

Priručnik za realizaciju treninga

Prevencija vertikalne transmisije HIV-a



Ranka Katalinski
Jadranka Miličić-Đuranović
Branka Jović
Tatjana Preradović-Sjenica





Prevenција vertikalne transmisije HIV-a

Priručnik za realizaciju treninga

Ranka Katalinski
Jadranka Miličić–Đuranović
Branka Jović
Tatjana Preradović–Sjenica

Sarajevo, 2012.

Autor pedagoškog okvira:	Ranka Katalinski
Autori stručnih tekstova:	Dr. Jadranka Miličić–Đuranović Dr. Branka Jović Tatjana Preradović–Sjenica
Izdavački savjet/ekspertna grupa:	Dr. Zlatko Čardaklija Dr. Stela Stojisavljević Dr. Senka Mesihović–Dinarević Dr. Jasminka Vučković
Izdavač:	Udruženje Partnerstvo za zdravlje
Urednik:	Amer Paripović
Lektor:	Rade Marković
Redaktura:	Eldina Medunjanin
DTP & Grafički dizajn:	Samira Salihbegović
Štampa:	Arch design d.o.o.
Tiraž:	300 primjeraka, Prvo izdanje, Sarajevo, 2012

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

616.98:578.828HIV(035)

SEKSUALNO prenosive bolesti i HIV za visokorizična zanimanja : policija, vojska i vatrogasne brigade : priručnik za trenere / Jasna Sofović ... [et al.]. – 2. dopunjeno izd. – Sarajevo : Udruženje Partnerstvo za zdravlje, 2012. – 143 str. : ilustr. ; 30 cm

Bibliografske i druge bilješke uz tekst.

ISBN 978–9958–568–04–6

1. Sofović, Jasna

COBISS.BH-ID 19539974

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

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

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

ZAHVALNICA

Zahvaljujemo svim saradnicima koji su sudjelovali u pripremi ove publikacije.

Posebno zahvaljujemo na podršci u radu i imenovanju ekspertne grupe:
Ministarstvu zdravstva Federacije Bosne i Hercegovine
Ministarstvu zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske

Izdavanje ove publikacije su podržali:



NAPOMENA

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

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

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

SADRŽAJ

PREDGOVOR	7
UVOD	9
KARAKTERISTIKE I PRINCIPI UČENJA ODRASLIH	11
ULOGA VODITELJA TRENINGA	12
OSMIŠLJAVANJE TRENINGA.....	13
RAZRADA TRENINGA	14
VOĐENJE TRENINGA.....	14
EVALUACIJA TRENINGA	15
TEHNIKE I METODE TRENINGA	16
VJEŠTINE VOĐENJA GRUPE	18
RADIONICE	20
PRIPREMA I IZVEDBA RADIONICE	20
IZGRADNJA TIMA	22
KOMUNIKACIJA	25
PREPREKE U KOMUNIKACIJI	28
ORGANIZACIJA I PROGRAM TRENINGA	30
NASTAVNA JEDINICA 1: UVODNA SESIJA – KREIRANJE POGODNOG OKRUŽENJA	31
NASTAVNA JEDINICA 2: OSNOVE O HIV-U I AIDS-U	35
NASTAVNA JEDINICA 3: PREVENCIJA VERTIKALNE TRANSMISIJE HIV-A SA MAJKE NA DIJETE (PMTCT)	49
NASTAVNA JEDINICA 4: DOBROVOLJNO I POVJERLJIVO SAVJETOVANJE I TESTIRANJE TRUDNICA: ULOGA GINEKOLOGA, BABICA I PSIHOLOGA	57
NASTAVNA JEDINICA 5: STIGMA I DISKRIMINACIJA TRUDNICA I DJECE	65
NASTAVNA JEDINICA 6: PLANIRANJE TRUDNOĆE I HIV/AIDS	77
NASTAVNA JEDINICA 7: STANDARDNE MJERE ZAŠTITE I PEP U GINEKOLOŠKO-AKUŠERSKIM SLUŽBAMA.....	87
NASTAVNA JEDINICA 8: ZAVRŠNICA – EVALUACIJA TRENINGA	95
PRILOZI	97
PRILOG 1: PRAVILA RADA KOJA ĆEMO SVI POŠTOVATI	99
PRILOG 2: INTERVJU S UČESNICIMA	100
PRILOG 3: KARTICE SA RIZIČNIM/NERIZIČNIM PONAŠANJIMA	101
PRILOG 4: LISTA RIZIČNIH I NERIZIČNIH PONAŠANJA	102
PRILOG 5: LISTA CENTARA ZA DOBROVOLJNO I POVJERLJIVO SAVJETOVANJE I TESTIRANJE U BOSNI I HERCEGOVINI	103
PRILOG 6: PRIHVATLJIVI POJMOVI – NESTIGMATIZIRAJUĆI RIJEČNIK	104
PRILOG 7: PITANJA ZA RAD U MALOJ GRUPI – „PLANIRANJE TRUDNOĆE“	105
PRILOG 8: SAŽETI PRIKAZ STANDARDNIH MJERA ZAŠTITE	106
PRILOG 9: PLAN PREVENCIJE HIV-A	107

PREDGOVOR

Uprkos značajnim uspjesima u usporavanju širenja HIV epidemije, HIV i AIDS ostaju jedna od najvećih zdravstvenih prijetnji čovječanstvu.

Iako je Bosna i Hercegovina zemlja sa niskom prevalencom HIV-a, ova prijetnja nije ništa manje značajna nego u zemljama koje imaju znatno veći broj oboljelih. Upravo niska prevalenca u našoj zemlji čini programe prevencije i njege još značajnijim, a u cilju da se epidemija zadrži na niskom nivou.

Dosad je u Bosni i Hercegovini otkriven samo jedan slučaj vertikalne transmisije s majke na dijete, u 2009. godini, ali to ne umanjuje značaj preventivnih mjera koje treba preduzimati.

Uprkos intenzivnom širenju mreže centara za dobrovoljno i povjerljivo savjetovanje i testiranje, u BiH se testira vrlo mali broj ljudi, što znači da postoji vrlo velika vjerovatnoća da mnogi „ginekološki“ slučajevi HIV-a još uvijek nisu otkriveni. Postavljanje dijagnoze HIV-a na vrijeme znatno doprinosi sprečavanju njegovog širenja. Da bi se to postiglo, između ostalog, potrebno je kontinuirano raditi na povećanju znanja o HIV-u, a naročito o načinima prenosa, kliničkim manifestacijama i mjerama zaštite, kao i na edukaciji u cilju smanjenja stigme i diskriminacije.

Kao odgovor na ove izazove, *Partnerstvo za zdravlje* je osmislilo odgovarajući trening i kreiralo *Priručnik za trenere* s ciljem podizanja svijesti i pojačane prevencije HIV-a među pripadnicima zdravstvenih službi.

Partnerstvo za zdravlje

UVOD

Trening je anglosaksonski termin za vježbu, vježbanje, ponavljanje operacija sve do njihovog besprijekornog izvođenja.¹ Termin se interpretira na mnogo različitih načina, pa često gubi svoje pravo značenje. Ako se posmatra samo kao jedan događaj koji je usmjeren na prenošenje znanja ili informisanja grupe ljudi, može doprinijeti lošim ishodima, odnosno neuspješnim programima treninga. Trening je strukturisan proces koji je usmjeren na usavršavanje individualnih vještina u obavljanju nekog posla, izvođenja neke aktivnosti ili sticanju svijesti o nekoj posebnoj temi. Trening se fokusira na produktivnost, nije formalan kao edukacija i ne zahtijeva puno vremena, ali je od jednake važnosti kao edukacija jer omogućava razmjenu iskustava, doprinosi razvoju individualnih vještina i formiranju stavova. Od učesnika se očekuje da se u potpunosti angažuju u aktivnostima kako bi dobili najviše što je moguće.

Trening zdravstvenih radnika ima za cilj usavršavanje znanja i vještina u njezi i podršci osobama za koje se sumnja ili je potvrđeno da žive sa HIV-om ili AIDS-om. Vrlo je važno poznavati nivo znanja i iskustva učesnika treninga. Zlatno pravilo svakog trenera/voditelja treninga je da nikad ne potcjenjuje grupu. Svaka osoba je riznica znanja, i samo uvažavanje iskustava svih osoba doprinosi jedinstvenoj trening atmosferi u kojoj svi uče, pa i voditelj treninga. Uloga voditelja je da vodi proces učenja cijeneći znanja i iskustva učesnika o datoj temi.

Ovaj priručnik nudi smjernice za pripremu i realizaciju treninga.

Prvi dio priručnika sadrži teme o osnovama andragogije, odnosno principima i karakteristikama učenja odraslih, a koncipiran je tako da podrazumijeva samoedukaciju voditelja treninga. Ponuđen je pregled osnovnih informacija za njih, potrebnih za uspješnu pripremu i realizaciju treninga.

Drugi dio sadrži sedam nastavnih jedinica koje su sadržajno i metodološki prilagođene za realizaciju, kao i referentni materijal za svaku nastavnu jedinicu. Pedagoški okvir nastavnih jedinica koji se nudi ne obavezuje voditelje treninga na njegovo strogo pridržavanje. Planirane aktivnosti imaju specifičan cilj i kreirane su tako da podstaknu učesnike da pristupe novim informacijama i situacijama na kreativan način. Od voditelja treninga se očekuje da razvije vlastiti stil u vođenju treninga, što će svaku prezentaciju učiniti različitom i zanimljivom.

Treći dio sadrži priloge za učesnike koji se koriste u pojedinim aktivnostima.

1 Hrasnica Nada, Babić Milka, Topić Miroslava: Bosansko-engleski pojmovnik za edukatore. Connectum. Sarajevo. 2005.

KARAKTERISTIKE I PRINCIPI UČENJA ODRASLIH

Učenje je kompleksan proces u kojem usvajamo nova saznanja, razvijamo vještine, gradimo stavove i postižemo željene promjene u percepciji i ponašanju.

Da bi se postigao najbolji efekat treninga, potrebno je imati u vidu karakteristike i principe učenja odraslih. Voditelj treninga mora imati u vidu da učesnici koji dolaze na trening imaju radno, životno iskustvo i prethodna znanja. Njihove edukacijske potrebe su specifične i zato je potrebno primjenjivati interaktivni pristup u kojem će učesnici biti ravnopravni partneri u iskustvu učenja. Strategije učenja moraju biti povezane sa situacijama iz stvarnog života. Okvir *situacijskog* učenja čini iskustvo iz prakse, *deklarativno* („znati šta“) i *proceduralno* („znati kako“) znanje. Učesnicima treninga treba omogućiti da rade na projektnim zadacima u kojima se predlažu rješenja za stvarne situacije i proučavaju studije slučajeva pripremljene na osnovu primjera iz sličnih situacija koje su se zaista dogodile.

Trening (i svi drugi organizirani oblici učenja odraslih) ima najbolji efekat ukoliko je:

- **Usmjeren na potrebe učesnika** – Odrasli su odgovorni za vlastiti proces učenja i znaju vlastite potrebe.
- **Zadovoljava potrebe** – Motivacija za učenje je puno veća kad zadovoljavamo stvarne potrebe.
- **Interaktivan** – Procesi u kojima svi učestvuju su kvalitetniji.
- **Iskustven** – Najuspješnije učenje je učenje koje se oslanja na iskustva.
- **Reflektivan** – Najviše se uči na vlastitom iskustvu.
- **Sadrži povratnu informaciju** – Jasna povratna informacija je temelj uspješnog učenja.
- **Zasniva se na međusobnom poštovanju** – Međusobno poštovanje između voditelja i učesnika preduslov je dobre komunikacije i uzajamnog učenja.
- **Obezbijeđen siguran prostor** – Odrasli se teže otvaraju i žele biti sigurni da neće biti prosuđivani.
- **Podsticajna okolina i dobra atmosfera** – Vesela i opuštena osoba uči lakše i bolje od nervozne i napete osobe.

UČESNICI:

- Sami odlučuju šta je važno za naučiti.
- Očekuju da će im naučena znanja biti odmah korisna.
- Imaju potrebu vrednovati informaciju na temelju svojih vjerovanja i vrijednosti.
- Imaju znatno iskustvo prema kojim mogu izvoditi zaključke. Mogu imati fiksirane poglede na nešto.
- Imaju mogućnost iznositi jednako obrazovane/upućene izvore kao i predavač.

ULOGA VODITELJA TRENINGA

Uloga voditelja treninga je višestruka. Trener nije samo osoba sa znanjem i ekspertizom da izloži specifičnu poruku. On mora predvidjeti ishode učenja, tj. biti siguran da su svi učesnici usvojili znanja i stekli vještine koje su potrebne za pružanje kvalitetne njege onim pojedincima za koje se sumnja ili je potvrđeno da su HIV pozitivni.

Na početku treninga, kad se predstavlja sadržaj i aktivnosti treninga, treneri imaju ulogu **motivatora i voditelja**, kasnije preuzimaju ulogu **facilitatora/voditelja** kroz proces učenja, te na kraju ulogu **savjetnika** učesnika koji samostalno rade.

Treneri trebaju nastojati uključiti učesnike u planirane aktivnosti i podsticati aktivno učešće svih učesnika. Informacije koje dobivaju kroz predavanja, trening materijale i u komunikaciji s drugim učesnicima i trenerima mogu prilagoditi svojim potrebama, postepeno izgrađujući razumijevanje i vještine potrebne za primjenu stečenih znanja.

Treneri imaju važnu ulogu u ocjenjivanju učesnika u tematskim diskusijama i zadatim aktivnostima. Pružanjem povratnih informacija i smjernica za dalji napredak svakog pojedinca, voditelj treninga osigurava zadovoljavanje individualnih potreba učesnika.

Mnogi autori ističu da je jedna od bitnih funkcija trenera precizno osmišljavanje i vođenje diskusije, budući da početni impuls vrlo često bitno određuje dalji tok diskusije.

Važno je naglasiti da trener mora odrediti jasne ciljeve treninga koje će realizovati kroz aktivnosti u dogovorenim okvirima i vremenskim ograničenjima.

- Bez obzira na iskustvo u vođenju treninga, svaki trening treba precizno planirati.
- Plan rada treba biti vidljiv učesnicima sve vrijeme.
- Presentacije trebaju biti jasne i koncizne.
- Dobro osmislite grupni rad za svaku pojedinu vježbu.
- Odredite vrijeme rada u malim grupama.
- Prilikom rada u malim grupama budite među učesnicima i budite spremni da odgovarate na pitanja.
- Koristite razne tehnike jer na taj način trening činite zanimljivijim.
- Koliko god je moguće, koristite igrice ali ih povežite s temom treninga.
- Uvažite potrebe grupe koliko god je to moguće.
- Uključujte sve učesnike podjednako u aktivnosti.
- Nakon pauze za ručak napravite neku igru za podizanje energije.
- Konstantno ocjenjujte svoje ponašanje i trudite se biti bolji!
- Uspjeh treninga nije samo odgovornost za prezentaciju i usvajanje sadržaja, već poštovanje pravila ponašanja, međusobno poštovanje i uvažavanje.

OSMIŠLJAVANJE TRENINGA

Osmišljavanje treninga podrazumijeva određivanje svih elemenata koji će činiti sadržaj.

Nakon što se odrede tema, ciljevi i oblast treninga i profil učesnika, pristupa se izradi programa treninga:

- Određivanje glavnih oblasti treninga u okviru teme treninga
- Određivanje tematskih cjelina/sesija u okviru modula
- Priprema trening materijala u odnosu na sadržaj treninga
- Kreiranje programa prema potrebama učesnika
- Kreiranje faza i toka treninga
- Osmišljavanje treninga u odnosu na ciljeve, određene oblasti/module i metode učenja

Kreiranje satnice treninga

Satnica treba biti pregledna i jednostavna kako bi učesnici mogli u svakom trenutku pratiti dešavanja i time bi se zadovoljila njihova potreba za planiranjem.

Satnica treba sadržavati vrijeme početka, dinamiku rada i vrijeme završetka treninga.

RAZRADA TRENINGA

Prilikom razrade treninga potrebno je obratiti pažnju na sljedeće detalje:

- **Potrebno vrijeme:** Koliko je minuta dovoljno za svaku sesiju?
- **Metodologija:** Šta reći i kako uključiti učesnike?
- **Ključne riječi i/ili instrukcije:** Koje su osnovne ideje prezentacije i šta se očekuje od učesnika?
- **Materijal:** Šta je potrebno treneru, šta učesnicima?
- **Vizuelna pomagala:** Da li su slova vidljiva, jednostavna za čitanje?
- **Oprema:** Koja je audiovizuelna oprema potrebna?
- **Zaključci:** Koje zaključke treba iznijeti za kraj neke diskusije, aktivnosti ili sesije?
- **Pauze:** Kad je najbolje vrijeme za pauze?

VOĐENJE TRENINGA

U slučaju da trening vodi trenerski par, važno je pripremu raditi zajedno. Trenerski par prije treninga dogovara način međusobnog komuniciranja u toku treninga, određuje jasne zadatke i korake u toku aktivnosti. Potrebno je:

- Trening početi na vrijeme
- Predstaviti se grupi, istaći cilj treninga, utvrditi satnicu sa učesnicima
- Ispitati očekivanje učesnika i intervenisati (dati komentar) ukoliko njihova očekivanja nisu u skladu sa temom i ciljevima treninga
- Utvrditi sa učesnicima pravila rada u toku treninga
- Planirati dovoljno prostora i vremena za sticanje praktičnih vještina
- Držati kontakt očima sa svim učesnicima
- Završiti na vrijeme

- Procijeniti ishod treninga (evaluacija treninga)
- Zahvaliti se učesnicima na učešću

EVALUACIJA TRENINGA

Evaluacija (procjena ishoda treninga) učesnicima pomaže da sumiraju proces i steknu svijest o svim segmentima, a trenerima daje povratnu informaciju koja doprinosi razvijanju ličnog stila vođenja treninga. Koristi se kao osnova za izradu izvještaja sa treninga te daljeg planiranja i provođenja budućih aktivnosti obuke.

Plan evaluacije se razvija na osnovu potreba i raspoloživih sredstava, a mogu se evaluirati sljedeći elementi treninga:

- Sadržaj i oblik programa treninga
- Trenerske sposobnosti
- Nivo usvojenih znanja, vještina i promjene stavova učesnika
- Materijal i oprema
- Drugi rezultati

Četiri nivoa Kirkpatrickovog² modela evaluacije mjere:

1. **Reakcije učesnika:** šta misle i kako su doživjeli trening
2. **Učenje:** rezultate povećanja znanja ili sposobnosti
3. **Ponašanje:** nivo promjene stavova/ponašanja učesnika, izgradnja vještina i primjene naučenog
4. **Rezultate:** efekt treninga koji će se odraziti na praktičan rad učesnika.

Za evaluaciju treninga se kreiraju evaluacijski formulari koji sadrže sve potrebne elemente koji će omogućiti kvantitativnu i kvalitativnu analizu. Evaluaciju možemo provesti na više načina, a najčešća je putem:

- Upitnika
- Razgovora
- Posmatranjem učesnika
- Testiranjem prije i poslije treninga
- Intervjua
- Namjenskih materijala (izvještaji, grafiti, kartice ...)

2 Kirkpatrick Donald: Evaluating training programs. The Four Levels. Second Edition. CA: Berrett-Koehler Publishers. San Francisco. 1998.

TEHNIKE I METODE TRENINGA

Razumijevanje principa učenja odraslih olakšava primjenu različitih tehnika treninga. Moguće je, a i poželjno, koristiti različite tehnike i prezentirati informacije na različite načine kako bi se potrebna poruka prenijela na što bolji način. Neke tehnike treninga bolje odgovaraju ciljevima fokusiranim na usvajanje znanja, dok druge odgovaraju ciljevima koji su fokusirani na razvoj vještine ili formiranje stavova.

Najčešće tehnike koje se koriste na treninzima:

Ledolomci (*ice breakers*) – Pomažu da se učesnici međusobno upoznaju ili da se unese dinamika u trening.

Oluja mozga, bujica ideja (*brainstorming*) – Pomaže u fazi prikupljanja ideja bez postavljanja pitanja ili dugih diskusija. Od učesnika se traži da kažu asocijaciju koja im prva padne na pamet na zadatu riječ/pojam/temu. Svi odgovori se zapisuju na veliki papir, bez pitanja ili komentara, kritika. Često se nakon prve bujice ideja može pristupiti sortiranju ili grupisanju sličnih odgovora, što dovodi do osnovnih polazišta za sagledavanje teme.

Predavanje – Omogućava treneru da prenese puno informacija u kratkom vremenu. Zahtijeva dobru pripremu. Zadržavanje pažnje publike obično zahtijeva od govornika konstantno gledanje publike u oči. Vizuelna pomagala, poput projektor, omogućavaju treneru kvalitetniji odnos sa učesnicima. S druge strane, ukoliko trener koristi vizuelna pomagala u svoju svrhu (radi podsjećanja ili radi čitanja sa projektorskog prikaza, jer ne vlada dovoljno temom), grupa se može dezorijentisati i izgubiti interesovanje za rad. Usto, neiskusni treneri u ovakvim situacijama vrlo često okreću leđa učesnicima da bi mogli čitati sa projekcionog platna, čime se još više gubi kontakt sa učesnicima.

- Vizuelna pomagala treba koristiti sa maksimalnim oprezom!
- U vizuelna pomagala spadaju: grafo-folije, tabla, kartice i drugi demonstracioni materijali.
- Ne koristite više vizuelnih pomagala: jedan u minuti je (više nego) dovoljan.
- Rasporedite vizuelna pomagala prije početka prezentacije. Uštedićete vrijeme i ostaviti dobar utisak.
- Koristite projektor ispravno! Nemojte stajati ispred platna i ne zaklanjajte sliku svojim tijelom, čak ni u slučaju da provjeravate čitkost slajda.
- Prikazujte slajd dovoljno dugo, ali ga sklonite kada više nije potreban.
- Isključite projektor kada više nije u upotrebi.
- Ako upotrebljavate tablu, uvjerite se da vam pisanje ne oduzima previše vremena.
- Vizuelna pomagala isprobajte prije prezentacije.
- Uvjerite se da je veličina slova na slajdu ili papiru odgovarajuća.
- Držite kratka i jednostavna predavanja, jer mnogo detalja ili vizuelnih pomagala zamara učesnike.
- Ako upotrebljavate slajdove u boji, provjerite prije prezentacije da li su boje odgovarajuće i da li je tekst vidljiv.

- Koristite pauzu da biste dali učesnicima vremena da pogledaju vizuelno pomagalo.
- Nikad ne dopustite da vizuelni efekti imaju kontrolu nad vama (vi trebate kontrolisati njih).

Diskusija – Na treninzima se najčešće koristi. Definiše se kao poseban oblik grupne interakcije u kojoj članovi zajednički razmatraju pitanja, ispituju različite aspekte svojih odgovora, povećavaju znanje ili razumijevanje, opravdavaju ili opovrgavaju stavove.

Za trenere je bitno da znaju kako da stimulišu grupu na diskusiju, da daju instrukcije, da rukovode temama i različitim mišljenjima, da dobro opažaju i efikasno donose zaključke.

Podjela učesnike u grupe je poseban proces u kojem se može zadovoljiti niz mogućih principa. Trener određuje broj i sastav grupe na osnovu zadatka. Smatra se da je idealan broj od 8 do 12 članova.

Nakon formiranja grupa:

1. Objasniti zašto je važno raditi u malim grupama – naglasiti da se radi u malim grupama kako bi svi mogli učestvovati i kako bi svaki učesnik imao dovoljno vremena i prostora.
 2. Dati jasne usmene i pismene upute o onom što će raditi. Važno je pripremiti nekoliko pitanja ili tačaka koje će im pomoći da ne skrenu s teme.
 3. Dati grupi upute o ulogama – Uputite učesnike da odrede osobe u malim grupama koje će preuzeti potrebne uloge. Npr.:
 - Ko će bilježiti razgovor na velikom listu papira.
 - Ko će paziti na vrijeme.
 - Ko će izvijestiti ostale učesnike o rezultatima razgovora u maloj grupi.
 - Ako je riječ o maloj grupi od sedam ili osam učesnika koja treba raditi više od pola sata, bilo bi poželjno da odrede facilitatora.
 4. Odrediti vrijeme – Reći učesnicima koliko će dugo trajati razgovor u maloj grupi. Imati na umu da će neiskusnim grupama na početku biti dovoljno od 10 do 20 minuta, a iskusnim grupama dugim radom u malim grupama omogućavate da temeljito odrade zadatak. Treba reći članovima grupa koliko bi vremena otprilike trebali posvetiti svakoj važnijoj tački razgovora i zapisati vrijeme kada vježba treba biti završena.
- U toku rada u maloj grupi, trener provjerava kako rad napreduje, upozorava na vrijeme koje je preostalo (npr. „Imate još pet minuta.“), provjerava trebaju li učesnici više vremena, pa ukoliko većini treba više vremena, produži vrijeme i to saopšti svim grupama.
5. Provjeriti jesu li svi dobro razumjeli zadatak – Ostaviti vremena za pitanja prije nego učesnici krenu s radom u malim grupama. Neke nejasnoće će se pokazati tek kad počnu raditi u malim grupama. Važno je da nakon nekoliko minuta voditelj treninga obiđe sve grupe i provjeri jesu li krenuli u zadanom smjeru. Puno je lakše otkloniti mogući nesporazum nakon nekoliko minuta, nego pustiti učesnike da pogriješe i rade na nečemu što ne koristi cjelokupnom procesu.

Igra uloga – Zahtijeva od učesnika da obavljaju zadatak ili zadatke u situacijama simulacije stvarnog života. Situacija mora biti napisana i unaprijed se podijeli dobrovoljcima koji žele učestvovati u igri uloga.

Objasnite šta se od očekuje od dobrovoljaca i od ostalih učesnika. Nakon igre obezbijedite vrijeme da provjerite kako se učesnici osjećaju.

Studija slučaja ili opis konkretne situacije – Najefikasniji ukoliko su rezultat stvarne situacije i aktuelnog iskustva. Koriste se pri analizi neke teme ili diskusiji o njoj.

