadangi virusas nepaprastai greitai kinta (jau pirmoje savo generacijoje nuo pradinės formos jo struktūra skiriasi 5–10%) iki šiol nėra profilaktinės vakcinos ir neaišku, kada ji bus sukurta;
- dėl ilgo slapto (latentinio) periodo sunku, tam tikrą laiką net neįmanoma laboratoriniais tyrimais diagnozuoti ŽIV infekciją;
- nėra tik šiai ligai būdingų klinikinių simptomų.

**ŽIV infekcija – <u>tai socialinė problema</u>, nes:**

- pagrindinis infekcijos plitimo būdas – lytiniai santykiai arba narkotikų vartojimas, visuomenėje siejamas su tam tikru daugumos smerkiamu elgesiu ir gyvenimo būdu, apie kurį viešai nekalbama;
- kol kas visi užsikrėtusieji žmogaus imunodeficito virusu ir laiku negavę antivirusinio gydymo po kurio laiko miršta.Tai sudėtinga užsikrėtusio asmens ir jo artimųjų psichologinė problema;
- brangus specifinis gydymas. Kaina gali būti tiesioginė (ją moka vartotojas arba medicinos paslaugų teikėjas, pavyzdžiui, nacionalinė sveikatos sistema) ir netiesioginė (darbdavio ar visuomenės nuostoliai dėl gamybos produkto praradimo) (275).

**ŽIV infekcijos kontrolės Lietuvoje strategija** (276) parengta remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) sveikatos politika „Sveikata visiems XXI amžiuje“, Jungtinių Tautų AIDS programos, Europos Sąjungos rekomendacijomis ir nutarimais, Lietuvos sveikatos programa bei kitais dokumentais.

ŽIV infekcijos kontrolės Lietuvoje strategijos tikslai atitinka PSO užkrečiamųjų ligų kontrolės Europos regione tikslus (277):

- **iki 2015 m. ar anksčiau – kiekviena šalis turėtų pasiekti, kad sumažėtų užsikrėtimų ŽIV skaičius, sergamumas AIDS, kitomis lytiškai plintančiomis ligomis (LPL), mirtingumas ir nepalankios pasekmės.**

  Konkrečią padėtį atitinkanti programa turi:

- pateikti teisingą informaciją apie tai, kaip užkirsti kelią ligos plitimui, propaguojant saugų seksą ir vykdant adatų keitimo narkomanams programas, ir formuoti žmonių sugebėjimą priimti gyvybiškai svarbius savo elgsenai sprendimus;
- užtikrinti galimybę naudotis prezervatyvais;
- atitinkamai tikrinant ir atrenkant kraują ir kraujo produktus užtikrinti kraujo saugumą;

- užtikrinti efektyvų lytiškai plintančių ligų gydymą;
- teisinėmis, ekonominėmis ir kitokiomis priemonėmis sudaryti tinkamą aplinką suaugusiųjų lytiniams santykiams ir narkotikų vartojimui.

## Pagrindiniai strategijos tikslai:

1. **pristabdyti ŽIV plitimą;**
2. **sumažinti neigiamas ŽIV infekcijos pasekmes individui ir visuomenei (278).**

**ŽIV infekcijos kontrolės strategijos prioritetai nustatomi pagal tai, kokios visuomenės grupės ir individai labiausiai rizikuoja užsikrėsti ŽIV ir kokia veikla gali būti efektyviausia ŽIV plitimui tarp šių individų sustabdyti**. Kiekviename regione rizikos grupės gali būti kitos.

## 11.2.1. Tikslas – pristabdyti ŽIV plitimą

ŽIV plitimo pristabdymas yra pagrindinis būdas sumažinti sergančiųjų AIDS skaičių. Didžiausias dėmesys ir lėšos turi būti skiriamos profilaktikos priemonėms įgyvendinti. **Pagrindiniai ŽIV plitimo būdai yra trys:**

1. **lytiniai santykiai** (vaginaliniai, analiniai ar oraliniai, kai susimaišo organizmo skysčiai);
2. **per kraują** (kraujo perpylimas, narkotikų švirkštimas į veną užkrėstu švirkštu, užkrėsti medicinos įrankiai – užsikrėtimas gydymo įstaigoje);
3. užsikrėtusi motina užkrečia savo kūdikį (nešiodama vaisių arba gimdydama) – **perinatalinis**, „vertikalus“ infekcijos perdavimo būdas.

   **Atitinkamai rekomenduojami tokie ŽIV plitimo stabdymo uždaviniai:**

   1. užkirsti kelią ŽIV plisti lytiškai;
   2. užkirsti kelią ŽIV plisti per kraują;
   3. užkirsti kelią perinataliniam (motinos – vaisiui) ŽIV plitimui (291).

Atsižvelgiant į pagrindines ŽIV plitimo Lietuvoje tendencijas, tarp švirkščiamų narkotikų vartotojų ir per lytinius santykius, pirmiausia turi būti numatytos atitinkamos neatidėliotinos intervencijos stabdyti ŽIV plitimą lytiškai ir per užkrėstus narkomanų narkotikams gaminti ir švirkšti naudojamus įrankius**.**

### 1. Uždavinys – užkirsti kelią ŽIV plitimui lytiškai

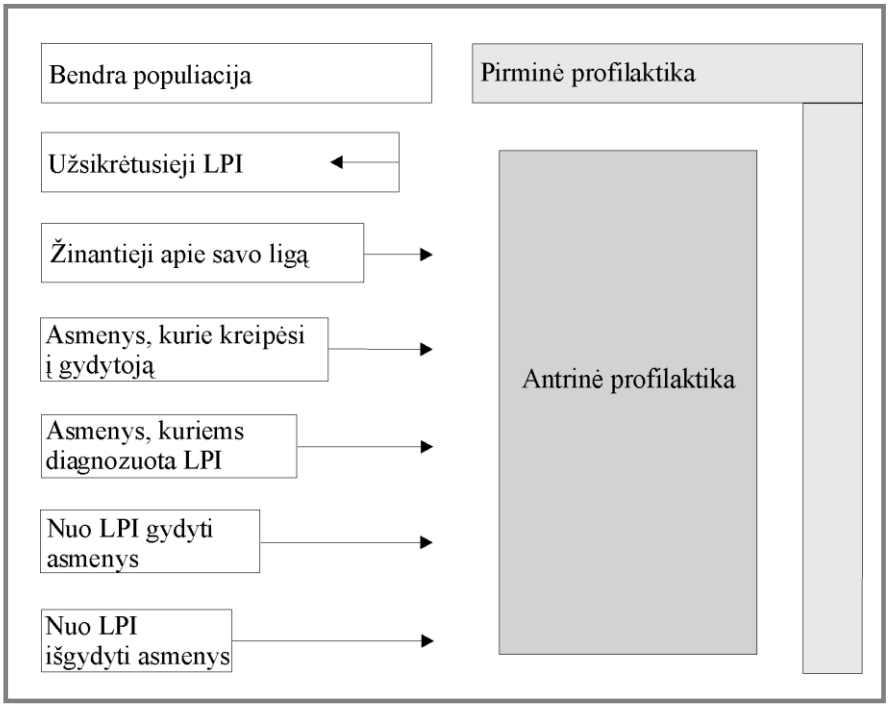
**Svarbiausia užduotis –** keisti žmonių lytinį elgesį nepriklausomai nuo jų ŽIV statuso ir siekti, kad neužsikrėtę žmonės išvengtų, o užsikrėtę neplatintų infekcijos.

Norint užkirsti kelią ŽIV plisti lytiškai, reikia įgyvendinti **pirminės ir antrinės profilaktikos priemones** (290).

**Pirminės profilaktikos tikslas –** sumažinti užsikrėtusiųjų skaičių.

**Antrinės profilaktikos tikslas** – sutrumpinti laiką, kai asmuo, nežinodamas, kad yra infekuotas, gali platinti infekciją ir užkrėsti kitus. Tai pasiekiama užtikrinant priimtiną ir prieinamą pacientui sveikatos priežiūrą.

16 paveikslas. **Lytiškai plintančių infekcijų profilaktikos bendri uždaviniai**




**Uždavinys „užkirsti kelią ŽIV plitimui lytiškai“ įgyvendinamas keturiomis intervencijomis** (278, 280, 281, 282, 283):

**1. Formuoti saugų lytinį elgesį.**

**2. Aprūpinti prezervatyvais.**

**3. Teikti pagalbą sergantiems lytiškai plintančiomis ligomis.**

**4. Skatinti ligonius, sergančius LPI kreiptis medicinos pagalbos.**

### *I intervencija – padėti formuoti saugų lytinį elgesį*

**Tikslas** – *padėti visuomenei suvokti saugaus lytinio elgesio elementus.*

**Saugaus lytinio elgesio elementai yra penki** (284, 285):

1. **Susilaikymas nuo intymių santykių.**
2. **Abipusės ištikimybės išsaugojimas.**
3. **Atsitiktinių lytinių partnerių skaičiaus sumažinimas.**
4. **Saugių lytinių santykių propagavimas.**
5. **Taisyklingas prezervatyvų naudojimas.**

**Susilaikymas nuo lytinių santykių, t. y. abstinencija,** – pats saugiausias būdas neužsikrėsti ŽIV lytiškai. Jo patikimumas – 100%. **Jaunimui reiktų diegti nuostatą, kuo vėliau pradėti lytinį gyvenimą, arba pasitenkinti kitomis intymaus bendravimo formomis** – nepenetraciniu seksu, t. y. santykiais be lytinės sueities. Nusprendusiems pereiti prie lytinių santykių turi būti įdiegtas ištikimybės, pagarbos savo partneriui ir atsakomybės jausmas.

**Pagrindinis dėmesys turi būti skiriamas didžiausios rizikos užsikrėsti ŽIV galinčioms grupėms – vadinamosioms tikslinėms grupėms. Saugaus lytinio elgesio elementų svarba kiekvienai tikslinei grupei kiek skiriasi, pvz., komercinio sekso darbuotojos turi daug lytinių partnerių (klientų). Kiekvienos tikslinės grupės saugus lytinis elgesys formuojamas atsižvelgiant į grupės ypatumus ir elgesio stereotipą** ( 8 lentelė).

**Pagrindinės tikslinės grupės:**

- **jaunimas;**
- **injekcinius narkotikus vartojantys asmenys;**
- **komercinio sekso darbuotojos;**
- **vyrai, turintys lytinių santykių su vyrais;**
- **sergantieji LPI;**
- **kaliniai;**
- **jūreiviai ir kiti asmenys, dirbantys didelio ŽIV paplitimo šalyse** (pvz., Kaliningrado srityje dirbantys Lietuvos statybininkai, tolimųjų reisų vairuotojai ir kt.).

Tikslinės grupės kiekvienoje apskrityje ar savivaldybėje gali būti kitos. Į tai būtina atsižvelgti numatant prevencinės veiklos sritis. **Vietos sveikatos priežiūros specialistai turėtų nustatyti labiausiai rizikuojančias užsikrėsti ŽIV žmonių grupes, ŽIV plitimo rizikos veiksnius ir numatyti galimas prevencines priemones** (286, 287). Būtina siekti, kad kiekvienas individas žinotų galimas rizikingo elgesio pasekmes dar prieš pradėdamas rizikingai elgtis ir kaip tą riziką sumažinti.

**Rekomenduojama veikla:**

- siekiant mažinti LPI užsikrėtusiųjų skaičių, propaguoti dorovės normas, saugesnį lytinį elgesį; šviesti visuomenę, ypač jaunimą, stiprinant norą gyventi sveikai, įtraukiant įvairias institucijas (tarp kitų – ir žiniasklaidą), tobulinant lytinio švietimo temų dėstymą mokyklose, panaudojant užklasinę veiklą bei laisvalaikį, pvz. inicijuojant visuomenei ir jaunimui skirtus masinius renginius, akcijas, konkursus, parodas;
- steigti jaunimo, narkomanų bei komercinių sekso darbuotojų sveikatos centrus, siekiant propaguoti sveiką gyvenseną ir užtikrinti tinkamą sveikatos priežiūrą;
- rengti metodinę ir informacinę medžiagą tikslinėms grupėms;
- nuolat teikti informaciją žiniasklaidai;
- išplėsti informacinių, konsultacinių paslaugų telefonu ir internetu teikimą tikslinėms grupėms;
- remti ir skatinti visuomenės organizacijas, dalyvaujančias LPI bei AIDS profilaktikiniame darbe.

### *II intervencija – aprūpinimas prezervatyvais*

**Tikslas** – *sudaryti optimalias sąlygas įsigyti kokybiškų prezervatyvų asmenims, ketinantiems turėti atsitiktinių lytinių santykių.*

**Rekomenduojama:**

- nuolat propaguoti prezervatyvų naudojimą kaip efektyvią ŽIV/AIDS/LPI profilaktikos priemonę (288, 289), bendradarbiaujant su prezervatyvų tiekėjais, Šeimos planavimo ir seksualinės sveikatos asociacija ir kitomis nevyriausybinėmis organizacijomis;
- kontroliuoti prezervatyvų, įvežamų į Lietuvą, kokybę pagal tarptautinius standartus;
- numatyti galimybę nemokamai dalyti prezervatyvus tikslinėms grupėms: LPL sergantiems pacientams, būtinosios karo tarnybos kariams, kaliniams, jūreiviams, sekso darbuotojams, homoseksualams, narkotikus vartojantiems asmenims ir kitiems;
- plėsti prezervatyvų platinimo tinklą (pvz., platinti prezervatyvus baruose, viešbučiuose, turguose, diskotekose);
- įvairinti prezervatyvų pardavimo būdus, įrengiant prezervatyvų pardavimo automatus.

### *III intervencija – medicinos pagalbos užtikrinimas sergantiems LPI*

**Tikslas** – ***garantuoti efektyvią, priimtiną ir prieinamą pacientų, sergančių LPI, medicinos pagalbą, kad pacientas kuo trumpiau platintų užkratą ir keistų elgesį nepriklausomai nuo to, serga kuria nors lytiškai plintančia liga ar ne*** *(284, 286).*

**Siekdami, kad ŽIV infekcija neplistų mūsų visuomenėje, turime pripažinti ypatingą** lytiškai plintančių infekcijų profilaktikos reikšmę. **ŽIV ir lytiškai plintančių ligų sąveiką galima apibūdinti taip** (290)**:**

- jomis dažniausiai užsikrečiama nesaugių lytinių santykių metu;
- serga rizikingo elgesio asmenys (kartais net patys neįtardami, kad jų lytiniai partneriai ar jie patys elgiasi rizikingai);
- profilaktikos priemonės tos pačios;
- jų galima išvengti;
- apsilankiusius pas gydytoją asmenis galima konsultuoti ir padėti jiems keisti savo elgesį, kad ateityje neužsikrėstų ŽIV. Jei pasirodo, kad asmuo užsikrėtęs ŽIV, reikėtų įtikinti jį keisti savo elgesį, kad neužkrėstų kitų;
- ankstyva LPI diagnostika, konsultacinė parama, gydymas, sekimas pristabdys ŽIV plitimą;
- sergamumas LPI, jų plitimo tendencijos – patogus lytinio elgesio rodiklis ŽIV profilaktikoje;
- LPI sukeliamos opos – ypatingas rizikos veiksnys užsikrėsti ŽIV infekcija bei perduoti ją lytiniam partneriui.

Sergant kitomis lytiškai plintančiomis ligomis, susidaro didesnė tikimybė užsikrėsti ŽIV.

Ligos, sukeliančios makšties bei šlapimtakių uždegimus, yra kur kas dažnesnės nei genitalijų opos, todėl jomis sergantys žmonės kur kas greičiau gali užsikrėsti ŽIV (291).

ŽIV infekcija veikia ir kitas LPI**.** Žmones, užsikrėtusius ŽIV ir sergančius kitomis LPI, kur kas sunkiau gydyti (286).

Šis darbas organizuojamas per sveikatos apsaugos sistemos tarnybas, tačiau turi būti patobulintas, naudojant paprastus, palengvinančius ištyrimą ir gydymą algoritmus, taikant sindrominę ir tobulinant etiologinę diagnostiką bei skatinant taikyti bendras sveikatos apsaugos intervencijas, tokias kaip sveikatos švietimas, ligonio konsultavimas ir partnerio informavimas. Daugiausia dėmesio turi būti skiriama tikslinėms grupėms, be to, turi būti išanalizuotos priežastys, dėl kurių pacientai vengia kreiptis į medicinos įstaigą, ir imtis priemonių šioms priežastims pašalinti.

**Priežastys, dėl kurių sergantys LPI nesikreipia į medikus:**

- nesimptominė kai kurių ligų eiga;
- atsainus požiūris į savo ir kitų sveikatą bei lytinės kultūros stoka;
- nežino, kad gali užsikrėsti LPI dėl savo lytinio partnerio elgesio;
- gėdos jausmas ir baimė būti visuomenės atstumtam neleidžia kreiptis į gydymo įstaigą;
- esama tarnyba ar sistema nepriimtina žmogui ir jam neprieinama, nes neužtikrina konfidencialumo.

**Įgyvendinant intervenciją „Medicinos pagalbos užtikrinimas sergantiems lytiškai plintančiomis infekcijomis“ rekomenduojama:**

- trumpinti laiką, per kurį LPI užsikrėtęs asmuo gali platinti infekciją, t. y. operatyviai diagnozuoti ir gydyti ligą ugdant sveikatos priežiūros specialistų, ypač bendrosios praktikos gydytojų, akušerių ginekologų, urologų ir kt., budrumą ir atsakingumą LPI profilaktikos, diagnostikos ir gydymo srityse, suteikiant pacientui priimtiną ir prieinamą pagalbą (287, 292);
- užtikrinti jaunuolių, šaukiamų į būtinąją karo tarnybą, privalomą tikrinimą dėl LPI ir sergančiųjų gydymą;
- sudaryti sąlygas neapdraustiems asmenims gydytis LPI;
- užtikrinti veiksmingą LPI pagalbą valstybinėse ir privačiose gydymo įstaigose;
- organizuoti tinkamą LPI monitoringą, siūlomą PSO.

***IV intervencija – ugdymas elgesio nuostatų, skatinančių kreiptis į gydymo įstaigas***

**Tikslas –** *skatinti žmones, užsikrėtusius LPI, kuo greičiau kreiptis į gydymo įstaigą (287). Išgydomą ligą (sifilį, gonorėąa, chlamidiozę, kt.) kuo greičiau išgydyti (būtina kontrolė po gydymo). Užsikrėtusiuosius neišgydoma liga (ŽIV, žmogaus papilomos viruso infekcija, lytinis herpesas) konsultuoti ir nurodyti profilaktines priemones, kad neužkrėstų kitų.*

**Ugdant elgesio nuostatas, skatinančias kreiptis į gydymo įstaigas, rekomenduojama:**

- bendradarbiaujant įvairioms institucijoms nuolat kurti efektyvius gyventojų informavimo apie medicininę pagalbą ir švietimo metodus elgesiui keisti;
- kryptingai taikyti profilaktikos priemones tinkamais metodais, išlaikant švietimo ir prievartos balansą: žmonių lytinis elgesys turi tapti saugus, naudojamos tinkamos apsaugos priemonės;
- skatinti asmeninį bei visuomeninį solidarumą, kad būtų palaikoma pasitikėjimo ir abipusės pagarbos atmosfera;
- užtikrinti koordinuotą tarpdisciplininę, psichologinę, socialinę ir medicininę pagalbą nuo pat pirmųjų užsikrėtimo stadijų.

## 2. Uždavinys – užkirsti kelią ŽIV plisti per kraują

**Pagrindinės intervencijos** (293):

**1. Saugiai perpilti kraują.**

**2. Saugiomis sąlygomis atlikti invazines, injekcines, chirurgines ir stomatologines procedūras.**

**3. Užkirsti kelią nesaugiam narkotikų vartojimui.**

### *I intervencija – saugiai perpilti kraują*

**Tikslas** – *sudaryti ir palaikyti, neužkrėsto ŽIV kraujo, tiekimo sistemą.*

**Pagrindinis uždavinys:**

Formuoti teigiamą visuomenės požiūrį į donorystę. Atrinkti donorus, kurių rizikos veiksnys yra nedidelis, laikantis **savanoriškos, neapmokamos, nuolatinės donorystės principo** (294).

**Rekomenduojama:**

- tirti visus kraujo ir organų donorus dėl ŽIV ir kitų per kraują plintančių infekcijų tik šiuolaikinėmis PSO rekomenduotomis diagnostinėmis sistemomis, numatant priemones tinkamai tęsti socialinę donorų atranką ir tobulinti atsakomybę už donorų kraujo ruošimą;
- centralizuotai vykdyti donorų kraujo ir organų tyrimus 3–5 centruose; itin griežtai kontroliuoti ŽIV infekcijos tyrimus, išlaikant pasaulinio lygio kokybę mažinti tyrimų išlaidas;
- įvežamo kraujo ir jo produktų nepriimti be kokybės pažymos ir papildomai jį tirti;
- palaipsniui įvesti kraujo produktų, pagamintų iš nuolatinių donorų kraujo (išskyrus trombocitų masę), ruošimo karantino laikotarpį.

### *II intervencija – sudaryti sterilias invazinių, injekcinių, chirurginių ir stomatologinių procedūrų sąlygas*

**Tikslas** – *sumažinti ŽIV perdavimą medicinos paslaugas teikiančiose įstaigose.*

Būtina rūpintis, kad medicinos personalas ir invazines, injekcines, chirurgines, stomatologines ir kosmetines procedūras atliekantys asmenys (pvz., chirurgai, akušeriai ir kt.) **laikytųsi universalių atsargumo priemonių** (295, 296, 297, 353).

**Rekomenduojama:**

- ugdyti atsakingą sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į savo bei kolegų darbą ir sveikatą, skatinti tinkamai naudotis apsaugos priemonėmis atliekant įvairias invazijas ir kitas medicinos procedūras, organizuojant medikų tobulinimąsi bei sudaryti studentų mokymo programas;
- susižeidus invazinių, injekcinių, chirurginių ir stomatologinių procedūrų metu, sužeista vieta dezinfekuojama, registruojamas nelaimingo atsitikimo darbe atvejis; jei buvo kontaktuojama su užkrėstais ŽIV organizmo skysčiais, skiriami antiretrovirusiniai vaistai; vaistai būtina pradėti vartoti 2 valandos po kontakto, bet ne vėliau kaip po 24 val. (298, 299).

### *III intervencija – užkirsti kelią nesaugiam narkotikų vartojimui*

**Tikslas** – *vykdyti pirminės, antrinės ir tretinės prevencijos uždavinius (300, 301).*

**Pirminė prevencija** – mažinti narkotikų vartojimą, naujų piktnaudžiavimo narkotikais atvejų skaičių.

**Antrinė prevencija** – kuo anksčiau (kol komplikacijos nesukėlė invalidumo) piktnaudžiavimą diagnozuoti ir gydyti, formuojant neigiamą požiūrį į narkotikus ir **užtikrinant saugesnį narkotikų vartojimą**.

**Tretinė prevencija** – tai priklausomybės nuo narkotinių medžiagų gydymas. Jos tikslas – vengti tolesnių pasekmių, grąžinti į visuomenę asmenis, nukentėjusius nuo narkotikų vartojimo.

**Rekomenduojama veikla:**

***Pirminė prevencija:***

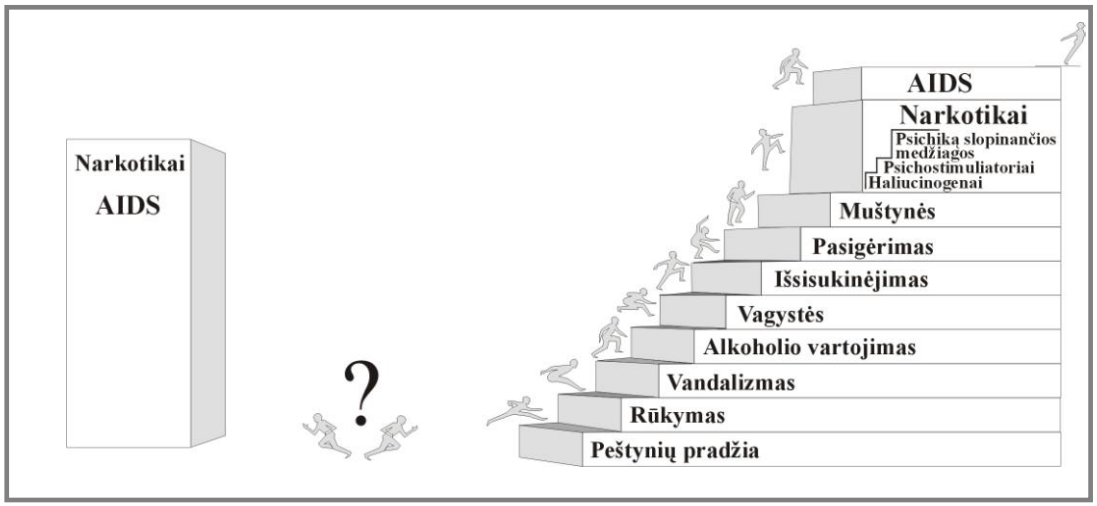
1. ***Mažinti narkotikų paklausą,*** *t. y. įtikinti jaunimą nevartoti narkotikų.*

- Rengti specialistus (pedagogus, psichologus, medikus, socialinius darbuotojus), kurių uždavinys būtų kurti ir vykdyti mokyklų švietimo programas, pagal kurias būtų dirbama su jaunimo grupėmis, o ne su atskirais „problemiškais“ paaugliais.

  Priklausomybė nuo psichotropinių medžiagų, kaip ir ŽIV/AIDS, neatsiranda staiga. Tai tam tikro elgesio, kurį galima pastebėti anksti, rezultatas (17 paveikslas).

- Vykdyti bendraamžių švietimo programą, kurioje su moksleiviais iki 15–16 metų dirbtų savanoriai, specialiai apmokyti jaunuoliai (studentai, psichologai, medikai ir kt.). Savanoriai galėtų teikti informaciją apie sveiką gyvenimą, narkotikų poveikį, pasiųsti į bėdą patekusius paauglius pas specialistus.
- Inicijuoti visuomenei ir jaunimui skirtus masinius renginius, akcijas, konkursus, parodas ŽIV/AIDS/LPI ir narkotikų žalos temomis, siekiant teikti tikslinę informaciją.
- Steigti konsultacinius pagalbos bei informacijos centrus, pagalbos telefonu tarnybas ne tik didžiuosiuose miestuose. Svarbus uždavinys – **mokyti pedagogus ir tėvus, kaip anksti pažinti, ar vaikas vartoja narkotikus, ir kaip tokiu atveju elgtis**.
- Gerinti ryšius su žiniasklaida, kuo daugiau bendradarbiauti su žurnalistais, teikti informaciją apie narkotinių medžiagų žalą bei formuoti neigiamą požiūrį į juos. Jaunimas yra labai imlus informacijai, teikiamai bendraamžių susibūrimo vietose, todėl įvairius renginius galima panaudoti specialiai informacijai platinti.
- Suburti ir parengti lektorių grupes, sudarytas iš psichologų, narkologų, policijos pareigūnų, buvusių narkomanų ir kt. darbui mokyklose.

17 paveikslas. **Kelias į priklausomybę ir AIDS**



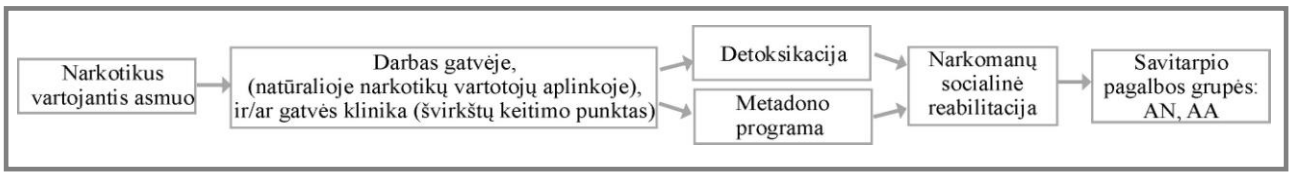

2. ***Numatyti ir tobulinti priemonių programą narkotikų pasiūlai mažinti:***

- ieškoti bendrų darbo formų su Moterų krizių centrais, jaunimo centrais, tėvų namais ir kitomis valstybinėmis ir nevyriausybinėmis organizacijomis;
- didinti teisėsaugos organų bei įvairių jaunimo renginių organizatorių atsakomybę už narkotikų vartojimą bei pardavimą tokiuose renginiuose, skatinti kitų sektorių, tėvų, pedagogų, nevyriausybinių organizacijų bendradarbiavimą su policija;
- atsižvelgiant į tai, kad narkomanija – sunki priklausomybių liga, o narkomanas – ligonis, teisėsaugos organai turi stiprinti kovą ne su narkotikų vartotojais, o su narkotinių medžiagų prekeiviais ir platintojais.

***Antrinė prevencija:***

- steigti stacionarius ir mobilius „žemo slenksčio“ kabinetus (švirkštų keitimo punktus), kuriuose reikėtų mokyti narkomanus tinkamai naudotis švirkštais, suteikti reikalingos informacijos, skatinti saugų narkomanų lytinį elgesį, pasitelkiant ir apmokant buvusius narkomanus;
- plėsti socialinės reabilitacijos centrų tinklą, kurio tikslas – padėti narkomanams grįžti į visuomenę, formuoti norą nevartoti narkotikų (tarp kitų – ir grįžusiems iš įkalinimo įstaigų asmenims, vartojusiems narkotikus). Tam tikslui:
- pagal psichikos būklę nevartojantys narkomanai turėtų būti siunčiami į ilgalaikės (1,5–2 metų) ir intensyvios (6 mėnesių) reabilitacijos centrus;
- steigti paauglių socialinės reabilitacijos centrus, specializuotus šeimos centrus narkomanėms motinoms ir jų vaikams;
- kurti socialinės pagalbos baigusiems reabilitacijos kursą narkomanams centrus, kurie padėtų jiems įsidarbinti, teiktų psichologinę pagalbą krizių metu ir kt;
- plėsti tarpusavio pagalbos (anoniminių narkomanų ir anoniminių alkoholikų) grupes.

18 paveikslas. **Pateiktą rekomenduojamą veiklą galima pavaizduoti schema:**




Pagal schemą gatvės narkomanas turėtų patekti į „žemo slenklsčio“ kabinetą (dar vadinamą gatvės klinika). Joje būtų mokamas ne tik saugiai vartoti narkotikus, bet ir būtų skatinamas gydytis detoksikacijos skyriuje arba dalyvauti metadono programoje (pagal tam tikras indikacijas). Po gydymo

narkomaną būtina įtraukti į socialinės reabilitacijos programą. Baigusius reabilitacijos kursą kai kuriuos narkomanus tolimesniam blaivėjimui ir sveikimui reikia siųsti į anoniminių narkomanų ar anoniminių alkoholikų tarpusavio pagalbos grupes.

***Tretinė prevencija:***

- plėsti detoksikacijos centrų tinklą, kur narkomanams šalia detoksikacijos būtų teikiamos psichoterapijos paslaugos;
- poliklinikų, ypač bendrosios praktikos gydytojus mokyti pažinti priklausomus nuo narkotikų asmenis ir nukreipti juos konsultuotis, ar gydytis specialiose įstaigose;
- plėsti metadono programą, atitolinant narkomanus nuo nelegalios opijaus rinkos ir šalinant kriminalinio elgesio prielaidas. Metadono programa turi būti tarpinė grandis tarp narkotikų vartojimo ir reabilitacijos programos ir vertinama kaip narkotikų žalos mažinimo priemonė, o ne tikslas;
- stiprinti psichikos sveikatos centrų (PSC) darbą, skatinti gydytojus narkologus bei psichologus teikti ambulatorinę – psichoterapinę pagalbą narkomanams.

***Pastaba***. Prevencinės priemonės turi būti taikomos ne mažiau 60% ŠNV. Priešingu atveju jos nepasieks norimo ŽIV prevencijos efekto.

## 3. Uždavinys – užkirstikelią perinataliniam ŽIV plitimui

**Pagrindinės intervencijos** (302, 303, 304):

**1. Aprūpinti informacija medicinos darbuotojus ir nėščiąsias apie ŽIV profilaktiką, perinatalinį infekcijos perdavimą bei šeimos planavimą.**

**2. Užtikrinti medicinos priežiūrą bei konsultavimą moterų, žinančių arba manančių, kad yra užsikrėtusios ŽIV .**

***I intervencija – teikti vaisingo (fertilaus) amžiaus moterims ir ŽIV neužsikrėtusiems vyrams arba vyrams, kurių ŽIV statusas nežinomas, žinias apie ŽIV profilaktiką, perinatalinį užkrėtimo būdą ir šeimos planavimą, užtikrinti saugų gimdymą***

**Tikslas –** *sumažinti perinatalinio ŽIV užsikrėtimo pavojų, užtikrinti saugų gimdymą***.**

Ši intervencija – tai mokymas ir konsultacijos, teikiamos sveikatos apsaugos įstaigose. Fertilaus amžiaus moterims būtina teikti žinias apie:

- saugų lytinį elgesį, prezervatyvų naudojimą;
- pavojų užsikrėsti ŽIV leidžiantis narkotikus bei naudojantis bendromis adatomis ir švirkštais;
- LPI profilaktiką bei gydymą;
- perinatalinį užkrėtimo būdą ir kaip jo išvengti arba sumažinti tokio užkrėtimo riziką;
- įvairius šeimos planavimo metodus.

**Rekomenduojama:**

- teikti būsimosioms gimdyvėms informaciją apie ŽIV perdavimo būdus ir profilaktiką moterų konsultacijose bei kitose sveikatos priežiūros įstaigose;
- sukurti ir įvykdyti medikų mokymo programas;
- organizuoti visuomenės informavimo kampanijas žiniasklaidoje, pasitelkiant nevyriausybines organizacijas.

***II intervencija – teikti moterims, žinančioms arba manančioms, kad jos užsikrėtusios ŽIV, medicinos pagalbą bei konsultacinę paramą***

**Tikslas –** *sumažinti ŽIV perinatalinio užsikrėtimo atvejų skaičių.*

Priemonės – ŽIV infekcijos lydinčių ligų gydymas ir moterų konsultavimas šeimos planavimo klausimais, ŽIV užsikrėtusių nėščiųjų socialinės paramos ir sveikatos priežiūros užtikrinimas.