Nakon prezentacije studije slučaja vodi se diskusija. Treba ponuditi dodatne informacije za bolje razumijevanje ukoliko ih učesnici traže, a učesnike pitati na koji način im može pomoći konkretna studija slučaja.

Igre mogu imati više formi. Mogu uključivati cijelu grupu učesnika, male grupe, parove ili pojedince. Igre su vrlo efikasan način uključivanja učesnika u trening i čine učenje mnogo zabavnijim. Neki treneri izbjegavaju korištenje igara jer smatraju da su djetinjaste za odrasle učesnike ili ih smatraju gubljenjem vremena. Da bi se prevazišla ova prepreka, trener treba jasno naznačiti svrhu i proceduru za vođenje ove aktivnosti te na kraju analizirati aktivnost kako bi se potvrdila primjenjivost.

Da bi tehnike treninga bile efikasne, važno je na kraju napraviti analizu. Završna analiza je vrijeme kada voditelji treninga određuju koliko su učesnici naučili iz odgovarajuće tehnike i kada učesnici vide kako mogu primijeniti novu informaciju. Treba planirati vrijeme za diskusiju o vježbi, osjećanjima i reakcijama u odnosu na vježbu, idejama vježbe, sugestijama o tome kako bi se nova informacija mogla primjenjivati.

VJEŠTINE VOĐENJA GRUPE

Vještine vođenja grupe naročito su bitne u radu trenera. O njima ovisi konačan uspjeh treninga, a oslikavaju se u brojnim metodama koje se koriste kako bi proces bio uspješan.

Vještine vođenja grupe obuhvataju:

- Neverbalnu komunikaciju sa učesnicima
- Verbalnu komunikaciju sa učesnicima
- Postavljanje pitanja i davanje odgovora
- Iniciranje grupe
- Vođenje grupne diskusije

Šta činiti u neverbalnoj komunikaciji sa učesnicima?

- Gledajte u oči svakom pojedincu u grupi dok govorite. Ne gledajte samo u određene osobe.
- Krećite se po prostoriji tako da ne odvrćate pažnju publike. Izbjegavajte kretanje ili obraćanje ljudima s mjesta odakle se ne možete jasno vidjeti.

- Reagujte na ono što ljudi govore klimanjem glave, osmijehom ili drugim reakcijama koje pokazuju da ih slušate.
- Stojte ispred učesnika, nemojte sjediti, a posebno ne na početku predavanja. Važno je da izađete pred učesnike opušteni, i u isto vrijeme direktni i sigurni.

Šta činiti u verbalnoj komunikaciji sa učesnicima?

- Postavljajte pitanja koja ohrabruju odgovore. Otvorena i zatvorena pitanja mogu pomoći: „Šta mislite o..“ ; „Kako..“ i sl. Ako učesnik odgovara sa jednostavnim DA ili NE, upitajte: „Zašto ste to rekli?“
- Pitajte druge učesnike da li se slažu sa izjavom koju je neko dao.
- Budite sigurni u svoj glas i ton, i govorite polako i isto.
- Ne odgovarajte na sva pitanja. Učesnici mogu odgovarati na pitanja međusobno. Ukoliko je pitanje postavljeno, možete se obratiti grupi i tražiti odgovor od njih.
- Parafrazirajte ono što su učesnici kazali provjeravajući da li ste obuhvatili sadržaj onoga što je rečeno.
- Sumirajte diskusiju. Omogućite da je svako razumije i vodite je u smjeru kojeg vi želite. Provjerite da li postoje neslaganja i napišite zaključke.

Navedene informacije o radu trenera će vam omogućiti da fleksibilno pristupite dopuni ponuđenog trening paketa u skladu sa potrebama korisnika. Naime, vrlo je važno procijeniti motive i nivo znanja mladih volontera prije usvajanja konačnog izgleda treninga. Moduli koji su ponuđeni u ovom priručniku su dovoljni za razumijevanje cjelokupnog procesa i čine metodološku cjelinu. No, može se desiti da vaš trening zahtijeva i dodatne sesije. Stoga se iskreno nadamo da će vam ovo podsjećanje na osnovne postulate rada trenera omogućiti kvalitetnu nadogradnju.

Zašto je sudjelovanje tako važno ?

Zato što zadržavamo

- 10% onoga što pročitamo
- 20% onoga što čujemo
- 30% onoga što vidimo
- 50% onoga što čujemo i vidimo
- 70% onoga što govorimo
- 90% onoga što govorimo i učinimo

RADIONICE

Radionice su način rada u kojem svi sudjeluju u zajedničkom procesu učenja. Namijenjene su razmjeni informacija, učenju vještina i preispitivanju pristupa problemima. Razlikuju se od tradicionalnog, uobičajenog načina učenja u kojem predavač stoji nasuprot učesnika i u kojem komunikacija ide samo u jednom smjeru. U radionicama se sjedi tako da svi u svakom trenutku mogu vidjeti jedni druge i sudjelovati u procesu.

**„Reci mi i ja mogu zaboraviti.
Pokaži mi i ja mogu zapamtiti.
Uključi me i ja ću shvatiti zauvijek“.**

Ben Franklin

PRIPREMA I IZVEDBA RADIONICE

Prije svake radionice treba provjeriti vlastitu motivaciju. Podsjetiti se zašto to radimo. Iskrena želja za komunikacijom s grupom omogućit će da se posao dobro obavi.

Nakon toga saznajte (razjasnite):

- Ko su učesnici (i njihov broj)
- Šta očekuju od radionice
- Koje su njihove potrebe
- Koje teme želite pokriti

Prije svake radionice treba sastaviti prijedlog programa rada koji može sadržavati i prijedlog ciljeva radionice. Proces učenja će biti uspješan samo ako polazite od stvarnih potreba učesnika.

Pripremiti potreban materijal – folije, papiri, radni materijali, olovke, flomasteri.

Izvedba radionice

Neovisno od toga da li će radionica trajati dva sata ili dva dana, obično ima sljedeću strukturu:

- Pozdravljanje učesnika i predstavljanje voditelja
- Određivanje ciljeva radionice
- Pregled programa rada
- Upoznavanje
- Predstavljanje načina rada

- Očekivanja
- Donošenje pravila rada
- Tematski dio
- Zaključak
- Evaluacija

1. Pozdravljanje i predstavljanje

Nakon kratkog pozdrava, voditelj se predstavlja i kaže nešto kratko o sebi i svom profesionalnom životu. Važno je naći pravu mjeru između skromnosti i samouvjerenosti – učesnike je važno zainteresovati, a ne impresionirati! Zadatak voditelja je da stvori atmosferu za uspješnu komunikaciju i kvalitetan proces učenja.

2. Određivanje ciljeva radionice

Ciljevi trebaju biti kratki, jasni, ostvarivi, realistični. Mogu se pripremiti prije radionice u dogovoru sa organizatorom. Napišite ih na veliki papir i provjerite s grupom jesu li ti ciljevi prihvatljivi. Naglasite da se mogu mijenjati. Predložite im da dodaju neke ciljeve ako žele. Ohrabrite diskusiju. Važno je da su ciljevi konkretni i da učesnici znaju šta će dobiti na radionici.

3. Pregled programa rada

Pripremite prijedlog programa rada u dovoljnom broju primjeraka. Unaprijed ga napišite i na veliki papir i provjerite da li ga svi prihvataju. Unesite izmjene i dopune. Kada usvojite dnevni red, trebate ga se pridržavati. Ako vam u toku realizacije zatreba više vremena za neku aktivnost, uvijek pitajte grupu da li se slaže da produžite ugovoreno vrijeme. Ne zaboravite na pauze – preporučuje se kratka pauza nakon sat i po rada.

4. Upoznavanje

Da bi se učesnici osjećali sigurno i dobro, važno je da se međusobno upoznaju. Treba planirati dovoljno vremena za ovu aktivnost. Upoznavanje se može obaviti na puno načina – da se sami predstavljaju, da razgovaraju u paru, a zatim svog sagovornika predstavljaju grupi, da se predstavljaju preko uloga itd. Povjerenje uspostavljeno u prvim malim razgovorima je jako vrijedno.

5. Predstavljanje načina rada

Objasnite grupi specifičnosti rada. Istaknite važnost sudjelovanja.

6. Očekivanja

Očekivanja provjeravamo da bismo kreirali proces u skladu sa potrebama učesnika. Postoje razni načini da saznamo šta učesnici očekuju od radionice. Na kraju radionice provjeravamo da li su očekivanja ostvarena u potpunosti, koja nisu, a koja djelomično jesu.

7. Donošenje pravila rada

Prije početka rada, neophodan je dogovor o pravilima koje će grupa poštovati u toku rada. Zajedničkim dogovorom preuzima se odgovornost za komuniciranje u grupi. Neka svaki učesnik kaže po jedno pravilo. Nakon nabiranja pravila, pročitajte ih i provjerite jesu li prihvatljiva za sve. Kad ih grupa prihvati, postaju obavezujuća.

8. Tematski dio

U okviru tematskog dijela, obrađuje se sadržaj koji je dat u nastavnim jedinicama. Poželjno je da pristup bude što je moguće više interaktivan, te da se za proces učenja iskoristi postojeće znanje učesnika

9. Zaključak

Nakon završetka tematskih dijelova radionice možete ponoviti najbitnije sadržajne dijelove. Od zaključka se može i odustati ako su se u toku radionice povezale različite tematske cjeline.

10. Evaluacija

U evaluacijskom dijelu se prikupljaju informacije o kvalitetu radionice. Zamolite učesnike da iskreno vrednuju radionicu kako biste dobili jasniju sliku o kvalitetu komunikacije i procesa učenja. Evaluacija se može spojiti sa očekivanjima, a na veliki papir zapisati pitanja: „Koja su očekivanja u potpunosti zadovoljena? Koja su očekivanja djelomično zadovoljena? Koja očekivanja nisu uopće zadovoljena?“ Evaluaciju možete provesti na puno načina ovisno o ličnoj kreativnosti.

Na kraju svaki učesnik kaže nešto što želi podijeliti s grupom. To je prostor za poruke i želje.

IZGRADNJA TIMA

U okviru programa „Prevenција prenosa HIV-a sa majke na dijete“ formiranju trenerskih timova treba posvetiti posebnu pažnju. Tema kursa i ciljna grupa učesnika trebaju igrati važnu ulogu u određivanju trenera koji posjeduju određena znanja, iskustvo i pristup treningu. Iako je stručnost voditelja treninga od najveće važnosti, bitno je znati i da li se treneri međusobno dopunjuju. Tim najbolje radi kada su znanja i stručnost njegovih članova komplementarni. Tim sačinjen od prosječnih pojedinaca je potencijalno jači od briljantnih individua.

Tim čini grupa ljudi koji rade zajedno da bi postigli zajedničke ciljeve. Rad u timu zahtijeva vrijeme i energiju. Treba imati na umu da tim čine ljudi različitog porijekla sa raznorodnim iskustvima, pristupima, gledištima, vrijednostima i očekivanjima.

Grupa postaje **tim** kada:

- Članovi zavise jedni od drugih u ostvarivanju zajedničkog cilja
- Članovi imaju jasno određene uloge
- Članovi svojim ličnim znanjima, kvalitetima i stručnošću doprinose uspjehu u radu
- Članovi ostavljaju sebične interese po strani u korist zajedničkih interesa
- Postoji uzajamna podrška i razumijevanje, a ne takmičenje
- Postoji atmosfera povjerenja i ohrabivanja da se izraze ideje, mišljenja, eventualna neslaganja

- Svi učestvuju u donošenju odluka
- Članovi zajedno upravljaju neizbježnim konfliktima
- Članovi uživaju u društvu i mogućnostima zajedničkog rada
- Članovi grade čvrste odnose

Izgradnja tima podrazumijeva interakciju između članova tima u vidu grupnih aktivnosti koje doprinose izgradnji povjerenja i otvorenost među članovima, stvaranje atmosfere koja dopušta članovima tima da se upoznaju i pronađu svoje mjesto u timu.

Izgradnja tima treba uključiti otvoreni razgovor članova tima o očekivanjima i motivaciji da se bude član tima.

Timsko učenje je proces usklađivanja, razvoja sposobnosti tima da funkcionira kao cjelina, da misli i djeluje na nov sinergijski način te da kreira aktivnosti koje će doprinijeti rezultatima koje njegovi članovi istinski žele postići.

Svaki individualac ima internu sliku svijeta, sa duboko usađenim stavovima i ponašaće se u skladu sa pravim mentalnim modelima koje podsvjesno podržava, a ne prema teorijama za koje tvrdi da u njih vjeruje. Ako se stvori atmosfera povjerenja, članovi tima mogu konstruktivno propitivati svoje ideje i stavove, mogu početi prepoznavati svoje mentalne modele, a zatim ih mijenjati u zajednički mentalni model tima.

Koautori knjige „The Fifth Discipline Fieldbook“ (Peter Senge et al., 1990) tvrde da timsko učenje nije isto što i izgradnja tima, opisujući ovo drugo kao kreiranje uljudnih ponašanja, unaprijeđene komunikacije, poboljšanih sposobnosti za bolje zajedničko provođenje zadataka i izgradnje čvrstih odnosa.

Kada se odaberu članovi tima, obavljanje zajedničkog posla može otpočeti. Svaki tim radi na svoj način, a svaki novoformirani tim novim iskustvom napreduje i razvija sopstvene vještine timskog rada. Prije početka seminara treba osmisliti program, a članovi tima bi trebali pronaći najbolji način kako da rade zajedno na ostvarivanju ciljeva seminara. Mnogi ključni aspekti seminara se mogu najbolje riješiti na pripremnom sastanku.

Pojedina pitanja se mogu unaprijed izložiti i razmotriti putem telefona, elektronske pošte ili telefaksa, ali ništa ne može zamijeniti timski sastanak tokom kojeg se svi članovi tima okupljaju da porazgovaraju, razmijene ideje i dogovore oko osnovnih principa, ciljeva i programa treninga. U slučaju da svi ili neki članovi tima nisu nikad ranije radili zajedno, pripremni sastanci mogu biti prvo iskustvo u zajedničkom radu, kao i prilika za bolje upoznavanje kolega.

Osim utvrđivanja okvira seminara, pripreme programa i raspodjele zadataka, određeno vrijeme treba izdvojiti za izgradnju tima i evaluaciju sastanka.

Prije završetka sastanka veoma je važno jasno podijeliti zadatke i utvrditi krajnje rokove do kojih oni trebaju biti izvršeni. Takođe je korisno izabrati koordinatora za proces timske komunikacije nakon sastanka, da bi tako bili sigurni da će se taj proces zaista nastaviti do narednog susreta.

Uloge u timu

Postoji veliki broj uloga koje ljudi mogu preuzeti u timskom radu. Za efikasan timski rad je važno da svi članovi doprinose timskom radu u skladu sa svojim sposobnostima i preuzimaju uloge u kojim se najbolje osjećaju, a koje drugi prepoznaju i cijene.

Nužno je pravilno odrediti uloge spajajući vještine pojedinaca sa zadacima koje treba obaviti. Važno je da svaki član tima jasno razumije u kakvom su odnosu njegovi lični ciljevi sa zajedničkim ciljevima tima, kao i u kakvom je odnosu njegov učinak sa ukupnim učinkom tima.

Timski rad tokom seminara: od pripreme do izvođenja

Kako tim funkcionira, moći će se procijeniti tek početkom seminara. Ponekad želja da se istaknemo pred učesnicima seminara može biti jača od dobrih namjera koje se tiču funkcionisanja tima, pa je zato važno unaprijed osmisliti odgovarajuće strategije.

Timski sastanci i timski feedback (povratne informacije)

Ustanovite vrijeme za redovne sastanke tima. Odvojite vrijeme da provjerite kako se osjeća svaki član tima u vezi sa timskim radom i svojom ulogom i zadacima.

Povratne informacije (feedback) se sastoje od jasnih informacija o posljedicama (pozitivnim i negativnim) naših djela ili stavova, što nam omogućava da pratimo dojam koji ostavljamo na druge. Unutar timova su povratne informacije bitan oblik komunikacije koji članovima omogućava da poboljšaju vlastiti rad, a time i uspjeh cijelog tima. Iz pozitivnih poruka se brže i trajnije uči, te bi povratne informacije trebale češće biti pozitivne. Ukoliko su potrebne i negativne povratne informacije, komentari trebaju biti konstruktivni i obazrivo sročeni kako bi se zadržali dobri odnosi.

Neka uputstva za davanje povratnih informacija:

- Razmislite koje su potrebe osobe kojoj upućujete *feedback*.
- Opišite samo ponašanje osobe – nemojte pokušavati da ga interpretirate.
- Fokusirajte se na ponašanje koje može da se promijeni.
- Budite konkretni. Dajte primjere.
- Sačekajte da osoba zatraži *feedback* od vas.
- Ne prosuđujte.
- Dajte *feedback* odmah nakon aktivnosti (ako se to od vas traži).
- Dozvolite osobi slobodu da izabere da li će to mijenjati ili ne.
- Otvoreno pokažite osjećanja (npr. „Osjećam se nesigurno kada ti...“)
- Dajte i pozitivan *feedback*.

Upravljanje vremenom

Da bi se seminar odvijao prema planu, dobro je dogovoriti se o zajedničkom stavu prema raspoloživom vremenu.

Tim i učesnici

Članovi tima mogu imati različita očekivanja i stavove o odnosima sa učesnicima. Kakve god odluke da se donesu u okviru tima i kakva god da se dese neslaganja u timu, učesnici će više poštovati članove tima i smatrati ih profesionalcima ukoliko pred grupom nastupaju kao tim. O problemima, neslaganjima i frustracijama članovi tima trebaju razgovarati na timskim sastancima, a ne pred grupom!

Porazgovarajte detaljno o tome kako ćete jedni druge podržavati pred učesnicima, bez obzira na to do koje mjere se možda i ne slažete „iza scene“.

Evaluacija

Evaluacija predstavlja centralni dio timskog rada jer pomaže razvoju tima i unapređenju rada. Tim treba evaluirati program, učesnike, proces i timski rad. Kad se evaluira timski rad, neophodno je razmotriti elemente kao što su dinamika i rad tima, vođstvo, proces donošenja odluka, uloge, komunikacija i upravljanje konfliktima.

Evaluacija je proces koji traje i kojim se sistematski prikupljaju, analiziraju i prenose informacije koje se mogu koristiti da usavrše sadržaj i vođenje seminara.

KOMUNIKACIJA

Komunikacija je temelj svih međuljudskih odnosa. Ona uključuje međusobnu razmjenu informacija i zato je u središtu funkcionisanja tima, a temelji se na međuovisnosti i saradnji članova tima.

Komunikacija u timu je od suštinske važnosti, a sposobnost izražavanja može u velikoj mjeri uticati na mogućnost doprinosa u radu i raspodjeli moći u okviru tima. Ako svaki član tima osjeća da ga se sluša i podstiče da sudjeluje, grupa će biti jaka. Ako neko dominira grupom, pojaviće se ogorčenost, a učinkovitost tima će se smanjiti. Najneposredniji oblici komuniciranja su aktivno slušanje, govorenje i neverbalna komunikacija.

Uspješna komunikacija

Osnovna vještina uspješnog komuniciranja je prihvatanje činjenice da je svaka komunikacija dvosmjerna i izaziva određenu reakciju/odgovor. Za dobru komunikaciju treba znati:

- Slušati
- Razumijevati
- Prenositi vlastite misli i osjećanja

Da bi komunikacija bila uspješna, potrebno je znati i neka pravila komuniciranja:

- Sagovorniku slati jasnu i potpunu informaciju
- Uvažavati različitost sagovornika
- Zadržati unutrašnju kontrolu
- Zadržati lični integritet u komunikaciji
- Sagledati informaciju iz različitih uglova
- Poslati jasnu povratnu informaciju

Kad su nam jasna pravila komunikacije, uvažavamo sagovornika i obezbjeđujemo preduslove za dobru komunikaciju. Početna komunikacija ne smije biti opterećena predrasudama. Potrebno je dati mogućnost sagovornicima da pokažu vrijednosti i ohrabrivati ih u tome.

Verbalna komunikacija

Verbalna komunikacija je najčešći način razmjene informacija i ima značajan uticaj na međuljudske odnose. Uspješnost razmjene informacija zavisi od doprinosa svake osobe uključene u proces komunikacije. U procesu verbalne komunikacije važna je povratna informacija, odnosno mogućnost sagovornika da reaguju kako bi pojasnili eventualna nerazumijevanja ili potvrdili razumijevanja poruke. Osnovna pravila za slanje povratne informacije su:

- Razumijevanje informacije
- Spremnost da se na nju reaguje
- Spremnost da se informacija prihvati

Neverbalna komunikacija

Efikasno komuniciranje takođe zahtijeva da se posveti pažnja neverbalnim načinima komunikacije. Neverbalna komunikacija je ona kojom se poruka prenosi putem pokreta tijela. Ona upotpunjuje izgovorene riječi, ali i određuje značenje verbalnih poruka. Skoro svaku verbalnu poruku prati neverbalna – izraz lica, tjelesni pokret, kontakt očima, klimanje glavom, udaljenost na kojoj se govori.

Povezanost verbalne i neverbalne komunikacije

Verbalni sadržaji nisu dovoljni da bismo procijenili uspješnost komunikacije, pa je to razlog da pratimo i neverbalne sadržaje. Dobro vođena komunikacija podrazumijeva, osim aktivnog slušanja, i uočavanje neverbalnih poruka koje su često bogatije od samog govora. Proces komunikacije je potpun sa svim svojim karakteristikama ako verbalnu i neverbalnu komunikaciju posmatramo kao cjelinu.

Aktivno slušanje

Ljudi su vrlo selektivni u onome što čuju i često filtriraju osnovne informacije zbog faktora kao što su buka, percepcija drugih, sklonost stvaranju preranih zaključaka, previše fokusiranja na ono što će se reći ili lični problemi. Pošto nema načina da se sa sigurnošću zna šta neko drugi misli kad govori, lako je stvoriti krive pretpostavke.

U svakodnevnom radu sa korisnicima, važno je da uposlenici postavljaju sebi pitanja kao što su: *Da li razumijem šta druga osoba govori? Da li me druga osoba razumije? Koja su osjećanja koja prate poruku? Koji je kontekst izjave?*

Slušanje uključuje određeni broj aktivnosti:

- Slušanje poruka
- Fokusiranje na riječi
- Interpretaciju značenja
- Procesiranje poruke
- Razmišljanje o odgovoru

Umjetnost slušanja

Umjetnost slušanja fokusirana je na aktivno slušanje, uključujući pokazivanje interesa i empatiju kroz pozitivni ili negativni *feedback* prema osobi koja šalje poruku. Umjetnost slušanja uključuje:

- Izraze lica
- Kontakt očima
- Klimanje glavom
- Neprekidanje govornika
- Ponavljanje poruke da se bude siguran da je obostrano shvaćena

PREPREKE U KOMUNIKACIJI

Voditelji seminara, treninga, radionica trebali bi znati kako da prevaziđu prepreke u komunikaciji među grupama ili pojedincima.

Neslušanje

Često može ukazivati na teškoću da se pronađe interes za ono što drugi govore.

Šta učiniti: U tom slučaju treba koristiti tehnike slušanja i preformulisati riječi da biste omogućili učesnicima pravilno razumijevanje.

Defanzivan stav

Može biti uzrokovano potrebom za pokazivanje dominantnosti. Ovaj stav uključuje teškoću priznavanja drugačijeg mišljenja, izvinjenja, prihvatanje kritike.

Šta učiniti: Prepoznajte vrstu ponašanja koja vas čini defanzivnim/ defanzivnom. Zapamtite da i drugi imaju pravo da iskažu svoje mišljenje. Posmatrajte razlike kao mogućnost učenja.

Potiskivanje i negiranje osjećanja

Ovo uključuje odbijanje da se iskažu vlastita osjećanja u toku nekog razgovora. Može se javiti i kao rezultat nepriznavanja osjećanja ili reakcija u toku interakcija.

Šta učiniti: Obratite pažnju na glas, geste i osjećanja. Obratite pažnju na ponašanje u toku komunikacije.

Nedavanje povratnih informacija

Nedavanje povratnih informacija povećava mogućnost nesporazuma.

Šta učiniti: Dajte povratnu informaciju što je prije moguće nakon poruke da obje osobe mogu zapamtiti detalje.

Davanje savjeta

Davanje savjeta onom ko ne traži savjet čini ga defanzivnim i umanjuje mu samopoštovanje.

Šta učiniti: Dajte osobi vrijeme, a ne savjete i mišljenje. Aktivno slušajte.

Prekidanje

Ovo može uključivati prekidanje ljudi dok govore, završavanje rečenica u njihovo ime ili „ulijetanje“ sa vlastitim stavom.

Šta učiniti: Steknite svijest o svojim lošim navikama i pokušajte ih izbjegavati.

Ne interpretirajte ono što drugi govore.

Nepotpuno slušanje govornika

Ovo uključuje tendenciju da odgovorite prije nego što govornik završi i da se stvore zaključci prije nego se sazna cijela priča.

Šta učiniti: Potrudite se da saslušate cijelu priču prije nego donesete bilo kakav zaključak.

Ponavljanje sadržaja

Ponavljanje uzrokuje neslušanje jer je nešto već bilo rečeno.

Šta učiniti: Smislite dobro šta ćete reći, što je moguće jasnije, a onda zatražite odgovor.

Rastresenost

Bavljenje drugim stvarima ometa efikasno slušanje i uzrokuje nesporazum u primanju poruke.

Šta učiniti: Koncentrišite se na korištenje tehnika aktivnog slušanja. Savladajte ono što vas ometa.

Upotreba neodgovarajućeg jezika

Korištenje nepoznatih i uvredljivih riječi sprečava osobu da razumije i prihvati poruku.

Šta učiniti: Birajte riječi pažljivo, budite svjesni situacije i osobe.

Za uspješnu komunikaciju smo odgovorni i mi i naši sagovornici podjednako!

ORGANIZACIJA I PROGRAM TRENINGA

Vođenje treninga zahtijeva mnogo planiranja i pripreme. Dobra priprema je ključ uspješnog treninga. Vodič koji slijedi će pomoći voditeljima u procesu vođenja treninga, ali to ne znači da je time priprema završena. Vodič sadrži sve informacije koje su potrebne ali bi svaki trener trebao razviti svoj lični detaljni pedagoški okvir kako bi osigurao efikasan proces treninga. Poželjno je da trener odvoji vrijeme da razmisli kako će ispoštovati zacrtane vremenske granice, kako će odraditi predložene vježbe, kako će se odvijati aktivnosti, kako će formirati grupe, kako i na koji način će upoznati učesnike sa ciljevima svake nastavne jedinice. Sa odgovarajućom pripremom i vježbom vizualizacije, svaki trener bi trebao biti u stanju da uspješno realizuje nastavne jedinice.

Vrijeme	Trajanje	Nastavna jedinica	Tema
08:55 – 09:00	5 min.	Okupljanje učesnika	
09:00 – 09:45	45 min.	Nastavna jedinica 1	Uvodna sesija – Kreiranje pogodnog okruženja
09:45 – 10:30	45 min.	Nastavna jedinica 2	Osnove o HIV-u i AIDS-u
10:30 – 10:45	15 min.	Pauza za kafu	
10:45 – 11:30	45 min.	Nastavna jedinica 3	Prevenција vertikalne transmisije HIV-a sa majke na dijete (PMTCT)
11:30 – 12:15	45 min.	Nastavna jedinica 4	Dobrovoljno i povjerljivo savjetovanje i testiranje trudnica – uloga ginekologa, babica i psihologa
12:15 – 13:15	60 min.	Ručak	
13:15 – 14:00	45 min.	Nastavna jedinica 5	Stigma i diskriminacija trudnica i djece
14:00 – 14:45	45 min.	Nastavna jedinica 6	Planiranje trudnoće i HIV/AIDS
14:45 – 15:30	45 min.	Nastavna jedinica 7	Standardne mjere zaštite i PEP u akušersko-ginekološkim službama
15:30 – 16:00	30 min.	Završnica	Evaluacija treninga

UVODNA SESIJA – KREIRANJE POGODNOG OKRUŽENJA

Osnovni ciljevi uvodne sesije:

- Jasno ukazati učesnicima na značaj i važnost seminara/treninga
- Stvoriti početnu atmosferu povjerenja i međusobnog kolegijalnog uvažavanja
- Motivisati učesnike za aktivno sudjelovanje
- Spoznati sličnosti i razlike u ličnim očekivanjima i ciljevima zacrtanim kursom

Prijedlog strukture nastavne jedinice (40 min.)

Korak	Vrijeme	Metod/način rada	Fokus
1.	5 min.	Prezentacija	Predstavljanje programa, voditelja i ciljeva obuke.
2.	15 min.	Rad sa cijelom grupom	Dogovor o pravilima i načinima rada Ispitivanje očekivanja učesnika
3.	10 min.	Rad sa cijelom grupom	Kratko predstavljanje učesnika
4.	10 min.	Individualni rad – popunjavanje testa	Test prije obuke
5.	5 min.	Individualni rad – popunjavanje liste	Lista prisustvovanja

Potreban materijal za nastavnu jedinicu:

- Identifikacijske kartice
- Olovke, markeri
- Papir A4
- Tabla i papiri za tablu
- Stikeri
- Program obuke za svakog učesnika
- Test za učesnike
- Lista prisutnosti
- Prilog 1 za učesnike: „Pravila rada koja ćemo svi poštovati“

Planirane aktivnosti

Korak 1 – 5 min.

Prezentacija

Pozdravljanje učesnika, predstavljanje voditelja, predstavljanje programa i ciljeva obuke.

Voditelj upoznaje učesnike sa osnovnim početnim informacijama:

- *Pozdravlja učesnike, predstavlja se – ime, profesionalna uloga i iskustvo*
- *Predstavlja organizaciju, donatore i goste (ako su prisutni)*
- *Predstavlja koncept, ciljeve i trajanje treninga*

Korak 2 – 15 min.

Očekivanja učesnika i pravila rada

Učesnici na stikerima upisuju očekivanja od treninga i lijepo ih na tablu.

Učesnici uvijek imaju određena očekivanja od edukacijskog ciklusa, ali ta očekivanja ne moraju nužno biti realna ili zadovoljena zacrtanim ciljevima. Kako bi spoznao sličnosti i razlike u ličnim očekivanjima i ciljevima zacrtanim kursom, voditelj čita očekivanja sa stikera i daje komentar ističući zacrtane ciljeve.

Da bi se osigurala dobra atmosfera i aktivno učešće svih učesnika, voditelj predlaže osnovna pravila grupnog rada:

1. *Pravilo slušanja – Dok neko govori, ostali šute i svako će dobiti svoje vrijeme za diskusiju; svakom će se posvetiti podjednaka pažnja.*
2. *Svi učestvuju – Svako unosi ponešto lično, onoliko koliko hoće; svaki član se obavezuje na aktivnost jer nije fer uskratiti druge za učešće iz kojeg svi mogu učiti.*
3. *Poštujemo – Poštujemo mišljenje i osjećanja drugih učesnika; poštujemo vrijeme i plan seminara.*

Pripremljena lista s pravilima se može dopuniti prijedlozima učesnika i postaviti na vidljivo mjesto u radnom prostoru. Podijelite i prilog 1 sa nekim osnovnim pravilima rada.

Korak 3 – 10 min.

Predstavljanje učesnika

Svi se učesnici trebaju predstaviti i pored imena i prezimena reći zanimanje i odjel/ustanovu u kojoj rade. Ime zapisuju na identifikacijsku karticu.

Korak 4 – 10 min.

Test prije obuke

Podijelite učesnicima test prije obuke, s ciljem da se procijeni nivo znanja o HIV/AIDS-u.

Učesnicima reći da će na kraju obuke ponovo popuniti isti test kako bi se provjerili stečeno znanje i eventualna promjena u razumijevanju nekih pojmova ili stavova.

Važno je da naglasite:

- *Test je anonimn.*
- *Testom se ne ocjenjuje znanje.*
- *Rezultati testa će pomoći voditeljima da prilagode svoja naredna predavanja.*
- *Test treba označiti nekom šifrom koju će koristiti i u testu nakon treninga.*

Korak 5 – 5 min.

Lista prisustvovanja

Zamolite učesnike da se upišu na listu prisustvovanja čitko, štampanim slovima kako bi se na osnovu liste mogle sačiniti potvrde o učestvovanju za svakog učesnika.

OSNOVE O HIV-U I AIDS-U

U toku druge nastavne jedinice učesnici će, osim znanja u vezi sa HIV-om i AIDS-om, dobiti informacije o trenutnoj epidemiološkoj situaciji i putevima prenošenja HIV infekcije. Posjedovanje pouzdanih informacija i razlikovanje rizičnog ponašanja od nerizičnog je posebno značajno za preventivno djelovanje u okviru redovnog obavljanja posla, kao i za adekvatan pristup u kontaktu sa inficiranim i oboljelim osobama.

Osnovni ciljevi nastavne jedinice su:

- Upoznati učesnike sa HIV epidemiološkom situacijom u svijetu, regionu i Bosni i Hercegovini, kao i faktorima koji mogu podstaći širenje zaraze HIV-om u zemlji
- Upoznati učesnike sa činjenicama u vezi sa HIV-om i AIDS-om, sa posebnim akcentom na rizična ponašanja i načine prenosa HIV infekcije
- Upoznati učesnike sa najznačajnijim kliničkim manifestacijama HIV-a, kao i sa osnovnim antiretrovirusnim tretmanom

Nakon ove nastavne jedinice učesnici će:

- Posjedovati osnovne informacije o HIV epidemiološkoj situaciji u svijetu, regionu i Bosni i Hercegovini
- Sistematizovati osnovne činjenice o HIV-u i AIDS-u, rizičnim ponašanjima i putevima prenošenja
- Sistematizovati znanje o kliničkim manifestacijama HIV infekcije i osnovnom antiretrovirusnom tretmanu

Prijedlog strukture nastavne jedinice (45 min.)

Korak	Vrijeme	Metod/način rada	Fokus
1.	10 min.	Predavanje	HIV epidemiološka situacija u svijetu, regionu i BiH
2.	10 min.	Iskustvena vježba – Intervju	Način širenja HIV-a
3.	15 min.	Predavanje	Osnovne informacije u vezi sa HIV-om i AIDS-om
4.	10 min.	Vježba	Analiza rizičnih/nerizičnih ponašanja

Potreban materijal za nastavnu jedinicu:

- Olovke, markeri
- Tabla i papiri za tablu
- Papir A4
- Prilog 2 za učesnike: „Intervju s učesnicima“
- Prilog 3 za fotokopiranje i podjelu učesnicima: „Kartice sa rizičnim/nerizičnim ponašanjima“; za svakog učesnika po jedna kartica
- Prilog 4 za učesnike: „Lista rizičnih i nerizičnih ponašanja“

Planirane aktivnosti

Korak 1 – 10 min.

Uvodno predavanje

Pozivajući se na najnovije statističke podatke (poželjno je koristiti najnoviji izvještaj UNAIDS-a), trener treba učesnicima predočiti osnovne epidemiološke podatke koji se odnose na situaciju u svijetu, regionu i zemlji, kao i faktore koji mogu podstaći širenje zaraze HIV-om na prostorima BiH.

Korak 2 – 10 min.

Iskustvena vježba – Intervju

Voditelj najavljuje učesnicima da će zajedno izvesti jednu kratku iskustvenu vježbu koja će im poslužiti kao uvod u dalje tematsko izlaganje. Svaki učesnik dobija papir sa odštampanim pitanjima (Prilog 2), a na osnovu tih pitanja treba intervjuisati tri različite osobe iz grupe i zapisati njihove odgovore.

Pitanja su, naprimjer:

1. *Koji je vaš hobi?*
2. *Koja je vaša omiljena boja?*
3. *Koji je vaš omiljeni sport?*

Prije nego što da instrukciju i prije nego što će svim učesnicima podijeliti list sa pitanjima i rubrikama za intervju, voditelj treba izdvojiti dva lista papira i na poledini ih obilježiti nekim znakom. Kada se listovi podijele, dva učesnika će (slučajnim ili možda i namjernim/promišljenim izborom) dobiti označene primjerke.

Učesnici prilaze jedni drugima i postavljaju zadata pitanja.

Kada svi završe intervju, voditelj poziva učesnike čiji su listovi označeni da izađu ispred grupe. Uz izvinjenje izvedenim učesnicima, sa sviješću koliko je teško pomisliti na takvu situaciju u realnom životu, polaznici se upućuju da se ova lagodna igra upoznavanja može iskoristiti kako bi se plastično prikazao način širenja HIV zaraze. Dakle, voditelj usmjerava učesnike da zamisle da su osobe sa obilježenim listovima prenosioci HIV infekcije i da je svaki kontakt koji su imali sa drugima potencijalan rizik za prenošenje.

Slijedi redom prozivanje svih učesnika sa kojima su prvoprozvani bili u kontaktu, a zatim redom svako sljedeći proziva svoje intervjuisane osobe, dok većina ili svi

učesnici ne budu prozvani da izađu u krug.

Igra donosi značajno iskustvo i snažan uvid kako se lako i brzo bolest širi.

Napomena: Poželjno je da se voditelj na kraju zahvali učesnicima, kao i nosiocima obilježenih listova, a po potrebi, dopusti poneki utisak i komentar (kako su se učesnici osjećali kao prozvani ili kao jedni u lancu, da li im je ovo poređenje stresno, upečatljivo i slično).

Korak 3 – 15 min.

Predavanje – drugi dio

Voditelj treba iz teksta priručnika napraviti koncizan izbor relevantnih informacija.

Korak 4 – 10 min.

Analiza rizičnih i nerizičnih ponašanja

Svaka grupa izvlači kartice sa različitim ponašanjima i treba ih razvrstati u dvije grupacije: RIZIČNO, odnosno NERIZIČNO ponašanje. To rade grupno (5 minuta). Kada učesnici završe sa razvrstavanjem kartica i zalijepe ih na tablu, voditelj pokreće diskusiju oko kojih ponašanja su se dvoumili. Daje dodatna objašnjenja, posebno za ponašanja koja su se našla na pogrešnoj strani.

Na samom kraju, voditelj učesnicima dijeli Prilog 4 koji sadrži listu rizičnih i nerizičnih ponašanja.

Referentni materijal za nastavnu jedinicu 2 Osnovne činjenice o HIV-u i AIDS-u³

HIV epidemiologija u svijetu

Prema procjeni UNAIDS-a⁴, u 2010. godini u svijetu je od 31,4 do 35,3 miliona ljudi koji žive s HIV/AIDS-om, uključujući od 1,6 do 3,4 miliona⁵ djece mlađe od 15 godina. U 2009. godini, broj osoba novoinficiranih HIV-om u svijetu je procijenjen na oko 2,6 miliona, odnosno preko 7.000 novih slučajeva HIV zaraze dnevno. Mladi između 15 i 24 godine čine 42% svih novoinficiranih u 2010. godini. UNAIDS procjenjuje da je više od 5 miliona ljudi primalo antiretrovirusnu (ARV) terapiju, što čini 35% onih kojima treba terapija. U svijetu je od AIDS-a u 2009. godini umrlo 1,8 miliona ljudi⁶.

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

HIV u Bosni i Hercegovini i regionu

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

Po parametrima Svjetske zdravstvene organizacije, BiH je zemlja sa malim brojem zaraženih. Prvi slučaj HIV infekcije zabilježen je 1986. godine i od tada je u BiH registrovano 196 osoba zaraženih HIV-om. Trenutno 63 osobe u BiH živi s HIV-om⁷. Dominantan put prenošenja HIV-a kod naših pacijenata je bio heteroseksualni kontakt – 56,1%, potom homoseksualni/biseksualni kontakt – 21,9%, a nakon toga prenos krvnim putem, odnosno među injekcionim korisnicima droge – 10,7%. Odnos oboljelih muškaraca i žena pokazuje da su muškarci češće oboljevali od HIV-a, kao i u drugim zemljama u svijetu. Registrovana su i dva slučaja vertikalne transmisije.

3 Preuzeto iz publikacija: "HIV i AIDS za radnike u oblasti mentalnog zdravlja. Partnerstvo za zdravlje. Sarajevo. 2008. Str. 13-22., i "Ginekološka praksa i HIV. Partnerstvo za zdravlje. Sarajevo. 2010.

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

5 Ibid. Strana 182.

6 Ibid. Strana 8, 12 i 19.

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

Najveći broj naših pacijenata pripada grupi radno aktivnog stanovništva. Prosječna starosna dob bolesnika je 39 godina. Nismo imali slučajeve HIV infekcije nakon transfuzije domaće krvi. U BiH se krv donatora obavezno testira na HIV, a provode se i ostale mjere sprečavanja uzimanja krvi od osoba pod povećanim rizikom od HIV infekcije⁸.

Službeni podaci o broju oboljelih od HIV/AIDS-a u zemlji su ograničeni zbog niza faktora:

- Često je stigmatiziranje osoba koje žive sa HIV-om, zbog čega su ljudi zabrinuti za povjerljivost procesa testiranja.
- U mnogim sredinama ne postoje savjetovališta prije i nakon testiranja, kao ni mogućnost testiranja.
- Često se ljudi ne testiraju na HIV sve do pojave simptoma. Podaci ukazuju da se većina ljudi sa ovom dijagnozom prvi put testirala i dobila pozitivne rezultate u već poodmakloj fazi infekcije HIV-om.
- Podaci o prevalenci seropozitivnih na virus HIV-a, kao i o načinima i oblicima ponašanja u populaciji osjetljivoj na HIV infekciju, ograničeni su.
- Ne postoji veza između centara za seksualno prenosive bolesti i centara za HIV na svim nivoima zdravstvene zaštite.

Postoje mnogi faktori koji mogu podstaknuti širenje zaraze HIV-om u zemlji. Glavni faktori su:

- Regionalni/unutrašnji sukob i nestabilnost, interno raseljene osobe i izbjeglice
- Nestabilna ekonomska situacija koja rezultira internim/eksternim migracijama
- Raskršće ruta krijumčarenja droga i ljudi
- Siromaštvo i izoliranost nekih grupa (posebno Roma), usljed čega nemaju pristup programima prevencije
- Tabuiziranje, stigmatiziranje, te nedostatak javne diskusije o rizičnim ponašanjima koja povećavaju rizik od zaraze HIV-om (česte promjene polnih partnera, muškarci koji stupaju u polne odnose sa drugim muškarcima, injekcioni ovisnici)
- Porast broja zaraženih hepatitisom C među injekcionim korisnicima droga
- Regionalni trendovi koji ukazuju na epidemiju HIV-a koja se brzo širi (Rusija, Ukrajina, Rumunija, Moldavija, centralna Azija)

8 Ibid.

Odgovor na HIV u Bosni i Hercegovini

U BiH se državni odgovor na HIV i AIDS koordinira od strane Savjetodavnog odbora za HIV i AIDS, kojeg je osnovalo Vijeće ministara BiH, s koordinatorima za HIV i AIDS za Federaciju BiH, odnosno Republiku Srpsku. Državna strategija za HIV i AIDS (2004–2009) usvojena je u januaru 2004. godine. Vijeće ministara BiH je, na prijedlog Savjetodavnog odbora za HIV/AIDS u BiH, 7. septembra 2011. usvojilo novu strategiju za odgovor na HIV i AIDS u BiH za period 2011–2016. godine. Glavne komponente državne strategije su:

- Prevencija prenosa i širenja HIV-a
- Obezbjedivanje odgovarajućeg liječenja, njege i podrške osobama koje žive s HIV-om
- Stvaranje zakonskog okvira za zaštitu etičkih principa i ljudskih prava za osobe koje žive s HIV-om
- Obezbjedivanje saradnje i razvoja održivih kapaciteta za borbu protiv HIV-a
- Podrška jačanju povezanosti s međunarodnim organizacijama u borbi protiv HIV-a

U ovom trenutku, glavne aktivnosti na području HIV-a i AIDS-a podržane su kroz projekt „Srazmjerno povećanje univerzalnog pristupa za najrizičnije populacije u Bosni i Hercegovini”⁹. Projekt je finansiran od strane Globalnog fonda za borbu protiv AIDS-a, tuberkuloze i malarije (GFATM), 9. krug, a pokriva period od 2011. do 2015. godine. Koordinator implementacije u BiH je UNDP.

Uz pomoć GFATM-a podržani su mnogi projekti sa sljedećim ciljevima:

- Jačanje informisanja, edukacije i komunikacije (IEC), promjena ponašanja i komunikacije (BCC) među mladima
- Jačanje IEC/BCC kod populacije s povećanim rizikom od HIV infekcije i u osjetljivim grupama
- Povećanje dostupnosti i kvaliteta dobrovoljnog savjetovanja i testiranja
- Smanjenje infekcije koja prati HIV – tuberkuloze
- Povećanje dostupnosti i kvaliteta službi za reduciranje štetnosti
- Uvođenje prevencije HIV-a u romsku zajednicu i među povratnike
- Univerzalni i slobodni pristup za osobe koje žive s HIV-om i AIDS-om u pružanju antiretrovirusnog (ARV) tretmana i liječenju oportunističkih infekcija

9 Engleski: „Scaling up Universal Access for Most at Risk Populations in Bosnia and Herzegovina”

Šta je to HIV?

HIV je skraćenica koja se koristi da se opiše virus humane imunodeficijencije. Odnosi se na virus koji se prenosi sa osobe na osobu, koji napada i postepeno slabi imuni sistem. Osoba koja ima virus u svom krvotoku je HIV pozitivna. HIV nije sinonim za AIDS. Postoje dva tipa HIV-a: HIV-1 i HIV-2. HIV-1 je najčešći virus HIV-a koji se susreće u svijetu. HIV-2 je uglavnom prisutan u zemljama zapadne i centralne Afrike i izgleda da napreduje sporije nego HIV-1.

Putevi transmisije

Ljudi postaju zaraženi HIV-om kad se tjelesne tečnosti jedne zaražene osobe prenesu na drugu osobu. Tečnosti koje sadrže HIV uključuju krv, spermu i pre-ejakulacijsku tečnost, vaginalne sekrete i majčino mlijeko.

Putevi mogućeg prenošenja HIV-a

1. Seksualni odnos sa HIV inficiranim partnerom

Virus može prodrijeti kroz sluznicu vaginalne membrane, otvor vagine, penis, anus ili usta.

2. Preko krvi inficirane HIV-om i njenih produkata

Prenošenje se može dogoditi putem igala i šprica sa ostacima inficirane krvi. Najčešće se dešava kod korisnika droga u injekcijama (engl. injection drug users; IDU) kao i zbog izloženosti na radu (naprimjer, kod zdravstvenih radnika). Prenošenje HIV-a preko transfuzije krvi i krvnih produkata u današnje vrijeme je neuobičajeno zbog: univerzalnih pregleda davalaca krvi, korištenja produkata iz banke krvi, i toplotnog tretmana krvnih produkata.

3. Vertikalna transmisija sa majke na dijete

Prenos virusa se može dogoditi u toku trudnoće, tokom porođaja i tokom dojenja.

Virus HIV-a je pronađen i u:

- Pljuvački
- Lakrimalnoj tečnosti (suzama)
- Znoju
- Urinu
- Fecesu

Zbog malih količina virusa sadržanih u ovim tečnostima nije bilo prijavljenih slučajeva infekcije usljed izlaganja ovim tečnostima IZUZEV ako ove tečnosti ne sadrže krv.

HIV se ne može prenijeti putem:

- Posuđa i pribora za jelo
- Ručnika i posteljine
- Bazena
- Telefona
- Toaleta
- Ujedom insekta

„Window“ period

Nakon izlaganja HIV-u, obično je potrebno 3–12 sedmica prije nego što odgovor antitijela koje proizvodi imuni sistem postane uočljiv. Pošto se u praksi najčešće koriste testovi koji ne otkrivaju virus u krvi već antitijela, to stvara dijagnostički „period prozora“ (engl. window period). To je period između izlaganja HIV infekciji i pojavljivanja uočljivih antitijela (serokonverzije). Testovi za otkrivanje koji se najčešće koriste mogu detektovati HIV infekciju u periodu između 4 i 12 sedmica nakon primarne infekcije, u zavisnosti koji se test koristio. Iz tih razloga, test na HIV ne bi se trebao obavljati prerano, neposredno nakon potencijalno rizičnog kontakta, čak i ako bi neke osobe mogle biti uplašene i insistirati na tome. Međutim, nakon izlaganja na radu, kao što je povreda iglom, potrebno je da se odmah obavi testiranje i da se obezbijedi postekspozicijska profilaksa (PEP). PEP se sastoji iz dvojne ili trojne antiretrovirusne terapije u trajanju od 4 sedmice. Najbolje je započeti odmah nakon akcidenta, a najkasnije u toku 48–72 sata.

Zbog *window* perioda je nepotrebna, ali često i opasna praksa da se od pacijenta prije operacije traži nalaz na HIV. Negativan nalaz može izazvati opuštenost, lažni osjećaj sigurnosti u pogledu infekcije HIV-om, pa se može propustiti poduzimanje odgovarajućih mjera zaštite, te primjena PEP-a ukoliko se desi neki akcident u toku operacije. Pacijent sa visokim nivoom virusa HIV-a u krvi može biti u *window* periodu, te će zato nalaz biti negativan.

Imunopatogeneza

Infekcija HIV-om uzrokuje hroničnu bolest koja kulminira gotovo potpunim uništenjem populacije CD4+ limfocita T. Zasad nije definisano nastaje li zaražavanje ćelijom koja ima virus, slobodnim virusom ili na oba navedena načina. Virus zaražava ćelije koje su aktivne i koje posjeduju receptor CD4, a to su poglavito limfociti T koji se u odraslih ljudi pretežno nalaze u limfnim čvorovima. HIV može zaraziti i monocite/makrofage. Tkivni makrofagi u limfnim čvorovima, plućima i centralnom nervnom sistemu mogu biti rezervoar HIV-a.

Inicijalna infekcija mogla bi zavisiti od načina nastanka. Virus koji izravno ulazi u krv (transfuzija, kontaminirane igle, intrauterina i intrapartalna infekcija, traumatski polni odnos) najvjerojatnije završava u slezeni i u drugom limfatičnom tkivu gdje se umnožava i potom uzrokuje izraženu primarnu viremiju i diseminaciju po tijelu.

Kada virus dospjeva u organizam "lokalno" (rodnica, rektum, uretra), tada dolazi u doticaj sa dendritičnim ćelijama u sluznici (Langerhansove ćelije). Pomoću njih dospjeva do regionalnoga limfnog čvora. Uobičajenim procesom predočenja antigena dolazi do kontakta i zaražavanja CD4+ limfocita T u limfnom čvoru. Aktivacija CD4+ limfocita T dovodi do njihovog sve većeg zaražavanja, što dodatno pogoduje umnožavanju HIV-a. Intenzivno je umnožavanje prisutno prije nego što se stvori HIV specifičan imuni odgovor. Zbog toga nastaje izražena primarna viremija, te se virus diseminira po tijelu. Tokom primarne viremije, kod većine zaraženih osoba se pojavljuju simptomi akutne infekcije HIV-om. Oni obično nastaju 3-6 sedmica nakon kontakta sa virusom, a tokom ove faze bolesti viremija je mjerena metodom PCR, izražena (oko 10⁵-10⁶ kopija RNK po mL plazme). Tokom akutne infekcije HIV-om dolazi do prolaznog sniženja CD4+ limfocita T u krvi (normala: 800-1 100/mm³).

Nakon inicijalne masivne viremije, virus dospjeva u različite organe, no glavno su stjecište virusa limfni organi. Infekcija HIV-om donekle je posebna, jer snažan ćelijski i humoralni odgovor ne uspijeva eliminisati virus. HIV ne ubija svojeg domaćina tokom akutne infekcije, nego uspijeva izbjeći snažnom imunom odgovoru i utemeljiti hroničnu infekciju sa stalnim aktivnim umnožavanjem. HIV se koristi različitim mehanizmima kojima izbjegava imuni odgovor. Dakle, uprkos snažnom imunom odgovoru i potisnutom umnožavanju virusa, HIV uspijeva uspostaviti hroničnu infekciju sa različitim stepenom stalnog umnožavanja. Nakon oko 12 mjeseci od primarne viremije, količina se virusa u plazmi ustali na određenom nivou, te nastupa faza kliničke latencije. Navedeni nivo ima prognostičko značenje. Naime, bolesnici kod kojih se viremija ustali na nižem nivou imaju sporiju progresiju bolesti.