*Tyrimų duomenimis, laiku diagnozavus nėščiosios ŽIV infekciją ir taikant prevencinį gydymą priešvirusiniais vaistais bei kitas priemones, galima iki 2% sumažinti tikimybę, kad kūdikis gims infekuotas (305).*

**Rekomenduojama:**

- teikti būsimosioms gimdyvėms informaciją apie galimumą sumažinti tikimybę, kad vaikas gims infekuotas;
- suteikti prieštestinį konsultavimą ir pasiūlyti atlikti ŽIV testą;
- numatyti ŽIV užsikrėtusių nėščiųjų epizodinį prevencinį gydymą.

## 11.2.2. Tikslas – sumažinti ŽIV infekcijos pasekmes individui ir visuomenei

ŽIV paplitimas įvairiose valstybėse labai skiriasi, todėl infekcijos poveikis sveikatos ir socialinei sistemai nevienodas. Jis priklauso nuo užsikrėtusiųjų skaičiaus, reikalingų išteklių ir kitų veiksnių.

Šiuo metu pasaulyje trūksta kombinuotos antiretrovirusinės terapijos ekonominę naudą patvirtinančių duomenų, nes ji pradėta plačiai taikyti tik nuo 1996 m., kai prekyboje pasirodė proteazės inhibitoriai. Pirminiai duomenys rodo, kad efektyvių vaistų skyrimas ekonomiškai naudingas.

**Siekiant sumažinti ŽIV infekcijos pasekmes individui ir visuomenei, rekomenduojamos intervencijos** (278, 306, 307):

1) **Teikti tinkamą medicinos pagalbą ŽIV užsikrėtusiems asmenims bei jų šeimoms.**
2) **Teikti socialinę paramą ŽIV užsikrėtusiems asmenims, jų šeimoms ir artimiesiems.**

***I Intervencija – teikti tinkamą medicinos pagalbą ŽIV užsikrėtusiems asmenims bei jų šeimoms***

**Tikslas** – *teikti nenutrūkstamą, prieinamą ir kokybišką sveikatos priežiūrą ŽIV užsikrėtusiems asmenims ir jų šeimoms (308, 309).*

Medicinos pagalbos tęstinumas – tai nuolatiniai gydymo įstaigų ryšiai su šeimomis.

**Šios intervencijos dalys:**

1) ŽIV infekcijos, AIDS ir jų indikacinių ligų diagnozavimas bei gydymas, nuolatinė sveikatos priežiūra siekiant anksti nustatyti galimus ligų recidyvus ar naujas infekcijas;
2) ŽIV užsikrėtusių asmenų sveikatos priežiūra sveikatos priežiūros įstaigose, antiretrovirusinis gydymas, ambulatorinių ir stacionarinių paslaugų teikimas.
3) konsultacinė ŽIV užsikrėtusiųjų ir jų šeimų parama siekiant sumažinti ŽIV/AIDS sukeliamo streso pasekmes, teikti informaciją apie ŽIV plitimo profilaktiką;
4) ligonių priežiūra namuose. Juos prižiūri šeimos nariai, neprofesionalai, bendruomenės sveikatos priežiūros darbuotojai ar kiti asmenys, parengti dirbti socialinį darbą, teikti konsultacinę paramą ir turintys žinių apie ŽIV užsikrėtusiųjų mitybos ypatumus.

**1. ŽIV infekcijos, AIDS ir jų indikacinių ligų diagnozavimas bei gydymas, nuolatinė ligonių sveikatos priežiūra siekiant anksti nustatyti galimus ligų recidyvus ar naujas infekcijas**

Pirminė laboratorinė ŽIV infekcijos diagnostika prireikus atliekama asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Tikslinių grupių asmenų ar gydymo įstaigų pacientų (pagal klinikinius parodymus) kraujo bandinys, gavus asmens sutikimą, siunčiamas į laboratorijas, galinčias atlikti atitinkamą diagnostiką. Gavus teigiamą kraujo tyrimo rezultatą, kraujo bandinys siunčiamas į Lietuvos AIDS centro laboratoriją ir joje atliekami patvirtinantys tyrimai.

**Sveikatos priežiūros įstaigose, atliekančiose atrankinius ŽIV tyrimus:**

- šie tyrimai turi būti tikslingi;
- prieinami, o tiriamieji konsultuojami prieš testą ir po jo;
- patikimai ištiriami kraujo ir organų donorai, kraujas ir jo produktai saugiai perpilami bei organai persodinami recipientams;
- nemokamai ir prieinamai tiriami rizikingo elgesio asmenys;
- atliekamas signalinis stebėjimas.

**Signalinis stebėjimas**

Signalinis stebėjimas organizuojamas atskirose teritorijose, nepriklausomai nuo ŽIV epidemiologinės padėties.

**Tikslas** – reguliariai įvertinti ŽIV paplitimą bei rizikingą įvairių visuomenės grupių elgesį, šio elgesio pokyčius, susijusius su Valstybinės ŽIV profilaktikos programos vykdymu, socialiniais bei etiniais visuomenės pokyčiais (290).

Signalinio stebėjimo tvarką, nuolatines teritorijas ir tiriamas gyventojų grupes nustato Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija.

ŽIV tyrimas atliekamas gavus tiriamo asmens sąmoningą sutikimą, suteikus jam konsultacinę paramą prieš atliekant testą. Kraujas tiriamas laboratorijose, kurias atestavo Valstybinės akreditavimo Sveikatos priežiūros veiklai tarnyba ŽIV tyrimams atlikti. Tyrimai atliekami diagnostiniais rinkiniais atitinkančius EK IVD direktyvos reikalavimus ir turinčius EC žymėjimą . Pagal diagnostinio rinkinio gamintojo instrukciją antrą kartą gavus reaktyvų rezultatą arba jei rezultatas yra pilkojoje zonoje (10 procentų nuo leistinos reaktyvumo ribos), serumas siunčiamas referuoti į Lietuvos AIDS centro laboratoriją. ŽIV infekcijos diagnozė patvirtinama imunofermentiniais, DNR ir virusologiniais metodais pagal atsiųsto kraujo kiekį, tiriamojo asmens klinikinius požymius, epidemiologinę anamnezę ir rizikos veiksnius. Lietuvos AIDS centre, diagnozė dar kartą verifikuojama imunoblotingo reakcija.

ŽIV tyrimų ir seroreaktyvių serumų siuntimo tvarką nustato LR sveikatos apsaugos ministerija.

Tyrimo rezultatą (teigiamą, neaiškų ar neigiamą) pacientui asmeniškai praneša tyrimui mėginį pasiuntęs gydytojas. Prieš kiekvieną ŽIV tyrimą turi būti teikiama konsultavimo parama (310).

**Konsultavimo parama** teikiama pokalbio metu dalyvaujant tik konsultuojamajam ir pagalbą teikiančiam asmeniui. Gauta informacija lieka konfidenciali. Gydymo įstaigos ar bet kurios kitos įstaigos, siunčiančios kraujo mėginius į Lietuvos AIDS centro laboratoriją, atsakymus gauna per ligoninės pasiuntinį uždarame voke. Gavęs teigiamą tyrimo atsakymą, siuntęs gydytojas asmeniškai (ne telefonu) **teikia potęstinę konsultavimo paramą** ir praneša tik įsitikinęs, kad pacientas pasirengęs išgirsti atsakymą. Nerekomenduojama teigiamą rezultatą pranešti penktadienį, kad savaitgalį pacientas neliktų be medikų pagalbos vienas su bloga žinia.

**Lietuvos AIDS centro laboratorijoje:**

- patvirtinama gautų Lietuvos Respublikos laboratorijose seroreaktyvių serumų ŽIV infekcija;
- atliekami ŽIV virusologiniai ir tipavimo darbai;
- vykdomas ŽIV infekuotų asmenų sveikatos būklės monitoringas ir nustatomos specifiniams vaistams nejautrios ŽIV mutacijos;
- tobulinama LPI ir jų sukeliamų infekcijų laboratorinė diagnostika ir patvirtinančios metodikos (laboratorijoje, registruojančioje ŽIV ir organizuojančioje išorinę kontrolę).

**Pastaba:** ŽIV infekcijos diagnostika nėra ŽIV prevencija. Ji tik įgalina kryptingai dirbti psichosocialinį ir prevencinį darbą su konkrečiu asmeniu.

**2. ŽIV užsikrėtusių asmenų sveikatos priežiūra sveikatos priežiūros įstaigose, antiretrovirusinis gydymas, ambulatorinių ir stacionarinių paslaugų teikimas.**

**ŽIV infekcijos priežiūros ir gydymo tikslai:**

- pagerinti užsikrėtusiųjų gyvenimo kokybę, pailginti gyvenimo trukmę;
- sumažinti ŽIV infekcijos gydymo sąnaudas, pailginant besimptomį ligos laiką;
- slopinti naujų, atsparių vaistams, viruso štamų atsiradimą ir replikaciją;
- mažinti naujų užsikrėtimo atvejų galimybę (antrinė ŽIV infekcijos profilaktika).

**ŽIV užsikrėtusių asmenų medicininės priežiūros tvarka:**

- Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas sergantiems ŽIV (AIDS) asmenims garantuoja ą sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimą iš privalomojo sveikatos draudimo fondo, valstybės ar savivaldybių biudžetų, savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos lėšų;
- Visi, sergantys žmogaus imunodeficito viruso (ŽIV) liga ar viruso nešiotojai, draudžiami valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu pagal LR SAM 2003 m. gegužės 14 d. įsakymu Nr. V-276 „Dėl Visuomenei pavojingų užkrečiamųjų ligų, kuriomis sergantys asmenys laikomi apdraustaisiais, kurie draudžiami valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu, sąrašo patvirtinimo“.
- ŽIV užsikrėtusiųjų pacientų priežiūra vykdoma pagal ŽIV ligos diagnostikos bei ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš PSDF biudžeto lėšų, metodiką (toliau – ŽIV ligos gydymo metodika), patvirtintą LR SAM 2004 m. gegužės 3 d. įsakymu Nr. V-313 „Dėl artrozės, žmogaus imunodeficito viruso, *chlamydia trachomatis* sukeltų ligų diagnostikos bei ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, metodikų patvirtinimo“;
- ŽIV liga gydoma antiretrovirusiniais (toliau - ARV) vaistais kompensuojamais iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšų nuo 2002 metų. ARV vaistai yra perkami centralizuotai, pirkimus vykdo Valstybinė ligonių kasa.
- ŽIV užsikrėtusiems asmenims pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos paciento pasirinktoje pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.
- ŽIV liga sergantiems pacientams stacionarinė pagalba teikiama pagal vyraujančią patologiją ir reikiamų paslaugų poreikį įvairiose šalies sveikatos priežiūros įstaigose.
- ŽIV ligos (infekcijos) priežiūrą ir gydymą atlieka gydytojai specialistai (infektologai, dermatovenerologai, vidaus ligų specialistai ir kt.) bendradarbiaudami su sveikatos priežiūros įstaigų psichologais, socialiniais darbuotojais ir slaugos specialistais.
- Specifinis ŽIV ligos gydymas, skiriant ARV vaistus, pastaraisiais metais taikytas šiose gydymo įstaigose: Lietuvos AIDS centre, Kauno medicinos universiteto klinikose, Respublikinėje tuberkuliozės ir infekcinių ligų universitetinėje ligoninėje, Kauno II klinikinėje ligoninėje, Klaipėdos universitetinėje ligoninėje, Šiaulių miesto ligoninėje bei Teisingumo

ministerijos pavaldžiose įstaigose, kurios finansuojamos iš jų biudžeto (atsižvelgiant į LR Sveikatos draudimo įstatymo 6 str. 5 p. nuostatas).

- ŽIV liga gydoma mažiausia trijų antiretrovirusinių vaistų deriniais;
- ART skiriama, kai pacientas pasiruošęs ir motyvuotas pradėti gydymą.
- Pagal ŽIV ligos diagnostikos ir gydymo metodiką ŽIV užsikrėtusiųjų asmenų laboratorinė priežiūra (sudėtingi ir brangūs tyrimai): imunologiniai tyrimai (ląstelinio imuniteto tyrimas), virusologiniai tyrimai (ŽIV RNR kiekybinis nustatymas, ŽIV genotipavimas ir ŽIV atsparumo ARV vaistams), serologiniai tyrimai atliekami specializuotoje Lietuvos AIDS centro laboratorijoje (vaklstybės biudžeto lėšomis).

***Esant indikacijoms taikoma oportunistinių infekcijų gydymas, pirminė ir antrinė profilaktika.***

**3. ŽIV užsikrėtusiųjų ir jų šeimų konsultacijos** siekiant sumažinti ŽIV/AIDS sukeliamo streso pasekmes, teikti informaciją apie ŽIV plitimo profilaktiką.

**4. Ligonių priežiūra namuose.** Ją atlieka šeimos nariai, neprofesionalai, bendruomenės sveikatos priežiūros darbuotojai ar kiti, parengti dirbti socialinį darbą, teikti konsultacinę paramą ir turintys žinių apie ŽIV užsikrėtusiųjų mitybos ypatumus.

**Priežiūra namuose** – tai bendrųjų negalavimų, pvz., karščiavimo, viduriavimo, kosulio ar kitų sveikatos sutrikimų, susijusių su ŽIV/AIDS, gydymas, **paliatyvinė priežiūra** – maitinimas ir paciento higiena.

**Rekomenduojama:**

- įvertinti sveikatos priežiūros ir socialinės paramos ŽIV užsikrėtusiems asmenims, jų šeimoms poreikį;
- įvertinti sveikatos priežiūros ir kitų sistemų pajėgumą, teikti reikiamą medicinos ir socialinę pagalbą;
- įvertinti specialistų ruošimo poreikį ir reikiamus išteklius;
- numatyti konkrečius finansavimo šaltinius ir garantuoti gydymo priešvirusiniais vaistais tęstinumą. Nustatyti, kokiems asmenims skiriamas gydymas, kada pradedamas ir dėl kokių priežasčių nutraukiamas, kokiais ir keliais preparatais gydoma ir kokia vaistų kompensavimo tvarka;
- numatyti antivirusinių vaistų bei vaistų, gydančių oportunistines ir ŽIV indikacines infekcijas, naudojimą prevenciniais tikslais;
- parengti ir platinti rekomendacijas šeimoms, kaip prižiūrėti ŽIV užsikrėtusius bei sergančius AIDS asmenis namuose;
- steigti pozityvių asmenų grupes ir skatinti jų veiklą, susijusią su ligonių priežiūrą tarpusavio pagalbos principu;
- įkurti globos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo tipo įstaigą arba skyrius esamose slaugos ligoninėse (užsienyje vadinamus „hospice“) paskutinės AIDS stadijos ligoniams, kurie yra socialiai pažeidžiami ir nepriimtini kitoms sveikatos priežiūros įstaigoms dėl labai didelių gydymo išlaidų;
- plėtoti vyriausybinių ir visuomeninių organizacijų bendradarbiavimą teikiant pagalbą ŽIV užsikrėtusiems asmenims ir jų šeimoms.

***II intervencija – užtikrinti socialinę paramą ŽIV užsikrėtusiems asmenims, jų šeimoms ir artimiesiems***

**Tikslas** – *gerinti ŽIV užsikrėtusiems žmonėms, jų šeimoms ir bendruomenėms teikiamos socialinės paramos kokybę, prieinamumą, priimtinumą, rūpintis paramos tęstinumu (321).*

**Šios intervencijos dalys** (311, 312):

1. **ŽIV užsikrėtusių asmenų, jų šeimų antidiskriminacinės priemonės, asmens teisių užtikrinimas.**
2. **Socialinės paramos teikimas atsižvelgiant į ŽIV užsikrėtusių asmenų poreikius.**

Socialinės paramos poreikiai gali būti:

- informacija apie socialinę apsaugą, teisinės konsultacijos;
- gyvenamasis plotas ar prieglobstis;
- vaikų globa, kai tėvai serga;
- pagalba buityje;
- pagalbos gyviems likusiems šeimos nariams planavimas;
- mirties liudijimo išrašymas.

**Rekomenduojama veikla:**

- koordinuoti sveikatos apsaugos ir socialinių tarnybų, municipalitetų, ministerijų bei sektorių socialinės paramos veiklą;
- išaiškinti ir aprašyti diskriminavimo atvejus siekiant jų išvengti ateityje;
- nustatyti ŽIV užsikrėtusių ir sergančių AIDS asmenų bei jų šeimų poreikius ir bendradarbiauti su religinėmis ir visuomenės organizacijomis planuojant socialinę paramą;
- numatyti sveikatos priežiūros įstaigų ir organizacijų, teikiančių socialinę paramą, bendradarbiavimo tvarką.

**Daugiasektorinio bendradarbiavimo užtikrinimas**

Atsižvelgiant į problemos sudėtingumą, ŽIV infekcijos kontrolės Lietuvoje tikslai gali būti sėkmingai įgyvendinti tik užtikrinus daugiasektorinį bendradarbiavimą, koordinuojant veiksmus, panaudojant žiniasklaidos galimybes (313, 314).

**Žiniasklaidos vaidmuo ŽIV/AIDS/LPI ir narkomanijos profilaktikos srityje yra trejopas**:

1) Žiniasklaida suteikia galimybę teikti visuomenei informaciją sveikatos klausimais.
2) Formuoja AIDS problemos supratimą teikdama informaciją ir kitais būdais.
3) Daro įtaką vyriausybės politikai.

Įvairių institucijų veiklos planuose, pagal institucijos veiklos sritį, turėtų būti numatomos ŽIV/LPI bei narkomanijos prevencijos priemonės (315, 316).

**Siekiant vykdyti sveikatos priežiūros įstaigų, tarpžinybinį, mokslinį, tarptautinį ir kitokį bendradarbiavimą ŽIV infekcijos kontrolės strategijos srityje rekomenduojama:**

- vykdyti Valstybinės AIDS profilaktikos programos tęstinumo politiką;
- integruoti įvairias visoje Respublikoje (apskrityje, savivaldybėje) vykdomas narkomanijos (narkotikai, alkoholis, nikotinas), AIDS, LPI, virusinių hepatitų, tuberkuliozės prevencijos, sveikatos ugdymo, nusikalstamumo stabdymo ir kitas prevencines programas;
- koordinuoti ŽIV/AIDS diagnostinį ir profilaktinį darbą, didinti jo efektyvumą valstybės ir privačiose medicinos įstaigose praktiškai taikant naujus diagnostikos ir gydymo metodus;
- panaudoti žiniasklaidos galimybes teikti visuomenei tikslinę informaciją sveikatos klausimais, padėti suprasti AIDS problemą, daryti įtaką vyriausybės politikai ŽV/LPI prevencijos srityje;
- tarpininkauti ir skatinti tarptautinių organizacijų bendradarbiavimą su šalies visuomenės bei

sveikatos priežiūros organizacijomis, sprendžiant prevencinio darbo problemas didesnės rizikos užsikrėsti AIDS grupėse;

- savivaldybių (apskričių) lygiu įsteigti ŽIV kontrolės ir profilaktikos priemonių tarpžinybinę koordinavimo tarybą; įvertinti padėtį savivaldybėje (apskrityje) ir parengti konkrečių priemonių planą;
- sudaryti darbo grupes iš įvairių sektorių atstovų, pvz. „ŽIV ir žiniasklaida“, „ŽIV ir žmogaus teisės ir teisiniai aspektai”, „ŽIV ir regioninis interneto informacijos tinklas”, „Visuomenės ir savivaldybės bendradarbiavimas ŽIV klausimais”, „Narkotikai ir ŽIV“, „Jaunimas, narkotikai ir ŽIV problemos“.

Prireikus (pvz., pasikeitus epidemiologinei padėčiai), kai kurios ŽIV kontrolės Lietuvoje strategijos kryptys gali būti stiprinamos ar keičiamos.

## 11.3. Lytiškai plintančių ligų valdymas Lietuvoje

**LPI valdymą reglamentuojantys teisės aktai yra:**

- Lietuvos respublikos žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymas / Lietuvos Respublikos Seimas. 2001 m. gruodžio 13 d. Nr. IX-649. Valstybės žinios 2001; 112-4069 (toliau – Įstatymas).

  Dėl lytiškai plintančių infekcijų, ŽIV nešiojimo ir ŽIV ligos epidemiologinės priežiūros tvarkos asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. vasario 25 d. įsakymas Nr. V-117. Valstybės žinios 2003; 27-1105.

  Dėl užkrečiamųjų ligų, išvardytų Europos komisijos sprendimuose Nr. 2000/96/EB ir 2003/542/EB, atvejų apibrėžimų patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 10 d. įsakymas Nr. V-344. Valstybės žinios 2004; .82-2958.

Įstatymas nustato žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės valdymo, ginčų sprendimo bei žalos atlyginimo ir atsakomybės už teisės aktų pažeidimus užkrečiamųjų ligų kontrolės ir profilaktikos klausimais pagrindus, fizinių ir juridinių asmenų teises bei pareigas užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės finansavimo bei jų kainų kompensavimo ypatumus.

Įsakymas reglamentuoja LPI, ŽIV turėjimo ir ŽIV ligos epidemiologinės priežiūros tvarką asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose.

Visos diagnozuotos užkrečiamosios ligos ir išskirti šių ligų sukėlėjai registruojami užkrečiamųjų ligų ir užkrečiamųjų ligų sukėlėjų valstybės registruose. Šiuos registrus steigia ir jų nuostatus tvirtina Vyriausybė.

Užkrečiamųjų ligų ir jų sukėlėjų valstybinių registrų vyriausiasis tvarkytojas yra Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės centras. Pirminę registrų informaciją pagal savo kompetenciją tvarko juridiniai ir fiziniai asmenys, turintys sveikatos priežiūros veiklos licenciją. Šie darbuotojai, įtarę ar nustatę privalomojo epidemiologinio registravimo objektus, privalo tvarkyti jų apskaitą ir nustatyta tvarka teikti duomenis apie juos atitinkamoms teritorinėms visuomenės sveikatos priežiūros įstaigoms. Privalomojo epidemiologinio registravimo objektų sąraše išskirti užkrečiamųjų ligų sukėlėjai, įrašyti į Sveikatos apsaugos ministro patvirtintą sąrašą, ir šių ligų sukėlėjų turėjimo atvejai; įtariami susirgimai užkrečiamosiomis ligomis ir šių ligų, įrašytų į Sveikatos apsaugos ministro patvirtintą sąrašą, bei mirčių nuo jų atvejai.

Epidemiologinę užkrečiamųjų ligų analizę ir prognozę atlieka teritorinės visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigų gydytojai, įtarę ar nustatę privalomojo epidemiologinio registravimo objektus, apie tai praneša teritorinėmis visuomenės sveikatos priežiūros įstaigomis. Jos, gavusios informaciją, atlieka epidemiologinį tyrimą. Informaciją apie patvirtintą atvejį perduoda Lietuvos Respublikos užkrečiamųjų ligų valstybės registrui.

**Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės valstybinio valdymo sistema**

***Nacionalinis lygmuo***

**Vyriausybė,** vykdydama užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės valdymą: tvirtina užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės valstybines privalomąsias programas; įstatymų nustatyta tvarka steigia valstybės valdymo institucijas, kurios įgyvendina užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės strategiją; atlieka kitas šio ir kitų įstatymų nustatytas užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės funkcijas.

**Sveikatos apsaugos ministerija,** vykdydama užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės valdymą: pagal savo kompetenciją įgyvendina užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės valstybinę strategiją, rengia valstybines privalomąsias ir tikslines užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės programas ir kontroliuoja, kaip jos vykdomos; rengia užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės teisės aktų projektus, pagal savo kompetenciją atlieka ministerijų, kitų Vyriausybės įstaigų, apskrities, savivaldybių, kitų institucijų teisės aktų, reguliuojančių sveikatos santykius užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės sričių ar galinčių turėti jiems poveikio, projektų ekspertizę.

**Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės centras:** organizuoja, metodiškai vadovauja ir koordinuoja valstybinę užkrečiamųjų ligų epidemiologinę priežiūrą Lietuvoje; tvarko valstybinius užkrečiamųjų ligų ir jų sukėlėjų registrus; koordinuoja užkrečiamųjų ligų ir jų sukėlėjų informacijos sistemą; renka, analizuoja ir kaupia teisės aktų nustatyta tvarka duomenis apie Lietuvos gyventojų sergamumą užkrečiamosiomis ligomis ir išskirtus šių ligų sukėlėjus.

**Lietuvos AIDS centras** įgyvendina Lietuvos Respublikos Vyriausybės ir Sveikatos apsaugos ministerijos ŽIV/AIDS ir LPI profilaktikos ir kontrolės politiką, koordinuoja valstybės ir savivaldybės bei kitų institucijų veiksmus ŽIV/AIDS ir LPI profilaktikos ir kontrolės srityje, atlieka ŽIV/AIDS ir LPI epidemiologinę priežiūrą šalyje, nuolatos vertina epidemiologinę padėtį, teikia prognozes, išvadas, siūlymus, metodiškai vadovauja asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigoms ŽIV/AIDS ir LPI epidemiologinės priežiūros klausimais.

***Teritorinis lygmuo***

**Visuomenės sveikatos centrai apskrityse:** organizuoja valstybinę užkrečiamųjų ligų epidemiologinę priežiūrą, kontrolę ir profilaktikos priemones apskrityje, tvarko apskrities užkrečiamųjų ligų ir jų sukėlėjų registrus, teikia metodinę ir praktinę pagalbą asmens sveikatos priežiūros įstaigoms.

**Apskrities viršininko administracijos tarnyba,** įgyvendindama savo apskrities teritorijoje užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės valstybės politikos programą: organizuoja užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės valstybinių privalomųjų ir tikslinių programų įgyvendinimą; organizuoja užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės apskrities tikslinių programų rengimą ir įgyvendinimą; analizuoja, kaip savivaldybių merai, remdamiesi šiuo ir kitų įstatymų nustatyta tvarka įgyvendina užkrečiamųjų ligų kontrolę ir profilaktiką.

***Vietinis lygmuo***

**Savivaldybės taryba:** kasmet išklauso savivaldybės mero ataskaitą apie užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės organizacinių priemonių plano įgyvendinimo eigą ir rezultatus; tvirtina tikslines savivaldybių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės sveikatos programas; suderinusi su teritorinės visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos vadovu, tvirtina savivaldybės teritorijos sanitarinės kontrolės taisykles; suderinusi su Sveikatos apsaugos ministerija, prireikus tvirtina savo teritorijoje griežtesnius negu higienos normomis nustatytus užkrečiamųjų ligų profilaktikos reikalavimus.

**Savivaldybės valdyba:** savivaldybės tarybos kadencijos laikotarpiu tvirtina užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės organizacinių priemonių planą ir kartu su savivaldybės gydytoju kontroliuoja šio plano įgyvendinimą; įvertina savivaldybės ūkiui, sveikatos priežiūros įstaigoms dėl užkrečiamųjų ligų atsiradimo ir išplitimo susidariusius ekonominius nuostolius ir teikia ieškinius jiems atlyginti; organizuoja tikslinių savivaldybės sveikatos programų dėl užkreiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės rengimą ir jas finansuoja.

**Asmens sveikatos priežiūros įstaigos:**

- Diagnozuoja ir gydo užkrečiamąja liga sergančius žmones.

- Organizuoja arba atlieka ligonių ar žmonių, įtariamų sergant LPI, ŽIV liga, bei ŽIV nešiotojų klinikinius bei laboratorinius diagnostinius tyrimus.
- Vykdo užkrečiamųjų ligų profilaktikos programas.
- Renka statistinius duomenis apie LPI, ŽIV ligonius bei ZIV nešiotojus, juos pateikia reikiamoms institucijoms nustatytu laiku.
- Teikia metodinę pagalbą kitų specialybių gydytojams, organizuoja visuomenės sveikos gyvensenos mokymą, rengia konferencijas, seminarus, pasitarimus, susijusius su LPI, ŽIV turėjimo ir ŽIV ligos profilaktika, juose dalyvauja. Numatyta tvarka dalyvauja asmens ir visuomenės sveikatos specialistų rengimo bei kvalifikacijos kėlimo kursuose.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. vasario 25 d. įsakymas Nr. V-117 reglamentuoja LPI, ŽIV turėjimo ir ŽIV ligos epidemiologinę priežiūrą asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose (13).

**ŽIV turėjimo, ŽIV ligos bei LPI, kurių duomenys teikiami visuomenės sveikatos priežiūros įstaigoms, sąrašas:**

*2.1. . Besimptomis užkrėstumas žmogaus imunodeficito virusu (ŽIV) (Z21)*

*2.2. Žmogaus imunodeficito viruso (ŽIV) liga (B20-24).*

*2.3. Laboratoriniai ŽIV radiniai. Negalutiniai ŽIV mėginio radiniai naujagimiams (R75).*

*2.4. Sifilis (A51-A53), įgimtas sifilis (A50).*

*2.5. Gonokokinė infekcija (A54).*

*2.6. Chlamidijų sukelto s ir lytiškai santykiaujant plintančios ligos (A56).*

**LPI, ZIV turėjimo ir ZIV ligos atvejų registravimo tvarka asmens sveikatos priežiūros įstaigose.**

Visi medicinos ir epidemiologinės anamnezės duomenys apie ligonį, sergantį LPI, ŽIV liga, ar ŽIV nešiotoją įrašomi į atitinkamus dokumentus:

- Medicinos dokumentaciją – asmens sveikatos istoriją (ambulatorinę kortelę, įdėtinį lapą), f. Nr. 025/a, gydymo stacionare ligos istoriją, f. Nr. 003/a, dienos stacionaro ligonio kortelę, f. Nr. 003-2/a.
- LPI ŽIV turėjimo ir ŽIV ligos epidemiologinio tyrimo protokolą, f. Nr. 151-9/a (žr. 4.2 priedą)
- Infekcinių susirgimų apskaitos žurnalą, f. Nr. 060/a
- Kontakto kortelę, f. Nr. 047-9/a (žr. 4.3 priedą)

Gydytojas, diagnozavęs LPI, įrašytą į „Lytiškai plintančių infekcijų, apie kurias duomenys teikiami visuomenės sveikatos priežiūros įstaigoms, sąrašą, ŽIV nešiojimą ar ŽIV ligą“, užregistruoja atvejį Jnfekcinių susirgimų apskaitos žurnale", (f. Nr. 060/a), ir, užpildęs „Lytiškai plintančios infekcijos, ŽIV nešiojimo ir ŽIV ligos epidemiologinio tyrimo protokolą“, (f. Nr. 151-9/a (žr. 4.2 priedą)), per 7 dienas išsiunčia jį faksu, paštu ar elektroniniu paštu teritorinei visuomenės sveikatos priežiūros įstaigai pagal ligonio gyvenamąją vietą, o ligos epikrizę - pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurią asmuo yra pasirinkęs, dermatovenerologo kabinetui. Jei ligonis neturi gyvenamosios vietos arba nėra pasirinkęs pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, pranešama atitinkamoms institucijoms, atsižvelgiant į diagnozės nustatymo vietą.

**Užkrečiamųjų ligų (LPI) klasifikavimo sistema.** Vadovaudamasis Europos Komisijos sprendimu Nr. 2002/253/EB (žr. 4.1 priedą), informaciją apie nustatytą sifilio, gonorėjos, chlamidinės infekcijos, AIDS ir ŽIV infekcijos ar virusinio hepatito atvejį Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės centras teikia Europos Bendrijos tinklui. Vartojama trijų pakopų klasifikavimo sistema:

- *galimas atvejis* – atvejis, jei yra pagrindiniai klinikiniai požymiai, tačiau tai nėra patvirtintas ar tikėtinas atvejis;
- *tikėtinas atvejis* – atvejis, jei yra tipiški klinikiniai požymiai arba epidemiologiškai su patvirtintuoju susijęs atvejis;
- *patvirtintas atvejis* – atvejis, patvirtintas laboratoriniais tyrimais;
- *epidemiologiškai susijęs atvejis* – toks atvejis, jei serganti s žmogus turėjo sąlytį su asmeniu, kuriam

infekcija yra patvirtinta, arba jei asmenį veikė tie patys kaip ir patvirtintu ligos atveju aplinkos veiksniai.

## 11.4. Profilaktinių programų vertinimas

Sveikatos programos, Lietuvos gyventojų sveikatos problemoms, dar nėra pakankamai vertinamos. **AIDS programą vertinti svarbu, nes:**

1. yra sukurta vertinga informacinė bazė apie infekuotumą ŽIV ir sergamumą AIDS;
2. vykdyta ir vykdoma labai daug įvairių profilaktikos priemonių stengiantis suteikti gyventojams daugiau žinių, pakeisti jų elgesį, sustabdyti infekcijos plitimą. Be abejo, skiriasi visų šių priemonių metodai, tikslai, veiksmingumas;
3. gydydami lėtines neinfekcines ligas turime šiek tiek laiko profilaktikos priemonėms kurti bei įdiegti, o kalbėdami apie infekcines ligas, ypač lytiškai plintančias, dėl vienerių nesėkmingų metų gali staigiai ir ilgam laikui padidėti sveikatos priežiūros paslaugų poreikis ir padidėti išlaidos.

**Kodėl sveikatos programas reikia vertinti?**

Kaip ir daugelyje kitų visuomenės sveikatos sričių, taip ir ŽIV/AIDS/LPI ar narkomanijos prevencijos srityse ne visada pavyksta pasiekti norimų rezultatų. Nieko keisto, kad **toliau planuojant ŽIV/AIDS profilaktikos priemones gali kilti šie klausimai:**

- Dėl kokių priežasčių užsibrėžtas tikslas nebuvo pasiektas?
- Kokia patirtimi, gera ar bloga, galime remtis kurdami naujas profilaktikos programas?
- Ar pakankamai buvo imtasi priemonių, ar visos jos veiksmingos?

**Į šiuos klausimus galima atsakyti taikant pagrindinius sveikatos programų vertinimo metodus** (325, 326).

**1-as metodas – aprašomasis**, kai vertiname, kaip vykdoma programa ir taikomos profilaktikos priemonės. Tai pigus ir labai greitas vertinimo metodas. Juo naudojantis galima sukurti priemonių taikymo ar paslaugų teikimo standartus. Tačiau šio metodo kokybė labai priklauso nuo vertintojo kvalifikacijos.