Faza kliničke latencije nije znak mikrobiološke latencije. Danas je poznato da se virus stalno i intenzivno umnožava. Kvantitativna mjerenja obrta (engl. turnover) upućuju na to da se ekstremne količine virusa proizvode i eliminišu svaki dan (oko 1.010). Važno je istaknuti da virus dolazi u krv iz limfnih čvorova koji su primarno mjesto umnožavanja. Ovako intenzivno umnožavanje ima zbog mogućnosti mutacije i pojave rezistencije značajan uticaj na strategiju antiretrovirusnog liječenja. Tokom faze kliničke latencije dolazi i do postepenog smanjenja broja CD4+ limfocita T. Limfni čvorovi glavno su anatomsko mjesto patogenetskih zbivanja.

Kod neliječenih bolesnika, obično nakon 10 godina broj se CD4+ limfocita T smanji na manje od 200/mm³ krvi. Rizik od pojave različitih oportunističkih bolesti postaje velik. Viremija u krvi je izražena, a rezultat je umnožavanja HIV-a zbog gubitka mehaničkog djelovanja folikularno dendritičnih stanica i potpunog nedostatka imunološke kontrole umnožavanja virusa. Kod neliječenih bolesnika bolest napreduje, broj se CD4+ limfocita T smanjuje na vrlo niske vrijednosti (ispod 10/mm³) i bolesnik na kraju umire obično zbog pojave većeg broja različitih oportunističkih bolesti.

HIV testiranje

Testovi koji se najčešće koriste otkrivaju antitijela u krvi. Ovi testovi se nazivaju ELISA (engl. *enzyme-linked immunosorbent assay*). Ukoliko je uzorak krvi HIV pozitivan, osoba se šalje na potvrdno testiranje u kojem se uzorak krvi testira na prisustvo proteina HIV virusa. Nova generacija ELISA testova također testira na prisustvo proteina HIV-a i stoga ima kraći period prozora (kod nekih testova je smanjen na čak 21 dan). Test je visoko osjetljiv i specifičan, no kod populacija sa niskom incidencom infekcije HIV-om ima nisku prediktivnu vrijednost. Svaki reaktivni test treba prvo potvrditi sa još jednim probirnim testom. Krv koja je ponavljajuće reaktivna metodom ELISA treba biti potvrđena imunoelektroforezom, odnosno imunoblot procedurom, popularno nazvanom Western blot. Western blot otkriva imuni odgovor prema specifičnim virusnim proteinima.

Kliničke manifestacije HIV-a i AIDS-a

Klinički tok bolesti je varijabilan. Kod većine (60–70%) neliječenih bolesnika vrijeme nastupa AIDS indikatorskih bolesti je 10–11 godina. No, 10–20% bolesnika napreduje brzo i razvija AIDS unutar pet godina od infekcije; takvi se bolesnici nazivaju brzim progresorima. S druge strane, oko 5–15% bolesnika sporo napreduje i nema oportunističke infekcije AIDS-a ni nakon 15 godina. Kod tih bolesnika obično ima više od 500 CD4+ limfocita T u mm³ krvi; broj se tokom vremena ne mijenja, a viremija je obično manja od 10.000 kopija HIV1 RNK u mL plazme. Među bolesnicima koji sporo napreduju je i podskupina bolesnika (oko 1% svih zaraženih HIV-om) koji uopšte ne napreduju. Imaju stalno normalne vrijednosti CD4+ limfocita T i nisku (manje od 1.000 kopija HIV RNA/mL) ili vrlo nisku (manje od 50 kopija HIV RNA/mL) viremiju.

HIV uzrokuje hronični i progresivni proces sa širokim spektrom različitih kliničkih manifestacija. Bolest se može podijeliti u više faza, ali je potrebno istaknuti da je svaka podjela umjetna i granice između različitih faza nisu stroge, pa ima preklapanja, te bolesnik ne ide uvijek neposredno iz jedne u drugu fazu.

Akutna infekcija HIV-om. Akutna infekcija HIV-om (akutni retrovirusni sindrom) najčešće se manifestuje kao benigna virusna bolest i prolazi kao takva nezapažena i nedijagnostikovana. Kod 30–50% bolesnika simptomi mogu biti izraženiji i tipično traju od 2 do 3 sedmice. Klinički nalazimo temperaturu, glavobolju, malaksalost, mialgije, artralgije, faringitis, mučninu, gubitak apetita i eritematozni osip. Često je prisutna simetrična limfadenopatija. Hepatitis, pneumonitis i različite neurološke manifestacije (meningitis, encefalopatija, polineuritis) rjeđe se nalaze. Mukokutani ulkusi, kao i oralna kandidijaza i kandidijazni ezofagitis, također su opisani. Laboratorijski su nalazi nespecifični i upućuju na akutnu virusnu bolest. Najčešće nalazimo leukopeniju, limfopeniju i trombocitopeniju. U rekonvalescenciji se u diferencijalnoj krvnoj slici nalaze atipični limfociti. Ako se sumnja na akutnu infekciju HIV-om, treba učiniti imunoenzimski test (ELISA) na HIV antitijela. Test je u početku bolesti negativan i potrebno ga je ponoviti nakon nekoliko sedmica. U postavljanju dijagnoze, osjetljiviji test je određivanje p24 antigena, te detekcija provirusne DNK ili virusne RNK reakcijom lančane polimeraze (PCR).

Asimptomatska infekcija HIV-om. U ovoj fazi infekcije može biti prisutna generalizovana limfadenopatija i blaža glavobolja, no većinom nema subjektivnih

simptoma i objektivnih znakova koji bi upućivali na HIV bolest. No, različiti laboratorijski nalazi mogu biti patološki, pa se mogu registrovati anemija, neutropenija, trombocitopenija ili povišenje transaminaza. Patološki hematološki nalazi u pravilu su blaže izraženi, osim trombocitopenije koja je ponekad izraženija i zahtijeva liječenje. Povišenje transaminaza može biti povezano sa reaktivacijom hroničnog hepatitisa. Takođe se viđa povišenje serumskih gamaglobulina uz smanjenje albumina i kolesterola. Za praćenje bolesnika važno je određivanje CD4+ limfocita T i određivanje količine virusa (engl. viral load), odnosno njegovih nukleinskih kiselina.

Rana simptomatska HIV bolest. U rane kliničke manifestacije HIV bolesti uključujemo opšte simptome kao glavobolju, malaksalost, mialgije, febrilnost, noćno preznojavaње, dijareju i mršavljenje. Navedeni simptomi mogu biti prisutni pojedinačno ili u različitim kombinacijama. Generalizovana limfadenopatija koja uključuje ekstraingvinalna područja može biti prisutna i u vrijeme asimptomatske faze i u simptomatskoj fazi bolesti. Perzistentna generalizovana limfadenopatija može biti prisutna sa drugim manifestacijama HIV bolesti ili bez njih; njezina prisutnost nije loš prognostički znak. No, regresija limfadenopatije može upućivati na povećan rizik od progresije bolesti, a povećanje limfnih čvorova može upozoravati na ne-Hodgkinov limfom ili tuberkulozu. U ovoj fazi bolesti nailazimo na različite mukokutane manifestacije. Česti su tuberkuloza, bronhitis i bakterijske pneumonije, a može se registrovati anemija, limfopenija i trombocitopenija. Proteinurija, hipoalbuminemija i povišenje serumskog kreatinina može upozoriti na HIV nefropatiju. Blago povišenje serumskih transaminaza često je i obično nespecifično. Takođe se nalazi smanjenje serumskog holesterola i povišenje serumskih globulina. Uočava se progresivni pad broja CD4+ limfocita T ispod 200/mm³. Vjerovatnost nastupa indikatorske bolesti AIDS-a u osoba sa manje od 200/mm³ CD4+ limfocita T iznosi 20-30% u sljedeća 24 mjeseca.

Uznapredovala simptomatska HIV bolest. Uznapredovala HIV bolest karakteriše se niskim brojem CD4+ limfocita T (od 50 do 200/mm³), perzistentnim ili progresivnim opštim simptomima, oportunističkim infekcijama, tumorima, propadanjem i demencijom. Bolesti koje se karakteristično javljaju u toj fazi su kandidijazni ezofagitis i gastritis, kriptosporidioza, bakterijske infekcije (*S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus*), tuberkuloza, pneumonija izazvana gljivom *Pneumocystis jiroveci* (PCP od engl. *Pneumocystis jiroveci pneumonia*), solitarni limfom (izvan centralnog nervnog sistema), toksoplazmoza mozga, senzorna neuropatija, invazivni karcinom cerviksa, karcinom rektuma, Kapošijev sarkom, kriptokokni meningitis, te anemija, leukopenija i trombocitopenija.

Kasna HIV bolest. Broj CD4+ limfocita T vrlo je nizak, manji od 50/mm³. Pojavljuju se citomegalovirusni retinitis, infekcije atipičnim mikobakterijama, primarni limfom mozga, sindrom propadanja, uznapredovala demencija, progresivna multifokalna leukoencefalopatija, te agresivni oblik Kapošijeva sarkoma.

Glavne kliničke manifestacije HIV infekcije – oportunističke infekcije

Mnogobrojne su oportunističke infekcije i tumori koji se pojavljuju tokom zaraze HIV-om. Infekcije respiratornog sustava su česte u uznapredovaloj fazi HIV bolesti. Najčešći uzročnici bakterijskih pneumonija su *S. pneumoniae*, *H. influenzae* i *S. aureus*. Pneumonija uzrokovana gljivom *Pneumocystis jiroveci* je najčešća oportunistička infekcija pluća. PCP kod osoba zaraženih HIV-om obično se manifestuje vrućicom i respiratornim simptomima kao kašalj (obično neproduktivan), bol u grudima, dispneja i brzo zamaranje. Tuberkuloza je globalno gledajući najčešća oportunistička infekcija kod osoba zaraženih HIV-om i jedina koja se prenosi respiratornim putem. Za tuberkulozu tokom HIV infekcije je tipično često javljanje ekstrapulmonalne infekcije zajedno sa infekcijom pluća. Učestalost ekstrapulmonalne tuberkuloze je obrnuto proporcionalna broju CD4+ limfocita T (što su limfociti CD4 niži, češća je ekstrapulmonalna tuberkuloza). Liječi se kao i tuberkuloza kod osoba koje nisu zaražene HIV-om, no ponekad je potrebno duže liječenje (od 9 do 12 mjeseci). Tokom HIV bolesti može doći do patoloških promjena na svim dijelovima probavnog sistema. Najčešće su izražene promjene na ezofagusu, te dijarealni sindrom. Budući da smo danas u mogućnosti kontrolisati infekciju HIV-om i time spriječiti pojavu mnogih značajnih oportunističkih infekcija i znatno poboljšati preživljavanje, bolesti jetre uzrokovane virusima hepatitisa B i C sve više dobivaju na značaju i smrtnosti oboljelih od infekcije HIV-om. Neurološke i neuromuskularne manifestacije tokom HIV bolesti su česte i nisu uzrokovane samo oportunističkim stanjima (toksoplazmoza mozga, kriptokokni meningitis, progresivna multifokalna leukoplakija). U eri prije antiretrovirusnog liječenja, demencija uzrokovana samim HIV-om bila je značajna. Međutim, i danas takođe postoje bolesnici sa blažim kognitivnim poremećajima. Dva su tipična tumora vezana uz zarazu HIV-om: Kapošijev sarkom i ne-Hodgkinov limfom.

Literatura

- Begovac J.: Infekcija HIV-om. U: Vrhovac B. Interna medicina. 4. ed. Naprijed. Zagreb. 2009.
- Begovac J.: Bolesti pojedinih organskih sustava tijekom zaraze virusom humane imunodeficijencije. U: Infektologija – Begovac Josip, Božinović Dragomir, Lisić Miroslav, Baršić Bruno, Schonwald, Slavko (ur.). Profil. Zagreb. 2006. Str 348–356.
- Begovac J: Oportunističke infekcije i tumori tijekom zaraze virusom humane imunodeficijencije. U: Infektologija – Begovac Josip, Božinović Dragomir, Lisić Miroslav, Baršić Bruno, Schonwald, Slavko (ur.). Profil. Zagreb. 2006. Str. 356–363.
- Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). U: Principles and Practice of Infectious Diseases – Mandell G. L., Bennett J. E., Dolin R., ur. Mandell, Douglas and Bennett's. 6. izd. Churchill Livingstone. New York. 2004.
- Begovac J.: Definicije, uzročnik i dijagnostika zarazne virusom humane imunodeficijencije. U: Infektologija – Begovac Josip, Božinović Dragomir, Lisić Miroslav, Baršić Bruno, Schonwald, Slavko (ur.). Profil. Zagreb. 2006. Str. 338–340.
- Begovac J.: Imunopatogeneza, imuni odgovor i imunološki poremećaji tokom zaraze virusom humane imunodeficijencije. U: Infektologija – Begovac Josip, Božinović Dragomir, Lisić Miroslav, Baršić Bruno, Schonwald, Slavko (ur.). Profil. Zagreb. 2006. Str. 340–342.
- Begovac J.: Klasifikacija, klinički tijek i praćenje bolesnika zaraženih virusom humane imunodeficijencije. U: Infektologija – Begovac Josip, Božinović Dragomir, Lisić Miroslav, Baršić Bruno, Schonwald, Slavko (ur.). Profil. Zagreb. 2006. Str. 344–348.
- Prvulović M.: HIV i AIDS za radnike u oblasti mentalnog zdravlja. Prvulović Milena, Zee Hsu, Šabović Sana, Paripović Amer, Kurtović Aida. Partnerstvo za zdravlje. Sarajevo. 2008. Str. 13–22.
- Čardaklija Zlatko et al.: Dobrovoljno povjerljivo savjetovanje i testiranje na HIV: Protokol. Partnerstvo za zdravlje. Sarajevo. 2008.
- UNAIDS, Report on the global AIDS epidemic–2010
- JZU Institut za javno zdravstvo Republike Srpske. "Izveštaj o epidemiološkom nadzoru HIV/AIDS-a", XII/2011

PREVENCIJA VERTIKALNE TRANSMISIJE HIV-A SA MAJKE NA DIJETE (PMTCT)

U oblasti ginekologije, prevencija transmisije HIV-a sa HIV+ majke na dijete je jedna od značajnijih mjera prevencije širenja HIV infekcije. U toku ove nastavne jedinice će učesnici imati priliku dopuniti znanja iz ove oblasti.

Osnovni ciljevi nastavne jedinice su:

- Pokrenuti diskusije u vezi sa načinima transmisije i prevencije HIV-a sa majke na dijete
- Pokrenuti diskusiju o načinu vođenja trudnoće kod HIV+ trudnica
- Pokrenuti diskusiju o načinu poroda kod HIV+ trudnica
- Pokrenuti diskusiju o načinu praćenja novorođenčeta i djeteta nakon poroda HIV+ žene

Nakon ove nastavne jedinice učesnici će:

- Sistematizovati znanja u vezi sa načinima transmisije i prevencije prenosa HIV infekcije sa majke na dijete
- Formulirati proceduru vođenja trudnoće u ginekološkoj službi kod HIV+ žena i puteve saradnje sa drugim medicinskim granama, poštujući pravo na privatnost oboljele osobe
- Formulirati proceduru o načinu završavanja poroda kod HIV+ žena
- Formulirati proceduru praćenja novorođenčeta kod HIV+ majki

Prijedlog strukture nastavne jedinice (45 min.)

Korak	Vrijeme	Metod/način rada	Fokus
1.	10 min.	Vježba	Načini vertikalne transmisije HIV-a
2.	20 min	Predavanje	PMTCT
3.	15 min.	Rad u malim grupama	
Prezentacija i diskusija			Formulirati proceduru za vođenje trudnoće i načinu završavanja poroda kod HIV+ žena

Potreban materijal za nastavnu jedinicu:

- Olovke, markeri
- Tabla i papiri za tablu
- Papir A4

Planirane aktivnosti

Korak 1 – 10 min.

Vježba

Upitati učesnike o načinima vertikalne transmisije HIV-a, da li su se njihovi pacijentkinje tokom trudnoće testirali na HIV i da li su prije toga savjetovane i dale svoj pristanak za testiranje, da li to namjeravaju uraditi i prilikom sljedeće trudnoće? Ukoliko imaju ta iskustva, ohrabrite učesnike da ih podijele sa grupom.

Korak 2 – 20 min.

Predavanje

Predavanje uskladiti sa prethodnom diskusijom, uvažavajući postojeće znanje. Iz teksta brošure treba napraviti koncizan izbor relevantnih informacija.

Korak 3 – 15 min.

Rad u malim grupama

Učesnike podijeliti na grupe sa po 4-5 članova; u grupi obavezno trebaju biti i babice i ginekolozi. Svaka grupa treba predložiti proceduru vođenja trudnoće i načina završavanja poroda kod HIV+ žena u njihovoj ustanovi. Rad u grupama traje 10 minuta, a nakon toga ide prezentacija po grupama.

Referentni materijal za nastavnu jedinicu 3 Prevenција vertikalne transmisije HIV-a sa majke na dijete (PMTCT)¹⁰

Kod HIV+ trudnica i porodilja postoji veliki rizik od vertikalne transmisije HIV infekcije na dijete intaruterino, za vrijeme poroda ili prilikom dojenja. Bez uvođenja antiretrovirusne terapije, rizik od prenošenja HIV-a sa majke na dijete (MTCT) je 15–30% kod populacije koja ne doji; dojenjem se rizik povećava na 20–45%. Metode za prevenciju prenošenja HIV-a sa majke na dijete postoje. Tamo gdje su ove intervencije uveliko dostupne i gdje se koriste, zabilježena je stopa MTCT-a od 1 ili 2%. One uključuju:

- Profilaksu antiretrovirusima (ARV) za vrijeme trudnoće, poroda i prvih sedmica života
- Akušerske intervencije, uključujući carski rez prije početka trudova
- Izbjegavanje dojenja

Svjetska zdravstvena organizacija navodi četverostepeni sveobuhvatni strateški pristup prevenciji HIV infekcije kod novorođenčadi i male djece:

1. Primarna prevencija HIV infekcije
2. Prevencija nenamjernih trudnoća kod žena zaraženih HIV-om
3. Prevencija prenošenja HIV-a sa majke na novorođenče
4. Liječenje, njega i podrška za majke zaražene HIV-om i njihove porodice

Kod neliječenih žena je rizik od prenošenja vezan za zdravlje majke, akušerske faktore i prijevremeni porod. Generalno, postoji tijesna linearna korelacija između količine virusa kod majke i rizika od prenošenja, ali su zabilježeni rijetki slučajevi prenošenja, čak i kada je viremija u plazmi bila manja od 400 HIV RNK kopija/mL. Jedinu akušerski faktori koji se dosljedno povezuju sa rizikom od prenošenja su način poroda, trajanje ruptur membrane i porod prije 32. sedmice trudnoće.

Prevencija vertikalne transmisije HIV-a sa majke na dijete (PMTCT) trebala bi biti dio kontinuirane njege za žene zaražene HIV-om i njihovu djecu. Službe koje se bave PMTCT-om trebale bi biti povezane sa drugim relevantnim vladinim i nevladinim službama koje djeluju u oblastima kao što su njega i liječenje HIV-a, reproduktivno zdravlje, pedijatrijska njega, liječenje zavisnosti o drogama, smanjenje štete, psihološka podrška, zaštita djeteta itd. Trudnice koje su injekcioni korisnici droga trebale bi imati isti pristup zdravstvenim uslugama bez diskriminacije – uključujući antiretrovirusnu terapiju (ART), izbor metode reprodukcije, PMTCT i porodiljsku njegu kao i trudnice koje ne koriste droge. Sva medicinska dokumentacija, bez obzira da li ona uključuje informacije o HIV-u, treba se tretirati u skladu sa odgovarajućim standardima povjerljivosti. Samo zdravstveni radnici sa direktnom ulogom u vođenju slučaja pacijenta ili klijenta trebaju imati pristup takvoj dokumentaciji, i to samo ako je zaista potrebno.

10 Preuzeto iz: "Ginekološka praksa i HIV". Partnerstvo za zdravlje. Sarajevo. 2010.

Upravljanje PMTCT-om u antenatalnim zdravstvenim ustanovama i porodilištima

Randomizirani kontrolisani pokusi, otvoreni (engl. open-label) pokusi i opservacione studije dokazali su efikasnost ARV profilakse i carskog reza kod PMTCT-a.

- Pokazalo se da Zidovudin (ZDV) koji se majci i novorođenčetu daje u ranoj fazi trudnoće, za vrijeme trudova i poroda, te postpartum, smanjuje vertikalno prenošenje sa 25,5% na 8,3% kod populacije koja ne doji.
- Kod parova majki i djece koji uzimaju trojnu terapiju, uključujući inhibitor proteaze (PI), stopa MTCT-a može pasti na 0,9-1,3%.
- Zaštitna uloga carskog reza pokazana je kako u meta-analizi tako i u randomiziranom kliničkom pokusu prije rasprostranjene upotrebe kombinovane terapije u trudnoći.

Međutim, sve više opservacijskih podataka koji ukazuju na vrlo mali nivo prenošenja kod žena na terapiji sa nedetektovanim količinama virusa koje imaju vaginalni porod doveli su do promjena u savjetovanju o metodi poroda.

Ako se odluči na carski rez prije početka trudova radi sprečavanja prenošenja HIV-a, on bi se trebao uraditi u 38. sedmici trudnoće, u skladu sa najboljom kliničkom procjenom, dok bi se amniocenteza trebala izbjegavati.

Primjena ARV režima radi PMTCT-a trebala bi se razmotriti u konsultaciji sa službom za antenatalnu njegu i specijalistima za HIV.

Paket intervencija za prevenciju kod trudnica trebao bi se bazirati na:

- Potrebi za ART-om
- Starosti trudnoće kod prezentacije slučaja
- Nivou zdravstvene ustanove (primarna zdravstvena zaštita, specijalistički nivo)
- Istoriji prethodne upotrebe ARV-a
- Prisutnosti konkomitentnih bolesti ili stanja
- Dostupnosti ARV-a

Za trudnice koje su zaražene HIV-om, stope PMTCT-a su iste i za one koje uzimaju droge i za one koje ne uzimaju.

Svjetska zdravstvena organizacija je 2010. godine izdala novi vodič za prevenciju vertikalne transmisije HIV-a sa majke na dijete u toku trudnoće, poroda i za vrijeme dojenja. Ako bi se ovaj vodič mogao primjenjivati gdje god je to potrebno, on bi stvorio dobru osnovu za prevenciju vertikalne transmisije i značajno smanjio broj pedijatrijskih HIV infekcija. U početku, sprečavanje vertikalne transmisije je realni zdravstveni cilj.

Većina HIV pozitivnih trudnica može se svrstati u jednu od niže navedenih kategorija:

- One kojima trenutno ne treba ART zbog njihovog zdravlja
- One kojima treba ili kojima bi mogao trebati ART zbog njihovog zdravlja
- One koje su počele sa primjenom ART-a prije trudnoće

Glavne preporuke u vodiču iz 2010. godine su sljedeće:

- Što ranija primjena ART-a za što veći broj HIV+ trudnica je korisna kako za majku, tako i za prevenciju vertikalne transmisije za vrijeme trudnoće, poroda i za vrijeme dojenja
- Dugotrajna upotreba ARV profilakse kod HIV+ trudnica sa relativno jakim imunološkim sistemom, kojima terapija nije potrebna zbog njihovog zdravlja znatno će smanjiti rizik od vertikalne transmisije.

Revidirani vodič iz 2010. godine nudi dva ključna pristupa:

- Dugotrajna upotreba ART-a je potrebna kod HIV+ trudnica zbog njihovog zdravlja, što je takođe efikasno i za prevenciju vertikalne transmisije HIV-a
- Kratkotrajna profilaksa za prevenciju vertikalne transmisije za vrijeme trudnoće, poroda i dojenja kod HIV+ trudnica kojima nije potrebno liječenje zbog njihovog zdravlja

Načini liječenja

Vodič koji je izdat 2006. godine je počinjao sa dugoročnom upotrebom ART kod HIV+ trudnica kod kojih je broj CD4 limfocita jednak ili manji od 200 ćelija/mm³, obično kada imuni sistem trudnice nije dovoljno jak da spriječi nastanak oportunističkih infekcija, dok vodič iz 2010. godine predlaže uvođenje ART-a kod svih trudnica sa ozbiljnim kliničkim simptomima ili ako je broj CD4 limfocita jednak ili manji od 350/mm³. Novi kriteriji za uvođenje ART-a jednaki su za odrasle uopšteno, naglašavajući potrebu za određivanjem broja CD4 limfocita. Oba vodiča, i prethodni i novi, za prevenciju vertikalne transmisije sa majke na dijete preporučuju uvođenje ARV terapije ako je ona neophodna zbog zdravlja majke bez obzira na gestacionu starost trudnoće i nastavlja se u trudnoći, za vrijeme poroda i dojenja.

Za početnu terapiju u vodiču iz 2006. godine predlagala se samo jedna kombinacija lijekova, a u vodiču iz 2010. godine predlaže se više kombinacija da bi zemlje u kojima se trebaju primijeniti mogle odabrati najpovoljniju kombinaciju u skladu sa potrebama njihovog stanovništva.

U vodiču iz 2006. godine sa ARV profilaksom se počinjalo u 28. sedmici gestacione starosti trudnoće. Preporučivao se Zidovudin (AZT) dvaput dnevno, jedna doza Nevirapina, a kombinacija Zidovudina i 3TC za vrijeme poroda i jednu sedmicu nakon poroda i kod novorođenčadi jednu sedmicu nakon rođenja.