**2-as metodas – auditas.** Jo metu vertinama, ar, pvz., pirminės profilaktikos priemonės padidėjusios ŽIV/AIDS rizikos grupėse, vykdant programą taikomos pagal numatytus standartus. Naudojantis šiuo metodu galima paaiškinti, kodėl vykdoma programa ar taikomos profilaktikos priemonės neduoda laukiamo rezultato. Tačiau audito galimybė priklauso nuo išankstinių rašytinių standartų. Jeigu jų nėra, vertinti audito metodu labai sudėtinga.

**3-ias metodas – efekto vertinimas.** Tai taip pat nėra labai sudėtingas metodas. Juo vertinama situacija prieš pradedant vykdyti vieną ar kitą profilaktikos programą arba po jos. Šis metodas labai tinka ŽIV/AIDS problemoms vertinti.

**4-as metodas – mokslinis**. Tai klinikinis kontroliuojamasis metodas, kai naujo gydymo ar profilaktikos metodo taikymo vienoje grupėje (tikslinė grupėje ar bendruomenėje) rezultatai lyginami su kontrolinės grupės, kuriai netaikomi profilaktikos metodai.

**5-tas metodas – klinikinis lyginamasis** – toks pat kaip ketvirtas. Kontrolinei grupei irgi taikomi tam tikri profilaktikos metodai, ir gauti abiejų grupių rezultatai palyginami.

Aprašomuoju metodu tikslingiausia vertinti tas profilaktikos priemones bei jų veiksmingumą, kai sunku įvertinti kiekybiškai. Jis tiktų aprašant renginius ir akcijas, pvz., tokius kaip „Menas ir medicina prieš AIDS“, „Žvaigždės prieš AIDS“ ir t.t.

Apie auditą daugelis medicinos darbuotojų buvo ne kokios nuomonės. Tik neseniai į šį metodą pradėta žiūrėti ne kaip į susidorojimo su tikslinėmis grupėmis įrankį, o kaip į vieną iš vertinimo metodų, skirtų gerinti darbo efektyvumą ir tikrinti teikiamų paslaugų kokybę. Auditą, sprendžiant ŽIV/AIDS problemas, galima būtų vykdyti šiose srityse: laboratorijų darbo kokybei priežiūrėti, taip pat vertinti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą užsikrėtusiems ŽIV bei sergantiems AIDS ir visą

valstybinę AIDS profilaktikos programą bei atskirus jos komponentus.

Efekto vertinimas – itin paslankus ŽIV/AIDS metodas, nes tiek nacionalinėje sveikatos programoje, valstybinėje AIDS profilaktikos programoje pagrindiniai tikslai turi kiekybinę išraišką. Taikant šį vertinimo metodą, galima palyginti epidemiologinę situaciją visos populiacijos, atskirų jos grupių, tikslinių grupių žinias apie AIDS profilaktiką prieš vykdant vieną ar kitą profilaktikos programą ar po jos.

Klinikinis kontroliuojamasis bei klinikinis lyginamasis vertinimo metodai reikalauja planuoti eksperimentinius-epidemiologinius tyrimus, turėti vykdymo bei statistinės analizės patirties. Sveikatos mokymo srityje paprastai sunku ar net neįmanoma vienai šaliai mechaniškai perimti kitos šalies patirtį. Būtina vertinti skirtingų metodikų veiksmingumą. Nustatant infekcinių ligų epidemiologiją, labai svarbu tai daryti greitai ir patikimai. Pavyzdžiui, gali būti skirtingos sveikatos mokymo metodikos tikslinėms grupėms, šių metodikų lyginimas bei veiksmingiausios metodikos diegimas, taip pat pavyzdžiu gali būti AIDS centro organizuojamos paskaitos, diskusijos bendruomenėse. 1999 m. tokie renginiai vyko Vaidotuose bei Maišiagaloje. Palyginus bendruomenės gyventojų žinias, elgesį bei epidemiologinę situaciją su gretimų bendruomenių atitinkamais rodikliais, galima rekomenduoti organizuoti tokius renginius didžiausios ar mažiausios rizikos regionų bendruomenėse.

Kitas šių vertinimo metodų pavyzdys – užsikrėtusiųjų, sergančiųjų tikslinių grupių narių tyrimas (326). Taikant šiuos metodus galima sužinoti iš kokių informacijos šaltinių šie žmonės gavo žinių apie ŽIV/AIDS profilaktiką, kuo sergantieji skiriasi nuo sveikų tikslinių grupių individų, kas lemia elgesio skirtumus, į ką pirmiausia orientuoti profilaktikos priemones. Kaip matome, vykdant ŽIV/AIDS profilaktikos programą, visus šios metodus galima taikyti labai plačiai.

**Itin vertingas yra ekonominis sveikatos programų vertinimas,** nes galima apskaičiuoti ŽIV/AIDS programai reikalingas išlaidas, t. y. **tiesiogines išlaidas** užsikrėtusiems, sergantiems nustatyti, gydyti, integruoti, socialiai remti, specialistams rengti, taip pat **netiesiogines išlaidas** – prarastą indėlį į šalies ekonomiką.

**Pagrindiniai ekonominiai ŽIV/AIDS programos vertinimo metodai (314):**

1. **Išlaidos vertinamos pinigais, o rezultatas – sveikatos rodiklių pokyčiais**. Pateiksime labai paprastą pavyzdį, kuris praverstų toliau planuojant profilaktikos programas. Įvykdžius padidėjusios rizikos grupėje AIDS profilaktikos mokymo programą, kainavusią 1000 Lt, 70% individų pakeitė savo elgesį. Siekdami tokių pat sveikatos rodiklių pokyčių ir kitoje tikslinėje grupėje ar bendruomenėje, turime skirti tiek pat lėšų.
2. **Išlaidos ir rezultatas vertinami pinigais**, t. y. apskaičiuojama, kiek netenkama arba kiek sutaupoma vykdant profilaktikos programą. Tačiau yra vienas šio vertinimo metodo trūkumas: Lietuvoje sunku pinigais įvertinti skirtingas sveikatos būsenas, be to, nėra šio darbo metodikos.

Vadovaujantis 2001 metais JT Generalinėje asamblejoje šalimis pasirašyta ŽIV/AIDS įsipareigojimų deklaracija, UNAIDS parengė pagrindinių rodiklių, kurie įvertina šalies atsako efektyvumą, vadovą. Įvardijami 21 pagrindiniai rodikliai, jie skirsomi į keturias stambias grupes bei stebimi priklausomai nuo epidemijos stadijos: tai nacionalinių įsipareigojimų ir veiklos; nacionalinių programų; žinių ir elgesio; poveikio rodikliai (žemiau pateikti nacionalinių programų rodikliai, kurie stebimi esant žemai arba koncentruotai ŽIV epidemijai):

13 lentelė. **Nacionalinių programų kiekybiniai rodikliai:** (356)

| Rodiklis | Duomenų rinkimo dažnis | Duomenų rinkimo metodas |
|---|---|---|
| 1. Naudojant kokybės sistemas ir standartines veiklos procedūras ištirto donorinio kraujo dėl ŽIV infekcijos procentas. | Kasmet | Programos stebėsena/ specialus tyrimas |
| 2. ŽIV užsikretusių asmenų su pažengusia ŽIV infekcija ir gaunančių antiretrovirusinį gydymą procentas. | Kasmet | Programos stebėsena ir apitikris apskaičiavimas |
| 3. ŽIV užsikretusių nėščiųjų moterų, kurios gavo nėštumo metų antiretrovirusinį gydymą (profilaktinį), procentas. | Kasmet | Programos stebėsena ir apitikris apskaičiavimas |
| 4. ŽIV/TB pacientų, kurie gavo antiretrovirusinus ir vaistus nuo tuberkuliozes, procentas. | Kasmet | Programos stebėsena ir apitikris apskaičiavimas |
| 5. Procentas 15–49 metų amžiaus vyrų ir moterų, kurie per pastarasias 12 mėn. atliko ŽIV tyrimą bei žino savo tyrimo rezultatą. | Kas 4–5 metai | Populiacijos tyrimai |
| 6. Procentas aukštos rizikos asmenų, kurie per pastarasias 12 mėn. atliko ŽIV tyrimą bei žino savo tyrimo rezultatą. | Kas 2 metai | Elgesio tyrimas |
| 7. Procentas aukštos rizikos asmenų, kuriems pasiekiamos prevencinės programos. | Kas 2 metai | Elgesio tyrimas |

# 12. ŽIV PREVENCIJA – Į RIZIKINGO ELGESIO MAŽINIMĄ DIDELĖS RIZIKOS GRUPĖSE NUKREIPTA VEIKLA

## 12.1. Antros kartos epidemiologinė ŽIV priežiūra

Šiuo metų ŽIV infekcijai prižiūrėti taikoma taip vadinama **antros kartos ŽIV epidemiologinė priežiūra, kuri siekia suvienyti visus informacijos šaltinius, reikalingus ŽIV infekcijos plitimui mažinti bei užsikrėtusiesiems gydyti.** Kadangi ŽIV infekcija ir toliau plinta, vis aiškiau matyti nevienoda jos raida įvairiose šalyse, t. y. ji skirtingu laiku ir būdais paveikia skirtingas visuomenės grupes.

Epidemiologinės priežiūros sistema turi būti adaptuota pagal epidemijos pobūdį konkrečioje šalyje, t. y. **pirmiausia reikia kaupti tikslinių grupių, kurios labiausiai rizikuoja užsikrėsti ŽIV infekcija, duomenis** (317). Šioms grupėms priklauso rizikingos elgsenos asmenys bei jaunimas, pradedantis lytinį gyvenimą (318). Antrosios kartos ŽIV epidemiologinės priežiūros sistema siekia **susieti ŽIV paplitimo informaciją su rizikinga tikslinių grupių atstovų elgsena, darančia lemiamą įtaką šiam plitimui**, nuolatos informuoti apie epidemijos pokyčius, taip pat maksimaliai panaudoti papildomus informacijos šaltinius – užkrečiamų ligų epidemiologinės priežiūros, reprodukcinės sveikatos, gyvensenos bei kitus duomenis, kurie padeda geriau suprasti ŽIV epidemiją bei lemiančią jos plitimą rizikingą elgseną (295).

ŽIV epidemija skirstoma į skirtingas stadijas (57). Įvairiose šalyse tarp skirtingų gyventojų grupių (subpopuliacijų) gali būti mažas, koncentruotas ir didelis (generalizuotas) ŽIV paplitimas. Nuo epidemijos stadijos konkrečioje šalyje priklausys veiksmingiausių priemonių komplekso pasirinkimas. Tikslinės grupės, kuriose rekomenduojama atlikti rizikingos elgsenos ir biologinių rodiklių stebėseną, skirtingose šalyse gali būti labai įvairios – tai priklauso nuo epidemijos stadijos konkrečioje šalyje.

Ten, kur ŽIV mažai paplitęs, biomedicininis stebėjimas ir ypač duomenys apie elgseną gali anksti įspėti apie galimą epidemiją. Epidemijai susikoncentravus grupėse, pasižyminčiose ypač rizikinga elgsena, toks stebėjimas gali pateikti vertingos informacijos, kuria remiantis planuojamos intervencijos. Šalyse, kur epidemija labai paplitusi, toks stebėjimas padės nustatyti atsakomųjų priemonių veiksmingumą bei suteiks informaciją, būtiną planuojant gydymą ir kitokią pagalbą. Visų epidemijos stadijų stebėjimo sistemos tikslas – teikti informaciją, gerinti ir tobulinti atsaką į ŽIV epidemiją (319).

**Antrosios kartos epidemiologinės priežiūros sistemų tikslai** (295):

- geriau suvokti epidemijos tendencijas;
- geriau suvokti elgsenos įtaką epidemijos konkrečioje šalyje plitimui;
- orientuoti epidemiologinę priežiūrą į labiausiai rizikuojančias užsikrėsti ŽIV gyventojų grupes (subpopuliacijas);
- organizuoti lanksčią epidemiologinę priežiūrą, atitinkančią nuolat kintančius poreikius ir epidemijos stadiją;
- tinkamai panaudoti epidemiologinės priežiūros duomenis, padedančius geriau suvokti epidemiją ir planuoti prevenciją bei sveikatos priežiūrą.

**ŽIV epidemiologinės priežiūros duomenų kaupimo metodų apžvalga** (296).

Antrosios kartos ŽIV epidemiologinė priežiūra taikomi veikiantys duomenų rinkimo metodai, kurie derinami taip, kad būtų gauta kuo daugiau vertingos informacijos, galinčios palengvinti duomenų interpretavimą. Antrosios kartos ŽIV epidemiologinė priežiūra siekia išpopuliarinti kai kuriuos rečiau naudotus metodus, ypač elgsenos duomenų kaupimą:

***1.Biologinis stebėjimas:***

- perspėjamoji serologinė ŽIV priežiūra pasirinktinėse subpopuliacijose;
- reguliarus donorų kraujo tikrinimas dėl ŽIV;

- reguliarus populiacijų, kurioms būdinga profesinė rizika užsikrėsti ŽIV, ar kitų subpopuliacijų tikrinimas dėl ŽIV;
- mėginių, paimtų gyventojų sveikatos patikrinimų metu, tikrinimas dėl ŽIV;
- mėginių, paimtų iš tam tikrų subpopuliacijų, tikrinimas dėl ŽIV.

***2.Elgsenos stebėjimas:***

- pakartotiniai bendros populiacijos momentiniai tyrimai;
- pakartotiniai subpopuliacijų momentiniai tyrimai

***3.Kiti informacijos šaltiniai:***

- ŽIV ir AIDS atvejų epidemiologinė priežiūra;
  mirčių registravimas;
- LPI, tuberkuliozės ir virusinių hepatitų epidemiologinė priežiūra.

**Pagrindiniai ŽIV epidemiologinės priežiūros rodikliai** (76, 320).

Pirmąjį dešimtmetį rodikliai, kuriais naudotasi vykdant ŽIV epidemiologinę priežiūrą, sudarė sąlygiškai standartizuotą rinkinį, leidusį vertinti situaciją laiko ir skirtingų geografinių regionų atžvilgiu. Daugelis šių rodiklių turi būti registruojami pagal amžių ir lytį, kiti – pagal kitus kintamuosius dydžius, pvz., rizikos grupę.

**Epidemiologinės priežiūros rodikliai skirstomi į:**

**1.Biologiniai rodikliai:**

- ŽIV paplitimas;
- LPI paplitimas;
- TB paplitimas;
- suaugusiųjų AIDS atvejų skaičius;
- pediatrinių AIDS atvejų skaičius.

**2. Elgsenos rodikliai.**

Elgsenos rodiklių pasirinkimas gali skirtis priklausomai nuo tiriamųjų grupių, tačiau dažniausiai bus įtraukti šie rodikliai:

- lytinių santykių su nenuolatiniu partneriu dažnis per paskutinius 12 mėnesių (procentas respondentų, per paskutinius 12 mėnesių turėjusių nors vieną nenuolatinį lytinį partnerį);
- Prezervatyvų naudojimas paskutinių lytinių santykių su nenuolatiniu partneriu metu.

**Specifinėms grupėms papildomai turėtų būti taikomi šie rodikliai:**

- **Jjaunimui:** amžius pirmųjų lytinių santykių metu;
- **narkotikų vartotojams:** dalijimasis su kitais švirkštimosi priemonėmis;
- **Ssekso darbuotojoms:** klientų skaičius ir prezervatyvo naudojimas lytinių santykių su paskutiniu klientu metu.

**3. Socialiniai – demografiniai rodikliai.**

Konkrečių rodiklių pasirinkimas priklauso nuo šalies ypatumų ir informacijos poreikių. Tačiau pagrindiniai socialiniai – demografiniai rodikliai yra šie:

- amžius;
- lytis;
- išsilavinimas;
- gyvenamoji vieta;
- šeiminė padėtis.

**Antrosios kartos ŽIV epidemiologinės priežiūros principai** (295, 297):

1) Antrosios kartos ŽIV epidemiologinės priežiūros sistemos turėtų **atitikti epidemijos stadiją.** Atsižvelgiant į tai, kad ŽIV epidemijos visame pasaulyje yra heterogeniškos, antrosios kartos ŽIV epidemiologinė priežiūra diferencijuoja skirtingus stebėjimo poreikius įvairiomis epidemijos stadijomis. Tai reiškia, kad priežiūros sistemos sudarytos taip, kad patenkintų kiekvienos šalies poreikius konkrečiu epidemijos raidos metu.
2) Antrosios kartos ŽIV epidemiologinės priežiūros sistemos **turi būti dinamiškos**, keistis kartu su epidemija. ŽIV infekcijos epidemijų raidą lemia skirtingos situacijos antros kartos ŽIV epidemiologinės priežiūros sistemos atsižvelgia į šią raidą ir prireikus gali keistis/ plėstis arba orientuotis į kitus aspektus. Tam tikrais atvejais, pvz., kai keičiamos perspėjamosios priežiūros įstaigos siekiant geriau aprėpti nacionalinę epidemiją, naujuosius duomenis bus sunku tiesiogiai palyginti su ankstesnių metų duomenimis, ir šalys visada turėtų apsvarstyti, ar naujosios sistemos duomenų kokybė atpirks tai, jog bus prarasta galimybė juos lyginti.
3) Antrosios kartos ŽIV epidemiologinės priežiūros sistemos turi skirti išteklius ypač rizikuojančioms užsikrėsti ŽIV žmonių grupėms (subpopuliacijoms). Epidemiologinės priežiūros sistema turi **naudoti išteklius ten, kur galima gauti naudingiausios informacijos.** Neretai tai reiškia, kad reikia tirti atitinkančius epidemijos stadiją elgsenos ir biologinius rodiklius gyventojų grupėse, kurių nariai labiausiai rizikuoja užsikrėsti ar perduoti ŽIV.
4) **Duomenys apie elgseną turi būti lyginami su biologiniais rodikliais**, siekiant maksimaliai įvertinti ŽIV plitimo tendencijas. **Elgsenos duomenų rinkimas – svarbiausioji antrosios kartos ŽIV stebėjimo sistemų dalis**. Pasinaudojant gautaisiais duomenimis nustatoma, kokia populiacija ar grupė rizikuoja užsikrėsti ŽIV infekcija ir kur reikėtų atlikti pirminį ŽIV infekcijos stebėjimą. Ir ŽIV infekcijos, ir kitų biologinių rodiklių stebėjimo duomenys savo ruožtu gali parodyti, kur reikėtų labiau domėtis elgsenos duomenimis, kaip atrinkti tiriamuosius ir kokius klausimus jiems pateikti. Elgsenos duomenys turėtų padėti paaiškinti biologiniu stebėjimu nustatytas tendencijas.
5) **Kitų šaltinių duomenys turi būti įtraukti į ŽIV epidemiologinės priežiūros sistemas**. Jei yra kitų informacijos šaltinių, galinčių teikti duomenų apie lytinę, narkotikų vartojimo elgseną ar tikimybę užsikrėsti ŽIV, juos rekomenduojama įtraukti į ŽIV epidemiologinės priežiūros sistemas. Kitų šaltinių informacija – tai LPI, tuberkuliozės, mirčių registrų, nacionalinių jaunimo sveikatos ir gyvensenos tyrimų ir kiti duomenys.
6) Antrosios kartos ŽIV epidemiologinės priežiūros metu **gautus duomenis reikia panaudoti planuojant ir tikslingai skatinant prevencines intervencijas, vertinant jų poveikį, bei epidemijos pokyčius**. Nėra jokio tikslo plėtoti epidemiologinio stebėjimo sistemas, jei gaunami duomenys nepanaudojami tolesnei veiklai, t. y. rizikos grupėms ar rizikingai elgsenai identifikuoti ir vykdyti intervencijas siekiant sumažinti šios elgsenos, lemiančios ŽIV plitimą, poveikį. Duomenys taip pat turi būti naudojami sveikatos priežiūros poreikiams planuoti bei epidemijos plitimo stabdymui nacionaliniu mastu įvertinti. Plėtojant antros kartos epidemiologinę priežiūrą, reikia atsižvelgti į pagrindinius šių duomenų vartotojų poreikius, todėl duomenys, kiek įmanoma, turi būti komplektuojami taip, kad patenkintų šiuos poreikius.

**ŽIV epidemijos stadijos** (297)

ŽIV infekcijos epidemijos stadijų klasifikacija pasikeitė po to, kai pasaulis daugiau sužinojo apie ŽIV plitimo heterogeniškumą. Epidemiologinės priežiūros tikslais UNAIDS ir PSO siūlo klasifikaciją, kuri apibūdina epidemiją pagal esamą jos būklę – mažo paplitimo, koncentruotoji ir didelio paplitimo (generalizuotoji). Pagal tokį skirstymą atsižvelgiama į prielaidą, kad šalyje plintanti epidemija laikui bėgant gali pereiti iš vienos stadijos į kitą. Svarbu pabrėžti, kad šio perėjimo galima išvengti.

**Skiriami trys epidemijos tipai (stadijos):**

**1. Mažo paplitimo**

Ypatybės:

- nors ŽIV infekcija gali būti patekusi į šalį prieš daugelį metų, tačiau esamuoju laiku ji palyginti nepaplitusi nei vienoje gyventojų grupėje;
- šios epidemijos stadijos ŽIV registruojama tarp ypač rizikingai besielgiančių asmenų, pvz., komercinio sekso darbuotojų, injekcinių narkotikų vartotojų, vyrų, turinčių lytinių santykių

su vyrais. Tai leidžia daryti išvadą, kad rizikinga elgsena nėra itin paplitusi (pvz., nedidelė lytinių partnerių kaita, retai dalijamasi švirkštimosi įrankiais), arba kad ŽI virusas dar neseniai pateko į visuomenę;
- skaitinė išraiška: ŽIV infekcijos paplitimas neviršija 5 procentus nė vienoje nustatytoje gyventojų grupėje (įskaitant rizikos grupes).

**2. Koncentruotoji**

Ypatybės:

- ŽIV infekcija išplitusi rizikos grupėse, tačiau ne bendrojoje populiacijoje;
- ši epidemijos stadija rodo, kad rizikos grupėse labai paplitusi rizikinga elgsena. Tolesnė epidemijos raida priklausys nuo užsikrėtusiųjų rizikos grupių ir bendrosios populiacijos atstovų tarpusavio ryšių;
- skaitinė išraiška: ŽIV paplitimas nuolat viršija 5 procentus nors vienoje nustatytoje gyventojų grupėje, tačiau neviršija 1 procento tarp miestuose gyvenančių nėščių moterų.

**3. Didelio paplitimo (generalizuotoji)**

Ypatybės:

- ŽIV infekcija išplitusi bendrojoje populiacijoje (plačiojoje visuomenėje);
- šioje epidemijos stadijoje ŽIV platina ne tik rizikos grupių atstovai. Epidemijai palaikyti pakanka vien bendrosios populiacijos lytinių kontaktų;
- skaitinė išraiška: ŽIV infekcijos paplitimas nuolat viršija 1 procentą tarp visos šalies nėščių moterų.

Problemų, su kuriomis šalys susiduria stebėdamos ŽIV infekcijos eigą ir ją lemiančią rizikingą elgseną, skirtumai priklauso nuo epidemijos stadijos, todėl likusioje šio skyriaus dalyje apie kiekvieną stadiją bus kalbama atskirai.

Nors mažo paplitimo ir koncentruotosios epidemijos priežiūros poreikiai skiriasi, tačiau epidemiologinės priežiūros sistemų stiprinimo principai panašūs, todėl mažo ir koncentruoto paplitimo epidemijų epidemiologinė priežiūra aptariama kartu, tačiau pateikiamos atskiros rekomendacijos.

Daugelyje šalių faktiškai jau veikia epidemiologinės priežiūros sistemos ar bent jau pakankamai žinoma apie epidemijos paplitimą šalyje, kad būtų galima spręsti, kuriai šių kategorijų ji priskirtina. Šalyse, neturinčiose duomenų apie epidemijos mastą, taikytinos rekomendacijos, skirtos mažo paplitimo epidemijoms.

**Mažo ir koncentruoto paplitimo epidemijų priežiūra** (295, 297).

Mažo paplitimo epidemijos pasižymi ŽIV infekcijos plitimu tarp didelės rizikos grupių. Bendrojoje populiacijoje ŽIV infekcija nėra išplitusi. Dažnai esant tokiai situacijai, ŽIV profilaktikai paprastai neteikiamas prioritetas. Net kai ŽIV infekcijos paplitimas tarp rizikos grupių sparčiai didėja, šalys dažnai nepripažįsta pavojaus, nes šios grupės nesusilaukia pakankamo visuomenės dėmesio ir patiria atskirtį. Deja, nemažai šalių, kuriose epidemija pasiekusi mažo ar net koncentruoto paplitimo lygį, neatlieka sistemingo biologinių ir elgsenos rodiklių stebėsenos ir ignoruoja ŽIV infekcijos grėsmę. Kai kuriose šalyse ŽIV infekcija plinta labai sparčiai ir per trumpą laiką mažo ŽIV paplitimo stadija pereina į koncentruoto ar didelio ŽIV paplitimo stadiją. Neturint tinkamos epidemiologinės priežiūros sistemos, neįmanoma identifikuoti rizikingos elgsenos pokyčių, galinčių daryti lemiamą įtaką epidemijos plitimui.

*Pagrindiniai mažo ir koncentruoto paplitimo epidemijų epidemiologinės priežiūros tikslai (287, 297)*

Mažo ir koncentruoto paplitimo epidemijų sąlygomis stebėjimo sistemos gali iš anksto įspėti apie ŽIV infekcijos plitimo pavojų. Daugiausia dėmesio reikėtų skirti rizikos grupių elgsenos ir kitiems rodikliams, pvz., LPI paplitimui.

Jei epidemija mažai paplitusi, elgsenos stebėjimo duomenis reikia panaudoti labiausiai rizikuojančioms užsikrėsti ŽIV gyventojų grupėms nustatyti. Kaip tai atlikti, kaip parengti specialius klausimynus ir nustatyti tiriamųjų grupių atrankos principus, smulkiau aprašyta tarptautinių

organizacijų (PSO, UNAIDS, FHI) greitojo įvertinimo ir elgsenos tyrimų rekomendacijose (296, 321, 322, 323, 324).

Kadangi asmenys, labai rizikuojantys užsikrėsti ŽIV infekcija mažo ar koncentruoto paplitimo epidemijos sąlygomis, dažnai yra marginalinių visuomenės grupių nariai (komercinio sekso darbuotojai, narkotikų vartotojai, vyrai turintis lytinius santykius su vyrais), gali pritrūkti politinės valios ir paramos tiems, kurie užsiima prevencine veikla tarp šių asmenų bei saugesnės elgsenos mokymu.

Stebėjimo duomenys, rodantys rizikos grupių ir plačiosios visuomenės tarpusavio ryšius, gali padėti paankstinti prevencijos priemonių taikymą, kuris esant šiai epidemijos stadijai padėtų sumažinti infekcijos plitimą ir poveikį.

Koncentruoto paplitimo epidemijos sąlygomis stebėjimo sistemos turėtų tirti, kaip dažnai didelės rizikos grupės sąveikauja su bendrąja populiacija. Svarbu nustatyti, ar vyrai, turintys lytinių santykių su vyrais, taip pat turi lytinių santykių ir su moterimis? Ar sekso darbuotojų klientai yra vedę? Kiek nuolatinių ir nenuolatinių klientų turi sekso darbuotojos? Ar dirbdamos su visais klientais jos vartoja prezervatyvus? Tai ypač svarbu, jei infekcijos lygis rizikos grupėse padidėja, o epidemija pereina iš mažo paplitimo į koncentruoto paplitimo stadiją.

**Mažo paplitimo epidemijos epidemiologinės priežiūros rekomendacijos** (295, 297):

- atrankiniai (momentiniai) elgsenos tyrimai rizikos grupėse(subpopuliacijose);
- LPI ir kitų biologinių rizikos rodiklių stebėjimas;
- ŽIV epidemiologinė priežiūra rizikos grupėse;
- ŽIV ir AIDS atvejų registravimas;
- donorinio kraujo tikrinimas dėl ŽIV .

**Koncentruotosios epidemijos epidemiologinės priežiūros rekomendacijos**

ŽIV epidemiologinė priežiūra koncentruotosios epidemijos sąlygomis apima visus elementus, rekomenduojamus mažo paplitimo epidemijoms. Tačiau papildomai rekomenduojama įtraukti skirtingų pagal rizikos laipsnį grupių sąveikos tyrimu:

- ŽIV epidemiologinė priežiūra ir elgsenos stebėjimas rizikos grupėse;
- ŽIV epidemiologinė priežiūra ir elgsenos stebėjimas tiltinėse (angl. *bridging*) grupėse;
- atrankiniai (momentiniai) bendrosios populiacijos elgsenos tyrimai;
- perspėjamoji epidemiologinė priežiūra bendrojoje populiacijoje (miestuose).

## Didelio paplitimo (generalizuotosios) epidemijos epidemiologinė priežiūra

Didelio ŽIV paplitimo epidemijos sąlygomis, ŽIV infekcija plinta bendrojoje populiacijoje tarp lytiškai aktyvių suaugusiųjų. Esant šiai stadijai nustatoma, kad ŽI virusu užsikrėtusios daugiau nei 1% nėščių moterų. Heteroseksualus ŽIV infekcijos perdavimas visada vyrauja didelio paplitimo epidemijos sąlygomis, tačiau virusas gali būti labai paplitęs ir tarp rizikingos elgsenos gyventojų (narkotikų vartotojų, vyrų turinčių lytinius santykius su vyrais ir kt.) grupių.

*Pagrindiniai didelio paplitimo epidemijos stebėjimo tikslai*.

Didelio ŽIV infekcijos paplitimo epidemijos epidemiologinė priežiūra skiriasi nuo mažo ir koncentruoto paplitimo epidemijų priežiūros. Ankstyvo reagavimo laikas seniai praėjęs. Reikia didinti priežiūros sistemų gebėjimą ne tik nustatyti, bet ir paaiškinti perspėjamosios priežiūros metu nustatytus ŽIV infekcijos plitimo tendencijų pokyčius ir įvertinti prevencinių programų efektyvumą. Šios stadijos epidemijos epidemiologinės priežiūros pagrindinis tikslas – nustatyti, kokia rizikinga elgsena toliau skatina epidemijos plitimą ir nurodyti, kokia intervencija galėtų nutraukti ŽI viruso perdavimo grandinę.

Pastaraisiais metais daugelyje šalių, kuriose ŽIV infekcijos epidemija jau senokai pasiekė didelio paplitimo stadiją, pastebimas sunkiai paaiškinamas paplitimo stabilizavimasis. Antrosios kartos ŽIV epidemiologinės priežiūros sistemos bando aiškinti šį reiškinį šiais būdais:

- pakartotiniais elgesio tyrimais siekiama išsiaiškinti, kokie elgsenos pokyčiai padėjo stabilizuoti infekcijos plitimo tendencijas;

- perspėjamoji nėščių moterų ŽIV priežiūra tiria ŽIV infekcijos paplitimą jauniausių moterų grupėse, kuriose geriausiai matyti naujos tendencijos.

Ankstyvosios heteroseksualios epidemijos sąlygomis seksualiai aktyvūs asmenys, turintys daug partnerių, rizikuoja užsikrėsti ŽIV infekcija. Epidemijai bręstant, daugelis rizikingai besielgiančių žmonių veikiausiai jau yra užsikrėtę, todėl daugiausia naujų infekcijos atvejai bus tarp neseniai lytinį gyvenimą pradėjusių asmenų.

Manoma, kad didelio paplitimo epidemijos sąlygomis infekcija yra labiau paplitusi tarp jaunų moterų nei tarp jaunų vyrų. Iš dalies taip yra dėl fiziologinių priežasčių, iš dalies dėl to, kad jaunos moterys dažniau turi santykių su vyresniais vyrais, galėjusiais praeityje užsikrėsti nuo savo partnerių. Vyrų dažniau nei moterų nebūna namie, išvykę vyrai dažniau gali elgtis rizikingai. Nepaisant to, bendrosios populiacijos serologiniai tyrimai – svarbi priemonė nustatant ŽIV infekcijos paplitimo tarp vyrų ir moterų santykį. AIDS atvejų registravimas taip pat gali suteikti informacijos apie infekcijos pasiskirstymą tarp lyčių, tačiau nepadeda išsiaiškinti naujausių infekcijos plitimo tendencijų.

Daugelis perspėjamosios priežiūros sistemų buvo organizuotos didmiesčiuose. Tačiau išplitusios epidemijos sąlygomis infekcija įvairiais būdais greitai patenka iš miestų į kaimus. Planuojant prevencines ir sveikatos priežiūros bei socialines paslaugas, svarbu stebėti tendencijas ne tik miestuose, bet ir kaimo vietovėse.

Didelio paplitimo epidemijos sąlygomis daug svarbiau (nei mažo ar koncentruoto paplitimo epidemijų atvejais) rinkti kokybiškus duomenis apie sergamumą ir mirtingumą, susijusį su ŽIV. Šie duomenys padeda planuoti sveikatos ir kitų paslaugų teikimą, pvz., paramą našlaičiams.

**Didelio paplitimo epidemijos epidemiologinės priežiūros rekomendacijos:**

- perspėjamoji ŽIV priežiūra tarp nėščių moterų miestuose ir kaimo vietovėse stebėjimas;
- atrankiniai bendrosios populiacijos elgesio tyrimai;
- atrankiniai jaunimo elgsenos tyrimai;
- ŽIV epidemiologinė priežiūra ir elgsenos stebėjimas rizikos grupėse;
- duomenys apie sergamumą ir mirtingumą.

Lietuvoje taikoma daugelis duomenų rinkimo metodų, ŽIV paplitimo informaciją susiejama su rizikinga tikslinių grupių atstovų elgsena, darančia lemiamą įtaką šiam plitimui, nuolatos informuojamos atsakingos institucijos ir visuomenė apie epidemijos pokyčius. Ši informacija maksimaliai naudojama vertinat ŽIV epidemiologinę situaciją Lietuvoje, nes padeda geriau suprasti ŽIV epidemiją bei lemiančią jos plitimą rizikingą elgseną. Lietuvoje vykdant ŽIV infekcijos stebėseną, renkami, analizuojami ir vertinami visi ankščiau nurodyti pagrindiniai ŽIV epidemiologinės priežiūros rodikliai, analizės ir vertinimo ataskaitos yra pateikiamos Lietuvos suinteresuotoms institucijoms bei UNAIDS (325).