Vodič iz 2010. godine nudi dvije opcije, gdje se sa primjenom počinje rano u trudnoći.

- **Opcija A:** Dvaput dnevno se daje Zidovudin i majci i djetetu kao profilaksa uz Zidovudin ili Nevirapin još šest sedmica nakon poroda, ako dijete ne doji.
- **Opcija B:** Trojna ARV profilaksa se preporučuje majci za vrijeme trudnoće i u periodu dojenja, a djetetu šest sedmica nakon rođenja, bez obzira da li doji ili ne.

U mnogim zemljama, zdravstveni sistem, a ni majke individualno nisu bile u mogućnosti da nađu adekvatnu i sigurnu zamjenu za dojenje. HIV+ majke su suočene sa dilemom da li novorođenčetu pružiti sve prednosti dojenja i izložiti

ih riziku od HIV infekcije ili ne doći ih, a izložiti ih riziku neishranjenosti i dijareje. U vodiču iz 2006. godine nije data podrška upotrebi ARV profilakse za prevenciju vertikalne transmisije u periodu dojenja. Od tada do danas je urađeno nekoliko kliničkih istraživanja koja su pokazala efikasnu i prihvatljivu ARV profilaksu u periodu dojenja.

Vodič iz 2010. godine o HIV-u i ishrani djece je kreiran na novim preporukama za dugoročni ART i nudi dvije opcije za profilaksu HIV+ majki koje doje a ne uzimaju ART.

Efikasnost ARV-a u redukciji vertikalne transmisije dojenjem nastala je zahvaljujući dvjema ključnim promjenama u odnosu na prethodni vodič:

1. Kliničari su odlučili da zdravstveni sistem savjetuje i da podršku HIV+ majkama na dva načina: ili da doje i prime ARV profilaksu ili da ne doje i na taj način sačuvaju novorođenče od HIV infekcije.
2. Za HIV+ majke koje odluče da doje i primaju ARV profilaksu mogu da doje u prvih šest mjeseci i uvode drugu hranu, a mogu da nastave dojeti i do godinu dana.

Vodič iz 2010. godine ima veliki potencijal da zaštiti zdravlje majke i da smanji vertikalnu transmisiju na 5% ili niže kod HIV+ majki koje doje, sa 35% kolika je bila vertikalna transmisija kod HIV+ majki koje doje a nisu koristile ARV profilaksu. Novi vodič nudi sjajnu priliku za sve zemlje da smanje broj pedijatrijskih HIV infekcija, a usto značajno smanjuje i mortalitet kod novorođenčadi.

Prenošenje i način poroda

Planirani carski rez u 38. sedmici trudnoće preporučuje se ženama čiji je nivo HIV RNK >1.000 kopija/mL pred porod (bilo da uzimaju antepartum antiretrovirusne lijekove ili ne), kao i ženama sa nepoznatim nivoom HIV RNK pred porod.

- Nije jasno da li porod carskim rezom nakon rupture membrana ili pojave trudova pomaže u sprečavanju perinatalnog prenošenja. Liječenje žena koje su prvobitno bile planirane za porod carskim rezom, a koje prezentiraju rupturu membrana ili imaju trudove, mora se individualizirati prema trajanju ruptore, progresiji trudova, nivou HIV RNK u plazmi, trenutnoj antiretrovirusnoj terapiji, te drugim kliničkim faktorima.
- Ne postoji dovoljan broj podataka da bi se evaluirala potencijalna prednost poroda carskim rezom u smislu prevencije perinatalnog prenošenja kod trudnica koje uzimaju kombinaciju antiretrovirusnih lijekova sa nivoom HIV RNK <1.000 kopija/mL u plazmi pred porod. Uzimajući u obzir nisku stopu prenošenja kod ove grupe, malo je vjerovatno da bi planirani porod carskim rezom dodatno uticao na smanjenje prenošenja. Odluke trebaju biti individualne i bazirane na razgovoru između akušera i majke.
- Iako niti jedna kontrolisana studija nije evaluirala efikasnost antimikrobne profilakse konkretno za žene zaražene HIV-om koje se podvrgavaju planiranom porodu operativnim putem, profilaktička upotreba antibiotika u vrijeme poroda carskim rezom generalno se preporučuje.

- Žene bi se trebale informisati o rizicima poroda carskim rezom; rizik za ženu trebao bi se uzeti u obzir zajedno sa potencijalnom koristi koja se očekuje za novorođenče.

Ako se ženi dozvoli da se porodi vaginalnim putem, trebalo bi, po mogućnosti, izbjegavati skalp elektrode i druge vidove invazivnog praćenja, kao i operativni vaginalni porod.

Njega novorođenčeta

Neonatalna PEP trebala bi se dati odmah nakon rođenja, a poželjno je unutar četiri do dvanaest sati nakon poroda, što je naročito važno u slučajevima gdje majka nije primila nikakav ART. Prema studiji PACTG 076, ZDV je davan u periodu od šest sedmica nakon rođenja, što je vremenom postao standard njege. Međutim, prema jednoj tajlandskoj studiji, u kojoj je kratka terapija od tri dana u sklopu neonatalnog liječenja upoređena sa šest sedmica, nije došlo do povećanog prenošenja u slučajevima gdje je majka primala ZDV od 28. sedmice trudnoće. U Velikoj Britaniji, novorođenčad se liječi četiri sedmice u skladu sa preporukama za PEP u drugim situacijama. Trajanje PEP-a prema smjernicama u SAD-u još uvijek je šest sedmica.

U našim uslovima trebalo bi izbjegavati običaj da novorođenče podoji druga porodilja ukoliko njegova majka nema mlijeka u prvim satima nakon poroda, zbog toga što je sve veći broj HbsAb+, HCV + trudnica i HIV+ porodilja čiji status nije poznat, pa postoji mogućnost prenosa infekcije, a da niko nije upoznat sa potencijalnom opasnošću od infekcije.

Literatura

- Sexually transmitted infections/HIV/AIDS programme. Prevention of HIV transmission from HIV-infected mothers to their infants. U: HIV/AIDS treatment and care. Clinical protocols for the WHO European Region. WHO. Copenhagen. 2007.
- British HIV Association and Children's HIV Association guidelines for the management of HIV infection in pregnant women 2008. HIV medicine (2008) 9. Str. 452-502.
- Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1 infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States. Panel on Treatment of HIV-Infected Pregnant Women and Prevention of Perinatal Transmission. <http://aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/PerinatalGL.pdf>
- EACS guidelines. November 2009. <http://www.europeanaidscinicalsociety.org>
- <http://www.who.int/hiv/pub/mtct/PMTCTfactsheet/en/index.html>

DOBROVOLJNO I POVJERLJIVO SAVJETOVANJE I TESTIRANJE TRUDNICA: ULOGA GINEKOLOGA, BABICA I PSIHOLOGA

U oblasti ginekologije, savjetovanje o prevenciji prenosa HIV-a sa majke na novorođenče je jedna od najznačajnijih mjera prevencije HIV infekcije. U toku ove nastavne jedinice će učesnici imati priliku dopuniti znanja iz ove oblasti.

Osnovni ciljevi nastavne jedinice i zadaci trenera su:

- Uvjeriti učesnike u neophodnost dobrovoljnog savjetovanja kao preventivne mjere za HIV infekciju
- Promovisati ideju o potrebi dobrovoljnog testiranja na HIV kod svih trudnica zbog ranog otkrivanja HIV statusa i planiranja medicinske intervencije u trudnoći i porodu
- Utvrditi procedure savjetovanja HIV+ trudnice u ginekološkoj službi i puteve saradnje sa ostalim medicinskim granama, poštujući pravo na tajnost i privatnost oboljele, ne uskraćujući joj praćenje trudnoće propisano za sve trudnice u dijagnostičkom i terapijskom smislu

Nakon ove nastavne jedinice učesnici će:

- Imati podatke o trenutno dostupnim centrima za dobrovoljno i povjerljivo savjetovanje i testiranje na HIV u Bosni Hercegovini
- Biti podstaknuti da promovišu dobrovoljno i povjerljivo testiranje kao mjeru prevencije HIV-a i AIDS-a u našem okruženju
- Biti podstaknuti da savjetuju trudnice da pristanu na dobrovoljno i povjerljivo savjetovanje u DPST centrima
- Upotpuniti znanja u vezi sa procedurama savjetovanja HIV+ trudnica

Prijedlog strukture nastavne jedinice (45 min.)

Korak	Vrijeme	Metod/način rada	Fokus
1.	10 min.	Iskustvena vježba – intervju	Upitati sve učesnike šta misle o testiranju svake trudnice na HIV
2.	20 min.	Predavanje	DPST trudnica: Uloga ginekologa, babice i psihologa
3.	15 min.	Rad u malim grupama Prezentacija i diskusija okruženju	Planiranje i prezentacija procedura za savjetovanje HIV pozitivne trudnice u našem

Potreban materijal za nastavnu jedinicu:

- Olovke, markeri
- Tabla i papiri za tablu
- Papir A4
- Prilog 5 za učesnike: „Lista centara za dobrovoljno i povjerljivo savjetovanje i testiranje na HIV u Bosni i Hercegovini“

Planirane aktivnosti

Korak 1 – 10 min.

Iskustvena vježba – Intervju

Treba upitati sve učesnike šta misle o testiranju svake trudnice na HIV. Kakva su njihova lična iskustva? Šta misle o porodu žene koja je HIV pozitivna? Kako bi se oni ponašali kao profesionalci?

(Razgovor treba voditi u opuštenoj atmosferi navodeći učesnike da se u što većem broju izjasne o navedenim situacijama – pritom treba voditi računa o vremenu.)

Korak 2 – 20 min.

Predavanje

Predavanje treba uskladiti sa prethodnom diskusijom, uvažavajući postojeće znanje. Iz teksta priručnika treba napraviti koncizan izbor relevantnih informacija, a učesnicima podijeliti Prilog 5: „Lista centara za dobrovoljno i povjerljivo savjetovanje i testiranje na HIV u Bosni i Hercegovini“.

Korak 3 – 10 min. + 5 min.

Rad u malim grupama

Učesnike treba podijeliti u grupe od po 4–5 osoba. Zadatak za grupu je planiranje procedura za vođenje trudnoće/poroda kod HIV pozitivne trudnice u ustanovi u kojoj rade i za šire preventivno djelovanje (10 min.).

Prezentacija ide po grupama (5 min.). Ostali učesnici postavljaju pitanja i daju svoje komentare.

Referentni materijal za nastavnu jedinicu 4 DPST trudnica: Uloga ginekologa, babice i psihologa

Ginekološko-akušerske službe trebale bi imati procedure za savjetovanje HIV pozitivnih (HIV+) trudnica u cilju prevencije vertikalne transmisije HIV infekcije sa majke na dijete, s obzirom da je sve veći broj intravenoznih korisnica narkotika i HIV+ žena u reproduktivnoj dobi koje bi željele potomstvo. Neophodno je razvijati saradnju i sa drugim medicinskim i nemedicinskim ustanovama koje se bave liječenjem i podrškom HIV+ ženama i intravenoznim korisnicama narkotika u generativnom dobu, jer je kompleksan i veliki problem obezbijediti pristup, njegu, podršku i medicinske intervencije ženama koje su HIV+ ili koriste narkotike intravenozno.

Prvi kontakt HIV+ žene u reproduktivnoj dobi bi mogao biti upravo sa ginekološkim timom - ginekolog i babica - kojem se žena obraća zbog savjeta, pomoći i praćenja.

Sva medicinska dokumentacija trudnice zaražene HIV-om treba biti povjerljiva i samo zdravstveni radnici koji se bave liječenjem i trudnica trebaju imati pristup ovoj dokumentaciji. Ginekološki tim bi pratio trudnoću, dok osnovnu bolest vodi infektolog u konsultaciji sa specijalistom za HIV. Trudnica svu dokumentaciju nosi sa sobom, sa kontaktom telefonom i preporukom o daljnjem tretmanu.

Bez obzira na savjetovanje koje provode službe koje se bave dijagnostikom i liječenjem HIV pozitivnih osoba, u okviru ginekološke službe trebalo bi ovim trudnicama omogućiti dodatno savjetovanje, gdje je nezaobilazna uloga izabranog ginekologa i babice, pogotovo ako se u toku pregleda otkrije bolest koja je često udružena sa HIV-om.

Ginekolog koji vodi trudnoću najvažnija je karika u dugačkom lancu podrške HIV+ trudnici i on koordinira sve neophodne radnje i olakšava HIV+ trudnici pristup svim relevantnim jedinicama. Mali broj žena odbija testiranje na HIV ako je test besplatan i ako u toku savjetovanja pred test shvate da pristup njihovoj trudnoći nije drugačiji od ostalih trudnica, te da je test dio rutinskih analiza koje se praktikuju na početku svake trudnoće. Ovakav pristup ih ne stigmatizuje.

Zadaci ginekologa su brojni i kod HIV+ žena u reproduktivnoj dobi koje znaju svoj status, a žele da rode. Savjetovanje tih osoba je neophodno prije oplodnje radi pomoći da se donese odluka kada je optimalno vrijeme za trudnoću da bi se smanjio rizik od polnog prenošenja HIV-a na seksualnog partnera za vrijeme oplodnje. Pomoć je različita kod plodnih i neplodnih parova.

Plodni parovi: Kod plodnih parova sa različitim serostatusom, gdje je žena HIV pozitivna, vještačka oplodnja bi se trebala ohrabrivati. Kućno vještačko oplođavanje - unošenjem u vaginu sperme sakupljene u kondomu nakon polnog odnosa koristeći jednostavnu špricu ili neko drugo čisto sredstvo, nakon savjeta o prepoznavanju i identificiranju plodnog perioda, može predstavljati način da se začne, a da se muški partner ne zarazi.

Bračni parovi gdje je muškarac HIV pozitivan imaju manje izbora za sigurnu oplodnju za bračnog partnera seronegativnog djeteta. Međutim, primjena

metode pranja sperme kako bi se smanjio nivo HIV-a u sjemenu omogućio je mnogim muškarcima koji žive sa HIV-om da postanu očevi seronegativne djece. Zapravo, sa opranom spermom koja je imala nedetektovanu količinu virusa postoji minimalan rizik od prenošenja HIV-a na partnerku i djecu.

Ako su i muškarac i žena HIV pozitivni, metoda pranja sperme može se primijeniti kako bi se ograničio rizik za ženu od HIV superinfekcije.

Neplodni parovi: Ako godinu dana nakon normalnih seksualnih odnosa izostane trudnoća, parovi se mogu uputiti na savjetovanje i liječenje neplodnosti. Metode asistirane oplodnje dostupne su u za to opremljenim centrima. Usvajanje djece takođe bi se trebalo uzeti kao mogućnost.

Porod vodi upoznati tim, odnosno ginekolog i babica. Babica kao dio ginekološkog tima prva uspostavlja kontakt sa HIV+ trudnicom pri ulasku u porodilište i mora biti dovoljno edukovana o HIV-u da bi pravilno postupila prema HIV+ trudnici. Babica mora imati dovoljno znanja i informacije koje su to procedure bitne pri prijemu i obradi HIV+ trudnice. Tačnije, babica mora imati dovoljno informacija o načinima prenosa i vertikalnog prenosa HIV infekcije da bi mogla posvjetoovati trudnicu, zaštititi sebe i okolinu, a pri tome nestigmatizirati i nediskriminirati samu porodilju. Kasnije ona preuzima brigu o novorođenčetu i porodilji, tako da je ona kontinuirano u kontaktu sa porodiljom, a kasnije i sa novorođenčetom. Njena uloga je bitna i mora biti na nivou zadatka.

Psiholog u okviru tima ima bitnu ulogu i trebao bi dati podršku pozitivnom življenju cjelokupne porodice nakon saznanja žene ili trudnice da je HIV pozitivna. HIV infekcija pogađa sve dimenzije ljudskog života: fizičku, psihološku, socijalnu i duhovnu. Stres prouzrokovan življenjem sa hroničnom bolešću koja je neizlječiva može dovesti do serije psiholoških reakcija, koje za posljedicu imaju veliku patnju i otežano funkcionisanje.

Ovakvo otežano funkcionisanje i patnja mogu umanjiti otpornost na druga popratna stanja i doprinijeti smanjenoj održivosti terapije i lijekova koji se koriste u tretmanu HIV infekcije. Zbog toga je veoma važno obezbijediti kontinuiranu podršku osobama oboljelima od HIV/AIDS-a u cilju mobilizovanja postojećih resursa osobe kako bi se ona što bolje nosila s postojećom situacijom te osiguravanje relevantnih informacija i pomoći pri rješavanju nepredvidivih problema. Adekvatna podrška prijeko je potrebna kad se osoba nađe u kriznom periodu, npr. neposredno nakon dijagnostikovanja bolesti ili nakon što je doživjela značajan gubitak.

S obzirom da je HIV hronična i neizlječiva bolest, prihvatanje tog novonastalog stanja od strane pojedinca je dugotrajan proces koji zahtijeva podršku i pomoć profesionalaca kao što je psiholog. HIV pozitivne osobe nakon otkrivanja pozitivnog statusa suočavaju se sa nizom pitanja kao što su: Kako nastaviti živjeti i provesti ostatak života? Kako saopštiti svoj HIV status drugima i da li ga saopštiti? S obzirom da je HIV povezan sa velikim stepenom stigmatizacije, kod HIV pozitivnih osoba je prisutan strah od društvene osude, strah od gubitka posla, prijatelja, medicinske pomoći i sl. Stoga se velik broj osoba zaraženih HIV-om iz navedenih razloga odlučuje za šutnju.

Ako se HIV pozitivan status otkrije tokom trudnoće, javlja se niz emocionalnih reakcija, dilema i strahova. Da li zadržati dijete? Da li će dijete biti zdravo? Kako će HIV status uticati na porodicu? Tokom suočavanja sa bolešću se kod osoba javlja niz emocija i stanja kao što su strah, osjećaji gubitka, negiranje, krivice,

kajanja, ljutnje, bespomoćnosti, anksioznosti i sl. Suočavanje sa HIV/AIDS-om može voditi u ozbiljne poremećaje kao što su depresija, suicidalno ponašanje, psihotične reakcije i sl., što direktno zavisi od socijalnih okolnosti u kojima se osoba nalazi, ličnih karakteristika, kao i nekih nasljednih i bioloških faktora.

Trudnoća je veoma osjetljiv period za ženu koja u tom periodu doživljava niz tjelesnih, hormonalnih, emocionalnih i psiholoških promjena. Žena koja otkrije da je HIV pozitivna u trudnoći – bez obzira da li je taj rezultat očekivala ili nije – pod velikim je rizikom od nastanka različitih poremećaja u oblasti mentalnog zdravlja.

S obzirom da suočavanje sa HIV infekcijom predstavlja veliki stres u životu individue koji može direktno uticati na medicinski tretman i ishod terapije, veoma je važna uloga psihologa u poboljšanju kvaliteta života osoba koje žive sa HIV/AIDS-om. Intervencije koje doprinose poboljšanju kvaliteta života uključuju psihosocijalnu podršku i tretman koji uključuje suočavanje i prevladavanje stresora. Najčešće se u radu sa osobama koje žive sa HIV/AIDS-om koriste kognitivno-bihejvioralne intervencije koje uključuju tehnike sticanje svijesti o negativnom uticaju stresa i negativnih misli i uvjerenja, kognitivne tehnike rekonstruisanja, tehnike relaksacije i sl.

Situacije u kojima psiholog može pomoći osobi u prevladavanju stresnih situacija su:

- Anksioznost i depresivne reakcije
- Zagovaranje sigurnog seksa
- Podrška kod početka ili završetka terapije
- Prihvatanje i suočavanje sa tjelesnim promjenama
- Gubitak
- Seksualni problemi
- Poremećaji spavanja
- Teškoće u međuljudskim odnosima
- Saopštavanje HIV statusa porodici, prijateljima, djeci i sl.
- Istraživanje životnih mogućnosti nakon suočavanja sa hroničnom neizlječivom bolešću i planiranje budućnosti
- Podrška porodici i partneru

Dobrovoljno i povjerljivo testiranje i savjetovanje trudnica

Antenatalno savjetovanje o HIV-u i testiranje trudnica predstavlja efikasnu medicinsku intervenciju koja doprinosi smanjenju stope prenošenja HIV-a sa majke na dijete. Pored toga, ona je važna tačka za liječenje i njegu HIV+ žena i njihove djece. Svrha testiranja na HIV je da se identifikuje svaka trudnica koja je zaražena HIV-om što je prije moguće kako bi se uveo paket intervencija za PMTCT i minimizirao rizik od prenošenja HIV-a na bebu za vrijeme trudnoće, poroda i u puerperiumu.

Testiranje se obavlja u skladu sa državnim protokolom o dobrovoljnom, povjerljivom savjetovanju i testiranju na HIV, a koji je ustanovljen na osnovu smjernica Svjetske zdravstvene organizacije.

Prema najnovijim instrukcijama UNAIDS-a, savjetovanje o HIV-u je definirano kao: „povjerljivi dijalog između neke osobe i pružaoca njege (zdravstvenog radnika), koje ima za cilj da omogući toj osobi da savlada stres i donese lične odluke u vezi sa HIV-om i AIDS-om. Proces savjetovanja uključuje procjenu ličnog rizika od prenosa HIV-a i podsticanje preventivnog ponašanja.”¹¹

Procedura savjetovanja radi utvrđivanja HIV statusa trebala bi uključiti:

- Savjetovanje prije testa radi informisanog pristanka trudnice na testiranje
- Serološko testiranje na antitijela HIV-a (tipično ELISA i/ili brzi testovi), nakon čega slijedi Western blot test za potvrđivanje ako je rezultat pozitivan
- Savjetovanje poslije testa, uključujući informacije o smanjenju rizičnog ponašanja, bez obzira na rezultate

Specifični ciljevi savjetovanja o HIV-u su:

- Prevencija prenošenja HIV-a putem usvajanja informacija o HIV-u i podsticanja promjene ponašanja
- Emocionalna podrška onima koji žele da razmotre testiranje na HIV tako da se osposobe da donesu odluku o testiranju
- Pomoć u prihvatanju serostatusa i suočavanju sa njim
- Ublažavanje stava da se HIV dešava jedino marginalizovanim grupama ljudi
- Ublažavanje stigme prema osobama koje žive sa HIV-om i AIDS-om
- Podrška javljanju u socijalnu službu i peer-podrška
- Promocija ranog tretmana oportunističkih infekcija i seksualno prenosivih bolesti
- Smanjenje mogućnosti vertikalnog prenosa sa majke na dijete¹².

Uz pristanak pacijenta, savjetovanje se može proširiti: na bračne drugove, ostale seksualne partnere, članove porodice koji su spremni pružiti podršku, kao i na prijatelje. Savjetnici mogu biti iz raznih društvenih slojeva i sredina, raznovrsnog stepena i vrste obrazovanja, a mogu uključivati: zdravstvene radnike, socijalne radnike, volontere, ljude koji žive sa HIV-om kao i druge članove zajednice (kao što su učitelji, vjerski radnici/vođe itd.).

Kod žena zaraženih HIV-om je potrebna dodatna evaluacija u saradnji sa specijalistom za HIV kako bi se odredio klinički stadij i izradila strategija za upravljanje PMTCT-om.

Među ključnim aspektima savjetovanja prije testiranja na HIV su identifikacija bilo koje vrste upotrebe droga (uključujući intravenoznu upotrebu droga) i evaluacija rizika od izloženosti žene HIV-u od strane polnog partnera. Upotreba droga, a posebno ovisnost o drogama, mogu imati veliki uticaj na trudnoću i razvoj ploda, te traži posebnu medicinsku pomoć za vrijeme trudnoće, poroda i u puerperiumu kako za majku, tako i za plod/novorodjenče.

11 Voluntary Counseling and Testing, Technical Update. UNAIDS. 2000.

12 VCT Toolkit: Voluntary Counseling and Testing for HIV: A Strategic Framework. Family Health International. 2003.

Nakon inicijalne evaluacije, trudnice koje su zaražene HIV-om trebale bi se savjetovati o sljedećim pitanjima ako su relevantna za njihovo stanje:

- Upotreba kondoma radi prevencije polnog prenošenja HIV-a i drugih seksualno prenosivih infekcija
- Rizik od prenošenja HIV-a na plod/novorodenče i kako ga spriječiti
- Rizici i prednosti ARV profilakse kao dijela strategije PMTCT-a
- Rizici od perinatalnog prenošenja virusa hepatitisa B i C (HBV i HCV) i kako ih smanjiti
- Rizici od perinatalnog prenošenja sifilisa, i potreba za liječenjem sifilisa, gonoreje i klamidije kako bi se smanjio rizik od prenošenja HIV-a
- Uticaj upotrebe droga na razvoj ploda, uključujući sindrom apstinencije od droga i interakcije lijekova
- Upućivanje na programe smanjenja štete i liječenja ovisnosti o drogama, uključujući supstitucijsku terapiju kada je potrebno
- Implikacije različitih načina poroda za smanjivanje rizika od prenošenja HIV-a, uključujući prednosti i nedostatke carskog reza, te uputstvo za hranjenje novorođenčeta

Literatura

- Čardaklija Zlatko et al.: Dobrovoljno povjerljivo savjetovanje i testiranje na HIV: Protokol. Partnerstvo za zdravlje. Sarajevo. 2008.
- Voluntary Counseling and Testing. Technical update. UNAIDS. 2000.
- VCT Toolkit: Voluntary Counseling and Testing for HIV: A Strategic Framework. Family Health International. 2003.

STIGMA I DISKRIMINACIJA TRUDNICA I DJECE

U toku ove nastavne jedinice razmatraju se pojmovi stigme i diskriminacije, kao i jezički prihvatljiva terminologija. Treba pokušati kod učesnika podstaći profesionalno i ljudsko razumijevanje za trudnice i djecu koji žive sa HIV-om i AIDS-om, kao i saosjećajnost prema njima i prema činjenici da se često osjećaju odbačenim od strane društva.