Visos šios priemonės ir stebėjimo duomenys, rodantys rizikos grupių ir plačiosios visuomenės tarpusavio ryšius, padėjo paankstinti prevencijos priemonių taikymą, kurios esant šiai epidemijos stadijai padėjo sumažinti infekcijos plitimą ir poveikį.

Europos Komisijos remiamo projekto "Koordinuotos ir visapusės ŽIV/AIDS prevencijos tarp intraveninių narkotikų vartotojų ir tiltinių grupių tinklo plėtimas" (Expanding Network for coordinated and comprehensive actions on HIV/AIDS Prevention among IDUs and Bridging population (ENCAP) tyrimo duomenimis ŽIV paplitimas tarp Vilniaus narkotikų vartotojų daug žemesnis, nei Rygoje ar Taline (14 lentelė)

14 lentelė. **ENCAP narkotikų vartotojų tyrimo duomenys**

| | Talinas | Ryga | Vilnius |
|---|---|---|---|
| Dėl ŽIV tyrėsi nors kartą gyvenime | 84,6 | 71,7 | 94,8 |
| Dėl ŽIV tyrėsi per pastaruosius 12 mėn. | 56,9 | 44,2 | 72,5 |
| ŽIV paskutinis tyrimas teigiamas *(selfreporting)* | 40,7 | 15,1 | 6,3 |
| Nustatyti ŽIV (+)<br>95% PI | 55,3<br>(50–60) | 22,6<br>(19–27) | 8<br>(5–11) |

## 12.2. ŽIV išskirtinumas ir darbo su tikslinėmis didelės rizikos grupėmis principai

Vieną vertus, ŽIV epidemija reikalauja naujo įvairių visuomenės sektorių mąstymo ir naujų sprendimo būdų bei įvairių mokslo sričių indėlio. Antrą vertus, AIDS veikia kitų sričių ir sektorių plėtrą. **ŽIV infekcija kaip lakmuso popierėlis** dažnai atskleidžia naujas svarbias sritis, į kurias reikia nukreipti prioritetą ar lėšas (prisiminkime kad ir su narkotikų vartojimu susijusio ŽIV protrūkio išaiškinimą Alytaus griežto rėžimo pataisos darbų kolonijoje 2002 metų vasarą) (326). Efektyviam atsakui į ŽIV reikėjo permainų.

Dar 1991 metais amerikiečių mokslininkas Ronald Bayer atkreipė dėmesį į ŽIV ir AIDS išskirtinumą (327). Dėl savo poveikio ŽIV/AIDS nėra įprastinė infekcinė liga, bet ligų ir su ŽIV infekcija susijusių socialinių problemų kompleksas.

**ŽIV išskirtinumą išryškina dvi aplinkybės**:

1. daug problemų turintiems asmenims reikia įvairių sektorių paramos;

2. pasyvi informacija apie tai, ką ir kaip pacientui reikia daryti, neveiksminga. Reikia informuoto paciento sutikimo, kad galėtume įtraukti jį į sprendimų apie savo sveikatą, o vėliau ir atitinkamų veiksmų priėmimo procesą (juk kalbame apie jo elgesio pokyčius: narkotikų vartojimą arba lytinius santykius bei vaistų vartojimą visą likusį gyvenimą).

Todėl **visuomenės sveikatos sistema ŽIV/AIDS atžvilgiu numato kitokias priemones nei kitų užkrečiamųjų ligų atveju:**

- ŽIV tyrimai riboti, pabrėžiama konsultavimo svarba;
- ŽIV atvejai registruojami nenurodant pavardės;
- akcentuojamas konfidencialumas ir privatumas;
- partnerių ir kontaktinių asmenų paieška ribota.

Pirmas iššūkis su kuriuo susidūrėme prieš du dešimtmečius pradėję organizuoti ŽIV prevenciją Lietuvoje – **šalyje nebuvo ne tik jokios darbo su tikslinėmis didelės rizikos grupėmis patirties, bet ir kontaktų su jomis, o sovietinė visuomenės sveikatos sistema neatitiko laikmečio poreikių ir ligos iššūkių**. Mes negalėjome sau leisti sėdėti kabinetuose sudėję rankų ir laukti, kol virusas išplis, žmonės pradės sirgti ir tada ligoniai patys ateis pas mus, o mes užsiimsime vien jų registravimu. Remdamiesi tų šalių, kur ŽIV pradėjo plisti daug anksčiau, patirtimi, patys ieškojome kontaktų su didelės rizikos užsikrėsti ŽIV žmonių grupėmis, stengėmės įgyti jų pasitikėjimą ir šviesti juos jų aplinkoje, kad jie patys galėtų apsisaugoti ir apsaugoti savo lytinius ar narkotikų vartojimo partnerius

nuo ligų. **Turėjome sukurti rizikos grupei priklausančio asmens ar jau gyvenančio su ŽIV žmogaus poreikius atitinkančią ŽIV atvejo valdymo sistemą.** Lietuvoje tai buvo visiškai naujo pobūdžio veikla ir ne tik nebuvo iš ko mokytis, bet ir nebuvo reikiamos darbo su didelės rizikos grupėmis teisinės bazės.

**Principai, kuriais nuo pat darbo pradžios buvo grindžiama Lietuvos AIDS centro darbo su tikslinėmis didelės rizikos grupėmis politika:**

- laikyti juos lygiais;
- visiems prieinamas gydymas;
- atvirumas kalbant apie narkotikų vartojimo ir lytinių santykių klausimus;
- sveikatos ir rūpybos paslaugų prieinamumas ir priimtinumas;
- lygiųjų grupės švietimas (angl. "*Peer education*");
- dvejopa prevencija.

Priklausomiems nuo narkotikų žmonėms reikia tiek sveikatos priežiūros, tiek ir socialinės pagalbos. Visai nuskurdęs ir ligotas, priklausomas nuo narkotikų žmogus, neturės nei laiko, nei galimybės, kaip įprastinis žmogus, eiti iš vienos įstaigos į kitą, kur vienoje gaus vieną, o kitoje kitą pagalbą. Todėl kažkas turi pasirūpinti ir organizuoti ar koordinuoti visą reikiamą pagalbą vienoje vietoje. Šią pagalbą priklausomi nuo narkotikų žmonės turi gauti nedelsdami, kada kreipiasi jos. **Tokios pagalbos pavyzdys ir yra LAC, kur bet kurios rūšies pagalba rizikos grupės žmonėms ir ŽIV infekuotiems asmenims yra vienoje institucijoje**. Žemo slenksčio paslaugos narkotikų vartotojams, prostitucija besiverčiantiems asmenims, vyrams, turintiems lytinių santykių su vyrais, ir ŽIV infekuotiems reiškia, kad mes paslaugas maksimaliai priartiname prie vartotojų, kad jiems lengva būtų pasiekti paslaugas ir jie nebijotų kreiptis. **Šių paslaugų prieinamumas veikia kaip prevencinė priemonė, todėl apsaugo visuomenę ir individus nuo infekcinių ligų užsikrėtimo.**

**Informuodami, šviesdami ir konsultuodami narkotikų vartotojus daugiausia dėmesio skiriame su narkotikais susijusios žalos mažinimui**. Jiems teikiama medžiaga turi ne skatinti narkotikų vartojimą, o paaiškinti jų vartotojams, kaip sumažinti riziką, susijusią su narkotikų vartojimu, visų pirma su ŽIV ir hepatito C perdavimu. Informacinė medžiaga apie žalos mažinimą gali išmokyti „saugesnių" švirkštimosi metodų, perdozavimo prevencijos ir taisyklingo prezervatyvų naudojimo. Ši medžiaga dažnai yra itin priimtina tikslinėms grupėms kultūros požiūriu ir susilaukia jų pritarimo, ji didina informuotumą, keičia požiūrį, ir, respondentų žodžiais, skatina keisti elgseną arba planuoti ją keisti ateityje (328, 329, 330).

**Savanoriškas konsultavimasis ir tyrimai dėl ŽIV** tarp narkotikų vartotojų mažina rizikingą elgseną tarp ŽIV infekuotų ir neinfekuotų asmenų (331). Po ŽIV konsultavimo ir tyrimo tarp švirkščiamų narkotikų vartotojų (ŠNV) žymiai sumažėjo rizikingos lytinės elgsenos atvejų (tiek ŽIV infekuotų, tiek ir neinfekuotų ŠNV). ŽIV infekuoti ŠNV rečiau lytiškai santykiauja su kitais ŠNV (stebimas 7% sumažėjimas, nuo 42% prieš tyrimą iki 35% po jo). 5% ŽIV neinfekuotų ŠNV atsisakė lytinių santykių su kitais ŠNV. Nesaugaus sekso atsisakė 15% ŽIV infekuotų ir 9% neinfekuotų ŠNV (332). Pastebėta ir teigiamų su švirkštimusi susijusios rizikingos elgsenos pokyčių. Sumažėjo procentas besidalijančių ar skolinančių naudotas adatas ir švirkštus nuo 11% iki 6% tarp ŽIV infekuotų ir nuo 19% iki 8% tarp ŽIV neinfekuotų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų. Procentas tų, kurie pasidalijo kažkieno naudotas priemones sumažėjo nuo 21% iki 13% tarp ŽIV infekuotų narkotikų vartotojų ir nuo 25% iki 14% tarp ŽIV neinfekuotų ŠNV. Dalijimosi kaitinimo priemonėmis, vata ir skalavimo vandeniu atvejų sumažėjo nuo 41% iki 11% tarp ŽIV infekuotų ir nuo 26% iki 15% tarp ŽIV neinfekuotų ŠNV (332).

Galima daryti išvadą, kad po konsultavimosi ir tyrimosi ŽIV neinfekuoti ŠNV pradėjo saugotis nuo ŽIV infekcijos, o ŽIV infekuoti ŠNV saugoti nuo ŽIV savo lytinius ir švirkštimosi partnerius bei save nuo kitų per kraują plintančių infekcijų. Akivaizdu, kad ŽIV tyrimas ir konsultavimas padeda sulaikyti ŽIV progresavimą į AIDS stadiją (ŽIV infekcijos ligos stadiją). Kaip žinoma, oportunistinės infekcijos skatina ŽIV infekcijos progresavimą į ŽIV ligą (AIDS stadiją) (331).

MacGowan ir kiti nustatė labai įdomų ryšį tarp konsultavimo trukmės (minutėmis) ir sprendimo visada naudoti prezervatyvus. Per 1 konsultavimo valandą 2,77 karto padidėja tikimybė, kad švirkščiamųjų narkotikų vartotojai, dalyvaujantys metadono palaikomojo gydymo programose, apsispręs visada naudoti prezervatyvus (333).

Nors įrodyta, kad **savanoriškas konsultavimasis ir tyrimasis (SKT) yra veiksminga strategija skatinant elgsenos pokyčius tarp narkotikų vartotojų, jo sėkmė priklauso nuo kokybiško konsultavimo prieš testą ir po jo ir siuntimo į sveikatos priežiūros įstaigas gydytis nuo ŽIV ir kitų lytiškai plintančių infekcijų** (334).

Pradėjus nuo per kraują plintančių ligų prevencijos, nesunku išplėsti paslaugas ir lytiniu būdu plintančių ligų prevencijai (ar atvirksčiai), nes pažeidžiamos grupės persipina, yra narkotikus vartojantys asmenys, prostitucija besiverčiančios moterys, ar tie ir tie kartu, bei jų lytiniai partneriai. Yra daug mokslu pagrystų įrodymų, kad žemo slenksčio paslaugos yra efektyvios ir jų efektyvumą galima pamatuoti (335) .

## 12.3. Kompleksinės pagalbos teikimas LAC pagal ŽIV valdymo modelį

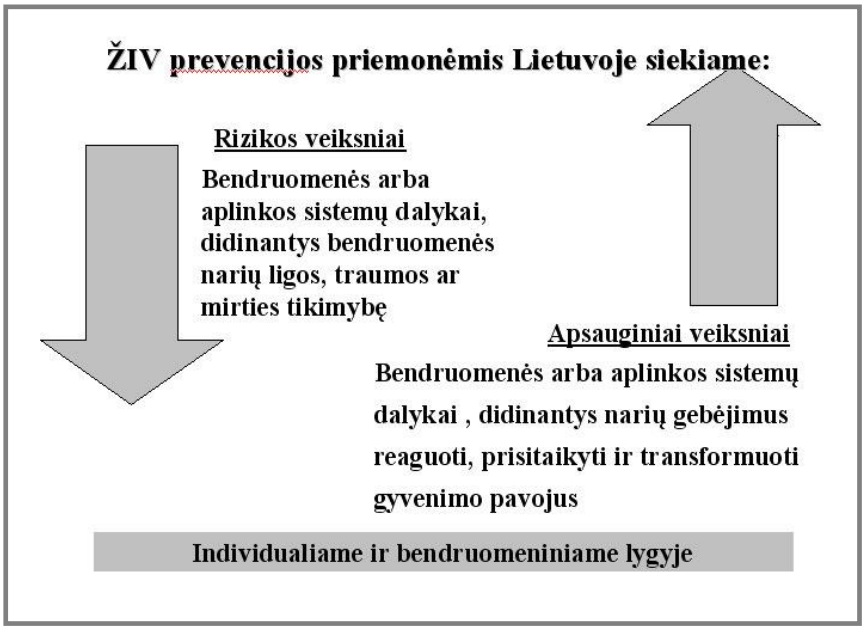
PSO strateginės kryptys ŽIV/AIDS srityje 2006–2010 metų laikotarpiui buvo pristatytos ir priimtos 59 Pasaulio Sveikatos Asamblėjoje 2006 metais gegužės mėnesį. Pagrindinis tikslas – gerinti universalų atsaką. **PSO strateginiuose dokumentuose nurodomas kompleksinis sveikatos sektoriaus atsako ŽIV prevencijos, gydymo, priežiūros ir paramos srityje modelis**. Šis modelis jau daugelį metų sėkmingai įgyvendinimas **Lietuvos AIDS centre, kur teikiamos integruotos sveikatos priežiūros medicininės, socialinės ir psichologinės paslaugos**:

- informavimas ir švietimas ŽIV AIDS prevencijos srityje – **<u>švietimo skyrius,</u> nemokama telefono linija ir internetas, konsultacinis kabinetas, anoniminis kabinetas, moterų sveikatos kabinetas „Demetra“, žalos mažinimo kabinetas, epidemiologinis skyrius, psichologinė socialinė reabilitacija (priklausomybės ligų skyrius);**
- ŽIV testavimas ir konsultavimas – **<u>konsultacinis kabinetas</u>, anoniminis kabinetas, moterų sveikatos kabinetas „Demetra“, žalos mažinimo kabinetas;**
- ŽIV prevencija lytiniu keliu (lytiškai plintančių infekcijų diagnostika ir gydymas, konsultavimas saugesnio lytinio elgesio klausimais; vyrai, turintys lytinius santykius su vyrais, lytines paslaugas teikiantys asmenys, ypač pažeidžiamas jaunimas) – **<u>anoniminis kabinetas</u>, moterų sveikatos kabinetas „Demetra“, žalos mažinimo kabinetas, konsultacinis kabinetas, švietimo skyrius;**
- ŽIV prevencija tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų (rizikos mažinimo informacija ir švietimas; sterilios švirkštimosi įrangos keitimas; motyvacija ir konsultavimas dėl priklausomybės ligų gydymo ir t.t.) – **<u>žalos mažinimo kabinetas</u> ir psichologinė socialinė reabilitacija (priklausomybės ligų skyrius);**
- ŽIV prevencija iš motinos vaikui – **<u>konsultacinis kabinetas</u>, moterų sveikatos kabinetas „Demetra“, žalos mažinimo kabinetas, švietimo skyrius;**
- pozityvi prevencija – ŽIV prevencija žmonėms, gyvenantiems su ŽIV – **<u>konsultacinis kabinetas</u>, švietimo skyrius;**
- ŽIV užsikrėtusių pacientų klinikinė, laboratorinė ir epidemiologinė priežiūra, gydymas (nuolatinė laboratorinė imunologinė ir virusologinė kontrolė, antiretrovirusinis gydymas, oportunistinių infekcijų profilaktika ir gydymas, koinfekcijų ŽIV/TB, ŽIV/HCV, ŽIV/HBV priežiūra) – **<u>konsultacinis kabinetas</u>, laboratorija, epidemiologinis skyrius;**
- ŽIV poekspozicinė profilaktika – **konsultacinis kabinetas;**
- socialinių problemų sprendimas – **socialiniai darbuotojai**;
- psichologinių problemų sprendimas – **psichologai;**
- epidemiologinė ŽIV ir kitų LPI priežūra ir analizė, duomenų teikimas PSO, Europos užkrečiamųjų ligų kontrolės centrui ir kt. tarptautinėms ir Lietuvos institucijoms– **epidemiologinis skyrius;**
- Antros kartos epidemiologinės ŽIV priežiūros (apima biologinę priežiūrą ir elgsenos monitoringą) diegimas **– <u>epidemiologinis skyrius</u>, laboratorija, konsultacinis kabinetas, moterų sveikatos kabinetas „Demetra“, žalos mažinimo kabinetas, anoniminis**

**kabinetas, švietimo skyrius;**

Apibendrinantys ŽIV prevencijos Lietuvoje siekiai pateikti 19 paveiksle.

19 paveikslas. **ŽIV prevencijos Lietuvoje siekių schema**




## 12.3.1. ŽIV ir narkotikų vartojimas

Kelis kartus naudojant tą patį švirkštą ar adatą arba dalijantis jais bei kita injekcine įranga su kitais, didėja švirkščiamų narkotikų vartotojų (ŠNV) rizika užsikrėsti arba užkrėsti kitus ŽIV bei kitomis per kraują plintančiomis infekcijomis (pvz., hepatitu B ar C). Norėdami užkirsti kelią ŽIV plitimui tarp narkomanų, privalome pradėti naujai mąstyti. Vyriausybė ir vietinė administracija turėtų įgyvendinti lanksčią, sveikatos priežiūrą bei socialinę globą užtikrinančią politiką, kurios uždavinys būtų padėti grąžinti į visuomenę narkotikų vartotojus, o ne tik juos bausti ar išstumti iš visuomenės. Dar svarbiau kartu iš naujo įvertinti mūsų pačių tautines nuostatas, profesinius stereotipus ar asmenines pažiūras, trukdančias nedelsiant teikti pagalbą tiems, kuriems jos labiausiai reikia.

***Visapusę ŽIV infekcijos profilaktiką tarp ŠNV turi sudaryti kelios viena kitą papildančios dalys: darbas bendruomenės natūralioje aplinkoje — mobilios paslaugos, sterilių švirkštų prieinamumas, informacijos teikimas ir narkomanijos gydymas*** (336). Ši programa padeda narkotikų vartotojams keisti savo rizikingą elgseną ir mažinti pavojų užsikrėsti ŽIV, hepatitais ir kitomis LPI. Tarptautinių ekspertų nuomone, ŽIV infekcijos profilaktikos programos bus efektyvios tik tuomet, jeigu pasieks ne mažiau kaip 60% ŠNV (337).

ŽIV infekcijos profilaktikos esmė: skatinti keisti rizikingą elgseną, užtikrinti narkotikų vartotojų socialinę ir psichologinę reabilitaciją ir socialinę reintegraciją.

Visapusė bendruomenės ŽIV infekcijos profilaktikos strategija padeda sumažinti medicinos išlaidas, kurių prireiks ateityje ŽIV/AIDS pacientų sveikatos priežiūrai ir socialinei rūpybai.

### *12.3.1.1. "Žemo slenksčio" paslaugos*

Lietuvos AIDS centre ryšiai su narkotikų vatotojais užmegzti ir adatų keitimas pradėtas 1991 metais. Žemo slenksčio kabinetas sekso darbuotojoms (SD) ir narkotikų vartotojams įsteigtas 1998 m. siekiant pagerinti paslaugas ŠNV ir sumažinti ŽIV ir LPI plitimą tarp ŠNV, komercinio sekso darbuotojų ir jų lytinių partnerių. LAC darbuotojai dėjo daug pastabgų, kad „žemo slenksčio" paslaugos narkotikų vartotojams būtų teisiškai reglamentuotos (338) .

Narkotinių ir psichotropinių medžiagų **žalos mažinimo programų tikslas** – sumažinti su narkotikų vartojimu ir rizikinga elgsena susijusias neigiamas medicinines, socialines, ekonomines, teisines pasekmes visuomenei ir asmeniui.

Narkotinių ir psichotropinių medžiagų **žalos mažinimo programų pagrindinis uždavinys** – mažinti narkotikų vartojimą bei su švirkščiamųjų narkotikų vartojimu susijusią neigiamą įtaką atskiriems asmenims, jų šeimoms, bendruomenėms ir visuomenei, įskaitant nusikalstamumą, infekcijų plitimą, siekiant pritraukti narkotikų vartotojus ir jų partnerius į sveikatos ir socialines paslaugas teikiančias institucijas, įstaigas taip siekiant sumažinti narkotikų perdozavimo ar su narkotikais susijusių mirties atvejų riziką bei skatinti paslaugų gavėjus gydytis ir integruoti juos į visuomenę.

Narkotinių ir psichotropinių medžiagų **žalos mažinimo programų uždaviniai**:

1. užmegzti ir palaikyti ryšius su paslaugų gavėjais, jų partneriais, šeimos nariais ir teikti jiems bei jų partneriams informaciją apie sveikatos priežiūros, socialinių paslaugų ir teisinių konsultacijų prieinamumą;
2. sudaryti sąlygas paslaugų gavėjams, kurie nenori ar nepasirengę atsisakyti švirkščiamųjų narkotikų vartojimo, naudotis žalos mažinimo paslaugomis;
3. motyvuoti paslaugų gavėjus atsisakyti narkotikų vartojimo ir mažinti rizikingą elgseną, tirtis, o prireikus gydytis;
4. siųsti / nukreipti ar informuoti paslaugų gavėjus, kur gali gauti sveikatos priežiūros, socialines paslaugas**,** teisines konsultacijas bei įtraukti juos į reabilitacijos, resocializacijos ir integracijos į visuomenę programas, siųsti / nukreipti į anonimines pagalbos grupes;
5. stebėti paslaugų gavėjų rizikingos elgsenos, susijusios su švirkščiamųjų narkotikų vartojimu, pokyčius bei vertinti jų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikius;
6. mažinti aplinkos taršą ir žalą visuomenei, skatinant paslaugų gavėjus nemėtyti panaudotų, potencialiai užterštų narkotikų švirkštimosi priemonių į aplinką bei skatinti juos naudotas adatas ir švirkštus atnešti į kabinetus, kurie organizuoja nukenksminimą;
7. mokyti ir šviesti paslaugų gavėjus, jų partnerius, šeimos narius infekcijų ir priklausomybės nuo narkotikų klausimais;
8. teikti paslaugų gavėjams kitas paslaugas.

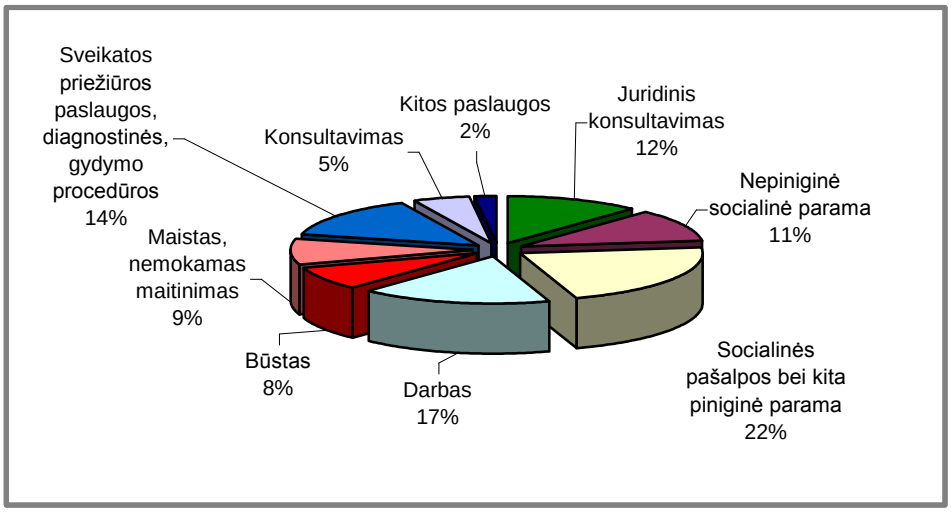
**LAC ŽMK teikiamos paslaugos:** žodinė ir rašytinė informacija apie higieną, apie narkotikų poveikį, infekcines ligas, mieste ir šalyje teikiamas socialines paslaugas, nukreipimas į įstaigas konsultuojančias teisiniais klausimais. Ypač daug dėmesio skiriame pokalbiams ir įvairių mūsų klientų krizinių problemų sprendimui. Narkomanų gyvenime abstu įvairių traumuojančių faktorių – ar kas nors mirė, ar ką nors nužudė, ar kas nors perdozavo ir panašiai, kas įprastiniame žmogaus gyvenime gana retai atsitinka. Taip pat siunčiame somatinių ligų gydymui, siunčiame pas narkologą, ar priklausomybės gydymui. Svarbu įvertinti vartojančio asmens norus ir koks gydymas jam reikalingas. Ypač didelę mūsų veiklos dalį užima naudotų adatų ir švirkštų keitimas, taip pat, pagal galimybes, išduodame prezervatyvus, tvarsliavą ir kitas žaizdų gydymo priemones. Kabinete dirba socialiniai darbuotojai, kurie konsultuoja dėl ŽIV bei kitų su narkotikų vartojimu susijusių ligų (plintančių per kraują ar lytiniu būdu). Klientui sutikus, jis ar ji socialinio darbuotojo iš ŽMK kabineto, įsikūrusio 1 aukšte, palydimas į ambulatorinės priežiūros skyrių, įsikūrusį to paties pastato 4 aukšte, kur galima pasitikrinti dėl ŽIV ir virusinių hepatitų B ir C, lytiškai plintančių ligų, atlikti nėštumo testą, pagal galimybes, suteikiama kita būtina medicininė pagalba. Pagal poreikį ir galimybes stengiamės surasti tolesnę priklausomo nuo narkotikų asmens gydymosi vietą, sutariame dėl jos, pasirūpiname transportu ir stengiamės kuo geriau įvertinti situaciją, kad „teisingas asmuo nueitų į teisingą gydymą“. Mūsų uždavinys yra **padėti jiems patiems pakeisti savo gyvenimą**. LAC moterų sveikatos kabinete „Demetra“ taip pat teikiame klientėms, kurių dauguma yra prostitucija besiverčiančios moterys, ir higienines paslaugas – jos gali naudotis dušu, skalbimo mašina.

**Per dešimt Lietuvos AIDS centro „žemo slenksčio“ paslaugų kabineto narkotikų vartotojams veiklos metų (2008 metų gale) iš viso registruota 3275 asmenys, vartojantys švirkščiamuosius narkotikus.** Iš jų 4% (138 asmenys) užsikrėtę ŽIV. Per visą laikotarpį tik 4 asmenys serokonvertavo (pirmo apsilankymo metu buvo ŽIV neigiami, o vėliau tapo ŽIV teigiamais). 74,7% užsikrėtę HCV. 76,6% kabineto lankytojų vyrai. 47% turintys vidurinį išsilavinimą. 81% niekur nedirba. 64% praeityje buvo įkalinti už įvairius su narkotikų įsigijimu ar vartojimu susijusius nusikaltimus.

**1999 metais atlikti kabineto lankytojų elgesio tyrimai parodė teigiamus elgesio pokyčius:** pastarąjį mėnesį palyginus su paskutiniais 6 mėnesiais, du kartus padidėjo švirkščiamus narkotikus vartojančių asmenų, nesidalijančių adatomis ir švirkštais su kitais skaičius, tris kartus padidėjo tik sterilius švirkštus ir adatas naudojančių skaičius, tris kartus padidėjo švirkščiamus narkotikus vartojančių asmenų, kurie neišmeta nešvarių adatų ir švirkštų, nesidalija jais su kitais ir jų neparduoda kitiems skaičius. Kabineto veikla buvo įraukta į JT AIDS programos geros praktikos pavyzdžius (339). 2005 metų duomenimis 27 kabineto lankytojai metus laiko ir ilgiau nebevartoja narkotikų.

LAC žalos mažinimo kabinete 2005 metais apklausta 70 **iš įkalinimo įstaigų grįžusių ŽIV infekuotų asmenų** (42 vyrai ir 28 moterys) (354). Tyrime dalyvavo respondentai nuo 18 iki 52 metų amžiaus, bendras jų amžiaus vidurkis – 28,7 metų. Visi toliau švirkštėsi narkotikus: 63% – opiatus, 37% – opiatus ir kitus raminamuosius. 60% švirkštėsi narkotikus 5–6 kartus per dieną. 46% dalijosi su kitais švirkštais ir adatomis. Respondentų atsakymai į tyrimo klausimus dėl jiems teikiamų socialinių paslaugų prieinamumo patvirtino, kad net 80% respondentų negauna jokios socialinės pagalbos, materialinės paramos, nedalyvauja narkomanijos prevencijos bei reabilitacijos programose (į tokio pobūdžio veiklą linkę aktyviau įsijungti respondentai vyrai). Tyrimas parodė, jog nėra patenkinami 62% respondentų socialiniai poreikiai teikiant ir gaunant jiems sveikatos priežiūros paslaugas. Pageidaujamų socialinių paslaugų poreikis nurodytas 20 paveiksle.

20 paveikslas. **Iš įkalinimo įstaigų grįžusių ŽIV infekuotų asmenų pageidaujamos socialinės paslaugos**




Respondentų atsakymai į tyrimo klausimus dėl socialinių paslaugų poreikio patvirtina, kad ypač svarbu yra užtikrinti šios asmenų grupės konsultavimą tokiais jiems svarbiais klausimais, kaip socialinės paramos/pašalpų gavimas, įsidarbinimo lengvatos, valstybės garantuojamos nemokamos sveikatos apsaugos paslaugos, pagalbą galinčių suteikti valstybinių įstaigų funkcijos. Kaip būtiną (pageidaujamą) respondentų nurodytą socialinę paslaugą galima išskirti darbo paiešką, respondentų nukreipimą pas potencialius darbdavius, ekskalinių profesinį perkvalifikavimą bei konsultavimą.

Vienas kertinių žemo slenksčio paslaugų efektyvumo klausimų – **teikiamų paslaugų kokybė ir aprėptis**. Pavyzdžiui, jeigu narkotikus vartojančių asmenų populiacija skaičiuojama tūkstančiais, tai per metus jiems reikės šimtų tūkstančių, o ne tūkstančių, adatų ir švirkštų. Yra daug pavyzdžių, kad žemo slensksčio paslaugos nepasiteisino. Vienu atveju personalas gali neturėti narkotikus vartojančių asmenų pasitikėjimo, arba geografiškai nepatogi paslaugų teikimo vieta. Kitu atveju, gali būti atidaromas vienas skyrius kelioms dienoms, jie pakeičia kokį dešimt tūkstančių adatų per metus, kas nežinančiam žmogui gali atrodyti, kaip labai didelis kiekis, bet ištiesų tai yra tarsi lašas jūroje ir neturės jokio efekto infekcijų plitimo stabdymui.

**Teikdami žemo slenksčio paslaugas mes nesiekiame sukurti nuolaidžiavimo atmosferos narkotikus vartojantiems asmenims, o narkotikų vartojimo prevencinės kompanijos turi būti vykdomos ir toliau**. Mes siekiame dirbti su tais, kurie vis tiek vartos narkotikus, ką mes besakytume. Todėl **turime siekti, kad narkotikus vartojantys asmenys lankytųsi mūsų tarnybose ir kad galėtume keisti jų elgesį, kad jie neplatintų toliau ligų**. Kartu po truputį mes galėsime kalbinti juos

ateiti gydytis nuo priklausomybės. Bet, jeigu neturėsime su narkotikus vartojančiais asmenimis jokių kontaktų, tai neturėsime ir jokios galimybės įtakoti jų elgesio. Pagalbos centruose narkomanai turi jaustis saugūs, kad jie atėjo pagalbos ir nebus areštuoti policijos. Priešingu atveju, jeigu narkotikų vartotojai bijos arešto, jie nesilankys mūsų centruose.

**Pats savaime adatų ir švirkštų keitimas nėra išeitis. Tai priemonė, o ne tikslas.** Svarbu, kad narkotikų vartotojai suprastų, koks elgesys yra rizikingas, ir kad keistų elgesį kuo labiau mažindami riziką. Žinoma, kad **sistemingai turime siekti ilgalaikio tikslo – atsisakyti injekcijų, o vėliau ir bet kokio narkotikų vartojimo.** Tačiau turime turėti pragmatinį mastymą ir suprasti, kad tokiems pasikeitimams reikia labai daug laiko, o mes negalime sėdėti ir laukti, kol išplis ŽIV ar atsitiks kiti blogi dalykai.

**Diegiant žemo slenksčio paslaugas, svarbu įvertinti, kad mes negalime jų įsteigti, išspręsti problemą ir uždaryti.** Deja, net ir turint gerą efektą, kaip kad mes dabar Vilniuje (Klaipėdoje situacija kur kas rimtesnė), pristabdę infekcijų plitimą, mes suprantame, kad negalime galvoti, kad viskas dabar gerai ir galime sumažinti paslaugas. Mes privalome dirbti toliau, kad išlaikytume žemą riziką, turime šviesti naujus jaunus žmones apie riziką. Teikdami paslaugas narkotikų vartotojams, informuodami juos, kaip apsisaugoti patiems ir apsaugoti kitus nuo infekcinių ligų, suteikdami tam būtinas priemones, mes kartu prisidedame ir prie narkotikų kontrolės, kadangi narkomanai gali greičiau pradėti gydytis nuo priklausomybės ir daryti mažiau nusikaltimų.

### *12.3.1.2. Reabilitacijos bendruomenė*

1992 metais įkurta Lietuvos AIDS centro priklausomybės ligų reabilitacijos bendruomenė išaugo į efektyviai veikiantį gydymo bei metodologijos centrą, davusį pradžią reabilitacijos įstaigų vystymuisi Lietuvoje.

Pagrindiniai priklausomų asmenų **reabilitacijos centro tikslai** yra padėti žmonėms, norintiems išmokti gyventi blaiviai, ir sukurti mokymo bazę priklausomybių prevencijos bei gydymo specialistams. Kuriant gydymo ir reabilitacijos programą buvo pasinaudota DAYTOP (lygtinai nuteistų priklausomų nuo narkotikų jaunų žmonių gydymo) bei Minesotos programomis, adaptuojant jas mūsų sąlygoms. Programos tikslas – siekti priklausomo asmens mąstymo ir elgsenos pasikeitimo, formuojant sveiko ir blaivaus gyvenimo įgūdžius. Reabilitacijos kurso trukmė – 14 mėnesių, turime 14 vietų.

Per daugiau kaip 15 metų LAC reabilitacijos bendruomenėje gydymo ir reabilitacijos programoje dalyvavo 194 nuo narkotikų kenčiantys žmonės, iš kurių 98 (50,5%) sėkmingai baigė programą, dar 14 (7,2%) tęsia programą, pilnai programos nebaigė, bet nevartoja narkotikų 26 (13,4%). Tokiu būdu, viso įsidarbino, nevartoja narkotikų ir gyvena socialų gyvenimą 138 asmenys, arba 71,1%, o tai yra itin geras rezultatas.

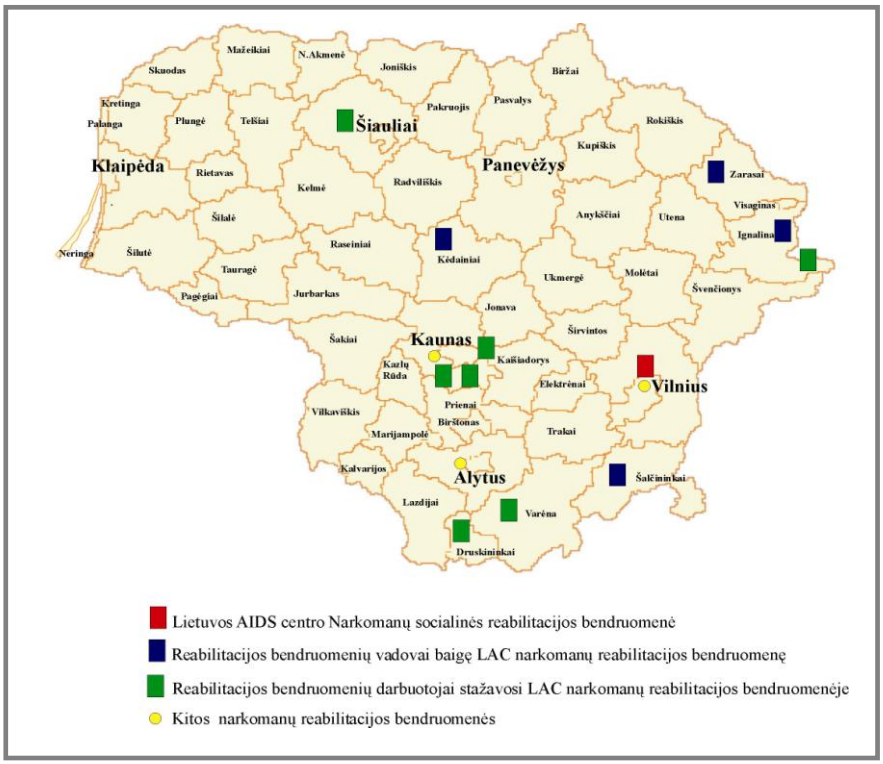
Reikia pažymėti, kad pateikta bendra psichologinės socialinės reabilitacijos bendruomenės darbo statistika ne visai tiksliai atspindi bendruomenės darbo efektyvumą, kuris bendruomenei ir jos personalui įgyjant vis didesnės darbo patirties, laikui bėgant kyla. Naudojantis šia metodika reabilitacijos efektyvumas siekia nuo 60% iki 80%, t. y. atitinka senas tradicijas turinčių, užsienyje pripažintų nuo narkotikų priklausomų asmenų reabilitacijos bendruomenių darbo efektyvumą.

Per LAC reabilitacijos bendruomenės darbo laikotarpį įvyko daug reikšmingų pakitimų:

- narkotikų problemos mastai nemažėja, tačiau keitėsi narkotikus vartojančių asmenų psichosocialinės ir demografinės charakteristikos;
- keitėsi narkotikų kontrolės politika;
- keitėsi priklausomybės ligų gydymo suvokimas;
- susikūrė daugiau ilgalaikės priklausomų asmenų reabilitacijos centrų.

**Šiuo metu Lietuvoje veikia 17 reabilitacijos centrų, prie kurių kūrimo metodinėmis rekomendacijomis svariai prisidėjo Lietuvos AIDS centro specialistai.** Keturi dideli priklausomybių reabilitacijos centrai („Meikštų dvaras“, „Vilities Švyturys“, „Apsisprendimas“, „Senoji Varėna“) įkurti asmenų, sėkmingai baigusių AIDS centro bendruomenę (21 Paveikslas).

21 paveikslas. **LAC įtaka narkomanų reabilitacijos bendruomenių plėtrai Lietuvoje**




Per visus šiuos metus bendruomenės specialistai įgavo daug patirties bei žinių, sukaupė pakankamai intelektualinių ir praktinių resursų, todėl yra sukūrę mokymo bazę priklausomybių srityje dirbantiems konsultantams ir specialistams. Bendruomenės specialistai aktyviai dalyvauja kuriant įvairią metodinę medžiagą narkotikų vartojimo prevencijai. Lietuvos AIDS centro priklausomybės ligų reabilitacijos bendruomenės specialistų pastangomis, yra išleistos „Stacionarinės narkomanų psichologinės socialinės reabilitacijos metodinės rekomendacijos“, kuriomis remiasi šiuo metu Lietuvoje veikiančios ilgalaikės reabilitacijos klinikos (340). Bendruomenės specialistai sukauptą informaciją ir metodinę medžiagą teikia besikuriančioms naujoms reabilitacinėms bendruomenėms bei besikreipiantiems socialiniams darbuotojams, psichologams, priklausomybių konsultantams. Taip pat specialistai aktyviai dalyvauja tarpžinybinėje veikloje, kontaktuodami su nevyriausybinėmis organizacijomis, valstybinėmis įstaigomis, darbo birža, teisėsaugos institucijomis, teikiančiomis paslaugas priklausomybės ligomis sergantiems asmenims.

2005–2008 metais dalyvaudami Europos Bendrijų iniciatyvos EQUAL projekte Lietuvos AIDS centras kartu su pagrindiniu partneriu Lietuvos pagalbos narkomanams fondu subūrė nevyriausybinių organizacijų, valstybinių ir privačių institucijų tinklą ir kartu **kūrė bei realiai įgyvendino kompleksinio priklausomybės nuo psichiką veikiančių medžiagų gydymo ir reabilitacijos sistemą.** Tai pirmasis ir kol kas vienintelis realus kompleksinio paslaugų teikimo modelis įgyvendintas Lietuvoje ir daręs poveikį šalies narkotikų politikai – projekto vykdymo metu LR Seime buvo sudaryta darbo grupė parengusi kompleksinio priklausomybės gydymo įstatymo, apibendrinančio galiojančius teisės aktus, projektą. **Vykdomas darbas neapsiriboja vien praktine veikla, tačiau siekia ir didesnių visos sistemos pokyčių.**

Nuo 1992 metų sistemingai dirbant sukurta efektyviai veikianti Lietuvos AIDS centro **kompleksinio ŽIV infekuotų priklausomų asmenų gydymo sistema, kurią sudaro**:

- **motyvacinė grandis**, susidedanti iš žalos mažinimo ir konsultacinių kabinetų;
- **socialinės reabilitacijos grandis**, kuriai priklauso LAC priklausomybės ligų skyrius;
- **asmens sveikatos priežiūros grandis**, kurią sudaro LAC ambulatorinės priežiūros ir laboratorijos skyriai, besirūpinantys ŽIV infekuotų asmenų sveikatos priežiūra;
- **resocializacijos grandis**, susidedanti iš LAC priklausomybės ligų skyriaus gydymo programą baigusių pacientų stebėsenos, konsultavimo ir pagalbos įdarbinant;

- **mokslo metodologinė ir švietimo grandis**, susidedanti iš LAC švietimo skyriaus ir kitų LAC specialistų dalyvaujančių metodologinėje veikloje.

Atlikta **ekonominio efektyvumo analizė parodė**, kad LAC Priklausomybės ligų reabilitacijos bendruomenė, turinti 14 vietų, dirbdama kompleksiniu principu, **padeda biudžetui sutaupyti iki 1 mln. litų per metus.** Skaičiuojant, kad vienam priklausomam nuo narkotikų asmeniui per dieną reikia apie 130 litų narkotinėms medžiagoms įsigyti, galima paskaičiuoti, kad negydomas vienas priklausomybės ligomis sergantis asmuo, per metus padaro žalos iki 50 000 – 60 000 litų, tuo tarpu paslaugos ilgalaikėje reabilitacijos įstaigoje – nesudaro nė pusės šios sumos (23 000 litų per metus). Reikia pabrėžti, kad ši socialinės žalos suma yra sąlyginė, kadangi tikslią sumą apskaičiuoti nepaprastai sunku: juodojoje rinkoje norint užsidirbti 130 litų narkotinėms medžiagoms neretai reikia pavogti daiktų, kurių vertė gerokai viršija šią sumą. Taip pat sunku apskaičiuoti išlaidas, kurios atsiranda dėl platinamos ŽIV ir kitų infekcijų, teisėsaugos sistemos, teismo darbo išlaidos ir pan. LAC psichosocialinės reabilitacijos skyrius nuo įsteigimo dienos sutaupė daugiau nei 14 milijonų litų.

Akivaizdu, kad pažeidžiamos rizikos grupės išlaikymas gula ant visos visuomenės ir valstybės pečių. Dėl to būtina žvelgti plačiau į esamas problemas ir mėginti jas spręsti kompleksiniu, į rizikos grupes orientuotu būdu.

### *12.3.1.3. Kalėjimų vaidmuo*

**Daugelio ligų paplitimas tarp kalinių yra didesnis nei plačiojoje visuomenėje** (341). Kuo dažniau į įkalinimo įstaigas ir iš jų migruoja kaliniai, tuo lengviau plinta tokios ligos kaip ŽIV, tuberkuliozė (TB), hepatitai, LPI (354).

Įkalinimo įstaigose visa veikla vykdoma pagal tvarkaraštį, o elgesys — griežtai reguliuojamas. Tačiau ši atmosfera neišmoko kalinių būti atsakingiems už savo elgesį (343). Maža to, daug kaliniams būdingų problemų, pavyzdžiui, smurtas, seksualinė prievarta, narkomanija, tatuiravimasis ir protinis atsilikimas, taip pat yra susijusios su padidėjusia infekcinių ligų rizika (343). **Neproporcingai didelis žmonių skaičius iš didelės rizikos grupės** (344, 345). Dėl šios priežasties labai svarbi kalinių ligų profilaktika ir gydymas.

***Daugelis kalinių negali arba turi tik ribotą galimybę kreiptis į gydymo įstaigas būdami laisvėje, todėl savo sveikatos poreikius gali patenkinti tik įkalinimo įstaigoje. Lietuvos įkalinimo įstaigose yra daugiau narkotikų vartotojų nei priklausomybių ligų centruose, ligoninėse ar socialinių paslaugų tarnybose. Laisvės atėmimo vietose palankios infekcinių ligų profilaktikos, tyrimo ir gydymo sąlygos. Atrodytų, kad tai ideali vieta kalinių švietimui ir gydymui.***

2002 metais Kalėjimų departamentui priklausančių įkalinimo įstaigų sveikatos priežiūros tarnybų medikai anonimine anketa apklausė 117 įvairiose Lietuvos įkalinimo įstaigose esančių ŽIV užsikrėtusių nuteistų vyrų (9). Apklausos rezultatai rodo, jog bendro Lietuvos AIDS centro ir Kalėjimų departamento darbo pastangomis **kaliniai gana gerai informuoti apie ŽIV perdavimo būdus ir rizikos veiksnius, tačiau turima informacija esamoje aplinkoje neužtikrina motyvacijos vengti rizikingo elgesio** (346).

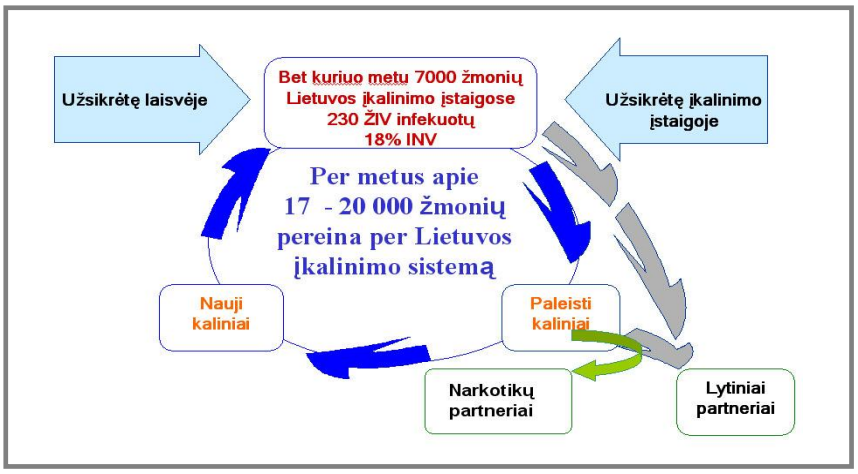
Įstatymai, reglamentuojantys kalėjimų veiklą, gali trukdyti ligų profilaktikai (341). Lytiniai santykiai (savanoriškas seksas, seksualinė prievarta, grupinė prievarta ir pan.), narkotikų vartojimas ir tatuiravimas kalėjimuose yra uždrausti, tačiau tokia veikla juose yra dažna. Draudžiama turėti adatų ir švirkštų. Taigi rizikingus lytinius santykius palaikantys ar intraveninius narkotikus vartojantys kaliniai neturi galimybės apsisaugoti nuo ligų.

Lietuvos AIDS centre ištyrus dėl hepatito C besilankančius 654 intraveninius narkotikus vartojančius asmenis, buvo gauta 80,6% teigiamų rezultatų. Panašus VHC procentas yra ir kalėjime, o tai leidžia daryti prielaidą, jog ir laisvėje, ir kalėjime yra ta pati narkotikų vartotojų populiacija, kuriai būdingas panaši rizikinga elgsena (346).

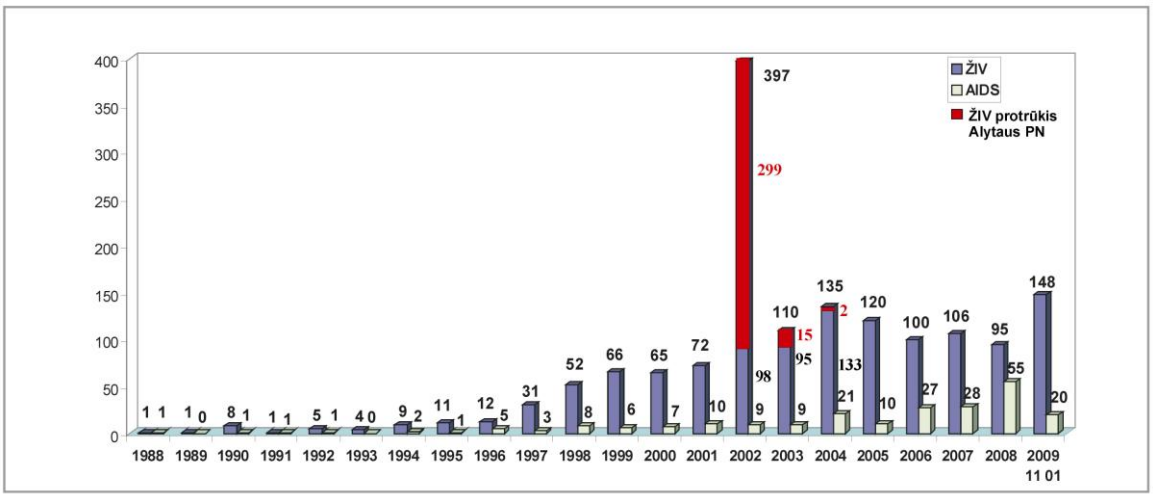
Paleisti į laisvę kaliniai dažnai nori tai atšvęsti, užsiima tokia veikla, kuri kalėjime buvo draudžiama. Dažnai ji kelia riziką užsikrėsti infekcinėmis ligomis (347).

Daugelis į laisvę išėjusių kalinių dėl nutrūkusių socialinių ryšių ir nepakankamos socialinės pagalbos negali reintegruotis į visuomenę, todėl dažnai per pirmąsias savaites pradeda vartoti narkotikus. Taip kelia grėsmę ne tik savo artimiesiems, bet ir visai visuomenei. ŽIV ar virusiniais hepatitais jie gali užkrėsti kitus žmones.

**22 paveikslas.** ŽIV plitimo įkalinimo įstaigose ir laisvėje schema




23 paveikslas. **Pamečiui diagnozuoti ŽIV atvejai Lietuvoje**




*Šaltinis: Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro duomenys. 2009 11 01.*

**Vykdant aktyvią ŽIV epidemiologinę priežiūrą buvo nustatytas lokalus ŽIV protrūkis laisvės atėmimo vietoje – Alytaus pataisos namuose.** 2002 metų gegužės mėnesį, patvirtinus ŽIV infekciją asmeniui, atliekančiam laisvės atėmimo bausmę Alytaus kolonijoje, Lietuvos AIDS centro (toliau LAC) specialistai surinko ir įvertino jo epidemiologinę anamnezę. Paaiškėjus, kad šis asmuo atlieka bausmę ilgus metus ir per tą laikotarpį neturėjo ilgalaikių pasimatymų, LAC specialistai įtarė, kad jis galėjo užsikrėsti Alytaus pataisos namuose. Buvo informuotos atitinkamos institucijos ir galimam protrūkio egzistavimui patvirtinti buvo nustatyti būtinai laboratoriškai tirtini asmenys, organizuotas klinikinės medžiagos paėmimas ir ištyrimas. Ištyrus dėl ŽIV pirmų 80 asmenų kraujo mėginius, turėjusius sąlytį su šiuo asmeniu, buvo nustatytas neįprastas sergamumo padidėjimas ir atvejų grupavimas teritorijoje. Intensyvaus patikrinimo metu (skryningo) dėl ŽIV infekcijos buvo ištirta 5294 asmenys, atliekantys laisvės atėmimo bausmę Alytaus pataisos namuose. Nustatyti 299 nauji ŽIV infekcijos atvejai.

Aktyvios epidemiologinės priežiūros dėka Alytaus kolonijoje buvo greitai nustatytas ŽIV infekcijos protrūkis ir įtartas protrūkio infekcijos šaltinis, susirgimo plitimo rizikos veiksnys. Daugiasektorinio bendradarbiavimo metu buvo numatytos ir įgyvendintos protrūkio lokalizavimo, likvidavimo ir prevencinės priemonės. **Reikiamu laiku įgyvendintos priemonės užkirto kelią tolesniam susirgimų plitimui.** 2003 metais buvo diagnozuoti 15 naujų ŽIV infekcijos atvejų, o 2004 – tik 2 (paveikslas).

### 12.3.2. ŽIV, lytiškai plintančių infekcijų ir neplanuoto nėštumo profilaktikos programų derinimas

ŽIV infekcija — **lytiškai plintanti liga**. ŽIV, kitos LPI (pavyzdžiui, gonorėja, sifilis, pūslelinės infekcija, chlamidiozė ir trichomonozė) ir neplanuotas nėštumas — **lytinės elgsenos pasekmės**. Jei asmuo rizikuoja pastoti ar užsikrėsti įprastomis LPI, vadinasi dėl savo elgesio jis / ji gali užsikrėsti ir ŽIV. Maža to, **sergamumas LPI didina ŽIV riziką**. **Pirma**, ŽIV neužsikrėtęs, tačiau kitomis LPI sergantis asmuo 2—5 kartus labiau rizikuoja užsikrėsti ŽIV, nes žaizdos ir su LPI susijęs imuninis atsakas palengvina ŽIV patekimą į organizmą. **Antra**, ŽIV užsikrėtęs ir kitomis LPI sergantis asmuo lengviau perduoda ŽIV neužsikrėtusiam partneriui. **Trečia**, ŽIV užsikrėtęs asmuo lengviau užsikrečia kitomis LPI. **Ši „epidemiologinė sinergetika“ gali būti staigaus ŽIV atvejų daugėjimo tam tikrose grupėse priežastis** (348).

Nustatyta, kad ŽIV užsikrėtusių ir gonorėja sergančių vyrų spermoje ŽIV koncentracija yra aštuonis kartus didesnė nei vyrų, užsikrėtusių ŽIV, bet nesergančių kitomis LPI. Išgydžius LPI, ŽIV koncentracija spermoje sumažėjo ir nedaug kuo skyrėsi nuo LPI nesergančių vyrų. Tai rodo, kad **LPI didina ŽIV užkrečiamumą,** o ŽIV užsikrėtusiems asmenims nustatant ir gydant LPI mažinama ŽIV transmisijos rizika (32).

**Nors LPI ir ŽIV infekcija plito lygiagrečiai, pastangos sumažinti šalutines lytinės elgsenos pasekmes ne visuomet buvo vykdomos kartu**. Pastangos sustabdyti ŽIV tam tikrose grupėse būtų veiksmingesnės, jei prezervatyvų propagavimas ir ŽIV infekcijos profilaktika būtų siejami su LPI ar neplanuoto nėštumo profilaktika — **dvigubos profilaktikos koncepcija**. Jauni žmonės pažįsta kur kas daugiau asmenų, kurie užsikrėtė LPI ar neplanuotai pastojo, nei ŽIV užsikrėtusiųjų. ŽIV infekcijos profilaktikos bei šeimos planavimo programos, kaip ir LPI klinikos, daugiau pasiektų aiškindamos, jog **prezervatyvai gali apsaugoti nuo visų trijų blogybių** (349, 350).

Norint užkirsti kelią ŽIV plisti lytiškai, reikia įgyvendinti pirminės ir antrinės profilaktikos priemones (278). ***Pirminės profilaktikos tikslas*** — sumažinti užsikrėtusiųjų skaičių. ***Antrinės profilaktikos tikslas*** — sutrumpinti laiką, kai asmuo, nežinodamas, kad yra infekuotas, gali platinti infekciją ir užkrėsti kitus. Tai pasiekiama užtikrinant priimtiną ir prieinamą pacientui sveikatos priežiūrą. ***Antrinė LPI profilaktika tampa pirmine ŽIV infekcijos profilaktika***. ŽIV ir LPI profilaktikos bendrieji uždaviniai pavaizduoti 14 paveiksle.

**Tai supratę pirmieji šalyje įdiegėme anoniminį LPI gydymą**. Lytiškai plintančių infekcijų anoniminis kabinetas Lietuvos AIDS centre veikia nuo 1991 metų ir buvo įsteigtas kaip alternatyva veikiančioms venerologinėms struktūroms, kuriuose tuo metu buvo taikomas prievartinis ištyrimas / gydymas dėl LPI.

15 lentelė. **Lietuvos AIDS centro anoniminio kabineto veiklos duomenys 1991 – 2008 m.**

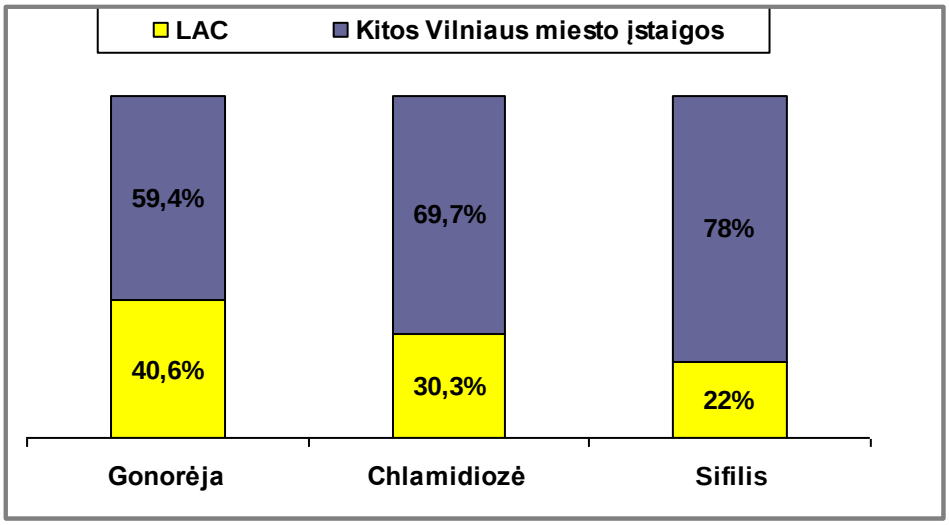
| Metai | Viso apsilankė | Pirminiai apsilankymai | ŽIV | Sifilis | Gonorėja | Kiti genitalijų uždegiminiai procesai | Bendra patologija |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1991 | 472 | 231 | - | 3 | 21 | 115 | 139 (60,2%) |
| 1992 | 2265 | 998 | - | 3 | 95 | 453 | 551 (55,2%) |
| 1993 | 2887 | 1100 | 1 | 14 | 110 | 434 | 559 (50,8%) |
| 1994 | 3670 | 2062 | - | 35 | 215 | 1147 | 1397 (67,7%) |
| 1995 | 3178 | 2068 | - | 49 | 127 | 997 | 1173 (56,7%) |
| 1996 | 4013 | 2507 | - | 48 | 99 | 1415 | 1562 (62,3%) |
| 1997 | 3822 | 2975 | - | 21 | 53 | 1160 | 1234 (41,5%) |
| 1998 | 5027 | 3018 | - | 16 | 40 | 1037 | 1093 (36,2%) |
| 1999 | 4851 | 3067 | - | 8 | 28 | 1241 | 1277 (41,6%) |
| 2000 | 4432 | 2882 | 1 | 9 | 35 | 991 | 1036 (35,9%) |
| 2001 | 4808 | 2991 | - | 10 | 32 | 1129 | 1171 (39%) |
| 2002 | 4641 | 2946 | - | 9 | 29 | 1192 | 1230 (41,8%) |
| 2003 | 5062 | 3120 | 1 | 7 | 25 | 1387 | 1420 (45,5%) |
| 2004 | 4330 | 2723 | - | 8 | 19 | 1115 | 1142 (41,9%) |
| 2005 | 4369 | 2916 | - | 4 | 39 | 1032 | 1075 (36,9%) |
| 2006 | 3805 | 2378 | - | 17 | 42 | 892 | 951 (40%) |
| 2007 | 3426 | 2250 | - | 14 | 43 | 860 | 917 (40,8%) |
| 2008 | 3854 | 2200 | - | 26 | 84 | 502 | 612 (27,8%) |

2008 metais anoniminiame kabinete apsilankė 2200 asmenų, pakartotinai apsilankė 738 (viso 3854). 2008 metais nustatyti 502 uždegiminiai urogenitaliniai susirgimai. Apie 28% visų apsilankiusių asmenų nustatyta LPI. 2008 metais LAC anoniminiame kabinete buvo nustatyta 13,4% visų Lietuvoje registruotų naujų lytiškai plintančių infekcijų atvejų (16 lentelė, 24, 25 paveikslai).

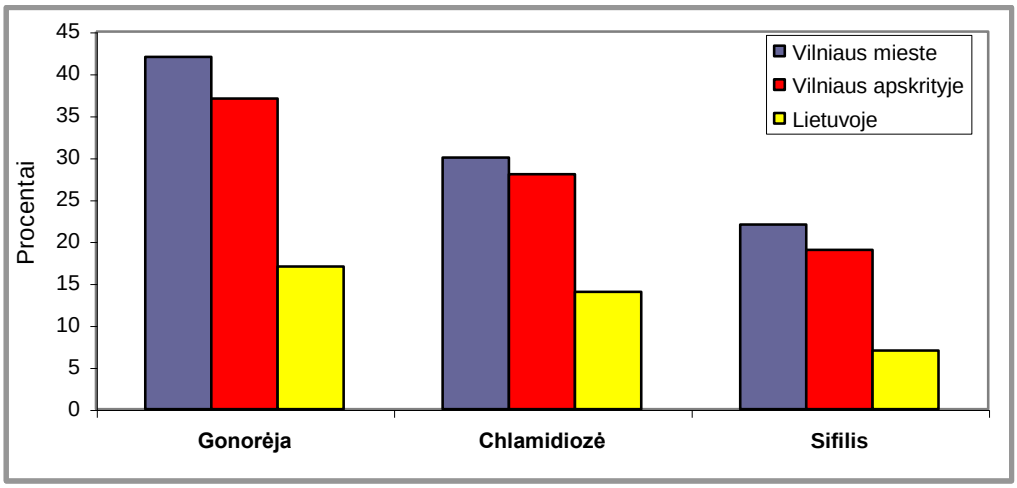
16 lentelė. **LPI, nustatytos LAC ambulatorinės priežiūros skyriuje, 2008 m.**

| 2008 m. | LAC | Vilniaus miestas (iš jų LAC %) | Vilniaus apskritis (iš jų LAC %) | Lietuva (iš jų LAC %) |
|---|---|---|---|---|
| **Gonorėja** | 84 | 207 (40,6) | 230 (36,5) | 533 (15,8) |
| **Sifilis** | 26 | 118 (22,0) | 139 (18,7) | 326 (8,0) |
| **Chlamidiozė** | 59 | 195 (30,3) | 209 (28,2) | 403 (14,6) |

24 paveikslas. **LAC anoniminiame kabinete nustatytų LPI atvejų dalis iš visų registruotų Vilniaus mieste 2008 m.**




25 paveikslas. **LAC nustatytų LPI atvejų dalis iš visų registruotų 2008 m.**



### 12.3.3. Moterų sveikatos kabinetas

Lietuvos AIDS centro moterų sveikatos kabinetas buvo įkurtas 1998. Šis kabinetas buvo įsteigtas tam, kad prostitucija besiverčiančios moterys, kurios priklauso didelės rizikos grupei, gautų tinkamas, prieinamas ir priimtinas paslaugas. Mes teikiame socialinę, psichologinę, teisinę bei medicininę pagalbą. Per visą dešimties metų darbą, šiame kabinete buvo užregistruotos virš 600 moterų, kurios teikia seksualines paslaugas. Šiuo metu Vilniaus stoties rajone aktyviai dirbančių moterų yra apie 200. Pagrindinis faktorius, kuris skatina moteris teikti seksualines paslaugas yra narkotikai. Per pastaruosius tris metus pilnai ištirtos bei konsultuotos dėl ŽIV/LPI buvo 329 moterys. Visoms paskirtas reikiamas gydymas ir kontroliuojama gydymo eiga. Pagrindinės ligos, kurios plinta tarp šios rizikos grupės, yra sifilis, gonorėja, chlamidiozė, ŽIV, HCV, HBV.

LAC moterų kabinete nuolat organizuojami ir vedami socialinės kompetencijos lavinimo kursai, kurių tikslas padėti moterims integruotis į visuomenę, sudaryti prielaidas elgesio ir gyvenimo būdo keitimui. Per visus darbo metus virš 50 moterų pakeitė gyvenimo būdą, atsisakė prostitucijos.

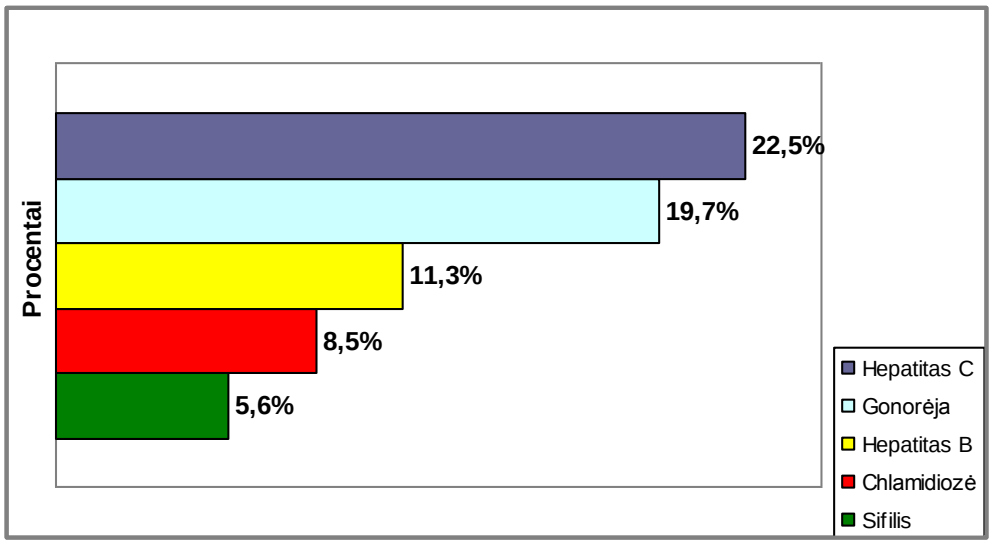
2005 metais apklausus 200 seksualines paslaugas Vilniaus mieste teikiančias moteris dėl jų lytinio gyvenimo ypatumų nustatėme, kad 25,6% pradėjo užsiiminėti prostitucija 14–16 metų amžiaus. Seksualinis debiutas vidutiniškai 15.4 metų amžiaus. Prievartinius pirmuosius lytinius santykius turėjo 37,7% apklaustųjų (355)

LAC socialinių ligų konsultavimo kabinete „Demetra“ 2008 metais apsilankiusios komercinio sekso darbuotojos buvo tirtos dėl LPI anoniminiame kabinete (n=71). Nustatyta patologija pateikta 17 lentelėje ir 26 paveiksle.