Osnovni ciljevi nastavne jedinice i zadaci trenera su:

- Upoznati učesnike sa pojmovima stigme i diskriminacije
- Objasniti učesnicima zašto se više ne koristi pojam rizične grupe, već rizično ponašanje
- Usmjeravati pažnju učesnika na situacije koje su dio svakodnevnog iskustva HIV pozitivnih osoba – na radnom mjestu, u porodici, u ustanovama zdravstvene zaštite
- Podsticati razumijevanje i saosjećanje sa trudnicama i djecom koji su odbačeni iz različitih razloga

Nakon ove nastavne jedinice učesnici će:

- Moći definisati pojmove stigmatizacije i diskriminacije
- Razumjeti zašto se danas govori o rizičnom ponašanju, a ne rizičnim grupama
- Biti podstaknuti na razmišljanje koje sve situacije doživljavaju HIV pozitivne trudnice i djeca u okviru i van zdravstvenih ustanova
- Utemeljiti ili povećati stepen profesionalnog senzibiliteta i adekvatnog pristupa u radu sa ženama koje žive sa HIV-om

Prijedlog strukture nastavne jedinice (45 min.)

Korak	Vrijeme	Metod/način rada	Fokus
1.	10 min.	Iskustvena vježba	Šta znači biti drugačiji?
2.	15 min.	Predavanje i diskusija	Stigma i diskriminacija (uzroci i posljedice)
3.	10 min.	Rad u paru Analiza priloga i diskusija	Prihvatljivi pojmovi i zašto ih savjetujemo Analiza primjera stigme u BiH
4.	10 min.	Rad u maloj grupi i diskusija	Načini borbe protiv stigme i diskriminacije

Potreban materijal za nastavnu jedinicu:

- Olovke, markeri, tabla, papiri za tablu, papir A4
- Prilog 6 za učesnike: „Prihvatljivi pojmovi – nestigmatizirajući rječnik“

Planirane aktivnosti

Korak 1 – 10 min.

Uvodna vježba

Voditelj najavljuje učesnicima da će zadavati određene kriterije i poziva ih da ustanu ukoliko određeni kriterij koji bude pročitan važi za njih lično.

Upućuje ih da nakon svakog kriterija obrate pažnju na to da li je još neko ustao, i ko, te kako se osjećaju kad su u većini, manjini ili, eventualno, jedini u odnosu na neki kriterij. Voditelj izgovara sljedeće: „Neka ustanu...“

...svi koji imaju preko 35 godina.“

...svi koji su kao djeca imali neku drugu ideju o profesiji.“

...svi koji žive sa roditeljima.“

...svi koji nemaju vozačku dozvolu.“

...svi koji nikada nisu putovali na drugi kontinent.“

...svi koji su nezadovoljni svojom tjelesnom težinom.“

...svi koji imaju ravne tabane.“

...svi koji pišu desnom rukom.“

...svi koji su se nekada osjetili neuvaženi na svom poslu.“

...svi koji su doživjeli strah na svom poslu.“

...svi koji misle da se za njihov posao vezuju određene predrasude.“

...svi koji su ikada bili diskriminirani.“

...svi koji su svjesni da i sami imaju neku predrasudu.“

...svi koji znaju da se od HIV-a štite odgovarajućim ponašanjem.“

Tokom vježbe, nakon svakog zadatog kriterija, voditelj pokreće kratak razgovor, pozivajući one koji su se izdvojili da daju svoj komentar. Kada se vježba završi, voditelj treba pokrenuti diskusiju o tome kako su se učesnici osjećali tokom vježbe.

Kako su se osjećali kada su bili pripadnici većine, ili kad su bili izdvojeni od grupe, izloženi pogledima kao jedini ili u manjini? Kako su drugi doživjeli one koji su se, po nekom kriteriju, izdvojili?

Diskusiju treba voditi odmjereno i obazrivo jer zadire u privatnost učesnika, ali kao takva omogućava dobar iskustveni temelj za temu koja slijedi.

Korak 2 – 15 min.

Predavanje

Voditelj treba iz teksta brošure napraviti koncizan izbor relevantnih informacija.

Diskusiju treba nastaviti u pravcu zajedničkog navođenja primjera o tome gdje se sve sreće i na koje načine se može vršiti stigmatizacija i diskriminacija, sa posebnim akcentom na stigmatu u zdravstvenim ustanovama.

Korak 3 – 10 min.

Rad u maloj grupi – analiza i diskusija

Voditelj upućuje učesnike da se podijele u parove i diskutuju na temu: Šta su to prihvatljivi pojmovi i zašto ih savjetujemo?

Prvi zadatak je da učesnici u malim grupama pogledaju i međusobno prokomentarišu prilog o uobičajenoj i preferiranoj upotrebi određenih izraza. Voditelj afirmiše preferiranu listu kao onu za koju su se mnoge grupacije profesionalaca složile da nema elemente uvredljivosti i stigmatizacije. Voditelj podijeli prilog broj 6: „Prihvatljivi pojmovi – nestigmatizirajući rječnik“.

Korak 4 – 10 min.

Rad u maloj grupi – analiza i diskusija

Postojeći parovi se spajaju u četvorke i imaju zadatak da odgovore na pitanje:

Šta je sve, po njihovom mišljenju, potrebno učiniti da bi se u okviru zdravstvenih ustanova poboljšao odnos prema ženama koje žive sa HIV/AIDS-om?

Odgovore bilježe na samoljepljivim papirićima (dati im veći broj papirića, sa podsticajem da izdvoje najmanje 2-3 teze, a da svaku zasebno zapišu). Papiriće lijepe na tablu/veliki papir, a voditelj na kraju čita sve odgovore, odnosno prijedloge, i pokušava da ih zajedno sa svim učesnicima objedini u određene kategorije, prepozna najučestalije i slično.

Referentni materijal za nastavnu jedinicu 5 Stigma i diskriminacija trudnica i djece

Najveće smetnje prevenciji širenja virusa, osiguranju adekvatne njege, podrške i liječenja su stigma i diskriminacija. Stigma i diskriminacija u vezi sa HIV/AIDS-om su univerzalne i događaju se u svim zemljama i regijama u svijetu.

Stigma se može definisati kao pojava koja značajno diskredituje pojedinca u očima drugih ljudi. Posljedice stigme znatno djeluju na način na koji pojedinci doživljavaju sami sebe. Stigma je razarajući osjećaj na individualnom nivou jer izaziva osjećaj srama, krivice i izolacije. Važno je naglasiti da je stigmatizacija proces, te ga treba definisati kao proces devaluacije, a ne kao statički fenomen. Stigmatizacija je uvijek ukorijenjena u sistemu negativnih stavova koji inače postoje u zajednicama i kulturama, te se odvija u kontekstu povezivanja ljudi s HIV/AIDS-om, s društveno stigmatiziranim ponašanjima u vezi sa seksualnošću, uzimanjem droge ili prodajom seksualnih usluga.

Diskriminacija nastaje kad se pojedina osoba zbog stvarne ili percipirane pripadnosti određenoj grupi stavlja u nejednak i nepovoljan položaj u odnosu na druge.

Stigmu uvijek prati diskriminacija, te su osobe s HIV/AIDS-om onemogućene u ostvarivanju ljudskih prava i temeljnih sloboda koje proizlaze iz vrijednosti ljudskog dostojanstva i jednakosti.

Kako je počela stigmatizacija i diskriminacija u vezi sa HIV-om?¹³

Prva službena obavijest o HIV-u i AIDS-u datira iz 1981. godine, iz Sjedinjenih Američkih Država. Ova bolest je 1982. godine nazvana „5H“. Naziv je ustanovljen na osnovu prvih slova rizičnih grupa kod kojih je u to vrijeme najčešće pronađen virus HIV-a.

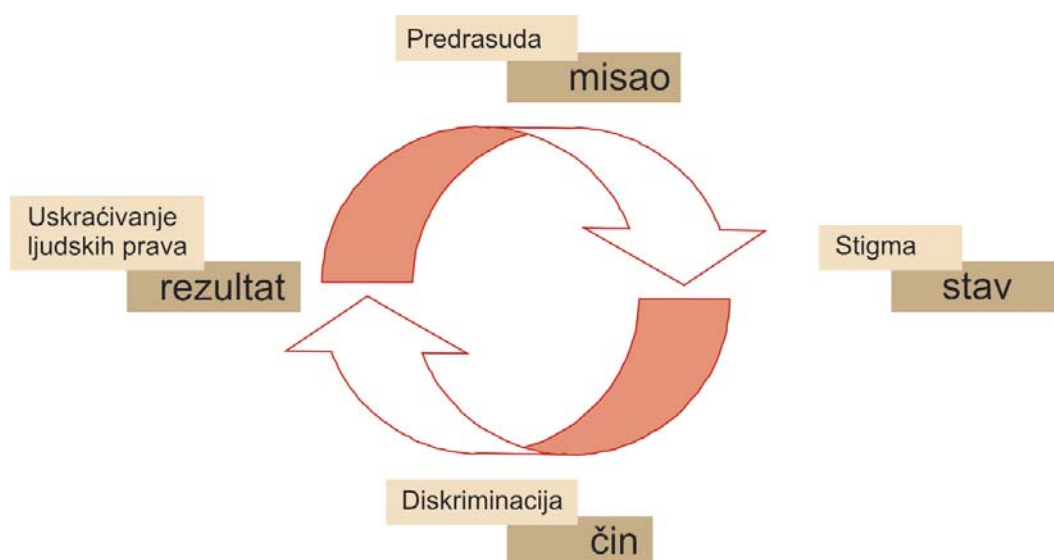
Pod „5H“ su se podrazumijevali:

1. Heroinomani, odnosno intravenozni korisnici droga, koje su u tom periodu bile najpopularnije, pa je njihovo korištenje bilo puno masovnije nego danas, kada postoji široka paleta tabletnih droga. Zajedničko korištenje igala je bilo veoma često, nekontrolisano, a neinformisanost o prenosu nove bolesti ogromna. U ovoj skupini je pronađen određeni broj HIV pozitivnih, i to ih je obilježilo decenijama unaprijed.
2. Hookers (eng. prostitutke), seksualne radnice među kojima je bilo dosta HIV pozitivnih, što je uslovljeno čestim mijenjanjem seksualnih partnera, bez zaštite.
3. Haićani, mladi stanovnici ovih egzotičnih ostrva, takođe su imali visok stepen zaraze ovim virusom, što je bio rezultat jeftinog i čestog maloljetničkog seksa sa turistima, koji je privlačio mnoge zainteresovane iz raznih zemalja.

13 Hrasnica Nada, Babić Milka, Topić Miroslava: Bosansko-engleski pojmovnik za edukatore. Connectum. Sarajevo. 2005.

4. Homoseksualci, odnosno MSM (engl. men who have sex with men) populacija, koji su, upražnjavajući nezaštićene seksualne odnose imali najveći broj inficiranih (analna sluznica je tanka, puno osjetljivija i drugačije građena od vaginalne, tako da prilikom seksualnih odnosa dolazi do mikro ili makro krvarenja, što povećava rizik prenosa).
5. Hemofiličari, koji za razliku od već navedenih grupa do tada nisu bili etiketirani i odbačeni od društva. Krv u to vrijeme nije bila kontrolisana i testirana na virus HIV-a, tako da je među ovom grupom bilo puno zaraženih. Godine 1987. otkriveno je transplacetarno prenošenje (pri porodu i dojenjem).

Već tada je društvo postavilo jake temelje stigme i diskriminacije oboljelih, označavajući „rizične grupe“ koje „mogu oboljeti“ i one ostale, „čiste“ članove društva, koji „ne mogu“ oboljeti. Ove grupe su bile diskriminirane čak i ako pojedinci nisu bili zaraženi virusom. To je tada, kao i decenijama poslije, otežavalo testiranje, registrovanje i liječenje zaraženih ovim virusom. Smatralo se da su samo tzv. rizične grupe izložene obolijevanju, a svi ostali, na neki način, zaštićeni, što je potpuno netačno.



Začarani krug stigme, diskriminacije i kršenja ljudskih (prema UNAIDS-u)

Šta je rizično ponašanje?¹⁴

Kada je bolest bolje poznata i kada su se odredili tačni putevi prenošenja, uvidjelo se da, doslovno, svako može dobiti HIV, bez obzira je li pripadnik „rizičnih grupa“.

Danas postoji veliki broj inficiranih koji stalno raste, a oni ne pripadaju etiketiranim grupama. Naziv „rizične grupe“ izbačen je iz upotrebe jer već odavno nema nikakvu svrhu, a oboljeli su iz svih segmenata društva i svih starosnih grupa. Veoma je opasno vezivati HIV i AIDS za „rizične grupe“, jer onda pojedinci

14 Ibid.

koji im ne pripadaju smatraju da su „sigurni“, te da nema potrebe koristiti zaštitu, kao što je kondom, prilikom seksualnih odnosa, i da se „sigurno“ može nastaviti rizično ponašanje. Naravno, to je ogromna greška.

Danas se umjesto „rizičnih grupa“ više govori o pojedincima sa rizičnim ponašanjem, a to su one osobe koje su se dovele u situacije da zbog neodgovornog ponašanja mogu biti zaražene (nezaštićeni seksualni odnosi, često mijenjanje partnera, korištenje tuđih igala, dodir sa krvlju druge osobe koja je moguće inficirana, a bez zaštite itd.), kao i osobe koje nemaju rizično ponašanje (zaštićeni seksualni odnosi, uzajamna vjernost partnera, korištenje zaštite u kontaktu sa krvlju drugih osoba, korištenje jednokratnih igala itd.). Ovo je već korak naprijed u suzbijanju diskriminacije u vezi sa HIV-om, jer sve članove društva stavlja u isti položaj, a njihovo ponašanje je uzrok većeg ili manjeg rizika da se zaraze HIV-om.

Osobe koje žive sa HIV-om imaju iskustvo fizičke i socijalne izolacije. Izloženi su ogovaranjima, izgubili su status i moć donošenja odluka u domaćinstvu i zajednici, kao i gubitak pristupa resursima kao što su stanovanje, zaposlenje i otežan pristup zdravstvenim ustanovama.

Osobe koje žive sa HIV-om personalizuju negativno viđenje sebe, što vodi do osjećaja krivice, samookrivljavanja, inferiornosti, samoizolacije, očaja, gubitka nade i napuštanja želje prema životu. Oni koji su u vezi sa osobama koje imaju HIV i AIDS imaju iskustvo sekundarne stigme u istim oblicima kao i kod primarne stigme. To se najjače osjeća među članovima porodice, djecom, pružaocima njege i prijateljima.

Uzroci stigme i diskriminacije

1. AIDS je bolest, opasna po život.
2. Ljudi se boje da će dobiti HIV.
3. Ponašanja koja se povezuje sa bolešću (naprimjer: seks među muškarcima, korištenje droga u injekcijama, seksualni rad) već su stigmatizirana u mnogim društvima, pa tako i u našem.
4. Za osobe koje žive sa HIV-om se često misli da su same odgovorne za dobijanje bolesti.
5. Religiozna ili moralna vjerovanja mogu voditi do zaključka da je dobijanje HIV-a rezultat moralnog grijeha (kao što je promiskuitet ili „devijantan“ seks), što zaslužuje kaznu.
6. Mnogi ljudi znaju kako se HIV prenosi, ali detaljnije znanje o ostalim aspektima HIV-a i AIDS-a je netačno ili sveukupno nedovoljno.
7. Mnogi ljudi izražavaju dobre namjere da ne stigmatiziraju, ali stigma i dalje traje jer ljudi ne priznaju riječi i akcije kao stigmatizirajuće¹⁵.

15 Disentangling HIV and AIDS Stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia. ICRW. 2003.

Posljedice stigme i diskriminacije

1. Privatno i javno otkrivanje tajne o HIV statusu je ograničeno.
2. Ljudi se srame i plaše da razgovaraju o prevenciji HIV-a sa svojim seksualnim partnerima.
3. Njega i podrška je često nedjelotvorna ako onaj koji je pruža ima stigmatizirajući stav.
4. Osobe koje imaju AIDS mogu odgađati njegu dok ne postanu jako bolesne.
5. Interna stigma i eksterna stigma vode isključenju iz društva osoba koje žive sa HIV-om i AIDS-om.
6. Stereotipi o tome da samo „rizične“ grupe dobijaju HIV.
7. Ljudi odbijaju mogućnost da oni lično mogu biti inficirani ili pogođeni HIV-om.
8. HIV se dalje širi.

Stigma u zdravstvenim ustanovama

Istraživanja koja se bave upravo stigmom u BiH nisu urađena. Analiza podataka fondacije Partnerstva za zdravlje dobijenih iz evaluacije učesnika osnovne obuke o HIV-u i AIDS-u za zdravstvene radnike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti pokazuje sljedeće¹⁶:

- 36% ispitanika ne bi dijelilo hranu sa osobom koja živi sa HIV-om.
- 4,95% ispitanika smatra da djetetu koje ima HIV infekciju ne treba dozvoliti da ide u školu.
- 8,43% ispitanika smatra da učitelju/nastavniku/profesoru koji živi sa HIV-om ne bi trebalo dozvoliti i omogućiti da radi u školi.
- 43% ispitanika smatra da prodavcu hrane koji živi sa HIV-om ne treba dozvoliti da i dalje prodaje hranu.

Prema podacima Partnerstva za zdravlje, stepen stigme kod medicinskih radnika je iznenađujuće veliki. Od 1.201 medicinskog radnika koji su anketirani, za samo 329 ili 27,4% može se reći da ne ispoljava stigmom prema osobama koje žive sa HIV-om, dok 872 ili 72,6% ispoljava stigmom prema osobama koje žive sa HIV-om.¹⁷

Primijećeno je da intenzitet, odnosno nivo stigme koju ispitanici ispoljavaju prema osobama koje žive sa HIV-om veoma varira. Rezultati prikazani prema nivou stigme su:

- 28% ispitanika ne ispoljava stigmom prema osobama koje žive sa HIV-om.
- 50% ispitanika blago ispoljava stigmom prema osobama koje žive sa HIV-om.
- 20% ispitanika izraženo ispoljava stigmom prema osobama koje žive sa HIV-om.
- sa HIV-om.

16 Evaluacija učesnika prije i nakon obuke. Osnovni kurs o HIV-u i AIDS-u za radnike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Partnerstvo za zdravlje. 2007—2008.

17 Evaluacija učesnika prije i nakon obuke. Osnovni kurs o HIV-u i AIDS-u za radnike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Partnerstvo za zdravlje. 2007-2008.

Uzevši u obzir da se ovi podaci odnose na medicinske radnike, može se pretpostaviti da je učestalost i nivo ispoljavanja stigme prema osobama koje žive sa HIV-om u generalnoj populaciji daleko veći. Nakon održavanja kursa o HIV-u i AIDS-u, 237 učesnika ili 19% umanjilo je svoju stigmu prema osobama koje žive sa HIV-om i AIDS-om, a čak 147 učesnika ili 12% potpuno je destigmatizirano.

Diskriminacijske prakse u ustanovama zdravstvene zaštite

Nažalost, u ustanovama zdravstvene zaštite diljem Bosne i Hercegovine često je prisutna diskriminirajuća praksa prema osobama koje žive sa HIV-om.

Najčešći su sljedeći oblici diskriminacijske prakse:

- Otkrivanje pacijentovog HIV statusa bez njegovog pristanka pod bilo kakvim okolnostima (drugim zdravstvenim radnicima, članovima porodice itd.)
- Zahtijevanje rutinskog, obaveznog HIV testiranja, kao uslova za pružanje njege
- Otpuštanje HIV pozitivnih pacijenata, bez obzira na ukupan zdravstveni status, odmah ili ubrzo nakon što su rezultati testa dostupni
- Segregacija ili izolacija pacijenata sa AIDS-om u posebne krevete ili prostorije u bolnici/klinici
- Odbijanje pružanja kvalitetne njege i tretmana pojedincima za koje se sumnja ili je potvrđeno da imaju HIV, uključujući i one pojedince koji pripadaju marginalizovanim grupama
- Upotreba jednokratnih posteljina ili pribora za jelo ukoliko to nije uobičajeno za sve bolesnike u toj instituciji
- Minimiziranje kontakta sa osobama za koje je potvrđeno da su HIV pozitivne – ispoljavanje neugode prilikom tretiranja HIV pozitivnog pacijenta (mijenjanje izraza lica, odbijanje da se osoba dodirne itd.)
- Informisanje pacijenata o njihovom HIV statusu i o tome da je HIV smrtonosan bez davanja ostalih informacija o opcijama tretmana
- Izražavanje ličnih vrijednosti o tome šta je ispravno ili pogrešno u vezi sa stilom života i seksualnom preferencijom i aktivnošću
- Određivanje šta će pacijent uraditi ili neće bez omogućivanja pacijentu da donese odluke koje su odgovorne i uz upoznatost sa činjenicama
- Nepružanje dostupnih informacija o načinima tretmana ili načinima pozitivnog življenja kad je HIV status potvrđen
- Odbijanje da se radi skupa sa kolegama za koje se zna da su inficirani HIV-om

Načini za borbu sa diskriminacijom u ustanovama zdravstvene zaštite

Postoje razni načini za borbu protiv diskriminacijske prakse u ustanovama zdravstvene zaštite prema osobama koje žive sa HIV-om, a prije svega potrebno je poboljšati informisanje o HIV-u i AIDS-u i upotrebu nestigmatizirajućeg govora. Stoga se preporučuje upotreba nestigmatizacijskih termina onako kako ih je definisao UNAIDS. Stigma i diskriminacija najčešće su izražene govorom.

Govor projektuje naše mišljenje o nečemu drugim ljudima, određuje nas kao osobe predstavljajući naše stavove, razmišljanja i namjere. Govor omogućava da i drugi ljudi mogu da osjete kako neku pozitivnu emociju, tako i neugodnost zbog toga što smo rekli. Sve što je vezano za HIV/AIDS jako je stigmatizirano, te je veoma važno da obratimo pažnju na ono što prokomentiramo, jer naše riječi mogu uticati negativno na život HIV pozitivne osobe ili osobe koja pripada nekoj manjinskoj skupini. Mnogi nazivi vezani za ljude inficirane virusom HIV-a su pogrdni i uvredljivi. Sljedeća tabela pokazuje na jednoj strani uobičajenu upotrebu pojedinih pojmova, a na drugoj prihvatljive termine za iste pojmove. Takve prihvatljive pojmove prvenstveno trebaju koristiti zdravstveni djelatnici u cilju što kvalitetnijeg rada sa HIV inficiranim ili oboljelim osobama.

Uobičajena upotreba	Preferirana upotreba
Osobe koje žive sa HIV-om/AIDS-om	Osobe koje žive sa HIV-om
Prostitutka	Seksualna radnica
Prostitucija ili komercijalni seksualni rad	Seksualni rad ili komercijalni seks, ili prodaja seksualnih usluga
Narkomani, intravenski korisnici droga	Injekcioni korisnici droga
Rizični seks	Seks bez zaštite
Siguran seks	Sigurniji seks (Termin siguran seks može pogrešno implicirati potpunu sigurnost.)
Dijeljenje (igala, šprica itd.)	Upotreba nesterilne opreme za ubrizgavanje (ako se odnosi na rizik od izlaganja HIV-u)
Grupe visokog (višeg) rizika	Ključna populacija sa višim rizikom
Gej/homoseksualac/biseksualac	Muškarci koji imaju seks s muškarcima (MSM) (biseksualci su osobe koji imaju polne odnose sa oba pola)
Promiskuitetan	Ovo je procjena vrijednosti koju bi trebalo izbjegavati.
Borba protiv AIDS-a	Odgovor na AIDS ¹⁸

Stigma i diskriminacija trudnica i djece

Stigma i diskriminacija trudnica i djece je zasigurno najosjetljivija tema. Zvanični stav profesionalaca, zdravstvenih radnika je najbitniji da se ne bi ugrozila reproduktivna prava i mogućnosti izbora žena koje žive sa HIV-om.

HIV+ žena ima pravo odlučiti da li da nastavi ili prekine trudnoću. HIV+ trudnice ne trebalo predstavljati kao izvor infekcije i kao nekoga ko svjesno ugrožava sopstveno dijete. Negativni stavovi u pristupu ne bi trebali biti ispoljeni ni u jednom momentu. Ginekolog ne bi trebao odbiti da pregleda HIV+ trudnicu niti

¹⁸ Prilagođeno prema Terminology Guidelines. UNAIDS. 2011.

bi trebao obaviti testiranje na HIV ako mu se to učini potrebnim, bez informisanog pristanka trudnice.

HIV+ trudnica prvi utisak o zdravstvenom sistemu i odnosu prema njoj i njenom stanju doživljava nakon susreta sa svojim ginekologom. Mi na ovim prostorima nemamo dovoljno iskustva u radu sa HIV+ trudnicama; to iskustvo su imali samo pojedinci, pa je zasigurno bolje biti pripremljen na takvu situaciju kroz edukacije, nego biti profesionalac a pružiti neadekvatnu pomoć zbog vlastitog straha i neiskustva. HIV+ trudnice zbog privatnosti radije se odlučuju za vođenje trudnoće u privatnim ordinacijama nego u državnim ustanovama, ali sam porod se mora obaviti u državnim ustanovama zbog nepostojanja privatnih porodilišta.

Ginekolog je najvažnija karika u dugom lancu podrške koji je neophodan HIV+ ženi da bi iznijela trudnoću od početka do poroda. Veoma je bitna kontinuirana saradnja sa infektologom, a po potrebi i sa specijalistom za HIV, zatim sa psihologom, koji će HIV+ trudnici pomoći da prihvati novonastalu životnu situaciju, kao i sa ostalim zdravstvenim radnicima po potrebi. Veoma je bitno HIV+ trudnici olakšati kompleksno stanje savjetima u svakoj novoj fazi trudnoće. Infektolog određuje vremenski interval u kojem je potrebno kontrolisati viremiju u krvi, a ginekolog treba nastojati da izbjegne sve invazivne procedure u trudnoći koje bi mogle dovesti do vertikalne transmisije HIV na plod. Porod treba planirati prema viremiji, koja utiče na način završavanja poroda, elektivni carski rez ili vaginalni porod. Novorođenče nakon poroda dobija antiretrovirusnu terapiju u prvim satima života da bi se smanjio broj vertikalnih transmisija u samom porodu, bez obzira zna li se nivo viremije kod majke. Dojenje ne treba preporučivati ukoliko porodilja ne prima antiretrovirusnu terapiju. Ukoliko HIV+ trudnica prima antiretrovirusnu terapiju, vremenski period do kada je dozvoljeno dojenje mora se utvrditi u saradnji sa infektologom i pedijatrom. Sve je to potrebno znati u slučaju HIV+ trudnice i porodilje da bi procenat vertikalnih transmisija bio što niži. Moramo priznati da je za to potrebna kontinuirana saradnja ginekologa, babice, trudnice, infektologa, psihologa i zato je jako bitno da zdravstveni radnici nemaju stigmatizirajući i diskriminatorni pristup HIV+ trudnicama, jer će ih to odbiti od zdravstvenih ustanova i biće prepuštene same sebi, a zdravstveni radnici će imati znatno više nepoznanica pri porodu HIV+ žena koje nisu kontrolisane.