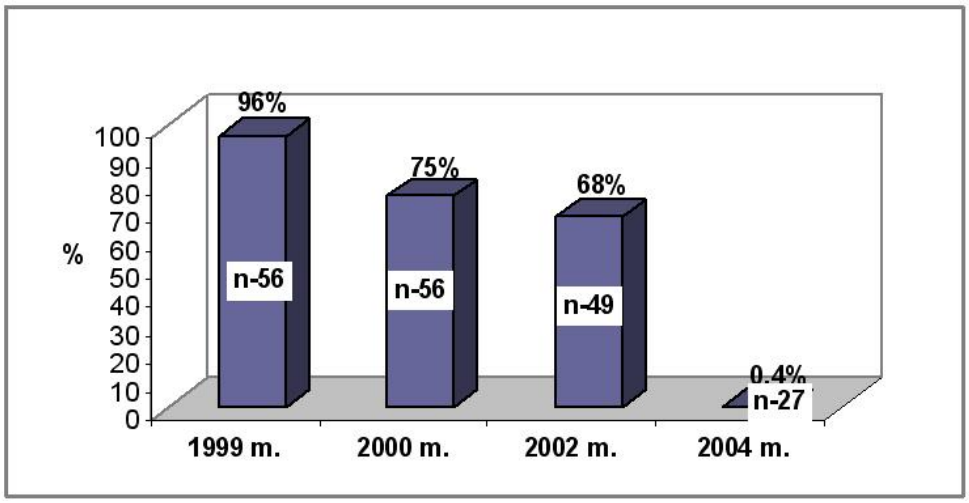
17 lentelė. **Komercinio sekso darbuotojų ištyrimas dėl LPI anoniminiame kabinete 2008 m.**

| Patologija | Atvejų skaičius (skaičius procentais) |
|---|---|
| **ŽIV infekcija** | - |
| **Hepatitas C (AntiHCV(+))** | 16 (22,5) |
| **Hepatitas B (HBsAg (+))** | 8 (11,3) |
| **Sifilis** | 4 (5,6) |
| **Gonorėja** | 14 (19,7) |
| **Genitalijų chlamidiozė** | 6 (8,5) |

26 paveikslas. **2008 m. nustatyta patologija tarp anoniminiame kabinete apsilankiusių komercinio sekso darbuotojų (n=71)**



27 paveikslas. **Vilniaus stoties rajone prostitucija besiverčiančių moterų kohortos tyrimo dėl LPI rezultatai**




### 12.3.4. ŽIV prevencija tarp vyrų, turinčių lytinius santykius su vyrais

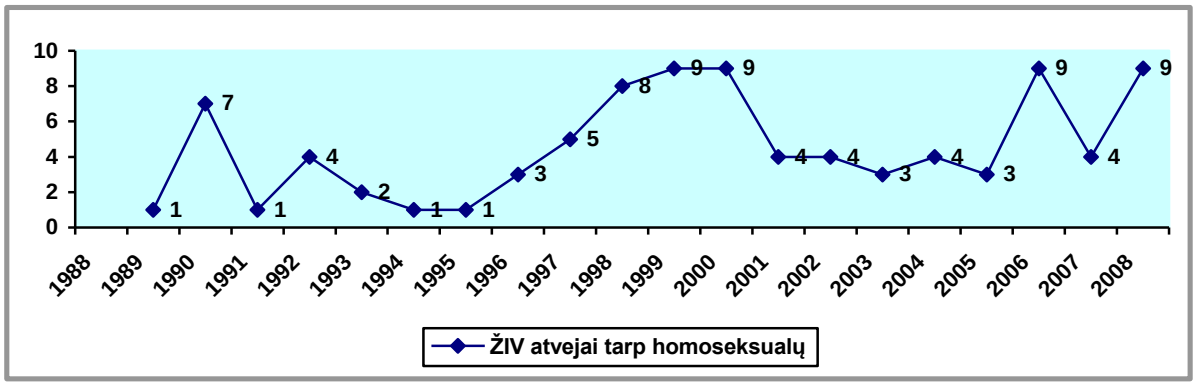
**Vyrų lytiniai santykiai su vyrais, ypač pro išangę be prezervatyvo, kelia daug didesnę riziką užsikrėsti ŽIV nei santykiai pro makštį.** Įvairių tyrimų duomenimis (363), santykius pro išangę praktikuoja nuo 30 iki 80% **vyrų, turinčių lytinių santykių su vyrais** (**VSV**, angliškas trumpinys *MSM – men who have sex with men*) **Pagrindinis ŽIV profilaktikos tikslas tarp VSV** — sumažinti bendrą lytinių partnerių skaičių ir padidinti prezervatyvų bei liubrikantų naudojimą lytinių santykių metu.

Sveikatos priežiūros įstaigoms sunku juos pasiekti ir sudėtingiau šiuos asmenis stebėti dėl išankstinio visuomenės nusistatymo ir galimos diskriminacijos baimės. Norint išspręsti jų pasiekiamumo problemą rekomenduojama **pasitelkti tos pačios orientacijos konsultantus ar steigti atitinkančius šios grupės sveikatos poreikius anoniminius konsultacijų kabinetus**, siūlančius anonimiškai išsitirti dėl ŽIV ir kitų infekcijų (352).

Nuo 2000 metų įkurtas Lietuvos AIDS centro Tikslinių grupių sveikatos kabinetas homoseksualiems/biseksualiems asmenims. **Tikslinių grupių sveikatos kabineto tikslai** yra sumažinti ŽIV/AIDS ir kitų LPI plitimą tarp homo/biseksualios orientacijos asmenų, mažinti asmeninio pažeidžiamumo, aplinkos poveikio rizikos, didinti atsparumo ir apsisaugojimo veiksnius. Informacijos perdavimo procesas, sukurtas tarp žmonių, panašių tarpusavyje pagal amžių, socialinę padėtį, išsilavinimą ir / ar kultūrinius įpročius, tikslui skatinant teigiamą šių žmonių elgesį. Teikiamos konsultacijos prieš ir po ŽIV tyrimų; aptariamas konkretaus atvejo rizikos laipsnis (amžius, socialinė padėtis, gyvenamoji aplinka, lytinių partnerių kaita, lytinių santykių pobūdis ir pan.); nustatomas reikiamos pagalbos poreikis konkrečiam atvejui (gydytojo konsultacijos, psichologo, šeimos palaikymo, artimų draugų supratingumo ir pan.); teikiama informacija apie ŽIV ir kitas LPI, jų plitimo būdus rizikos veiksnius, priklausančius nuo paties asmens, nuo individo aplinkos ir apsisaugojimo metodus; informacija apie ŽIV, taip pat apie stigmą, sąlygų atsiverti (taip pat ir gydytis), pokalbis apie baimę (ŽIV statusas ar kita problema – narkotikų vartojimas ar savo lytinius santykius; sudaromos sąlygos homo/biseksualiems asmenims išsitirti dėl ŽIV ir kitų lytiškai plintančių ligų; suteikiama informaciją dėl tolesnio bendradarbiavimo ar pagalbos suteikimo.

**Siekiant užmegzti glaudesnius ryšius su šia tiksline grupe, panaudojami:** interneto puslapiai, pažinčių svetainės skirtos homo/biseksualiems asmenims juose pateikiama informacija apie kabinetą, jo veiklą, teikiamas paslaugas; individualūs susitikimai. Informacijos ir akcijų vykdymas (neinvaziniai testai dėl ŽIV, žinių konkursai, dalinamos apsaugos priemonėms) klubuose, skirtuose homo/biseksualiems asmenims, vyrų pliažuose.

28 paveikslas. **ŽIV infekcijos plitimo dinamika tarp homo/biseksualių asmenų Lietuvoje (absoliučiais skaičiais)**

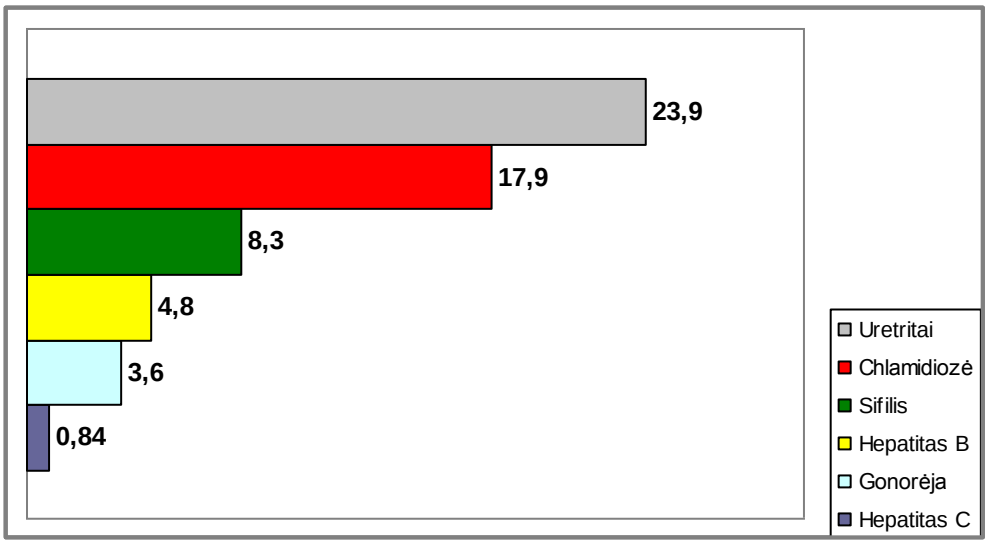



LAC anoniminiame kabinete 2008 metais dėl LPI ištirti 84 vyrai, turintys lytinius santykius su vyrais. Nustatyta patologija pateikta 18 lentelėje ir 29 paveiksle.

18 lentelė. **Vyrų, turinčių lytinius santykius su vyrais, tyrimai dėl LPI anoniminiame kabinete 2008 m.**

| Patologija | Atvejų skaičius (skaičius procentais) |
|---|---|
| **ŽIV infekcija** | - |
| **Hepatitas C (AntiHCV(+))** | 1 (0,84) |
| **Hepatitas B (HBsAg (+))** | 4 (4,8) |
| **Sifilis** | 7 (8,3) |
| **Gonorėja** | 3 (3,6) |
| **Genitalijų chlamidiozė** | 15 (17,9) |
| **Uretritai** | 20 (23,9) |

29 paveikslas. **2008 m. nustatyta patologija tarp anoniminiame kabinete apsilankiusių vyrų, turinčių lytinius santykius su kitais vyrais**



### 12.3.5. Socialinių paslaugų teikimas Lietuvos AIDS centro ambulatorinės priežiūros skyriuje

ŽIV infekuotiems asmenims, įvertinus jų socialinius poreikius, Lietuvos AIDS centre teikiamos socialinės paslaugos. LAC socialiniai darbuotojai yra ne tik socialinių paslaugų teikėjai, bet ir šių paslaugų organizatoriai bei koordinatoriai. Teikdami socialines paslaugas, socialiniai darbuotojai bendradarbiauja su kitų profesijų specialistais. Socialinio darbuotojo veiklą reglamentuoja atitinkami Lietuvos Respublikos teisės aktai, Lietuvos Respublikos socialinių darbuotojų etikos kodeksas. (357) ŽIV užsikrėtęs asmuo dėl socialinių paslaugų gavimo kreipiasi į socialinį darbuotoją, pateikdamas prašymą. Socialiniai darbuotojai išanalizuoja asmens socialinę situaciją, išaiškina socialinių paslaugų poreikį ir skiria reikiamą socialinių paslaugų rūšį arba ieško kitų galimybių patenkinti socialinių paslaugų poreikį.

Lietuvos AIDS centre teikiama viena iš bendrųjų socialinių paslaugų rūšių – **informacijos teikimas ir konsultavimas**. Tai socialinė paslauga, skirta suteikti klientui pagalbą – reikalingą informaciją ar ilgesnį laiką konsultuoti dėl esamos problemos sprendimo. Informacijos teikimas ar konsultavimas gali būti teikiamas raštu arba žodžiu.

Informacijos teikimas ir konsultavimas – tai daugiau ar mažiau ilgalaikis procesas, kurio trukmė priklauso nuo sprendžiamos problemos bei sąlygų sudėtingumo. Informacija turi būti vienodai prieinama visiems ŽIV infekuotiems asmenims nepriklausomai nuo jų socialinės padėties, lyties, negalios, tautybės ir religijos. ŽIV infekuotiems asmenims teikiama bei platinama susisteminta informacija apie socialinę paramą, socialines paslaugas, socialinių paslaugų įstaigas, įstatymus, normatyvinius aktus ir kt.

Informaciją teikiantis ir konsultuojantis personalas – Lietuvos AIDS centro socialiniai darbuotojai – kreipiamas dėmesys į tai, kaip klientas įsisavina gaunamą informaciją, kartu su klientu ieškoma problemos sprendimo kelių, teikiami patarimai, kaip elgtis probleminėje situacijoje, o esant reikalui, nukreipiama į kitą įstaigą.

Organizuojant ir teikiant ŽIV infekuotiems asmenims pagalbą, gali būti išskiriamos tokios paslaugų grupės:

**Socialinio darbo:**

- poreikių nustatymas;
- individualus socialinio darbuotojo darbas su klientu.

**Bendravimo, konsultavimo:**

- bendravimas;
- informacijos teikimas ir konsultavimas.

**Asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo:**

- gydytojo iškvietimas;
- užrašymas pas specialistus;
- maitinimo organizavimas – teikiama informacija, kur ŽIV infekuoti asmenis gali gauti maitinimą labdaros valgyklose, bendruomenės centruose ar kitose maitinimo vietose.

Laikino apgyvendinimo organizavimas – teikiama informacija apie nakvynės namus; krizių centrus; socialinės integracijos centrą; psichologinės bei socialinės reabilitacijos įstaigas, teikiančias paslaugas asmenims, turintiems priklausomybę nuo psichoaktyvių medžiagų.

„Demetra“ ir ŽMK teikia daugiau socialinių paslaugų.

### 12.3.6. Darbas su rizikos grupės merginomis dienos centre „Pasaka“

2003 m. gruodžio 1 d. Lietuvos AIDS centre, Švedijos Karalienės Silvijos įsteigto Pasaulio vaikų fondo dėka, buvo atidarytas dienos centras „Pasaka”, kuris buvo įkurtas pagal socialinės integracijos programą rizikos grupės merginoms.

**Pagrindinis programos tikslas** – mažinti tikslinės grupės merginų rizikingą elgseną bei integruoti jas į visuomenę.

Programos misija – rizikos grupės merginų ĮGALINIMAS (t.y. asmeninės ir tarpasmeninės asmens galios didinimas).

Vilniaus miesto merginos pamėgo šį dienos centrą. Čia joms buvo suteikta galimybė prasmingai praleisti laisvalaikį, sukurtos savęs pažinimo, socialinių įgūdžių ugdymo grupės, teikiamos individualios psichologinės konsultacijos. Per dienos centro egziztavimo laikotarpį jame apsilankė daugiau nei **600** paauglių merginų iš skirtingų Vilniaus vaikų globos namų, specialios pagalbos įstaigų (Vaiko raidos centras, motinos ir vaiko pensionas) bei iš mokyklų, kuriuos nukreipė socialiniai pedagogai. Kiekvieną savaitę dienos centre apsilankydavo apie 40 merginų – 5-6 grupės po 5-10 merginų.

**Siekiant programos tikslų buvo taikomos įvairios darbo formos:**

- Interaktyvūs užsiėmimai/darbas grupėse rizikingo elgesio prevencijos temomis (narkotikų (įsk. cigarečių, alkoholio) vartojimo prevencija; savižudybių prevencija; ankstyvų lytinių santykių ir lytiškai plintančių ligų prevencija (ypatingas dėmesys ŽIV, AIDS); prostitucijos ir prekybos žmonėmis prevencija; psichologinio, fizinio ir seksualinio smurto prevencija:

  - diskusijos,
  - „minčių lietus”,
  - interaktyvūs žaidimai,
  - vaidmenų atlikimas.

- Individualus darbas ir konsultacijos (psichologo pagalba, pagalba ruošiant namų darbus, kompiuterinio raštingumo pagrindai ir kt.);
- Laisvalaikio užsiėmimai:

  - vasaros stovyklos,
  - išvykos,
  - žaidimai,
  - įvairi savarankiška ir kūrybinė veikla.

Atliktas projekto poveikio tyrimas parodė, kad yra pasiekti tokie dienos centro veiklos rezultatai:

a). suformuota negatyvi nuostata į psichiką veikiančių medžiagų vartojimą, ankstyvus lytinius santykius ir taisyklių laužymą,

b). suteiktos pakankamos ir tikslios žinios apie rizikingą elgesį ir jo padarinius,

c). išugdyti draugiško ir neagresyvaus bendravimo įgūdžiai,

d). suformuota teigiama nuostata į sveiką gyvenseną.

# 13. APIBENDRINIMAS

Nepaisant padarytos pažangos, naujų užsikrėtimo ŽIV infekcija atvejų visame pasaulyje ir toliau katastrofiškai daugėja. Todėl šiandien būtina ieškoti naujų galimybių sustabdyti epidemijos plitimą.

Apibendrinant galima pasakyti, kad **atvejo vadyba**, nors pats terminas nėra naujas, – **tai inovatyvi ir progresyvi priemonė dirbant paslaugų teikimo srityse, kur susijungia keletas sistemų.** Klientui, kenčiančiam nuo chroniškų ir kompleksinių problemų susigaudyti ir sėkmingai gauti paslaugas tampa nepaprastai sunku ar net neįmanoma. Tokiu būdu, atvejo valdymas tampa puikia priemone gerinančia ne tik kliento pasinaudojimo paslaugomis galimybes, bet ir galinčia pagerinti visos paslaugų teikimo sistemos funkcionavimą, padidinat paslaugų prieinamumą. JAV ir Europoje atliekami tyrimai leidžia teigti, kad **atvejo valdymas žymiai pagerina asmenų galimybes pasinaudoti esamomis paslaugomis ir teigiamas efektas jaučiamas jau per pirmuosius dvejus metus.**

Be abejo, panacėjos nuo visų problemų nėra ir atvejo valdymas taip pat turi savo trūkmus. Vienas jų – vadinamasis **„perdegimo efektas“.** Pastebėta, kad ilgą laiką asmeniui gaunant paslaugas, po maždaug dviejų metų nuo atvejo valdymo pradžios, teigiami efektai sumažėja ir grįžta į pradinį lygį. Taip pat, vertinant klientų pasitenkinimą atvejo valdymo paslaugomis, nustatyta, kad, nors klientai teigiamai vertina gaunamas paslaugas ir vadybininko darbą, tai nepadeda jiems pasiekti „geresnės gyvenimo kokybės“, kas neretai yra keliama kaip paslaugų teikimo tikslas. Taip pat išskiriamas gana paradoksalus trūkumas – nors atvejo valdymas gali padėti sumažinti sveikatos sistemos išlaidas, arba asmens išlaidas išleidžiamas sveikatos priežiūros paslaugoms, tačiau pati atvejo valdymo paslauga yra gana brangi ir finansiniu požiūriu nusileidžia tradicinei slaugai.

Nepaisant kai kurių trūkumų, vis tik galima teigti, kad **keliant sau realistiškus tikslus, atvejo valdymo pagalba galima palengvinti kompleksinių paslaugų prieinamumą, jų teikimo kokybę bei gerinti tiek individualaus žmogaus, tiek visos visuomenės sveikatą.**

Lietuvoje ŽIV infekcijos epidemija yra koncentruotoje stadijoje, t. y. **šiame etape ŽIV dažniausiai plinta tarp narkotikus vartojančių asmenų, daugiausia vyrų**. Taip pat infekcijos paveikti vyrai, turintys lytinių santikių su vyrais, komercinio sekso darbuotojos ir visų **minėtų grupių lytiniai partneriai.** Ypač pažeidžiami čigonai, migrantai ir ekskaliniai. Visos minėtos piliečių grupės dažnai skursta, **neturi socialinio draudimo ir joms sveikatos priežiūros paslaugos mažai prieinamos** o su ŽIV infekcijos epidemija susiję sveikatos skirtumai tebedidėja.

Valstybinė ŽIV/AIDS kontrolės programa sėkmingai vykdoma ir Lietuvoje infekcijos paplitimas mažiausias tarp Baltijos šalių, nors ŽIV atvejo valdymo sistema nėra parengta, nėra reikiamų rekomendacijų ir instrukcijų, neturime ir specialistų – atvejo vadybininkų. Atskiros institucijos, dalyvaujančios ŽIV/AIDS prevencijoje ir kontrolėje dirba savo darbą, bendradarbiauja ir koordinuoja savo funkcijas. Bendradarbiauja ir valstybinės programos – ŽIV/AIDS, narkotikų, tuberkuliozės ir kitos.

Gali pasitaikyti tam tikrų struktūrinių, teisinių ir etinių kliūčių koordinuojant įvairių institucijų, programų ir specialistų veiksmus, atsižvelgiant į jų įgaliojimus, veiklos sritis ir skirtingą filosofiją. Pavyzdžiui, specialistai, kuriems labiausiai rūpi mažinti išlaidas išlaikant minimalų paslaugų spektrą, nesutars su tais, kurie stengiasi tenkinti psichosocialinius pacientų poreikius. Įvairiai interpretuojamas ir konfidencialumas, todėl atsiras sunkumų keičiantis informacija apie klientus. Nesutariama, kas galėtų ir turėtų imtis atvejo vadybininko pareigų, nes nėra atlygio sistemos. Kaskart keičiantis politinei valdžiai vis dar išlieka būtinybė nuolat aiškinti politikams, kas gresia, jeigu mes nieko nedarysime, arba darysime per mažai ir per vėlai. Jei toliau sparčiai augs ŽIV epidemija, tai kainuos labai brangiai visuomenei ir sukurs daug problemų. Iš narkotikų vartotojų populiacijos per lytinius santykius ŽIV išplis ir bendroje visuomenėje. Gydyti šiuos atvejus bus labai brangu. Todėl privalome padaryti viską, kad galėtume išvengti naujų užsikrėtimo ŽIV atvejų šiandien ir didelių gydymo išlaidų rytoj.

Lietuvos AIDS centras su gausiu įvairių žinybų partnerių pagalba ir remiamas Sveikatos apsaugos ministerijos daug nuveikė padėdamas tiems, kuriems sveikatos priežiūros paslaugos mažai prieinamos, diegdamas ŽIV prevencijos, gydymo ir pagalbos modelius, kuriuose **atsižvelgiama į specifinius rizikos grupės asmenų poreikius, derinama psichinės sveikatos ir priklausomybės gydymo paslaugos, ankstyva lytiškai plintančių ligų diagnostika ir anoniminis gydymas, dvigubos prevencijos ir „žemo slenksčio“ paslaugos**. Svarbu įtraukti į sveikatos priežiūros sistemą tuos, kam jos labiausiai reikia, kas labiausiai pažeidžiami ir išlaikyti joje gydymą gaunančius pacientus. Norėdami ir toliau užtikrinti efektyvias sveikatos priežiūros paslaugas, sumažinti ŽIV užsikrėtusių pacientų sveikatos skirtumus ir taip pat pristabdyti ŽIV infekcijos epidemiją, privalome ribotas savo lėšas naudoti naujoms pacientų įtraukimo į sveikatos priežiūros sistemą ir išlaikymo joje strategijoms ruošti, tirti, adaptuoti ir diegti.

# 14. TERMINŲ ŽODYNĖLIS

**Į klientą orientuota konsultacinė pagalba**

Dialogu grindžiama konsultacinė pagalba, teikiama atsižvelgiant į individualius klientų poreikius. Ypatingas dėmesys skiriamas ne tiek informacijos teikimui, kiek bendram su klientu prevencijos tikslų ir strategijų nustatymui. Būtinas unikalios kliento situacijos – jo elgsenos, lytinės tapatybės, rasės / tautybės, kultūros, žinių, socialinės ir materialinės padėties – supratimas.

**Kultūrinė kompetencija**

Paslaugų teikimas tokiu stiliumi ir forma, kuri yra grindžiama pagarba kultūros normoms, vertybėms ir tradicijoms, kurias gina bendruomenės lyderiai ir kurios yra priimtinos tikslinėje populiacijoje.

**Paciento inicijuotas siuntimas**

Kalbant apie lytinių partnerių ir asmenų, su kuriais klientas dalijosi adatomis, informavimą, situacija, kai pacientas arba klientas informuoja ir skatina savo partnerius pasitikrinti.

**Paslaugų teikėjo inicijuotas siuntimas**

Kalbant apie lytinių partnerių ir asmenų, su kuriais klientas dalijosi adatomis, informavimą, situacija, kai sveikatos priežiūros specialistai, paprastai Sveikatos apsaugos ministerijos darbuotojai, informuoja paciento partnerius apie pavojingą kontaktą.

**Medicininis ir psichosocialinis**

Kalbant apie PAV, sąvokos „medicininis“ ir „psichosocialinis“ apima medicininį, psichologinį ir socialinį asmens gyvenimo aspektus.

**Rezultatų įvertinimas**

Apima tiesioginio programos poveikio programos dalyviams įvertinimą, pavyzdžiui, kiek programa padėjo pagilinti žinias apie ŽIV/AIDS, numanomą infekcijos pavojų ir (ar) padėjo sumažinti ketinimus vėl sugrįžti prie elgsenos, susijusios su ŽIV perdavimo pavojumi. Atliekant rezultatų įvertinimą vertinama, ir tai, kokiu laipsniu programai pavyko pasiekti užsibrėžtus tikslus, susijusius su trumpalaikiais ir ilgalaikiais elgsenos pokyčiais tikslinėje populiacijoje.

**Prevencijos atvejo vadyba**

PAV yra į klientą orientuota ŽIV prevencinė veikla, kurios pamatinis tikslas – skatinti, kad klientai, turintys daug ir sudėtingų problemų bei rizikingos elgsenos mažinimo poreikį, keistų su užsikrėtimo ŽIV infekcija susijusią rizikingą elgseną. Kaip mišrus ŽIV rizikos mažinimo ir tradicinio atvejo valdymo metodas, PAV suteikia tokias paslaugas kaip intensyvi, ilgalaikė konkrečiam asmeniui pritaikyta konsultacinė pagalba, parama ir tarpininkavimas suteikiant reikiamas paslaugas.

**Pirminė prevencija**

Pirminės prevencijos tikslas yra sumažinti ligų ir traumų paplitimą (211). ŽIV prevencijos srityje pirminės prevencijos tikslas yra sumažinti užsikrėtimą ŽIV ir šios infekcijos perdavimą taikant įvairias strategijas, priemones, intervencijas, teikiant paslaugas.

**Proceso įvertinimas**

Tai programos praktinio veiksmingumo ir pastangų pasiekti norimų rezultatų, t. y., to, kas buvo padaryta, kam ir kaip, kada ir kur, aprašomasis įvertinimas.

**Antrinė prevencija**

Antrinės prevencijos tikslas yra sumažinti ligų ir neįgalumo atvejų skaičių (211). ŽIV prevencijos srityje antrinės prevencijos tikslas yra neleisti su ŽIV gyvenančiam asmeniui susirgti arba numirti dėl ŽIV, oportunistinių infekcijų arba AIDS, taikant įvairias strategijas, priemones, intervencijas, teikiant paslaugas

## Terminai

### Tekste naudojamų sąvokų apibrėžimai

**Aukštos rizikos užsikrėsti ŽIV grupės** – tai asmenų grupės, dėl rizikingos elgsenos turinčios didesnę tikimybę užsikrėsti žmogaus imunodeficito virusu ir jį perduoti[4].

**Biologinė stebėsena** – epidemiologinės priežiūros dalis, kurios metu atliekamas infekcinių ligų laboratorinių žymenų tyrimas ir vertinimas[4].

**Konsultacinė pagalba** – asmens ir specialisto, pasirengusio suteikti žinių, kurios padėtų paslaugų gavėjui spręsti iškilusias problemas, pokalbis, kuriuo siekiama, kad paslaugų gavėjas keistų savo rizikingą elgseną[1];

**Nepilnametis pacientas** – pacientas iki 18 metų, išskyrus asmenis nuo 16 iki 18 metų, kuriuos teismas pripažino visiškai veiksniais (emancipuotais)[2].

**Pacientas** – asmuo, kuris naudojasi sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis, nepaisant to, ar jis sveikas, ar ligonis, ir gaudamas šias paslaugas turi įstatymų nustatytas teises bei pareigas[2].

**Paciento atstovas** – atstovas pagal įstatymą (tėvai, įtėviai, globėjai, rūpintojai) ar atstovas pagal pavedimą. Atstovą pagal pavedimą pasirenka pacientas. Atstovo pagal pavedimą įgaliojimai įforminami Lietuvos Respublikos įstatymų nustatyta tvarka. Jeigu pilnametis pacientas negali būti laikomas gebančiu protingai vertinti savo interesų ir jeigu jam nenustatyta nei rūpyba, nei globa, visos sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo pareigos pacientui pagal šį įstatymą vykdomos asmeniui, kurį pacientas yra raštu įgaliojęs veikti savo vardu. Jeigu tokio įgalioto asmens nėra arba jeigu įgaliotas asmuo nesiėmė būtinų veiksmų, pareigos turi būti vykdomos paciento sutuoktiniui ar sugyventiniui (partneriui), išskyrus atvejus, kai jie to atsisako, o jei sutuoktinio ar sugyventinio (partnerio) nėra, pareigos vykdomos paciento tėvui arba vaikui, išskyrus atvejus, kai šie atsisako[2].

**Rizikingi lytiniai santykiai** – nesaugūs lytiniai santykiai (su nepažįstamu ar mažai pažįstamu asmeniu be apsaugos priemonių, dažna partnerių kaita), seksualinių paslaugų teikimas ir kitas elgesys, susijęs su žmogaus imunodeficito viruso ar kitų lytiškai plintančių infekcijų perdavimu[4].

**Rizikos užsikrėsti LPI grupės** – asmenų grupės, dėl rizikingų lytinių santykių turinčios didesnę tikimybę užsikrėsti LPI, ir asmenys, turintys klinikinių simptomų, kurie palengvina LPI plitimo tikimybę[4].

**Socialinės rizikos suaugęs asmuo** – darbingo amžiaus asmuo, esantis socialiai atskirtas dėl to, kad elgetauja, valkatauja, piktnaudžiauja alkoholiu, narkotinėmis, psichotropinėmis ar toksinėmis medžiagomis, yra priklausomas nuo azartinių lošimų, yra įsitraukęs ar linkęs įsitraukti į nusikalstamą veiklą, yra patyręs ar kuriam kyla pavojus patirti psichologinę, fizinę ar seksualinę prievartą, smurtą šeimoje ir yra iš dalies ar visiškai netekęs gebėjimų savarankiškai rūpintis asmeniniu (šeimos) gyvenimu ir dalyvauti visuomenės gyvenime[3].

**Socialinės rizikos šeima –** šeima, kurioje auga vaikų iki 18 metų ir kurioje bent vienas iš tėvų piktnaudžiauja alkoholiu, narkotinėmis, psichotropinėmis ar toksinėmis medžiagomis, yra priklausomas nuo azartinių lošimų, dėl socialinių įgūdžių stokos nemoka ar negali tinkamai prižiūrėti vaikų, naudoja prieš juos psichologinę, fizinę ar seksualinę prievartą, gaunamą valstybės paramą panaudoja ne šeimos interesams ir todėl iškyla pavojus vaikų fiziniam, protiniam, dvasiniam, doroviniam vystymuisi bei saugumui. Socialinės rizikos šeimai priskiriama ir šeima, kurios vaikui įstatymų nustatyta tvarka yra nustatyta laikinoji globa (rūpyba)[3].

**Socialinės rizikos vaikas** – vaikas iki 18 metų, kuris valkatauja, elgetauja, nelanko mokyklos ar turi elgesio problemų mokykloje, piktnaudžiauja alkoholiu, narkotinėmis, psichotropinėmis ar toksinėmis medžiagomis, yra priklausomas nuo azartinių lošimų, yra įsitraukęs ar linkęs įsitraukti į nusikalstamą veiklą, yra patyręs ar kuriam kyla pavojus patirti psichologinę, fizinę ar seksualinę prievartą, smurtą šeimoje ir dėl šių priežasčių jo galimybės ugdytis ir dalyvauti visuomenės gyvenime yra ribotos[3].

**Su ŽIV plitimu susijusi rizikinga elgsena** – tai rizikingi lytiniai santykiai ar narkotikų švirkštimasis nesteriliais švirkštais ar / ir adatomis[4].

**Sveikatos priežiūros priimtinumas** – valstybės nustatytos sveikatos priežiūros sąlygos, kurių turi laikytis sveikatos priežiūros įstaigos, kad užtikrintų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir

veiksmingumą, sveikatos priežiūros paslaugų atitiktį medicinos mokslo principams bei medicinos etikos reikalavimams, asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą pacientui ir visuomenei[2].

**Švirkštimosi priemonės** – tai priemonės, naudojamos narkotikams susišvirkšti (dažniausiai adatos ir švirkštai)[1];

**Žemo slenksčio paslaugos** – mobilios arba žemo slenksčio paslaugų kabinete teikiamos paslaugos, skirtos švirkščiamąsias narkotines ir psichotropines medžiagas vartojantiems asmenims, siekiant užtikrinti pirmąjį narkotikų vartotojų ir jų artimųjų kontaktą su sveikatos priežiūros ir / ar socialine sistema[1];

**Žemo slenksčio paslaugų kabinetas (toliau – kabinetas)** – tai mobilus ar stacionarus kabinetas, kuriame teikiamos Apraše numatytos nemokamos sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos[1];

**Tekste naudojamos sąvokos paimtos iš šių teisės aktų:**


1. LR sveikatos apsaugos ministro 2006 m. liepos 5 d. Nr. V-584 įsakymas „Dėl narkotinių ir psichotropinių medžiagų žalos mažinimo programų vykdymo tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2006, Nr. 77-3020.
2. Lietuvos Respublikos Seimo 2004 m. liepos 13 d. Nr. IX-2361 įstatymas „Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas“. *Valstybės žinios*, 2004, Nr. 115-4284.
3. Lietuvos Respublikos Seimo 2006 m. sausio 19 d. Nr. X-493 įstatymas „Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymas“. *Valstybės žinios*, 2006, Nr. 17-589.
4. Valstybinės ŽIV/AIDS ir lytiškai plintančių infekcijų profilaktikos ir kontrolės 2009–2012 metų programos projektas.

## Su ŽIV ir AIDS susijusių terminų vartojimas

| Netikslūs terminai* | Paaiškinimai |
|---|---|
| ***AIDS virusas*** | „AIDS virusas“ neegzistuoja. Yra žmogaus imunodeficito virusas, kuris sukelia AIDS (paskutinę ŽIV ligos stadiją). Todėl rašyti ar sakyti „AIDS virusas“ yra klaida |
| ***ŽIV virusas*** | Santrumpa „ŽIV“ apima žodį virusas. Todėl „ŽIV virusas“ yra tautologija. |
| ***Užsikrėtęs AIDS*** | Žmonės gali būti užsikrėtę (infekuoti) ŽIV, bet ne AIDS. AIDS užsikrėsti neįmanoma, nes AIDS nėra virusas. AIDS – yra ŽIV ligos stadija.<br>***Teisinga: užsikrėtęs ŽIV infekcija.*** |
| ***AIDS aukos*** | Žmonės su AIDS nėra aukos. Pastarasis žodis nevartotinas, nes tam tikrame kontekste dažnai nusako išankstinę neigiamą nuostatą, stigmatizuoja asmenį ir suponuoja tam tikrą jo „kaltę“. Žodis „AIDS“ vartotinas tik tuo atveju, kai žmogui, apie kurį kalbama, iš tikrųjų yra diagnozuota AIDS. ŽIV infekuotasis nebūtinai jau serga AIDS. ***Vartotina „žmogus su AIDS“ arba „žmogus, gyvenantis su AIDS“.*** |
| ***AIDS testas***<br>***Kraujo testas dėl AIDS***<br>***AIDS kraujo testas*** | Diagnostiniais testais galima nustatyti, ar organizme yra ŽIV antikūnų / antigenų, t. y. kraujyje (ar kitame žmogaus biologiniame skystyje) ieškoma ne AIDS, o ŽIV infekcijos žymenų. AIDS testo nėra.<br>***Teisinga: ŽIV antikūnų testas arba ŽIV testas.*** |
| ***Pavojus užsikrėsti AIDS***<br>***AIDS perdavimas*** | AIDS – ne virusas, tai ŽIV ligos stadija, todėl užsikrėsti ar perduoti galima tik ŽIV.<br>***Teisinga: ŽIV infekcijos rizika / pavojus (pavojus užsikrėsti ŽIV infekcija). Užsikrėtimas ŽIV infekcija. ŽIV perdavimas.*** |
| ***Kova prieš AIDS***<br>***Kova su AIDS*** | ŽIV/AIDS kontekste rekomenduojama vengti „karingos“ leksikos (t. y. mūšis, kova, karas). Rekomenduotini mažiau stigmatizuojantys variantai: AIDS profilaktikos programa, priemonės, akcija ir t. t.<br>***Teisinga: atsakas į AIDS; atsakas į ŽIV epidemiją; AIDS profilaktika / prevencija.*** |
| ***Saugūs lytiniai santykiai*** | ŽIV infekcijos kontekste, kalbant apie rizikingų lytinių santykių mažinimą, rekomenduotina vartoti sąvoką **„saugesni“ lytiniai santykiai**, arba **apsaugoti lytiniai santykiai** (tinkamai naudojant prezervatyvą), nes visiškai „saugių“ lytinių santykių nėra. |
| ***Pažeidžiamos grupės*** | ŽIV ir AIDS kontekste rekomenduojama vartoti **„tikslinės“ grupės.** |

*UNAIDS terminology guidelines, 2008.

# Literatūra


1. Blower S. M., McLean A. R. Prophylactic vaccines, risk behavior change, and the probability of eradicating HIV in San Francisco. Science. 1994; 265 (5177): 1451–54.

2. Likatavičius G. Ir kt. HIV/AIDS epidemiology in Lithuania / Giedrius Likatavičius, Saulius Čaplinskas, Julijona Rakickienė. Acta medica Lituanica: šiuolaikinės AIDS, narkomanijos ir lytiškai plintančių infekcijų problemo. Skirta tarptautiniam kongresui „Narkomanija ir AIDS – vienykime atsaką", rugsėjo 19 d. Vilnius, 2000. 2001; Suppl 6: 17-24.

3. School–based programs to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness / D. Kirby, L. Short, J Collins, et al. Public Health Rep 1994; 109 (3): 339–60.

4. Reduction of maternal–infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment / E. M. Connor, R. S. Sperling, R. Gelber, et al. N Engl J Med 1994; 331 (18): 1173–80.

5. ŽIV infekcijos gydymo ir stebėjimo nėštumo metu rekomendacijos / Saulius Čaplinskas, Vilma Uždavinienė, Julija Rakickienė ir kt. Lietuvos akušerija ir ginekologija. 2002; 5 (3): 204–211.

6. The NIMH multisite HIV prevention trial: reducing HIV sexual risk behavior. The national institute of mental health (NIMH) multisite HIV prevention trial group. Science. 1998; 280 (5371): 1889–94.

7. Keepin' it R.E.A.L.: a comparison of two HIV prevention interventions / C. DiIorio, K. Resnicow, B. A. Manteuffel, et al. 12th world AIDS conference, Geneva, June 28–July 3, 1998: abstract 43289.

8. Heterosexual transmission of human immunodeficiency virus (HIV) in Northern California: results from a ten–year study / N. S. Padian, S. C. Shiboski, S. O. Glass, et al. Am J Epidemiol 1997; 146 ( 4): 350–57.

9. Report on the global HIV/AIDS epidemic 2008, UNAIDS;2009.

10. HIV/AIDS surveillance in Europe 2007. ECDC 2008.

11. Dėl nėščiųjų sveikatos tikrinimų: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 29 d. įsakymas Nr. V-1135. Valstybės žinios. 2007; 2-103.

12. Lietuvos Respublikos žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymas: Lietuvos Respublikos 1996 m. rugsėjo 25 d įstatymas Nr. I-1553. Valstybės žinios. 2001; 112- 4069.

13. Dėl lytiškai plintančių infekcijų, ŽIV nešiojimo ir ŽIV ligos epidemiologinės priežiūros tvarkos aprašo asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. vasario 25 d.įsakymas Nr. V-117. Valstybės žinios. 2008; 74-2890.

14. Strujeva Oksana, Caplinskas Saulius. Epidemiology of the human immuno deficiency virus (HIV) in Lithuania: 19 year surveillance result. 4th IAS conference on HIV pathogenesis, treatment and prevention, Sydney, July 22-25, 2007: abstract. Hannover. 2007: 80.

15. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2007. Sveikata ir saugumas: protrūkiai ir krizės. Vilnius; 2008.

16. Čaplinskas Saulius. Apie ŽIV infekciją, AIDS, narkomaniją ir lytiškai plintančias ligas. Vilnius: Lietuvos AIDS centro leidykla; 2004: 64.

17. Rates of HIV-1 transmission per coital act, by stage of HIV-1 infection, in Rakai, Uganda / M. J. Wawer , R. H. Gray, N. K. Sewankambo et al. J Infect Dis 2005; 191 (9): 1403-09.

18. Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV-1 discordant couples in Rakai Uganda / R. H. Gray, M. J. Wawer, R. Brookmeyer, et al. Lancet. 2001; 357 (9263): 1149–53.

19. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure / D. M. Cardo, D. H. Culver, C. A. Ciesielski, et al. N Engl J Med 1997; 337 (21): 1485-90.

20. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai project study group / T. C. Quinn, M. J. Wawer, N. Sewankambo, et al. N Engl J Med 2000; 342 (13): 921–29.

21. Virological and immunological evaluation of structured interruptions (STI) in patients experiencing long-term virological failure / S. G. Deeks, T. Wrin, R. Hoh, et al. 7th conference on retroviruses and opportunistic infections, San Francisco, January 30-February 2, 2000: abstract LB10.

22. HIV prevention: Rethinking the risk of transmission / ed. by S. Myron, M. D. Cohen Jav Rep 2004; 8 (3): 35.

23. STI/HIV: sexually transmitted infections: briefing kit for teachers / World Health Organization;

2001; 20.

24. Recently diagnosed sexually HIV-infected patients: seroconversion interval, partner notification period and a high yield of HIV diagnoses among partners. QJM 2001; 94 (7): 379-90.

25. Cohen M. S., Pilcher C.D. Amplified HIV transmission and new approaches to HIV prevention. J Infect Dis 2005; 191 (9): 1391-93.

26. Rottingen J. A., et al. A systematic review of the epidemiologic interactions between classic STDs and HIV: How much is really known / J. A. Rottingen, D. W. Cameron, G. P. Garnett. Sex Transm Dis 2001; 28 (10): 579–97.

27. Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study / M. Laga, A. Manoka, M. Kivuvu, et al. AIDS. 1993; 7 (1): 95–102.

28. A community trial of the impact of improved STD treatment on the HIV epidemic in rural Tanzania: 1. Design / R. Hayes, F. Mosha, A. Nicoll, et al. AIDS. 1995; 9 (8): 916–26.

29. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial / H. Grosskurth, F. Mosha, J. Todd, et al. Lancet. 1995; 346 (8974): 530–36.

30. Wald A, Link K. Risk of human immunodeficiency virus infection in herpes simplex virus type 2-seropositive persons: a meta-analysis. J Infect Dis 2002; 185 (1): 45–52.

31. Interactions between herpes simplex virus type 2 and human immunodeficiency virus type 1 infection in African women: opportunities for intervention / F. X. Mbopi-Kéou, G. Grésenguet, P. Mayaud, et al. J Infect Dis 2000; 182 (4): 1090–96.

32. Reduction of concentration of HIV-1 in semen after treatment of urethritis: implications for prevention of sexual transmission of HIV-1. AIDSCAP Malawi research group / M. S. Cohen, I. F. Hoffmann, R. A. Royce, et al. Lancet. 1997; 349 (9069): 1868–73.

33. The effects of antiretroviral therapy on HIV-1 RNA loads in seminal plasma in HIVpositive patients with and without urethritis / S. T. Sadiq, S. Taylor, S. Kaye, et al. AIDS. 2002; 16 (2): 219–25.

34. The associations between cervicovaginal HIV shedding, sexually transmitted diseases and immunosuppression in female sex workers in Abidjan, Cote d'Ivoire / P. D. Ghys, K. Fransen, M. O. Diallo, et al. AIDS. 1997; 11 (12): F85–93.

35. Marks G., et al. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA / G. Marks, N. Crepaz, R. S. Janssen. AIDS. 2006; 20 (10): 1447-50.

36. Oral transmission of HIV, reality or fiction? an update / J. Campo, M.A. Perea, J. Del Romero, et al. Oral Dis 2006; 12 (3): 219–28.

37. Haase A. T. Transmission and propagation of SIV and HIV infection in vivo. Program and abstracts of the 9th conference on retroviruses and opportunistic infections. Seattle, Washington, February 24–28, 2002: abstract L9.

38. Reliability of self-reported sexual behavior in human immunodeficiency virus (HIV) concordant and discordant heterosexual couples in northern Thailand / M. A. Boer, D. D. Celentano, S. Tovanabutra, et al. Am J Epidemiol 1998; 147 (12): 1153-61.

39. Čaplinskas Saulius. ŽIV infekcijos plitimo veiksniai ir mokslu pagrįsta prevencija benduomenėje. Prieiga per internetą: <http//www.nkd.lt/files/renginiai/2007 m.>

40. UK guideline for the use of post–exposure prophylaxis for HIV following sexual exposure / M. Fisher, P. Benn, B. Evans, et al. Int J STD AIDS. 2006; 17 (2): 81-92.

41. Infection with human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) among recipients of antibody-positive blood donations / E. Donegan , M. Stuart, J. C. Niland, et al. Ann Intern Med 1990; 113 (10): 733–39.

42. Mastro T. D., de Vincenzi. Probabilities of sexual HIV-1 transmission. AIDS. 1996; 10 (A Suppl): S75–82.

43. Drumright L. N., Frost S. D. Sexual networks and the transmission of drug resistant HIV. Curr Op Infect Dis 2008; 21 (6): 644-52.

44. De Vincenzi I. A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. European study group on heterosexual transmission of HIV. N Engl J Med 1994; 331 (6): 341–46.

45. Anderson R. M, May R. M. Epidemiological parameters of HIV transmission. Nature. 1988; 333

(6173): 514–19.

46. Leynaert B, et al. Heterosexual transmission of human immunodeficiency virus: variability of infectivity throughout the course of infection. European study group on heterosexual transmission of HIV; B. Leynaert, A. M. Downs, I. de Vincenzi. Am J Epidemiol 1998; 148 (1): 88–96.

47. Viral and host factors in HIV-1 transmission and pathogenesis / J. Overbaugh, M. Sagar, S. Benki, et al. 9th conference on retroviruses and opportunistic infections, Seattle, Washington, February 24–28, 2002: abstract S23.

48. Per-contact risk of human immunodeficiency virus transmission between male sexual partners / E. Vittinghoff, J. Douglas, F. Judson, et al. Am J Epidemiol 1999; 150 (3): 306–11.

49. Case-control study of HIV seroconversion in health-care workers after percutaneous exposure to HIV-infected blood—France, United Kingdom, and United States, January 1988–August 1994 / Centres for Disease Control. MMWR 1995; 44 (50): 929-33.

50. The global burden of selected occupational diseases and injury risks: methodology and summary / D. I. Nelson, M. Conch-Barrientos, T. Driscoll, et al. Am J Ind Med 2005; 48 (6): 400-18.

51. Kaplan E. H**.,** Heimer R. A model-based estimate of HIV infectivity via needle sharing. J Acquir Immune Defic Syndr. 1992; 5 (11): 1116–18.

52. Ippolito V. Et al. The risk of occupational human immunodeficiency virus infection in health care workers. Italian multicenter study. The Italian study group on occupational risk of HIV infection / G. Ippolito, V. Puro, G. de Carli. Arch intern med 1993; 153 (12): 1451–58.

53. Risk factors for perinatal transmission of human immunodeficiency vyrus type 1 in women treated with zidovudine. Pediatric AIDS clinical trials group study 185 team / L. M. Mofenson, J. S. Lambert, E. R. Stiehm et al. N Engl J Med 1999; 341 (6): 385–93.

54. Abbreviated regimens of zidovudine prophylaxis and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus / N. A. Wade, G. S. Birkhead, B. L. Warren et al. N Engl J Med 1998; 339 (20): 1409–14.

55. Elective caesarean – section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV – 1 transmission: a randomised clinical trial. The European mode of delivery collaboration. Lancet. 1999; 353 (9158): 1035–39.

56. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1—a meta analysis of 15 prospective cohort studies. The international Perinatal HIV group / The internetianal perinatal HIV group. N Engl J Med 1999; 340 (13): 977–87.

57. Perinatal HIV – 1 transmission: interaction between zidovudine prophylaxis and mode of delivery in the French perinatal cohort / L. Mandelbrot, J. Le Chenadec, A. Berrebi, et al. JAMA 1998; 280 (1): 55–60.

58. Recommendations of the U. S. public health service task force on the use of zidovudine to reduce perinatal transmission of human immunodefiency virus. MMWR 1994; 43 (RR-11): 1–20.

59. U. S. public health service recommendations for human immunodeficiensy virus counseling and voluntary testing for pregnant women. MMWR 1995; 44 (RR-7): 1–15.

60. Revised guidelines for HIV counseling, testing, and referral / Centers for disease control and prevention. MMWR 2001; 50 (RR-19): 1-57.

61. HIV and infant feeding. Policy statement developed collaboratively by UNAIDS, UNICEF and World Health organization. Joint United Nations Programme on AIDS. Prieiga per internetą**:** <http://www.popline.org/docs/1691/303018.html>

62. Breastfeeding by HIV–1 infected women and outcome in their infants: a cohort study from Durban, South Africa / R. Bobat, D. Moodley, A. Coutsoudis, et al. AIDS. 1997; 11 (13): 1627–33.

63. Reducing the risk of HIV infection among South African sex workers: socioeconomic and gender barriers / Q. A. Karim, S. S. Karim, K. Soldan, M. Zondi. Am J Public Health 1995; 85 (11): 1521–25.

64. HIV care: a primer and resource guide for family physicians / College of family physicians of Canada. Mississauga, Ontario, 2001.

65. HIV testing and counselling tolkit / WHO. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/hiv/topics/vct/toolkit/en/index.html<

66. Priority interventions: HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector. Geneva: World health organization. 2009: 126.

67. Šie tyrimai atliekami Lietuvos AIDS centro laboratorijoje.

68. Guidelines for using HIV testing technologies in surveillance. World health organization, et al.; 2001: 38.

69. Guidelines for second generation HIV surveillance. UNAIDS/WHO. 2000: 13-16.

70. Guidance on provider-initiated HIV testing and counseling in health facilities. WHO/UNAIDS; 2007: 1-56.

71. Europos Komisijos 2008 m. balandžio 28 d. sprendimas Nr. 2008/426/EB, kuriuo pakeistas Europos Komisijos sprendimas 2002/253/EB (priedas dėl užkrečiamųjų ligų (atvejų) apibrėžčių). Priega per internetą: <http://www.eur-lex.europa.eu>

72. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections, 2006-2015. WHO: Geneva,World health organization, 2006. Prieiga per internetą: < http://www *iteresources.worldbank.org>*

73. Lytiškai plintančių infekcijų diagnostika ir gydymas: mokomoji knyga / Eglė Aukštuolienė, Irena Butrimienė, Saulius Čaplinskas,...ir kt. Kaunas: Kauno medicinos universiteto leidykla; 2007: 229.

74. Behets F. M., et al. Syndromic treatment of gonococcal and chlamydial infections in women seeking primary care for the genital discharge syndrome: decision-making / F. M. Behets, W. C. Miller, M. S. Cohen. Bull WHO. 2001; 79 (11): 1070-75.

75. National guidelines for the management of sexually transmitted infections using the syndromic approach. HIV. AIDS prevention and control office. Prieiga per internetą: <http://www.etharc.org/publications>

76. Guidelines for management of sexually transmitted infections. World Health Organization. Geneva, 2003. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/hiv/pub/sti/en/>

77. The national guidelines for the management of sexually transmitted infections: trainer's guide and reference manual. World health organization, the national AIDS control programme, 2007. Prieiga per internetą: <http://www.nacp.gov.pk/>

78. Prieiga per internetą: < http://www.who.int>

79. Prieiga per internetą: < http://www.cdc.gov >

80. Ambrozaitis A., Žagminas K. Virusiniai hepatitai: mokomoji priemonė. Vilnius, 1997: 141.

81. Workowski K.A., Berman S. M. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. MMWR 2006; 55 (RR-11): 1-94.

82. Brook Mg. European guidelines for the management of hepatitis B and C virus infection. Inter J STD and AIDS. 2001; 12 (1 Suppl): 48-57.

83. Sexual transmission of HCV between spouses / V. Tahan, C. Karaca, B. Yildidrim, A. Bozbas, R. Ozaras, K Demir, et al. American journal of gastroenterology. 2005; 100 (4): 821-24.

84. Dienstag J. L**.** Sexual and perinatal transmission of hepatitis C. Hepatology. 1997; 26 (Suppl): 66S-70S.

85. Global tuberculosis control : epidemiology, strategy, financing: WHO report. 2009. Prieiga per internetą: < http://www.who.int/tb/publications/global_report>

86. Dėl tuberkulioze sergančių asmenų profilaktinio tyrimo dėl žmogaus imunodeficito viruso infekcijos tvarkos aprašo patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 30 d. įsakymas Nr. V-374. Valstybės žinios. 2008; 54-2007.

87. Trečiokas Algimantas. Konsultacinė parama: metodinės rekomendacijos. Vilnius, 2005: 26.

88. Dapkevičienė J., Čaplinskas S. Psichologinė pagalba ŽIV užsikrėtusiems žmonėms. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. 2005; 9 (2): 43-44.

89. International guidelines on HIV/AIDS and human rights / UNAIDS. 2006: 1-155.

90. Rothman J. A model of case management: toward empirically based practice. Soc Work. 1991; 36 (6): 520-28.

91. Evaluation of WHO's contribution to "3 by 5". Main report. WHO, 2006. Prieiga per internetą: < http://www.who.int/hiv/3by5evaluation/.../index.html>

92. Annual epidemiological report on communicable dideases in Europe. ECDC, 2007. Prieiga per internetą: < http://ecdc.europa.eu/.../0910_AER_Annual_Epidemiological_Report_2009.pptx>

93. Towards universal access by 2010. HIV/AIDS programme. World Health Organization. 2006: 10.

94. The right to know: new approaches to HIV counseling and testing. Geneva: World Health Organization. [2002]: 4.

95. Runkelė K. Ieškoma efektyvių ŽIV infekcijos gydymo ir išlaidų valdymo būdų. Sveikatos drauda. 2005; 3: 4-5.

96. Fleisher P., Henrickson, M. Towards a typology of case management, health services and resources administration / HIV/AIDS Bureau. 2002, July. Prieiga per internetą: <http://hab.hrsa.gov/special/typology.htm>

97. HIV case management: a review of the literature / Health and disability working group, Boston university school of public health; prepar. by R. Murphy, C. Tobias, S. Rajabiun, V. Abuchar. 2003: 16.

98. Ryan white care act. Prieiga per internetą: <http://en.wikipedia.org/wiki/Ryan_White_Care_Act>

99. Rapp Ch. A., Goscha R. J. The strengths model : case management with people with psychiatric disabilities. Oxford ; New York : Oxford University Press, 2006: 289.

100. Case management as a strategy for systems change / R. C. Surles, A. K. Blanch, D. L. Shern, S. A. Donahue. Health Affairs. 1992; 11 (1): 151-63.

101. Dubler N. N. The difficult, demanding, and demented AIDS patient in ling-term care. J Urban Health 2000; 77 (2): 222-31.

102. Gant L. L. Evaluation of HIV case management services: an overview. Evaluating HIV case management: invited research and evaluation papers 1998, July: 8-24.

103. HIV prevention case management: literature review and current practice / Centers for disease control. (1997, September). Prieiga per internetą: <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/pcml/pcmldoc.htm>

104. Fleishman, J. A. Research design issues in evaluating the outcomes of case management for Persons with HIV. Evaluating HIV case management: invited research and evaluation papers, 1998, July: 25-48.

105. Outcomes of HIV/AIDS case management in New York / S. E. Lehrman, D.Gentry, B. B. Yurchak, J. Freedman. AIDS Care. 2001; 13 (4): 481-92.

106. Case management services for HIV-seropositive IDU's / H. V. McCoy, S. Dodds, J. E. Rivers, C. B. McCoy. In. Progress and issues in case management, research monograph series 127 / National institute on drug abuse. 1992: 181-07.

107. The impact of ancillary HIV services on engagement in medical care in New York city / P. A. Messeri, D. M. Abramson, A. A. Aidala, et al. AIDS Care. 2002; 14 (1 Suppl): S15–S29.

108. Rothman J. Guidelines for case management: putting research to professional use. Gr Res Soc Work Prac 1993; 3: 113-114.

109. The structure and process of AIDS case management / J. Piette, J. A. Fleishman, V. Mor, B. Thompson. Health Soc Work 1992; 17 (1): 47–56.

110. Baldwin S., Woods P. A. Case management and needs assessment: some Iisues of concern for the caring professions. J Ment Health Adm 1994; 3 (3): 311–322.

111. Graham K., Timney C. B. Case management in addictions treatment. J Subst-Abuse Treat 1990; 7 (3): 181–88.

112. A comparison of hospital and community case management programs for persons with AIDS / J. Piette, J. A. Fleishman, V. Mor, A. Dill. Med Care. 1990; 28 (8): 746–55.

113. Pitfalls in evaluating the effectiveness of case management programs for homeless persons: lessons from the NIAAA community demonstration project / R. G. Orwin, L. J. Sonnefeld, R. Garrison-Mogren, N. G. Smith. Evaluation Rev 1994; 18 (2): 153–07.

114. Wallace/Maxcy-Rosenau-Last public health and preventive medicine / ed. by Robert B. Wallace. New York : McGraw-Hill. 2008: 4–5.

115. Purcell D. W., et al. HIV prevention case management: current practice and future directions / D. W. Purcell, A. S. DeGroff, R. J. Wolitski. Health Soc Work 1998; 23 (4): 282-89.

116. Rubin A. Is case management effective for people with serious mental illness: a research review. Health Soc Work 1992; 17 (2): 138–50.

117. Purcell D. W., et al. Prevention case management: current practice and future directions / D. W. Purcell, A. S. DeGroff, R. J. Wolitski. Health Soc Work 1998; 23 (4): 282-89.

118. Prochaska J. O., DiClemente C. C. Stages of change in the modification of problem behaviors. Progr Behav Mod 1992; 28: 183-18

119. Ajzen I., Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Binding: Paperback Publisher: Prentice Hall: Englewood Cliffs NJ Date Published, 1980.

120. Standards and considerations for establishing HIV prevention case management. PROCEED, Inc., 1997.

121. HIV counseling, testing, and referral: standards and guidelines / U. S. department of health and human services, 1994, May.

122. Kelly J. A. AIDS prevention: strategies that work. AIDS reader, 1992 (July/August): 135–41.

123. West G. R., Stark K. Partner notification for HIV prevention: a critical reexamina-tion. AIDS education and prevention: HIV Couns Test 1997; 9 (B Suppl): 68–78.

124. Velasco-Hernandez J. X., et al. Could widespread use of combination antiretroviral therapy eradicate HIV epidemics / J. X. Velasco-Hernandez, H. B. Gershengorn, S. M. Blower. Lancet Infect Dis 2002; 2 (8): 487-93.

125. The case for expanding access to highly active antiretroviral therapy to curb the growth of the HIV epidemic / J. S. Montaner, R. Hogg, E. Wood, et al.. Lancet. 2006; 368 (9534): 531-36.

126. Expanded access to highly active antiretroviral therapy: a potentially powerful strategy to curb the growth of the HIV epidemic / V. D. Lima, K. Johnston, R. S. Hogg, et al. J Infect Dis 2008; 198 (1): 59-67.

127. Treatment response in acute/early infection versus advanced AIDS: equivalent first and second phaze of HIV RNR decline / J. M. Kilby, H. Y. Lee, J. D. Hazelwood, et al. AIDS. 2008; 22 (8): 957-62.

128. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission:a mathematical model / R. M. Granich, F. C. Gilks, C. Dye, et al. Lancet. 2009; 373 (9657): 48-57.

129. Last J. M. Adictionary of epidemiology. Oxford University Press. 2001: 289.

130. Pagrindinės epidemiologijes sąvokos: mokomasis žodynas. Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2001.

131. Prieiga per internetą: <http://www.apositivelife.com/forasos/need-for-positive-prevention.html>

132. Prevention interventions for HIV positive individuals / R. J. DiClemente, G. M. Wingood, C. Del Rio, R. A. Crosby. Sex Transm Infect 2002; 78 (6): 393–95.

133. Positive prevention: prevention strategies for people with HIV/AIDS: draft background paper. Brighton, UK: International HIV/AIDS alliance. 2003.

134. King-Spooner S. HIV prevention and the positive population. Int J STD AIDS. 1999; 10 (3): 141–50.

135. Sexual transmission of HIV: infectiousness and prevention / P. L. Vernazza, J. J. Eron, S. A. Fiscus, M. S. Cohen. AIDS. 1999; 13 (2): 155–66.

136. An overview of prevention with people living with HIV / R. J Wolitski, R. S. Janssen, I. M. Onorato, et al. In. Positive prevention: Reducing transmission among people living with HIV/AIDS / ed. by S. C. Kalichman. New York: Kluwer academic/plenum. 2005: 1–28.

137. Terminology guidelines / UNAIDS. 2007, March.

138. Prevention with positives: a guide to effective programs / Office of AIDS. Sacramento, CA: State of California department of health services, 2003.

139. Designing primary prevention for people living with HIV: policy monograph series / University of California; C. Collins, S. F. Morin, M. D. Shriver, T. J. Coates. San Francisco: AIDS research institute, AIDS policy research center and Center for AIDS prevention studies, 2000.

140. Shadow on the continent: public health and HIV/AIDS in Africa in the 21st century / K. De Cock, D. Mbori-Ngacha, E. Marum. Lancet. 2002; 360 (9326): 67–72.

141. Remien R., et al. What are HIV+ persons HIV prevention needs: fact sheet 37E / University of California; R. Remien, W. Senterfitt, P. Decarlo. San Francisco: Center for AIDS prevention studies, 2000.

142. Participation and empowerment in HIV/AIDS programming: policy briefing No. 2. Brighton, UK: International HIV/AIDS alliance, 2002.

143. Advancing HIV prevention: the science behind the new initiative / Centers for Disease Control and prevention. Atlanta, GA CDC, 2003.

144. HIV/AIDS—United States, 1981–2000. MMWR 2001; 50 (21): 430–34.

145. Del Rio C. New challenges in HIV care: prevention among HIV infected patients. Top HIV Med

2003; 11 (4): 140–44.

146. Providers' HIV prevention discussions with HIV-seropositive injection drug users / J. D. Wilkinson, W. Zhao, S. Santibanezet, et al., the INSPIRE study group. AIDS Behav 2006; 10 (6): 699–05.

147. Advancing HIV prevention: new strategies for a changing epidemic--United States, 2003. MMWR 2003; 52 (15): 329–32.

148. No time to lose: getting more from HIV prevention / Institute of medicine, Committee on HIV prevention strategies in the United States. Washington, DC: National academy press, 2001.

149. The serostatus approach to fighting the HIV epidemic: prevention strategies for infected individuals / R. S. Janssen, D. R. Holtgrave, R. O.Valdiserri, et al. Am J Public Health 2001; 91 (7): 1019–24.

150. Positive prevention: reducing transmission among people living with HIV/AIDS / ed. by S. C. Kalichman. New York: Kluwer academic/plenum, 2005.

151. Long-term effectiveness of a peer-based intervention to promote condom and contraceptive use among HIV-positive and at-risk women / L. A. Fogarty, C. M. Heilig, K. Armstrong, et al. Pub Health Rep 2001; 116 (1 Suppl): 103–19.

152. A randomized controlled trial to reduce HIV transmission risk behaviors and sexually transmitted diseases among women living with HIV: the WiLLOW program / G. M. Wingood, R. J. DiClemente, I.Mikhail, et al. J Acquir Immune Defic Syndr 2004; 37 (2 Suppl): S58–67.

153. A randomized clinical trial of a manual-guided risk reduction intervention for HIV-positive injection drug users / A. Margolin, S. K. Avants, L. A.Warburton, et al. Health psychol 2003; 22 (2): 223–28.

154. HIV risk reduction among African-American women who inject drugs: a randomized controlled trial / C. E. Sterk, K. P. Theall, K. W. Elifson, D. Kidder. AIDS Behav 2003; 7 (1): 73–86.

155. Stress reduction training changed number of sexual partners but not immune function in men with HIV / T. Coates, L. McKusick, R. Kuno, D. Stites. Am J Public Health 1989; 79 (7): 885–86.

156. Factors associated with severity of depression and high-risk sexual behavior among persons diagnosed with human immunodeficiency virus infection / J. A. Kelly, D. A. Murphy, G. R. Bahr, et al. Health Psychol 1993; 12 (3): 215–19.

157. Prevention of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus through couple counseling / N. S. Padian, T. R..O'Brien, Y. Chang, et. al. J Acquir Immune Defic Syndr 1993; 6 (9): 1043–48.

158. Patterson T. L., Semple S. J. Sexual risk reduction among HIV-positive drug-using men who have sex with men. J Urb Health 2003; 80 (4): iii77–87.

159. Patterson T. L., et al. Reducing the sexual risk behaviors of HIV+ individuals: outcome of a randomized controlled trial / T. L. Patterson, W. S. Shaw, S. J. Semple. Ann Behav Med 2003; 25 (2): 137–45.

160. Are HIV care providers talking with patients about safer sex and disclosure: a multi-clinic assessment / G. Marks, J. L. Richardson, N. Crepaz, et al. AIDS. 2002; 16 (14): 1953–57.

161. What is the effect of HIV treatment on HIV prevention / Center for AIDS prevention studies. San Francisco: University of California, 2003.

162. New data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and their policy implications: conclusions and recommendations / World Health Organization, Inter-agency task team on mother-to-child transmission of HIV. Geneva: World Health Organization, 2001.

163. Newell M. L. HIV transmission through breastfeeding: A review of the available evidence. Geneva: World Health Organization, 2004.

164. Zidovudine therapy of HIV-1 infection during pregnancy: assessment of the effect on the newborns / A. Ferrazin, A. De Maria, C. Gotta, et al. J Acquir Immune Defic Syndr 1997; 6 (4): 376–79.

165. Efficacy of zidovudine and human immunodeficiency virus hyperimmune immunoglobulin for reducing perinatal HIV transmission from HIV-infected women with advanced disease: results of pediatric AIDS clinical trials group protocol 185 / E. R. Stiehm, J. S. Lambert, L. M. Mofenson, et al. J Infect Dis 1999; 179 (3): 567–75.

166. Roland, M. Prophylaxis following nonoccupational exposure to HIV. In. HIV in site knowledge

base / University of California; ed. by L. Pieperl, S. Coffey, O. Bacon, P. Volberding. San Francisco: Center for HIV information, 2004.

167. Anticipating the efficacy of HIV pre-exposure prophylaxis and the needs of at-risk Californians / Center for HIV identification, prevention, and treatment services. Prieiga per internetą: <www.aidspartnershipca.org/assets/PrepReport1104.pdf>

168. Youle M, Wainberg M. Pre-exposure chemoprophylaxis as an HIV prevention strategy. J Intern Assoc Phys AIDS Car 2003; 2 (3): 102–05.

169. Promote HIV chemoprophylaxis research, don't prevent it / R. M. Grant, S. Buchbinder, W. Jr. Cates, et al. Science. 2005; 309 (5744): 2170–71.

170. Q and A: CDC's clinical studies of pre-exposure prophylaxis for HIV prevention / Center for disease control and prevention. Prieiga per internetą: <www.cdc.gov/hiv/resources/qa/pdf/prep.pdf>

171. Highleyman L. Pre-exposure prophylaxis: a new focus for HIV prevention. 16th international AIDS conference, Toronto, August 13-18, 2006. AIDS: abstract

172. Bahuguna N. J. Putting women in charge. Prieiga per internetą: <www.boloji.com/wfs5/wfs672.htm (accessed 14 September 2007>

173. A summary of the outcomes of the national forum held at Dockside: Australian federation of AIDS organization Inc. AFAO National forum Prepexposure prophylaxis for HIV: final report. Cockle Bay on the 16th June, 2005.

174. Okwundu C. I, Okoromah C. Antiretroviral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for preventing HIV in high-risk individuals. Cochrane Database Syst Rev 2009; 1: CD007189.

175. Brocklehurst P, Volmink J. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. Cochrane Database Syst Rev 2002; 2: CD003510.