Primjer stigme u BiH

Oženjeni muškarac (36), otac jednog djeteta, testirao se na HIV. Nalaz je bio pozitivan, a doktor o tome nije odmah obavijestio pacijenta, ali jeste obavijestio svoje kolege, medicinske radnike. Pacijent je upućen na infektivnu kliniku sa pravim imenom i prezimenom, na kartonu je napisano velikim slovima da pacijent ima HIV. Supruga i dijete, staro 4 godine, bili su HIV negativni.

Roditelji ostale djece u vrtiću u koji je išlo i pacijentovo dijete, brzo su saznali HIV status oca i tražili su da se dijete ispiše iz vrtića. Čak je jedna TV stanica objavila sliku djeteta iako dijete nije imalo HIV. Direktor je insistirao da se dijete ponovo testira i kad je ponovo dobijen negativan rezultat, dozvoljeno je da dijete ostane u vrtiću. Bilo je i specijalnih emisija na TV-u u kojima je ta tema bila obrađivana. Slučaj do kojeg uopšte nije trebalo doći je na kraju riješen, ali je za to bilo potrebno godinu dana.

(Muškarac, 36 god., i dijete, 4 god., veliko mjesto u Bosni i Hercegovini)

Literatura

- Baingana F. et al.: HIV/AIDS and Mental Health. HNP discussion paper of the WB. 2005. <http://www.wfmh.org/documents/FlorenceHIVAIDSMH.pdf>; datum pregledanja 1.10.2006.
- Stojanovski Jovana et al.: Stigma and Discrimination towards People Living with HIV and AIDS. International Aid Network. 2007.
- Disentangling HIV and AIDS Stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia. ICRW. 2003. <http://www.icrw.org/docs/stigmareport093003.pdf>; datum pregledanja 6.12.2007.
- Aggleton et al.: HIV and AIDS related Discrimination, Stigmatization and Denial: Research studies from India and Uganda. UNAIDS. 2000. http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub01/jc316-uganda-india_en_pdf.pdf; datum pregledanja 6.12.2007.
- Terminology Guide. UNAIDS. 2011. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_en.pdf
- Evaluacija učesnika prije i nakon obuke. Osnovni kurs o HIV-u i AIDS-u za radnike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Partnerstvo za zdravlje. 2007-2008.
- Prvulović M.: HIV i AIDS za radnike u oblasti mentalnog zdravlja. Prvulović Milena, Zee Hsu, Šabović Sana, Paripović Amer, Kurtović Aida. Partnerstvo za zdravlje. Sarajevo. 2008.

PLANIRANJE TRUDNOĆE I HIV/AIDS

U toku ove nastavne jedinice će učesnici imati priliku dopuniti znanja u vezi sa polnim i reproduktivnim zdravljem i planiranjem trudnoće kod žena koje žive sa HIV-om i AIDS-om.

Osnovni ciljevi nastavne jedinice su:

- Upoznati učesnike sa metodama kontracepcije kod HIV pozitivnih žena
- Upoznati učesnike sa neophodnošću planiranja porodice kod HIV pozitivnih osoba zbog smanjenja broja neželjenih trudnoća
- Upoznati učesnike sa najoptimalnijim metodama koncepcije
- Upoznati učesnike sa neophodnim timskim praćenjem trudnoće kod HIV pozitivnih trudnica, ishodu trudnoće, kao i načinu poroda i laktaciji

Nakon ove nastavne jedinice učesnici će:

- Biti informisani o najefikasnijim metode kontracepcije kod HIV pozitivnih žena
- Biti informisani o značaju planiranja porodice kod HIV pozitivnih osoba (jednog ili oba bračna partnera)
- Biti informisani o najsigurnijim metodama koncepcije kod HIV pozitivnih osoba (jednog ili oba bračna partnera)
- Biti informisani o timu koji je neophodan za praćenje HIV pozitivne trudnice, ishodu trudnoće, o optimalnom načinu poroda i laktaciji

Prijedlog strukture nastavne jedinice (45 min.)

Korak	Vrijeme	Metod/način rada	Fokus
1.	20 min.	Predavanje	Planiranje trudnoće i HIV/AIDS
2.	15 min.	Rad u malim grupama	Razmjena iskustava iz prakse
3.	10 min.	Prezentacija/izvještaj malih grupa	Diskusija

Potreban materijal za nastavnu jedinicu:

- Olovke, markeri
- Tabla i papiri za tablu
- Papir A4
- Prilog 7: „Pitanja za rad u maloj grupi“

Planirane aktivnosti

Korak 1 – 20 min.

Predavanje:

Planiranje trudnoće i HIV/AIDS

Voditelj treba iz teksta brošure napraviti koncizan izbor relevantnih informacija.

Korak 2 – 15 min.

Rad u malim grupama – Razmjena iskustava iz prakse

Učesnici će u malim grupama razmijeniti iskustva i primjere dobre prakse ili poteškoće s kojim se susreću i prezentirati ih velikoj grupi. Voditelj će podijeliti Prilog 7: „Pitanja za rad u maloj grupi“.

Pitanja za diskusiju:

- 1. Da li ste se u svojoj praksi susreli sa primjerima sumnje na HIV?*
- 2. Kako saopštiti pacijentkinji svoju sumnju?*
- 3. Koje analize je potrebno dodatno uraditi?*
- 4. Kakav je dalji tok kontakta sa pacijentkinjom?*
- 5. Iskustva iz ordinacije!*

Korak 3 – 10 min.

Prezentacija predstavnika malih grupa – Diskusija u velikoj grupi

Predstavnici svake male grupe trebaju prezentirati svoja iskustva i diskusiju. Nakon toga treba inicirati diskusiju svih učesnika o tim primjerima.

Referentni materijal za nastavnu jedinicu 6 Planiranje trudnoće i HIV/AIDS

Problematika najugroženije populacije

Službe za ginekologiju i akušerstvo trebaju nastojati da stvore sredinu koja će bez diskriminacije pružati podršku ugroženim populacijama, a to sigurno nije lako uz postojeći obim posla. Zbog stigme koja prati ugrožene populacije, te osobe obično ne traže zdravstvene usluge u državnim ustanovama, već se obraćaju se za pomoć privatnim ordinacijama, ako su u mogućnosti, ali se najčešće nigdje ne kontrolišu, a to je onda i najveći problem i za pojedinca i za zajednicu u cjelini.

Savjetovanje treba prilagoditi svakoj ugroženoj populaciji prema njihovim potrebama. Preporuke za seksualne radnike oba pola trebaju se odnositi na redovnu upotrebu kondoma sa klijentima, kao i sa redovnim partnerima radi prevencije seksualno prenosivih infekcija. MSM populacija (muškarci koji imaju seks sa muškarcima) treba da koristi lubrikante na bazi vode ili silikona za vrijeme analnog seksa da kondom ne bi pukao, a dobro je poznato da je analna sluznica najosjetljivija na povrede, pa je zbog toga pogodna za prenos infekcije. Žene koje su intravenozni korisnici droga treba savjetovati o redovnoj upotrebi kontracepcije radi sprečavanja nenamjerne trudnoće.

Pitanje kontracepcije kod svih ugroženih populacija žena zahtijeva posebnu pažnju. Većina metoda kontracepcije je sigurna i efektivna za žene sa asimptomatskom HIV infekcijom, kao i za žene sa razvijenom bolesti HIV/AIDS-a. Međutim, na prenošenje HIV-a i drugih STI (HIV/STI) treba da se obrati posebna pažnja za vrijeme savjetovanja o planiranju porodice, jer sprečavanje prenošenja jednako je važno kao i sprečavanje trudnoće. Pošto se pokazalo da su kondomi jedina metoda kontracepcije koja štiti od sticanja i prenošenja HIV/STI, službe koje se bave planiranjem porodice trebale bi intenzivno ohrabrivati i omogućavati njihovo dosljedno i pravilno korištenje.

Kontracepcija kod HIV+ žena¹⁹

Žene zaražene HIV-om trebaju koristiti sigurno i pouzdano sredstvo za kontracepciju dok ne budu spremne na trudnoću. Preporuke kliničara u vezi sa opcijama za kontracepciju žena zaraženih HIV-om moraju uzeti u obzir udobnost i sigurnost metode, efikasnost u sprečavanju trudnoće, prevenciju prenošenja HIV-a i drugih seksualno prenosivih infekcija (STI), te potencijalne interakcije sa antiretrovirusnim lijekovima i drugim supstancama.

19 Reproducirano iz kliničkih protokola za regiju Evrope SZO-a

Postoje čvrsti dokazi da upotreba kondoma od strane muškarca smanjuje rizik od prenošenja HIV-a, gonoreje, klamidije i herpes simpleks virusa. Stručnjaci procjenjuju da dosljedna upotreba kondoma od strane muškarca smanjuje rizik od prenošenja HIV-a za oko 80% do 90%. Međutim, mora se uzeti u obzir da je upotreba kondoma povezana sa relativno većom stopom trudnoće u odnosu na hormonske metode kontracepcije ili intrauterino sredstvo (IUD), s tim da je glavni razlog lošeg učinka kondoma nedosljedna upotreba. Što se tiče ženskih kondoma, iako su istraživanja oskudnija, postoje neki dokazi da oni pružaju efektivnu zaštitu od STI kod žena. Nažalost, ženski kondomi nisu dobro poznati, odnosno mnoge žene osjećaju nelagodu prilikom njihove upotrebe. Ipak, žene kojima se objasni upotreba ženskog kondoma i koje imaju priliku da vježbaju tehnike stavljanja i skidanja na modelu karlice vrlo će vjerovatno uspješno koristiti tu metodu i smatrati je poželjnom. Korištenje metoda dvojne zaštite — hormonske kontracepcije ili IUD za sprečavanje trudnoće te metode prepreke za prevenciju HIV-a i drugih STI — idealna je varijanta. Ginekolozi moraju oblikovati svoje poruke i savjete o kontracepciji tako da odgovore na želje i motivaciju konkretne žene. Davanje jasnih, pozitivnih i ohrabrujućih poruka ženama o dvojnim pozitivnim učincima dosljedne upotrebe kondoma te širokog izbora sredstava za kontracepciju može smanjiti mogućnost za prenošenje HIV-a i STI i za neplaniranu trudnoću. Pacijent bi trebao biti taj koji će konačno odabrati metodu kontracepcije.

Detaljan pregled kontracepcije kod žena zaraženih HIV-om objavljen je u kliničkim protokolima Svjetske zdravstvene organizacije za regiju Evrope.

Savjetovanje HIV+ žena prije oplodnje

Savjetovanje prije oplodnje trebalo bi pomoći ženama koje žive sa HIV-om da donesu odluke o svojoj plodnosti. Ono bi trebalo uključiti informacije o riziku od prenošenja HIV-a na nezaraženog partnera dok pokušava da zatrudni, o mogućim posljedicama HIV-a na trudnoću, uključujući nepovoljne ishode trudnoće, o riziku od prenošenja virusa sa majke na dijete i rizicima i prednostima strategija za njegovo smanjenje, uključujući profilaksu sa antiretrovirusnim lijekovima, carski rez i hranjenje bočicom, kao i mogućim urođenim defektima kod novorođenčeta udruženim sa korištenjem određenih antiretrovirusnih lijekova. Postoje metode prirodne i medicinski potpomognute reprodukcije.

Prirodna i medicinski potpomognuta reprodukcija

Većina osoba koja živi sa HIV-om je u reproduktivnoj dobi i može poželjeti da ima dijete. Takve osobe bi trebale imati pristup istom savjetovanju i službama kao i svi drugi. Nema nikakvog razloga, čak ni u slučajevima kada je par neplodan, da se parovima sa HIV-om onemogućí pristup tehnologiji reprodukcije.

Savjetovanje o reprodukciji za parove sa HIV-om

Ciljevi savjetovanja o reprodukciji za parove sa HIV-om uključuju:

- Smanjenje rizika od prenošenja na nezaraženog partnera kod parova sa različitim serostatusom, kao i na njihovo dijete
- Omogućavanje vršenja odabira reprodukcije na osnovu potrebnih informacija
- Informisanje parova o rizicima prenošenja HIV-a i šansama za trudnoću kako kod prirodnog, tako i kod medicinski potpomognutog začeća
- Pripremanje parova na psihološki učinak potpomognutog začeća, sa akcentom na:
 - dostupnost
 - trajanje tretmana
 - neuspjeh
 - logistiku
- Razgovor o mogućnosti usvajanja djeteta kod parova sa HIV-om
- Informisanje i savjetovanje parova o hepatitisu B (HBV) i C (HCV), uključujući rizike od polnog prenošenja (HBV) i vertikalnog prenošenja (HBV i HCV)

Plodnost

Žene

- Većina žena koja živi sa HIV-om ima menstrualne cikluse otprilike svakih 25-35 dana, ukazujući na mjesečnu ovulaciju.
- Do sada, učinak ART-a na plodnost nije istražen kod žena koje žive sa HIV-om.
- Lijekovi, uključujući metadon i psihoterapeutske lijekove, mogu doprinijeti menstrualnim poremećajima kod žena koje žive sa HIV-om.
- HIV ne mora uticati na reproduktivni potencijal žene, izuzev ako se žena nalazi u visokom stadiju imunosupresije i ako ispoljava simptome oportunističke infekcije. Ipak, plodnost žena zaraženih HIV-om manja je u odnosu na generalnu populaciju.

Muškarci

- HIV se može identifikovati u sjemenu muškarca koji živi sa HIV-om bez obzira na količinu virusa u krvi.
- Mnogi muškarci koji žive sa HIV-om imaju normalne nalaze sjemena na plodnost.
- Zdravi muškarci koji žive sa HIV-om imaju nalaze sjemena na plodnost slične onima kod HIV negativnih muškaraca, dok pacijenti sa AIDS-om imaju izrazito abnormalne nalaze sjemena.
- Neki antiretrovirusni lijekovi mogu uticati na spermatogenezu.

- Muškarci zaraženi HIV-om mogu iskusiti polnu disfunkciju, uključujući erektilnu disfunkciju.

Trajanje trudnoće i ishod

- Kod žena koje žive sa HIV-om postoji veći rizik od određenih nepovoljnih ishoda trudnoće (intrauterina retardacija rasta, prijevremeni porod, mala težina novorođenčeta itd.) nego kod HIV negativnih žena.
- Iako su podaci ograničeni, nekoliko studija je ukazalo na povećani rizik od spontanog pobačaja i mrtvorodenosti kod žena koje žive sa HIV-om.
- Učinci HIV infekcije na ishod trudnoće vjerovatno će biti izraženiji kod žena sa simptomatskom HIV infekcijom.
- Trudnoća ne utiče na progresiju bolesti HIV-a ili smrtnost.
- Trudnoća, po svemu sudeći, ne mijenja rizik od oportunističkih infekcija kod žena sa HIV-om.

Smanjivanje rizika od polnog prenošenja HIV-a za vrijeme oplodnje

Posebna podrška bi se trebala uzeti kao mogućnost za parove sa različitim serostatusom, a koji žele trudnoću:

- Njima su potrebni savjetovanje i pomoć po pitanju reprodukcije kako bi se ograničio rizik od prenošenja HIV-a na nezaraženog partnera za vrijeme nezaštićenog polnog odnosa.
- Iako su neki parovi sa različitim serostatusom inicirali trudnoću putem tajmiranog nezaštićenog polnog odnosa bez zaražavanja zdravog partnera, ova praksa nije sigurna, te se ne preporučuje.
- Posebne metode pripreme i testiranja sperme mogu znatno umanjiti šanse za prenošenje HIV-a na partnericu. Parovi gdje su muškarci zaraženi, a koji žele dijete, trebali bi se upoznati sa tehnikama kojima će smanjiti rizik i da se ohrabre u tome da traže pomoć u institucijama koje mogu primijeniti najefektivnije metode pripreme sperme.

Pranje sperme i utvrđivanje HIV-a u sjemenu na osnovu viroloških pretraga

Pranje sperme može se obaviti u bilo kojoj laboratoriji koja pruža usluge asistiranu reprodukciju neplodnim parovima.

Radi se o metodi obrade sjemena u tri koraka koja se sastoji od:

1. Gradijentnog centrifugiranja radi izolacije pokretnih spermatozoida i smanjenja broja potencijalno zaraženih nespermatozoidnih ćelija
2. Ponovljenog pranja preparata ćelija radi eliminacije virusa izvan ćelija
3. Spontane migracije kako bi se dobio alikvot pokretnih spermatozoida bez virusa.

Preporučuje se da se svi obrađeni uzorci prije oplodnje testiraju na HIV korištenjem tehnika lančane reakcije polimerazom. Detekcija HIV genoma u sjemenu zahtijeva posebnu tehničku opremu i vještine. Univerzalne procedure za kontrolu infekcije i posebna edukacija trebali bi se osigurati osoblju u laboratoriji kako bi se izbjeglo zaražavanje HIV-om prilikom rukovanja potencijalno zaraženim sjemenom.

Asistirane reprodukcije u slučaju HIV infekcije

Potrebni su i skrining na plodnost i dijagnoza i liječenje STI za oba partnera prije nego što se tehnologija asistirane reprodukcije bude mogla uzeti u obzir. Trebala bi se utvrditi istorija plodnosti, parametri vezani za HIV (uključujući broj CD4 i količinu virusa) i ART.

Osnovna procjena plodnosti uključuje kliničku evaluaciju ovulacije, hormonske parametre (folikulstimulirajući hormon /FSH/, lutenizirajući hormon /LH/ i prolaktin) i prohodnost jajovoda kod žena, te analizu sperme (broj, pokretljivost, progresija i morfologija) kod muškaraca.

Plodni parovi

Kod plodnih parova sa različitim serostatusom gdje je žena HIV pozitivna, vještačka oplodnja bi se trebala ohrabrivati. Kućno vještačko oplođavanje – unošenjem u vaginu sperme sakupljene u kondom nakon polnog odnosa koristeći jednostavnu špricu ili neko drugo čisto sredstvo, nakon savjeta o prepoznavanju i identificiranju plodnog perioda – može predstavljati način da se začne, a da se muški partner ne zarazi.

Veliki broj parova sa različitim serostatusom gdje je muškarac HIV pozitivan želi imati dijete. Ne postoji metoda bez rizika kojom će se osigurati sigurna oplodnja u ovoj situaciji. Međutim, primjena metode pranja sperme kako bi se smanjio nivo HIV-a u sjemenu omogućio je mnogim muškarcima koji žive sa HIV-om da postanu očevi seronegativne djece. Zapravo, sa opranom spermom koja je imala nedetektovanu količinu virusa postoji minimalan rizik od prenošenja HIV-a na partnerku i djecu.

Ako su i muškarac i žena HIV pozitivni, metoda pranja sperme opet se može primijeniti kako bi se ograničio rizik za ženu od HIV superinfekcije.

Neplodni parovi

Ako godinu dana nakon normalnih seksualnih odnosa izostane trudnoća, parovi se mogu uputiti na savjetovanje i liječenje neplodnosti. Metode asistirane oplodnje dostupne su u za to opremljenim centrima. Usvajanje djece takođe bi se trebalo uzeti kao mogućnost.

Antiretrovirusno liječenje za vrijeme trudnoće

Trebaju se poštivati sljedeći ključni principi antiretrovirusnog liječenja (prema smjernicama DHHS²⁰ –a i Svjetske zdravstvene organizacije):

Prekoncepcija

- Izbor antiretrovirusnog režima za liječenje žena zaraženih HIV–om koje su u reproduktivnoj dobi mora uzeti u obzir učinkovitost za liječenje bolesti u trudnoći i mogućnost da lijek postane teratogen ako do trudnoće dođe.
- Postizanje stabilne maksimalno supresirane količine virusa prije oplodnje preporučuje se ženama zaraženim HIV–om koje su na antiretrovirusnoj terapiji a žele da zatrudne.

Trudnoća

- Inicijalna evaluacija zaražene trudnice trebala bi uključiti procjenu statusa bolesti HIV–a i preporuke u vezi sa antiretrovirusnim liječenjem ili izmjenom trenutne antiretrovirusne terapije.
- O poznatim prednostima i potencijalnim rizicima uzimanja antiretrovirusnih lijekova za vrijeme trudnoće trebalo bi razgovarati sa svim ženama.
- Antiretrovirusna terapija ili antiretrovirusna profilaksa za prevenciju perinatalnog prenošenja HIV–a za vrijeme antepartum perioda trebala bi se preporučiti svim trudnicama koje su zaražene HIV–om, bez obzira na broj kopija HIV RNK u plazmi ili broj CD4 stanica.
- Zidovudin bi se trebao uključiti u antenatalni antiretrovirusni režim izuzev ako postoji izrazita toksičnost ili dokumentovana rezistentnost.
- Ako se HIV RNK detektuje, trebalo bi se obaviti testiranje rezistentnosti na antiretrovirusne lijekove.
- Važnost pridržavanja antiretrovirusnog liječenja ili terapije profilakse trebala bi se naglasiti.
- Koordinacija između službi za prenatalnu njegu i primarnu njegu i specijalističkih službi za HIV, kao i službi za mentalno zdravlje i službi za liječenje zloupotrebe droga te javnih programa pomoći po potrebi, trebala bi se osigurati zajedno sa preporukom za antiretrovirusne lijekove u trudnoći.

Praćenje trudnoće kod HIV+ parova je zahtjevno i kompleksno i u većim zajednicama, a u našoj posebno. Prevazići prvo treba stigmu i diskriminatornu praksu u našem okruženju, a zatim treba obezbijediti i timsko praćenje trudnoće: ginekolog, infektolog, specijalista za HIV, psiholog, pedijatar i šira društvena zajednica. Sve je to u praksi vrlo teško izvodivo.

20 Department of Health and Human Services – Ministarstvo za zdravstvene i humane usluge SAD-a

Literatura

- Farr L. S., Kraft J. M., Warner Lee, Anderson J. E., Jamieson D. J.: The integration of STD/HIV services with contraceptive services for young women in the United States. *Am.J.Obstet.Gynecol.* (2009). 201(2):142-145
- Kojic E.M., Wang C.C., Cu-Uvin S.: HIV and menopause: a review. *J Womens Health (Larchmt)*. 2007 Dec; 16(10):1402-11.
- Godinjak Z.: Disfunkcijska krvarenja iz uterusa/Reproduktivna endokrinologija žene/ KCUS. Sarajevo. 2004. Str. 213-221.
- Godinjak Z.: Menopauza/Reproduktivna endokrinologija žene. KCUS. Sarajevo. 2004. Str. 247-262.
- CCO. InPractice. Web site: <http://www.clinicalcareoptions.com>
- Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. Center for Disease Control and Prevention.
- A guide to the clinical care of Women with HIV. 2005 edition. DHHS.

STANDARDNE MJERE ZAŠTITE I PEP U GINEKOLOŠKO-AKUŠERSKIM SLUŽBAMA

U okviru ove nastavne jedinice će učesnici utvrditi znanje o mogućnostima prenosa HIV infekcije i ostalih polno prenosivih infekcija na radnom mjestu, mjerama zaštite i procedurama kod slučajnih izlaganja.

Osnovni ciljevi voditelja treninga:

- Obnoviti i utvrditi znanja o standardnim mjerama zaštite od HIV infekcije sa specifičnostima (velika količina krvi, mogućnost prenošenja polno prenosivih bolesti) u ginekološko-akušerskim službama
- Pojasniti odgovornost ustanova kod edukacije novih radnika o standardnim mjerama zaštite i PEP-u
- Pojasniti važnost odgovornosti zdravstvenih radnika kod prijave izlaganja i poštovanja procedura PEP-a
- Preporučiti zdravstvenim radnicima preventivno djelovanje kod široke populacije (edukacija edukatora, savjetovalište za mlade)

Nakon ove nastavne jedinice učesnici će:

- Potvrditi i upotpuniti svoja znanja o sprečavanju prenosa HIV infekcija
- Znati primijeniti standardne mjere zaštite, kako za sebe tako i za saradnike u timu
- Znati procedure prilikom slučajnog izlaganja i znati procedure PEP-a

Prijedlog strukture nastavne jedinice (45 min.)

Korak	Vrijeme	Metod/način rada	Fokus
1.	10 min.	Lični odgovori	Šta sam učinio/la dobro za svoje zdravlje u proteklih 10 dana?
2.	20 min	Predavanje	Principi standardnih mjera zaštite Profilaksa nakon izlaganja
3.	15 min.	Rad u malim grupama Prezentacija i diskusija	Kreiranje plana aktivnosti za prevenciju HIV infekcije u vašoj ustanovi

Potreban materijal za nastavnu jedinicu:

- Olovke, markeri, tabla, papiri za tablu, papir A4
- Prilog 8 za učesnike: „Sažeti prikaz standardnih mjera zaštite“
- Prilog 9 za učesnike: „Plan prevencije HIV-a“

Planirane aktivnosti

Korak 1 – 10 min.

Lični odgovori

Učesnicima se postavlja uvodno pitanje koje afirmiše preventivne zdravstvene navike u najširem smislu: „Šta ste učinili dobro za svoje zdravlje u proteklih pet dana?“

Učesnici dobrovoljno ili redom kako sjede izdvajaju jednu dobru stvar koju su učinili za svoje zdravlje.

Korak 2 – 20 min.