176. Narrative review: antiretroviral therapy to prevent the sexual transmission of HIV-1 / M. S. Cohen, C. Gay, A. D. Kashuba, et al. Ann Intern Med 2007; 146 (8): 591-01.

177. Male viral load and heterosexual transmission of HIV-1 subtype E in northern Thailand / S. Tovanabutra, V. Robison, J. Wongtrakul, et al. J Acquir Immune Defic Syndr 2002; 29 (3): 275-83.

178. Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV / J. Castilla, J. Del Romero, V. Hernando, et al. J Acquir Immune Defic Syndr 2005; 40 (1): 96-101.

179. Decreased HIV transmission after a policy of providing free access to highly active antiretroviral therapy in Taiwan / C. T. Fang, H. M. Hsu, S. J. Twu, et al. J Infect Dis 2004; 190 (5): 879-85.

180. Martinez V., et al. Treatment to prevent recurrent genital herpes / V. Martinez, E. Caumes, O. Chosidow. Curr Infect Dis Rep 2008; 21 (1): 42-48.

181. Impact of highly active antiretroviral treatment on HIV seroincidence among men who have sex with men: San Francisco / M. H. Katz, S. K. Schwarcz, T. A. Kellogg, et al. Am J Public Health 2002; 92 (3): 388-94.

182. Schmidt Axel J., et al. HIV and drug use among gay men in Germany / Axel J. Schmidt, Michael Bochow, Ulrich Marcus. 5th European confeence on clinical and social research on AIDS and drug, Vilnius, April 29-30, 2009. Vilnius, 2009: 17.

183. Velasco Edward. Behavioural surveillance and HIV prevention in men who have sex with men: reports from Australia, Belgium, Canada, France, Germany, Switzerland, the United Kingdom, the United States. 2007, Oktober; 2306. Bestell-Nr. SP I

184. Crepaz N, et al. Highly active antiretroviral therapy and sexual risk behavior: a meta-analytic review / N. Crepaz, T. A. Hart, G. Marks. JAMA 2004; 292 (2): 224-36.

185. Prieiga per internetą: <www.hpa.org.uk/annualreport2005>

186. Infrequent transmission of HIV-1 drug-resistant variants / S. Yerly, S. Jost, A. Telenti, et al. Ant Ther 2004; 9 (3): 375-84.

187. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle / P. Vernazza, B. Hirschel, E. Bernasconi, et al. Bull Med Suis 2008; 89: 165-69.

188. Anema Aranka., et al. The use of highly active retroviral therapy to reduce HIV incidence at the population level / A. Anema, E. Wood, J. S. Montaner. CMAJ 2008; 179 (1): 13–14.

189. Late versus early testing of HIV—16 sites, United States, 2000–2003. MMWR 2003; 52 (25): 581–86.

190. HIV prevalence in the United States, 2000 / P. Fleming, R. H. Byer, P. A. Sweeney, et al. In:

Program and abstracts of the 9th conference on retroviruses and opportunistic infections, Washington, February 24-28, 2002: abstract 11. Seatle, Washington, Alexandria, VA: Foundation for etrovirology and Human Health, 2002: 56.

191. Estimated number of HIV-infected persons eligible for and receiving HIV antiretroviral therapy, 2003—United States / E. Teshale, L. Kamimoto, N. Harris, et al. In: 12th conference on retroviruses and opportunistic infections, Boston, Massachusetts, February 22-25, 2005: abstract 167. Boston, Massachusetts, Alexandria, VA: Foundation for Retrovirology and Human Health, 2005: 125.

192. 2005–6 mortality audit British HIV association. Prieiga per internetą: <http://www.bhiva.org/files/file1001379.ppt>

193. Newly diagnosed HIV infections: review in UK and Ireland / A. K. Sullivan, H. Curtis, C. A. Sabin, et al.. BMJ. 2005, vol. 330, p. 1301–1302. Prieiga per internetą: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/330/7503/1301>

194. HIV and other sexually transmitted infections in the United Kingdom: testing times / Health protection agency, Centre for infections,The UK collaborative group for HIV and STI surveillance 2007. Prieiga per internetą: <http://www.hpa.org.uk/web/HPAweb&HPAwebStandard/HPAweb_C/1203084355941>

195.. Uzdaviniene Vilma, Caplinskas Saulius. Time of HIV diagnosis in HIV-infected people in Lithuania // 3rd IAS conference „On HIV pathogenesis and treatment", Rio de Janeiro, Brazil, July 24-27, 2005: abstract. Hannover, 2005: 136.

196. CD4 cell count and initiation of antiretroviral therapy: trends in seven UK centres, 1997–2003 / W. Stöhr, D. T. Dunn, K. Porter, *et al*. on behalf of the UK CHIC study. HIV Med 2007; 8 (3): 135–41.

197. European STD guidelines / IUSTI/WHO. 2008. Prieiga per internetą: <http://www.iusti.org/regions/Europe/HIV%20Testing%20Guideline%2011.11.08.pdf>

198. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings / B.M. Branson, H. H. Handsfield, M. A. Lampe, et al. MMWR 2006; 55 (RR-14): 1–17.

199. Getting me back on track: the role of outreach interventions in engaging and retaining people living with HIV/AIDS in medical care / S. Rajabiun, R. K. Mallinson, K. McCoy, et al. AIDS Patient Care STDS 2007 (in press).

200. Factors associated with engaging socially marginalized HIV positive persons in primary care / M. Rumptz, C. Tobias, S. Rajabiun, et al. AIDS Patient Care STDS 2007 (in press).

201. The impact of competing subsistence needs and barriers on access to medical care for persons with human immunodeficiency virus receiving care in the United States / W. Cunningham, R. M. Andersen, M. H. Katz, et al. Med Care 1999; 37 (12): 1270–81.

202. Raveis V.H., et al. Factors associated with HIV-infected women's delay in seeking medical care / V. H. Raveis, K. Seigel, E. Gorey. AIDS Care 1998; 10 (5): 549–62.

203. Retention in care: a challenge to survival with HIV infection / T. P. Giordano, A. L. Gifford, A. C. Jr. White, et al. Clin Infect Dis 2007; 44 (11): 1493–99.

204. Detrimental effects of continued illicit drug use on the treatment of HIV-1 infection / G. M. Lucas, L. W. Cheever, R. E. Chaisson, R. D. Moore. J Acquir Immune Defic Syndr 2001;7 (7): 251–59.

205. Racial and gender disparities in receipt of highly active antiretroviral therapy persist in a multistate sample of HIV patients in 2001 / K. A. Gebo, J. A. Fleishman, R Conviser, et al. J Acquir Immune Defic Syndr 2005;38 (1): 96–103.

206. Factors associated with the use of highly active antiretroviral therapy in patients newly entering care in an urban clinic / Thomas P.Giordano, A. White, Jr. Clinton; et al. J Acquir Immune Defic Syndr 2003; 32 (4): 399-05.

207. Efficacy of a brief case management intervention to link recently diagnosed HIV-infected persons to care / L. I. Gardner, L. R. Metch, P. Anderson-Mahoney, et al. AIDS. 2005; 19 (4): 423–31.

208. Outreach, mental health, and case management services: can they help to retain HIV-positive and at-risk youth and young adults in care / S. K. Harris, C. L. Samples, P. M. Keenan, et al. Mater Child Health J 2003; 7 (4): 205–18.

209. Association between ancillary services and clinical and behavioral outcomes among HIV-infected women / M. Magnus, N. Schmidt, K. Kirkhart, et al. AIDS Patient Care STDS 2001; 15 (3): 137–45.

210. Ashman J, et al. Associations between HIV-positive individuals' receipt of ancillary services and medical care receipt and retention / J. Ashman, R. Conviser, M. B. Pounds. AIDS Care 2002; 14 (1 Suppl): S109–18.

211. HIV multidisciplinary teams work: support services improve access to and retention in HIV primary care / R. Sherer, K. Stieglitz, J. Narra, et al. AIDS Care 2002; 14 (1 Suppl): S31–S44.

212. Saha S, et al. Patient-physician relationships and racial disparities in the quality of health care / S. Saha, J. J. Arbelzez, S. A. Cooper. Am J Public Health 2003; 93 (10): 1713–19.

213. Better physician-patient relationships are associated with higher reported adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection / J. Schneider, S. H. Kaplan, S Greenfield, et al. J Gen Intern Med 2004; 19 (11): 1096–03.

214. Racial and ethnic disparities in access to physicians with HIV-related expertise / K. C. Heslin, R. M. Andersen, S. L. Ettner, W. E. Cunningham. J Gen Intern Med 2005; 20 (3): 283–89.

215. Predictors and consequences of negative physician attitudes toward HIV-infected injection drug users / L. Ding, B. E. Landon, I. B. Wilson, et al. Arch Intern Med 2005; 165 (6): 618–23.

216. Mallinson K., et al. The provider role in client engagement in HIV care / K. Mallinson, S.Rajabiun, S. Coleman. AIDS Patient Care STDS 2007; 21 (1 Suppl): S77-84.

217. Living with HIV but without medical care: barriers to engagement / C. R. Tobias, W. Cunningham, H. D. Cabral, et al. AIDS Patient Care STDS 2007; 21 (6): 426-34.

218. Effectiveness of potent antiretroviral therapy on time to AIDS and death in men with known HIV infection duration. Multicenter AIDS cohort study investigators / R. Detels, A. Muñoz, G. McFarlane, et al. JAMA 1998; 280 (17): 1497-03.

219. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient study investigators / F. J. Jr. Palella, K. M. Delaney, A. C. Moorman, et al. N Engl J Med 1998; 338 (13): 853-60.

220. Changing patterns of mortality across Europe in patients infected with HIV-1. EuroSIDA study group / A. Mocroft, S. Vella, T. L. Benfield, et al. Lancet. 1998; 352 (9142): 1725-30.

221. Dėl visuomenei pavojingų užkrečiamųjų ligų, kuriomis sergantys asmenys laikomi apdraustaisiais, kurie draudžiami valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu, sąrašo patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. gegužės 14 d. įsakymu Nr. V-276. Valstybės žinios. 2003; 50-2244.

222. Sackoff J. E., et al. Trends in prescriptions for highly active antiretroviral therapy in four New York city HIV clinics / J. E. Sackoff, J. W. McFarland, S. S. Shin. J Acquir Immune Defic Syndr 2000; 23 (2): 178-83.

223. Prevalence and predictors of highly active antiretroviral therapy use in patients with HIV infection in the United States. HCSUS consortium. HIV cost and services utilization / W. E. Cunningham, L. E. Markson, R. M. Andersen, et al. J Acquir Immune Defic Syndr 2000; 25 (2): 115-23.

224. Why is highly active antiretroviral therapy (HAART) not prescribed or discontinued? Swiss HIV cohort study / S. Bassetti, M. Battegay, H. Furrer, et al. J Acquir Immune Defic Syndr 1999; 21 (2): 114-19.

225. A comparison of exposure groups in the EuroSIDA Study: starting highly active antiretroviral therapy (HAART), response to HAART, and survival / A. Mocroft, S. Madge, A. M. Johnson, et al. J Acquir Immune Defic Syndr 1999; 22 (4): 369-78.

226. Intravenous drug use, relationship with providers, and stage of HIV disease influence the prescription rates of protease inhibitors / R. Murri, M. Fantoni, C. Del Borgo, et al. J Acquir Immune Defic Syndr 1999; 22 (5): 461-66.

227. Uniform risk of clinical progression despite differences in utilization of highly active antiretroviral therapy: Swiss HIV cohort study / C. Junghans, N. Low, P. Chan, et al. AIDS. 1999; 13 (18): 2547-54.

228. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-infected adults and adolescents / Department of Health and Human Services and the Henry J. Kaiser Family Foundation. 2008, November 3. Prieiga per internetą: <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/AdultandAdolescentGL.pdf>

229. Effect of early versus deferred antiretroviral therapy for HIV on survival / M. M. Kitahata, S. J. Gange, A. G. Abraham, et al. N Eng J Med 2009; 360 (18): 1815-26.

230. Predictors of use of highly active antiretroviral therapy (HAART) among persons with AIDS in San Francisco, 1996-1999 / L. C. Hsu, E. Vittinghoff, M. H. Katz, et al. J Acquir Immune Defic Syndr 2001; 28 (4): 345-50.

231. Delays in protease inhibitor use in clinical practice / K. M. Fairfield, H. Libman, R. B. Davis, D. M. Eisenberg. J Gen Intern Med 1999; 14 (7): 395-01.

232. Use of highly active antiretroviral therapy in a cohort of HIV-seropositive women / J. A. Cook, M. H. Cohen, D. Grey, et al. Am J Public Healt 2002; 92 (91): 82-87.

233. Variations in the care of HIV-infected adults in the United States: results from the HIV cost and services utilization study / M. F. Shapiro, S. C. Morton, D. F. McCaffrey, et al. JAMA 1999; 281 (24): 2305-15.

234. Access of vulnerable groups to antiretroviral therapy among persons in care for HIV disease in the United States. HCSUS consortium. HIV cost and services utilization study / R. Andersen, S. Bozzette, M. Shapiro, et al. Health Serv Res 2000; 35 (2): 389-16.

235. Barriers to use of free antiretroviral therapy in injection drug users / S. A. Strathdee, A. Palepu, P. G. Cornelisse, et al. JAMA 1998; 280 (6): 547-49.

236. Are there gender differences in starting protease inhibitors, HAART, and disease progression despite equal access to care / A. Mocroft, M. J. Gill, W. Davidson, A. N. Phillips. J Acquir Immune Defic Syndr 2000; 24 (5): 475-82.

237. Anderson K. H., Mitchell J. M. Differential access in the receipt of antiretroviral drugs for the treatment of AIDS and its implications for survival. Arch Intern Med 2000; 160 (2): 3114-20.

238. Protease inhibitor use among a community sample of people with HIV disease / E. G. Bing, A. M. Kilbourne, R. A. Brooks, et al. J Acquir Immune Defic Syndr 1999; 20 (5): 474-80.

239. Lucas G. M., et al. Highly active antiretroviral therapy in a large urban clinic: risk factors for virologic failure and adverse drug reactions / G. M. Lucas, R. E. Chaisson, R. D. Moore. Ann Intern Med 1999; 131 (2): 81-87.

240. Valdez H., et al. Human immunodeficiency virus 1 protease inhibitors in clinical practice: predictors of virological outcome / H. Valdez, M. M. Lederman, I. Woolley. Arch Intern Med 1999; 159 (15): 1771-76.

241. Time to initiating highly active antiretroviral therapy among HIV-infected injection drug users / D. D. Celentano, N. Galai, A. K. Sethi, et al. AIDS. 2001; 15(13): 1707-15.

242. Longitudinal assessment of the effects of drug and alcohol abuse on HIV treatment / G. Lucas, K. Gebo, R. E. Chaisson, et al. In: Program and abstracts of the 9th conference on retroviruses and opportunistic infections, Washington, February 24-28, 2002: abstract 547-T. Seatle, Washington, Alexandria, VA: Foundation for etrovirology and Human Health, 2002.

243. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-infected adults and adolescents / Department of health and human services and the Henry J. Kaiser family foundation. Updated February 2002. Accessed October 7, 2002. Prieiga per internetą: <http://www.hivatis.org/guidelines/adult/May23_02/AAMay23.pdf>

244. Long-term consequences of the delay between virologic failure of highly active antiretroviral therapy and regimen modification / M. L. Petersen, M. J. Van der Laan, S. Napravnik, et al. AIDS. 2008; 22 (16): 2097-106.

245. Effects of drug abuse and mental disorders on use and type of antiretroviral therapy in HIV-infected persons / B. J. Turner, J. A. Fleishman, N. Wenger, et al. J Gen Intern Med. 2001; 16 (9): 625-33.

246. Gender and ethnic differences in utilization of care and adherence to highly active anti-retroviral therapy (HAART) in a large urban indigent HIV clinic / F. Visnegarwala, E. A. Graviss, P. Sajja, et al. XIII international AIDS conference, Durban, South Africa, July 9 - 14, 2000: abstract ThPeB5016.

247. Use of highly active antiretroviral therapy in HIV-infected women: impact of HIV specialist care / L. I. Gardner, S. D. Holmberg, J. Moore, et al.. J Acquir Immune Defic Syndr. 2002; 29 (1): 69-75.

248. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection / D. L. Paterson, S. Swindells, J. Mohr, et al. Ann Intern Med 2000; 133 (1): 21-30.

249. Effect of case management on unmet needs and utilization of medical care and medications among HIV-infected persons / M. H. Katz, W. E. Cunningham, J. A. Fleishman, et al.. Ann Intern Med 2001; 135 (1 Part): 557-65.

250. Closely supervised intervention pilot program to improve adherence among urban indigent women / M. Caprio, E. Homer, L. E. Laufman, et al. XIV international AIDS conference „Knowledge and commitment for action", Barcelona, July 7–12, 2002: abstract WePeB5857.

251. Dėl Lietuvos medicinos normos MN 59:2004 „Gydytojas dermatovenerologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė" patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gruodžio 10 d. įsakymas Nr. V-899. Valstybės žinios. 2004; 184-6814.

252. Dėl Lietuvos medicinos normos MN 117-2004 „Infekcinių ligų gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė" patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 11 d. įsakymas Nr. V-778. Valstybės žinios. 2004; 167-6149.

253. Dėl Lietuvos medicinos normos MN 140: 2007 „Gydytojas urologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė" patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 26 d. Nr. V-876. Valstybės žinios. 2007; 144-4653.

254. Guidelines for the use antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. 2003, July 14. Prieiga per internetą: <http://AIDSinfo.nih.gtov.Accessed>

255. Dėl artrozės, žmogaus imunodeficito viruso, chlamydia trachomatis sukeltų ligų diagnostikos bei ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, metodikų patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 3 d. įsakymas Nr. V-313. Valstybės žinios. 2004; 89-3299.

256. European guidelines for the clinical management and treatment of HIV-infected adults in Europe / The EACS Euroguidelines group. AIDS. 2003; (2 Suppl): S2-S26.

257. British HIV association guidelines for the treatment of HIV-infected adults with antiretroviral therapy, 2003, July, p. 1-56. Prieiga per internetą: <http://www.bhiva.org>

258. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1 infected adults and adolescents: panel on clinical practices for HIV infection / Department of Health and Human Services, 2004, October 29: 1-108.

259. Clinical outcome of patients with HIV-1 infection according to immunologic and virologic response after 6 month of highly active antiretroviral therapy / Sm. Grabar, V. Le Moing, C. Goujard, et al. Ann Intern Med 2002; 133 (6): 401-10.

260. Clinical progresion and virological failure on highly active antiretroviral therapy in HIV-1 patients: a prospective cohort study. Swiss HIV cohort study / B. Ledergerber, M. Egger, M Opravil, et al. Lancet. 1999; 353 (9156): 863-68.

261. Chesney M. A. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. Clin Infect Dis 2000; 30 (2 Suppl): S171-76.

262. Ickovics J. R., Meisler A. W. Adherence in AIDS clinical trials : a framework for clinical research and clinical care. J Clin Epidemiol 1997; 50 (4): 385-91.

263. Max B., Sherer R. Management of the adverse effects of antiretroviral therapy and medication adherence. Clin Infect Dis. 2000; 30 (2 Suppl): S96-116.

264. Sherer R. Adherence and antiretroviral therapy in injection drug users. J Am Med Assoc. 1998; 280 (6): 567-68.

265. Priority interventions. HIV/AIDS prevention, treatment and care in health sector / WHO. 2009, April.

266. Behavioral surveillance surveys. Guidelines for repeated behavioral surveys in popilations at risk of HIV. FHI. P. 1-9. Prieiga per internetą: <www.fhi.org>

267. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison / R. Jürgens, A. Ball, A. Verster. Lancet Infect Dis 2009; 9 (1): 57–66.

268. Injecting drug use, risk behaviour and qualitative research in tje time of AIDS. Insights. EMCDDA. 2001, July: 57-73. Prieiga per internetą: <http//:www.emcdda.org>

269. Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection / S. F. Hurley, D.J. Jolley, J.M. Kaldor. Lancet. 1997; 349 (9068): 1797-800.

270. Reductions in hepatitis C virus and HIV infections among injecting drug users in New York City, 1990 – 2001 / D. Jarlais, et al. AIDS. 2005; 19 (3).

271. Australia commemorates 20 years of needle syringe programs / Australian national council on drugs. 2006, November 13.

272. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting

drug users / World Health Organisation. 2004.

273. The global AIDS strategy / WHO. Geneva, 1992: 23.

274. Čaplinskas Saulius. AIDS: žinios apie epidemiją ir bendra atsakomybė. AIDS centro biuletenis Nr. 10. Vilnius: Lietuvos AIDS centro leidykla,1996: 4-22.

275. Sveikata visiems XXI amžiuje / Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Vilnius, 1999: 48-49.

276. Čaplinskas **S**aulius. Žmogaus imunodeficito viruso infekcijos kontrolės Lietuvoje strategija. Acta medica Lituanica: šiuolaikinės AIDS, narkomanijos ir lytiškai plintančių infekcijų problemos. Skirta tarptautiniam kongresui „Narkomanija ir AIDS – vienykime atsaką", rugsėjo 19 d. Vilnius, 2000. 2001; Suppl 6: 3-16.

277. Guide to the strategic planning process for a national response to HIV/AIDS. Geneva: UNAIDS, 1998: 32.

278. National AIDS programme management: a training course: Global programme on AIDS WHO. 1993: 1-10.

279. Per AIDS prevenciją — į naują sveikatos apsaugą, į naują visuomenę: 3rd Nordic- Baltic congress on infection diseases „Optimizing diagnoses and therapy", Vilnius, May 6-8, 1998: [straipsnių rinkinys] / sudarė Saulius Čaplinskas. Vilnius, 1998: 96.

280. Čaplinskas Saulius. ŽIV/AIDS plitimą Lietuvoje lemiantys ir lemsiantys veiksniai. Vilnius: Lietuvos AIDS centro leidykla, 1996: 9.

281. UNAIDS apžvalga: lytinės sveikatos švietimas padeda diegti saugesnės lytinės elgsenos įgūdžius. Per AIDS prevenciją – į naują sveikatos apsaugą, į naują visuomenę / Lietuvos AIDS centras. Vilnius, 1998: 82-83.

282. Gender and HIV/AIDS / WHO. Geneva, 1998: 10.

283.. Čaplinskas Saulius. Lytiškai plintančios ligos AIDS pandemijos kontekste. AIDS centro biuletenis. 1998; (1): 5-11.

284. Policies and principles for prevention and care of sexually transmitted diseases / WHO. Geneva, 1994: 42.

285. Prevention through early detection and treatment of other sexually transmitted diseases – United States: recommendations of the advisory committee for HIV and STD prevention. MMWR 1998; 47 (RR-12).

286. The public health approach to STD control. UNAIDS technical update. Geneva: UNAIDS, 1998.

287 Rzepki J. Zagadnienia prorodzinnej edukacji seksuologicznej i profilaktyki HIV/AIDS: materialy dla nauczycieli. Katowice, 1996: 208.

288. A response to recent questions about latex condoms effectiveness in preventing sexual transmission of the AIDS virus. Arlington, 1994: 16.

289. ŽIV infekcijos profilaktika anksti diagnozuojant ir gydant lytines infekcijas: [straipsnių rinkinys] / vyr. redaktorius Saulius Čaplinskas. Vilnius: Lietuvos AIDS centro leidykla; 1999; 52.

290. AIDS i inne choroby przenoszone drogą plciową. Warszawa, 1994: 195.

291. Management of sexually transmitted diseases / WHO. Geneva, 1996: 60.

292. Prevention of HIV transmission through blood: national AIDS programme management WHO. Geneva, 1993: 31.

293. AIDS centro biuletenis: seminaro „Aktualūs šiuolaikinės transfuziologijos klausimai" medžiaga, spalio 7 d. Vilnius, 1997 / parengė A. Trečiokas, J .Rakickienė, D. Visockienė, ir kt. 1997; 6: 68.

294. Atsakymai į medicinos darbuotojų klausimus / parengė Julija Rakickienė. Vilnius: Lietuvos AIDS centro leidykla, 1997: 30.

295. Lempereur E., X. de la Tribonniere. Profesinio užsikrėtimo profilaktika. AIDS centro biuletenis: mokslinės-praktinės konferencijos „Medicinos personalo konsultavimas apie ŽIV ir narkotikus" medžiaga, [kovo 17-19 d. Vilnius, 1997]. 1997; 5: 39-42.

296. AIDS centro biuletenis: mokslinės-praktinės konferencijos „Medicinos personalo konsultavimas apie ŽIV ir narkotikus" medžiaga, [kovo 17-19 d. Vilnius, 1997] / parengė A. Trečiokas, J. Rakickienė, D. Visockienė, ir kt. 1997; 4: 76.

297. Practical guidelines for preventing infections transmitted by blood or air in health-care settings. 1996: 25.

298. HIV and the health care worke / J. L. Gerberding, J. M. Luce, W. E. Stann, C. B. Wofsy. 1992: 57.

299. Principles for preventing HIV infection among drug users / WHO.

300. Juszczyk J., Cedysz A. AIDS: epidemiologia, patogeneza, klinika, leczenie, zapobieganie, poradnictwo. Wroclaw, 1992: 416.

301. Postępowanie zapobiegawcze i diagnostyczne w przypadku zakażenia HIV i zachorowania AIDS. Warszawa, 1997: 91.

302. Report of a consultation on women and HIV/AIDS, Geneva, December 6-8, 1993. Geneva, 1993: 8.

303. Women and HIV/AIDS: an international resource book / ed. by Marge Borer. London, 1993: 381.

304. HIV and AIDS: information for women. London, 1992: 20.

305. Care of person with AIDS at home. Canberra, 1991: 30.

306. Early care for HIV diseases / R. A. Bakeder, J. M. Moulton, J. Tighe. San Francisco, 1991: 14.

307. HIV/AIDS: A guide to nursing care / ed. by J. H. Flaskerud, P. J. Ungvarski. Philadelphia, 1992: 516.

308. Strategy for comprehensive care and support for people with HIV infection in the European region / WHO; ed. by P. Exon. Copenhagen, 1991: 10.

309. HIV/AIDS counselling / WHO. Geneva, 1995: 49.

310. Law, ethics and HIV: proceeding of the UNDP intercountry consultation. New Delhi, 1993: 246.

311. NGO summary of the international guidelines on HIV/AIDS and human rights. 1998: 20.

312. Čaplinskas Saulius. Tikslingų ir koordinuotų veiksmų būtinybė AIDS eroje. ŽIV infekcijos profilaktika anksti diagnozuojant ir gydant lytines infekcijas. Vilnius: Lietuvos AIDS centro leidykla, 1999: 29-41.

313. Padaiga Žilvinas, Čaplinskas Saulius. Sveikatos programų vertinimo principų taikymas toliau sprendžiant ŽIV/AIDS problemas. Acta medica Lituanica: šiuolaikinės AIDS, narkomanijos ir lytiškai plintančių infekcijų problemo. Skirta tarptautiniam kongresui „Narkomanija ir AIDS – vienykime atsaką”, rugsėjo 19 d. Vilnius, 2000. 2001; Suppl 6: 30-32.

314. Partners in prevention: international case studies of effective health promotion practice in HIV/AIDS // UNAIDS. Geneva, 1998: 79.

315. Reid E. Sharing the challenge of the HIV epidemic: building partnerships New York: UNAIDS, 1993: 10.

316. Ekeidas Svein-Erik. Nacionalinių ŽIV ir AIDS kontrolės bei profilaktikos programų principai. Per AIDS prevenciją – į naują sveikatos apsaugą, į naują visuomenę: 3rd Nordic-Baltic congress on infectious diseases „Optimizing diagnoses and therapy", Vilnius, May 6-8, 1998. Vilnius, 1998: 25-28.

317. Antrosios kartos ŽIV epidemiologinė priežiūra: metodinės rekomendacijos / parengė Irma Čaplinskienė. Vilnius: Trys žvaigždutės, 2006: 33.

318. Meeting the behavioural data collection needs of national programmes on STD/HIV and AIDS / UNAIDS and Family Health International, 1998, May.

319. Second generation surveillance for HIV: compilation of basic materials / WHO and UNAIDS, 2002.

320. Initiating second generation HIV surveillance systems: practical guidelines / WHO. 2002.

321. Survey measurement and sampling guidelines for repeated behavioural surveys / Family Health International. Arlington, 1999.

322. Guidelines for sexually transmitted disease surveillance / UNAIDS/WHO, 1999.

323. The guide on rapid assessment methods for drug injecting: WHO programme on substance abuse; 1998.

324. Reaching regional consensus on improved behavioural and serosurveillance for HIV / UNAIDS; 1998.

325. Lithuanian country 2007 progress report. 2008. Prieiga per internetą: <http://data.unaids.org/pub/Report/2008/lithuania_2008_country_progress_report_en.pdf>

326. Caplinskas Saulius, et al. HIV outbreak in prison follow-up / Saulius Caplinskas, Oksana Strujeva, Irma Caplinskiene // 10th European AIDS conference / EACS, Dublin, Ireland, Nov 17-20, 2005: abstract. [Dublin, 2005]: 152-53.

327. Bayer R. Public health policy and the AIDS epidemic: an end to HIV exceptionalism. N Eng J Med 1991; 324: 1500-04.

328. Harm reduction: a British Columbia community guide / British Columbia Ministry of Health. 2005. Prieiga per internetą: <http://www.health.gov.bc.ca/prevent/pdf/hrcommunityguide.pdf> (accessed on 24.03.2008)

329. Hunt N. A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. Forward thinking on drugs, a release initiative. 2003.

330. Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment / National institute for health and clinical excellence. 2009, February.

331. Gender differences in behavioural and psychological predictors of HIV testing and return for test results in a high-risk population / J. A. Stein et al. AIDS Car 2000; 12 (3): 343–56.

332. HIV serostatus and changes in risk behaviors among drug injectors and crack users / S. Deren, et al. AIDS and Behavior. 1998; 2 (2): 171–76.

333. Sex, drugs and HIV counseling and testing: a prospective study of behavior-change among methadone-maintenance clients in New England / R. J. MacGrowan, et al.. AIDS. 1997; 11 (2): 229–35.

334. Out of the margin: harm reduction and HIV prevention / Dutch Ministry of Foreign Affairs, Hague, 2007: 21–26.

335. WHO/UNODC/UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment ands care for injecting drug users. 2007.

336. Čaplinskas Saulius. (Kalbant apie ŽIV prevenciją Lietuvoje situaciją reikia vertinti ir analizuoti pasaulio mastu). Gydymo menas. 2003; 7: 90-91.

337. EMCDDA news // Drugs in focus. 2003; 7.

338. Dėl Narkotinių ir psichotropinių medžiagų žalos mažinimo programų vykdymo tvarkos aprašo patvirtinimo: Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. liepos 5 d. įsakymas Nr. V-584. Valstybės žinios. 2006; 77-3020.

339. Čaplinskas Saulius, Kulšis Svetlana. Lietuvos AIDS centro pagalba sekso darbuotojams: programa „Socialinių ligų konsultacinis kabinetas ir švirkštų/adatų keitimas Vilniaus mieste". ŽIV/AIDS prevencija tarp švirkščiamų narkotikų vartotojų Lietuvoje: gera praktika. [Vilnius]: Centrinės ir Rytų Europos žalos mažinimo tinklas, 2003: 23-25.

340. Stacionarinės narkomanų psichologinės-socialinės reabilitacijos metodines rekomendacijas / S. Čaplinskas, L. Gasiliauskas, V. Sruoga, K. Dragūnevičius. Vilnius: Vyturys, 1999.

341. Hammett T. M., et al. 1996—1997 update: HIV/AIDS, STD's and TB in correctional facilities / T. M. Hammett, P. Harmon, L. Maruschak. Cambridge, 1999: 97.

342. Leh S. K. HIV infection in US correctional systems: its effect on the community. J Com Health Nurs 1999; 16 (1): 53–63.

343. Successful linkage of medical care and community services for HIV–positive offenders being released from prison / J. D. Rich, L. Holmes, C. Salas, et al. J Urb Health 2001: 78 (2); 279–89.

344. Prieiga per internetą: <www.baltichealth.lt.>

345. Can HIV epidemics among injection drug users be prevented / S. A. Strathdee, E. J. C. van Ameijden, F. Mesquita, et al. AIDS. 1998; 12 (A Suppl): S71–79.

346. Čaplinskienė Irma ir kt. Narkotikų vartojimas ir ŽIV infekcija įkalinimo įstaigose / Irma Čaplinskienė, Saulius Čaplinskas, Algirdas Griškevičius. Medicina. 2003; 39 (8): 797-03.

347. Morales T., et al. Freedom and HIV prevention: challenges facing Latino inmates leaving prison / T. Morales, C. A. Gomez, B. V. Marin. 103rd American psychological association convention. New York, 1995.

348. Wasserheit J. N. Epidemiological synergy. Interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. Sex Transm Dis 1992; 19 (2): 61–77.

349. Cates W. Sexually transmitted diseases and family planning. Strange or natural bedfellows, revisited. Sex Transm Dis 1993; 20 (3): 174–78.

350. Stein Z. Family planning, sexually transmitted diseases, and the prevention of AIDS–divided we mail. Am J Public Health 1996; 86 (6): 783–84

351. AIDS and men who have sex with men / UNAIDS, 1998.

352. Čaplinskienė Irma. Antrosios kartos ŽIV epidemiologinė priežiūra: metodinės rekomendacijos. 2-as leidimas. Vilnius: Trys žvaigždutės, 2007: 33.

353. AIDS centro biuletenis: mokslinės-praktinės konferencijos „Medicinos personalo konsultavimas apie ŽIV ir narkotikus" medžiaga, [kovo 17-19 d. Vilnius, 1997] / parengė A. Trečiokas, J. Rakickienė, D. Visockienė, ir kt. 1997; 5: 52.

354. Lietuvos AIDS centro 2005 metų veiklos ataskaita. 2006: 17.

355. Kulsis S, et al. Outreach work in Vilnius / S. Kulsis, J. Dapkeviciene, S. Caplinskas. Конференция по вопросам ВИЧ/СПИД'а в Восточной Европе и Центральной Азии: сборник материалов. 2006.

356. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: guidelines on construction of core indicators: 2010 reporting. UNAIDS, 2009.

357. Priega per internetą**:** <http://www.mruni.eu/>