Predavanje

Predavanjem trebaju biti obuhvaćene teme: „Principi standardnih mjera zaštite“ i „Profilaksa nakon izlaganja.“ Učesnicima treba podijeliti Prilog 8: „Sažeti prikaz standardnih mjera zaštite“.

Voditelj treba iz teksta priručnika napraviti izbor relevantnih informacija.

Korak 3 – 15 min.

Rad u maloj grupi i diskusija – Kreiranje plana aktivnosti za prevenciju HIV infekcije u vašoj ustanovi

Formirati male grupe po 4–5 članova koji rade zajedno ili pripadaju istom timu – ginekolozi, infektolozi, psiholozi, medicinske sestre.

Zadatak: Kreirajte plan koraka/aktivnosti za prevenciju HIV infekcije u ustanovi u kojoj radite, kao i za šire preventivno djelovanje (saradnja sa školama, savjetovalištima, drugim zdravstvenim ustanovama). Planirajte dovoljno vremena za prezentiranje ideja svake grupe.

Podijelite svakoj grupi Prilog 9: „Plan prevencije HIV-a“.

Referentni materijal za nastavnu jedinicu 7 Principi standardnih mjera zaštite

Standardne mjere zaštite

HIV infekcija može se širiti u zdravstvenim ustanovama sa zaraženog bolesnika na drugog bolesnika, sa zaraženog bolesnika na zdravstvenog radnika i sa zdravstvenog radnika na bolesnika. Da bi se spriječilo širenje infekcije u bilo kom smjeru, neophodno je primjenjivati mjere zaštite na radu. Ponekad nije potrebno primjenjivati zaštitnu opremu i dovoljno je samo redovno prati ruke prije i poslije svih intervencija. Pored toga, važno je uvijek sa podjednakim oprezom i zaštitom pristupati svim pacijentima zavisno od intervencije, te ovakav pristup nije stigmatizujući za pacijenta jer se odnosi podjednako za sve.

Ako predviđamo kontakt sa krvlju ili bilo kom tjelesnom izlučevinom, obavezno nosimo lateks rukavice.

Ponekad ako očekujemo raspršivanje krvi ili plodne vode neophodno je nositi kapu i zaštitne naočale, kecelje, zatvorenu obuću i naravno lateks rukavice.

Statistika je pokazala da se najveći broj incidentnih situacija dešava perkutanom povredama na inficiranu iglu ili oštrice upotrijebljenih instrumenata. Ranija praksa povratka poklopca na iglu je pogrešna, i kao takva uzrok najvećeg broja izlaganja. Upotrijebljena igla ili oštrica instrumenta se veoma oprezno i pažljivo odlaže u kontejner za medicinski otpad bez prethodnog povratka poklopca na upotrijebljenu iglu.

Kontejner za medicinski otpad stoji uvijek na istom mjestu sa oznakom datuma početka upotrebe i potpisom lica koje je započelo puniti kontejner, a po završetku se takođe ubilježi datum i vrijeme. Kontejner treba puniti do dvije trećine zapremine dezinfekcionim sredstvom za dezinfekciju instrumenata, a nakon upotrebe zatvoriti nepropusnim čepom. **KONTEJNER NIKADA NE PREPUNJAVATI!** Ostali medicinski materijal upotrijebljen za medicinske intervencije (rukavice, zavojni materijal, binde itd.) odlagati u korpe predviđene za medicinski otpad. Kod izvođenja svih medicinskih intervencija, zdravstveni radnici koji imaju povrede na rukama a nisu ih zaštitili ne bi trebali pristupati korpi.

Standardne mjere zaštite podrazumijevaju sljedeće:

- Krv, krvni derivati i druge tjelesne tekućine (osim znoja i suza) svih bolesnika smatraju se potencijalno opasnim.
- Ruke treba prati prije i nakon dodira sa bolesnicima i nakon skidanja rukavica, te odmah nakon što su ruke vidljivo zakrvavljene.
- Rukavice se moraju nositi kada postoji mogućnost dodira s krvlju i drugim tjelesnim tekućinama.
- Kecelje, zaštitne naočale i maske treba nositi kada postoji mogućnost raspršivanja i aerosolizacije krvi i drugih tjelesnih tekućina.
- Manipulacija oštrim predmetima mora biti vrlo pažljiva, a oni se moraju odlagati u neprobojne posude.

- Igle se nikada ne dodiruju, savijaju ili lome, niti se na njih vraća poklopac.
- Na mrlje od krvi treba prvo staviti upijajuće jednokratne ubruse, potom ih treba ukloniti, a onečišćenje treba prati sapunicom te dezinfikovati prostor s 0,5% rastvorom hipohlorata (npr. 1:10 razrjeđenja 4% varikine). Tokom provođenja navedenih postupaka moraju se nositi rukavice.
- Kontaminirane predmete i aparate koji se ponovo koriste treba sterilizovati, a ako to nije moguće, tada treba izvršiti dezinfekciju visokog stepena.
- Zdravstveni radnici sa otvorenim ranama i drugim oštećenjima kože trebaju izbjegavati direktan dodir s bolesnicima i kontaminiranim materijalom.

Bolesnike zaražene HIV-om nije potrebno posebno izolovati, osim u slučajevima kada boluju od prenosivih oportunističkih infekcija.

Profilaksa nakon izlaganja

Politika PEP-a bi trebala spadati u sveobuhvatnu politiku zaštite na radu i kao takva biti dio zdravstvenog sistema sa jasno određenim procedurama koje bi štatile kako zdravstvenog radnika tako i zdravstvenu ustanovu. U slučaju njenog dosljednog poštovanja smanjio bi se broj infekcija na radu, što je krajnji cilj zdravstvene zaštite. Usluge PEP-a trebale bi se pružiti nakon:

- Izlaganja HIV infekciji ili potencijalnoj HIV infekciji na radnom mjestu
- Slučajnog izlaganja HIV infekciji ili potencijalnoj HIV infekciji koje nije vezano za radno mjesto

Izlaganje na radnom mjestu

Rizici od prenošenja HIV-a na radnom mjestu variraju u zavisnosti od tipa i nivoa izloženosti. Najčešći rizici sa povećanom mogućnošću inficiranja se vezuju za:

- Duboku intramuskulatornu upotrebu
- Oštrice ili drugi predmeti koji su probili krvni sud
- Povrede šupljom injekcijom ispunjenom svježom krvi
- HIV pozitivnog pacijenta sa velikom količinom virusa koji je izvor izlaganja

Postoji mogućnost izlaganja kod zdravstvenih radnika gdje je izvor infekcije npr.:

- Korištenje jednih rukavica kod vođenja istovremeno dva porođaja
- Smještanje porodilja u duplikate sa prljavom, krvavom posteljnom

Povrijeđena nezaštićena koža koja je izložena velikoj količini krvi je pod rizikom od infekcije. Veći rizik nose izložene sluzokože u kontaktu sa raspršenom krvlju ili tečnošću pomiješanom sa krvlju.

Tjelesne izlučevine kao što su suze, znoj, feces, urin mogu biti izvor infekcije ako sadrže krv.

Nije zabilježena infekcija pleuralnom, cerebrospinalnom, peritonealnom, amnionskom tečnošću. Tradicionalno davanje na podoj novorođenčeta porodilji

sa dosta mlijeka sa nepoznatim HIV statusom nosi veliki rizik i ovakvu praksu treba obavezno zabraniti.

Ako zdravstveni radnik obavlja intervenciju prema pacijentu i ne koristi adekvatnu zaštitu a HIV pozitivan je, kod ovakvog incidenta treba nepristrasno procijeniti situaciju i prema tome odrediti dalje korake, a u tome su odlučujuća dva faktora:

1. Tip izlaganja
 - Perkutana povreda
 - Izlaganje sluzokože
 - Izlaganje otvorene rane
2. Vrsta i količina tkiva/tečnosti kojima se može izložiti:
 - Krv
 - Tečnost koja sadrži krv
 - Potencijalno zaražena tečnost (vaginalni sekret, sperma)
 - Koncentrisani virus (direktni kontakt i vrijeme proteklo od izlaganja)

Izlaganje koje nije vezano za radno mjesto

Svako izlaganje gdje postoji perkutani kontakt, kontakt preko sluzokože ili intravenski kontakt a nije vezano za radno mjesto može se okarakterisati kao kontakt van radnog mjesta.

To vrijedi i za svaki nezaštićeni polni kontakt ili skinut kondom, probušeni kondom itd., kao i međusobno korištenje pribora za drogiranje kod intravenskih korisnika, kontakt kod saobraćajnih nezgoda sa velikom količinom krvi nepoznatog HIV statusa itd.

Evaluacija izvora izlaganja

Nakon pružanja prve pomoći, važna stavka koja slijedi je dobro analizirati izvor izlaganja. Prikupljeni podaci su dragocjeni u donošenju odluke o karakteru PEP-a.

Ako je izvor izlaganja dostupan, treba odmah pristupiti testovima na HIV i na viruse hepatitisa B i C (HCV i HBV). Naravno, uvijek treba tražiti dozvolu. Dobro je ako ima uzorak krvi, ali ako nema te mogućnosti, onda se pristupa analizi trenutnog stanja izvora izlaganja, ranije istorije bolesti ako je dostupna i procjenjuje se eventualno rizično ponašanje osobe koja je bila izvor izlaganja. Nakon zbrinjavanja povrede neophodno je prijaviti incident, ispuniti incidentnu listu ako je ustanova posjeduje i hitno se javiti infektologu.

Praćenje izložene osobe

Prije donošenja odluke o karakteru PEP-a, izloženu osobu je neophodno testirati na virus HIV-a radi evidencije HIV statusa prije izlaganja.

PEP bi trebalo započeti u roku od nekoliko sati nakon izlaganja; idealno u roku od 2 sata ali najkasnije do 72 sata.

Optimalno trajanje PEP-a nije poznato, ali bi se trebao primjenjivati četiri sedmice ako se podnosi. Bez obzira da li će osoba primiti ART ili ne, neophodno je da ove osobe budu praćene i redovno kontrolisane i testirane. Poslije prvog testiranja na virus HIV-a, kontrolno testiranje treba uraditi nakon šest sedmica, dvanaest sedmica te šest mjeseci nakon izlaganja, čak i ako je PEP odbijen.

Literatura

- Čardaklija Zlatko et al.: Dobrovoljno povjerljivo savjetovanje i testiranje na HIV: Protokol. Partnerstvo za zdravlje. Sarajevo. 2008.
- Kijevčanin Slavica, Lobodok-Štulić Irena: Ginekološka praksa i HIV: Priručnik za realizaciju treninga. Partnerstvo za zdravlje. Sarajevo. 2010.
- Latković B. Marina, Hsu Lee-Nah, Gjonbalaj Alban: Osnove HIV-a i AIDS-a za zdravstvene radnike u stomatološkoj službi. Priručnik za učesnike. Partnerstvo za zdravlje. Sarajevo. 2009.
- Occupational Postexposure Prophylaxis: Guide for HIV/AIDS Clinical Care. HRSA HIV/AIDS Bureau. January 2011.

ZAVRŠNICA – EVALUACIJA TRENINGA

Završnica treninga obuhvata popunjavanje testa nakon obuke, kao i popunjavanje evaluacijskog upitnika u vezi sa realiziranim treningom. Treba podsjetiti učesnike da na svoj primjerak testa unesu istu početnu šifru.

Potrebno je ukazati učesnicima na značaj evaluacije treninga i davanja povratne informacije i zamoliti ih da zaista posvete nekoliko minuta formulisanju svojih zapažanja i procjeni treninga. Treba im reći da to isto čine i sami treneri, i da je proces vrednovanja treninga osnova za napredak, mijenjanje, unapređenje, dalji razvoj projekta itd. Poželjno je da se i treneri na samom kraju obrate učesnicima, sa povratnom informacijom o ličnom doživljaju i zadovoljstvu radom i uspjehom treninga.

Na samom kraju, učesnicima treba podijeliti brošure.

Prijedlog strukture završne cjeline (30 min.)

Korak	Vrijeme	Metod/način rada	Fokus
1.	10 min.	Popunjavanje upitnika	Test nakon obuke
2.	10 min.	Popunjavanje upitnika	Evaluacija treninga, davanje usmene i pismene povratne informacije o utiscima
3	5 min.	Rad sa grupom	Podjela brošura
4.	5 min.	Rad sa grupom	Zahvale i zadnja komunikacija sa učesnicima

Potreban materijal:

- Olovke, markeri
- Test nakon obuke – obrazac za svakog učesnika
- Evaluacioni upitnik za svakog učesnika
- Brošura za svakog učesnika i instituciju

Korak 1 – 10 min.

Test nakon obuke

Pri podjeli obrazaca, treba podsjetiti učesnike da na svoj obrazac testa unesu istu početnu šifru. Treba ih podsjetiti da, kao i na početku, samostalno rade, te da se rezultati i šifre nigdje neće objavljivati. Obavezno napomenite da test služi procjeni informisanosti i uočavanju potencijalnih efekata samog treninga u oblasti obrađivanih tema.

Korak 2 – 10 min.

Evaluacijski upitnik

U svrhu uštede vremena, poželjno je zajedno podijeliti i test i evaluacijski upitnik, kako se ne bi gubilo vrijeme na dva dijeljenja, a i kako bi učesnici samostalno mogli pratiti svoj tempo rada u predviđenih 10 + 5 minuta.

Potrebno je objasniti učesnicima da, za razliku od šifrovanog testa, upitnik podrazumijeva unos ličnih podataka.

Korak 3 – 5 min.

Podjela brošura

Na samom kraju, podjela brošure učesnicima (svakome po primjerak, te po jedan primjerak svakoj instituciji – dati predstavniku institucije).

Ukoliko postoje i druge vrste propagandnog materijala u vezi sa HIV-om i AIDS-om, treba iskoristiti priliku i podijeliti ga.

Korak 4 – 5 min.

Zahvala učesnicima

Na samom kraju zahvaliti se svim učesnicima na učešću, što su odvojili svoje vrijeme da nauče nešto novo ili da zajedno sa svima podijele svoje znanje, uz izražavanje nade da će na svojim radnim mjestima koristiti mjere zaštite i djelovati na smanjenju stigme i diskriminacije među zdravstvenim radnicima.



PRILOZI

PRILOG 1: PRAVILA RADA KOJA ĆEMO SVI POŠTOVATI

1. Sjedimo u krugu, jer se tako svi vidimo i čujemo.
2. Svako slobodno iznosi svoje mišljenje i uvažava mišljenje drugih.
3. Svako mišljenje je važno, ma koliko bilo drugačije.
4. Ne prekidamo druge dok govore.
5. Svako govori u svoje ime.
6. Ono što se ovdje govori ostaje među nama.
7. Nema kašnjenja, držimo se planirane satnice.
8. Poštujemo mišljenje i osjećanja drugih učesnika.
9. Mobilni telefoni se trebaju isključiti.
10. -----
11. -----
12. -----
13. -----
14. -----

Na prazne linije se trebaju dopisati pravila koja nisu navedena, a ustanovljena su kroz diskusiju.

PRILOG 2: INTERVJU S UČESNICIMA

Pitanje	Ime učesnika	Odgovor
Koji je vaš hobi?		
Koja je vaša omiljena boja?		
Koji je vaš omiljeni sport?		

Vaš zadatak je da uradite kratak intervju. Postavljajte pitanja različitim osobama iz grupe. Važno je da zabilježite ime osobe, kao i dobijeni odgovor.

Svaka osoba može vam odgovoriti samo na po jedno pitanje!

PRILOG 3: KARTICE SA RIZIČNIM/NERIZIČNIM PONAŠANJIMA

Kartice – Rizična ponašanja	Kartice – Nerizična ponašanja
ANALNI POLNI ODNOS BEZ ZAŠTITE	POLJUBAC U OBRAZ
VAGINALNI POLNI ODNOS BEZ ZAŠTITE	BORAVAK U ISTOM PROSTORU SA HIV POZITIVNOM OSOBOM
SEKSUALNI KONTAKT ZA VRIJEME MENSTRUALNOG CIKLUSA	KORIŠTENJE JAVNOG BAZENA
ČESTO MIJENJANJE PARTNERA	RUKOVANJE SA HIV POZITIVNOM OSOBOM
POVREMENO KORIŠTENJE KONDOMA	ZAGRLJAJ
SEKSUALNI ODNOS POD UTICAJEM ALKOHOLA	DAVANJE KRVI
KRVNO BRATIMLJENJE	HRANA KOJU PRIPREMA OSOBA KOJA ŽIVI SA HIV-om
PEDIKIRSKE INTERVENCIJE	KAŠLJANJE/KIHANJE OSOBE KOJA ŽIVI SA HIV-om
UPOTREBA ZAJEDNIČKOG BRIJAČA ILI ŽILETA	DOĆI U KUĆNU POSJETU OSOBI KOJA ŽIVI SA HIV-om
NEGATIVAN STAV PREMA KORIŠTENJU SAVREMENIH KONTRACEPTIVNIH SREDSTVA	DODIR KOŽE OSOBE KOJA ŽIVI SA HIV-om
ORALNI SEKS	KORIŠTENJE JAVNOG TOALETA
KORIŠTENJE ZAJEDNIČKE ČETKICE ZA ZUBE	KORIŠTENJE JAVNOG BAZENA
DOLAZAK U KONTAKT SA PLJUVAČKOM OSOBE KOJA ŽIVI SA HIV-om	UJED KOMARCA, BUVE, KRPELJA
Rizik za bebu: DOJENJE HIV POZITIVNE MAJKE	KONTAKT SA ZNOJEM OSOBE KOJA ŽIVI SA HIV-om
Rizik za bebu: TRUDNOĆA HIV POZITIVNE MAJKE	KUĆNA POSJETU OSOBI KOJA IMA AIDS
TETOVIRANJE	PUŠENJE

PRILOG 4: LISTA RIZIČNIH I NERIZIČNIH PONAŠANJA

Rizično ponašanje	Nerizično ponašanje
ANALNI POLNI ODNOS BEZ ZAŠTITE	POLJUBAC U OBRAZ
VAGINALNI POLNI ODNOS BEZ ZAŠTITE	BORAVAK U ISTOM PROSTORU S HIV POZITIVNOM OSOBOM
POLNI ODNOS ZA VRIJEME MENSTRUALNOG CIKLUSA	UPOTREBA JAVNOG BAZENA
ČESTO MIJENJANJE POLNIH PARTNERA	RUKOVANJE S HIV POZITIVNOM OSOBOM
POVREMENO KORIŠTENJE KONDOMA	GRLJENJE
POLNI ODNOS POD UTICAJEM ALKOHOLA	DONIRANJE KRVI, KRVNIH PRIPRAVAKA I ORGANA
KRVNO BRATIMLJENJE	HRANA KOJU PRIPREMA OSOBA KOJA ŽIVI S HIV-om
PEDIKIRSKE INTERVENCIJE	KAŠLJANJE I KIHANJE OSOBE KOJA ŽIVI S HIV-om
ZAJEDNIČKA UPOTREBA BRIJAČA I ŽILETA	KUĆNA POSJETA OSOBI KOJA ŽIVI S HIV-om
NEGATIVAN STAV PREMA UPOTREBI SAVREMENIH KONTRACEPTIVNIH SREDSTAVA	KONTAKT S KOŽOM OSOBE KOJA ŽIVI S HIV-om
ORALNI POLNI ODNOS	UPOTREBA JAVNOG TOALETA
UPOTREBA ZAJEDNIČKE ČETKICE ZA ZUBE	NJEGA OSOBE KOJA ŽIVI S HIV-om, AKO SE PRIMJENJUJU UOBIČAJENI HIGIJENSKI STANDARDI
TETOVIRANJE	UJED KRPELJA, KOMARCA, MUHE I OSTALIH INSEKATA
(rizik za bebu) ISHRANA DOJENJEM HIV POZITIVNE MAJKE	KONTAKT SA ZNOJEM OSOBE KOJA ŽIVI S HIV-om
(rizik za bebu) TRUDNOĆA HIV POZITIVNE MAJKE	MASTURBACIJA

PRILOG 5: LISTA CENTARA ZA DOBROVOLJNO I POVJERLJIVO SAVJETOVANJE I TESTIRANJE U BOSNI I HERCEGOVINI

Sarajevo Klinika za infektivne bolesti, KCU Sarajevo, Bolnička 25 Zavod za javno zdravstvo Kantona Sarajevo, Šahinagića 10	Tel: 033 297 251 Tel: 033 238 380
Banja Luka Klinika za infektivne bolesti, KC Banja Luka, Dvanaest beba bb Institut za zaštitu zdravlja Republike Srpske, Jovana Dučića 1	Tel: 051 342 448 Tel: 051 232 422
Tuzla Klinika za infektivne bolesti, UKC Tuzla, Trnovac bb Zavod za javno zdravstvo Tuzlanskog kantona	Tel: 035 303 324
Bihać Kantonalna bolnica Bihać, Odjel za infektivne bolesti, Darivalaca krvi 67	Tel: 037 223 333 lokal 170
Mostar Zavod za javno zdravstvo Federacije BiH, Vukovarska 46 Zavod za javno zdravstvo HNK, Mostar, Maršala Tita 53	Tel: 036 347 137 Tel: 036 551 478
Trebinje Regionalni zavod za zaštitu zdravlja Trebinje, Stepe Stepanovića bb	Tel: 059 240 715
Istočno Sarajevo Regionalni zavod za zaštitu zdravlja, I. Sarajevo, Stefana Nemanje 13	Tel: 057 321 511
Grude Dom zdravlja Grude, Grude, Kraljice Katarine 8	Tel: 039 661 991
Foča Opšta bolnica Foča, Odjeljenje za infektivne bolesti, Studentska bb	Tel: 058 210 126 lokal 235
Doboj Opšta bolnica Doboj, Odjeljenje za infektivne bolesti, Pop Ljubina bb	Tel: 053 241 022 lokal 130
Bijeljina Opšta bolnica Bijeljina, Odjeljenje za infektivne bolesti, Srpske vojske 53	Tel: 055 205 655 055 232 422
Zenica Kantonalna bolnica Zenica, Odjel za infektivne bolesti, Crkvice 67	Tel: 032 405 133 lokal 1629
Brčko Pododjel za javno zdravstvo, Brčko, Sakiba Edhemovića 1	Tel: 049 215 556
Travnik Zavod za javno zdravstvo SBK, Travnik, Bolnička 1	Tel: 030 511 633
Orašje Zavod za javno zdravstvo Županije Posavske,, Orašje, Ulica III, broj 4	Tel: 031 714 209
Livno Zavod za javno zdravstvo HB županije, Trg domovinskog rata br. 5	Tel: 034 200 563
Goražde Dom zdravlja, Goražde, Zdravstvenih radnika bb	Tel: 038 221 072
Prijedor Opšta bolnica Prijedor, Milana Vrhovca 1	Tel: 065 311 766

PRILOG 6: PRIHVATLJIVI POJMOVI – NESTIGMATIZIRAJUĆI RIJEČNIK

Stigma i diskriminacija najčešće su izražene govorom. Govor projektuje naše mišljenje o nečemu drugim ljudima, određuje nas kao osobe predstavljajući naše stavove, razmišljanja i namjere. Govor omogućava da i drugi ljudi mogu da osjete kako neku pozitivnu emociju, tako i neugodnost zbog toga što smo rekli. Sve što je vezano za HIV/AIDS jako je stigmatizirano, te je veoma važno da obratimo pažnju na ono što prokomentarišemo, jer naše riječi mogu uticati negativno na život HIV pozitivne osobe ili osobe koja pripada nekoj manjinskoj grupi. Mnogi nazivi vezani za ljude inficirane virusom HIV-a su pogrdni i uvredljivi. Sljedeća tabela pokazuje na jednoj strani uobičajenu upotrebu pojedinih pojmova, a na drugoj prihvatljive termine za iste pojmove. Takve prihvatljive pojmove prvenstveno trebaju koristiti zdravstveni djelatnici u cilju što kvalitetnijeg rada sa HIV inficiranim ili oboljelim osobama.

Uobičajena upotreba	Preferirana upotreba ²¹
Osobe koje žive sa HIV/AIDS-om	Osobe koje žive sa HIV-om
Prostitutka	Seksualna radnica
Prostitucija ili komercijalni seksualni rad	Seksualni rad ili komercijalni seks, ili prodaja seksualnih usluga
Intravenski korisnici droga	Injekcioni korisnik droga
Rizični seks	Seks bez zaštite
Siguran seks	Sigurniji seks <i>(Termin "siguran seks" može pogrešno implicirati potpunu sigurnost.)</i>
Dijeljenje (igala, šprica itd.)	Upotreba nesterilne opreme za ubrizgavanje <i>(ako se odnosi na rizik od izlaganja HIV-u)</i>
Grupe visokog (višeg) rizika	Ključna populacija sa višim rizikom
Gej/homoseksualac/biseksualac	Muškarci koji imaju seks s muškarcima (MSM)
Promiskuitetan	Ovo je procjena vrijednosti koju bi trebalo izbjegavati
Borba protiv AIDS-a	Odgovor na AIDS

21 Prilagođeno prema Terminology Guidelines. UNAIDS. 2011.

PRILOG 7: PITANJA ZA RAD U MALOJ GRUPI – „PLANIRANJE TRUDNOĆE“

Pitanja za rad u maloj grupi voditelj može postaviti usmeno ili podijeliti kopije priloga svim učesnicima da samostalno odgovore. Na kraju treba sumirati odgovore i prezentirati najzanimljivija iskustva.

1. Da li ste se u svojoj praksi susretali sa primjerima sumnje na HIV?

2. Kako saopštiti pacijentkinji svoju sumnju?

3. Koje analize je potrebno dodatno uraditi?

4. Kakav treba biti dalji tok kontakta sa pacijentkinjom?

5. Opišite Vaša iskustva iz ordinacije!

6.

PRILOG 8: SAŽETI PRIKAZ STANDARDNIH MJERA ZAŠTITE

U prevenciji HIV-infekcije najvažnija je striktna primjena standardnih mjera zaštite. Krv i neke druge tjelesne tekućine (sve zakrvavljene tjelesne tekućine, sjemena tekućina, vaginalni i cervikalni sekret, sinovijalna, pleuralna, peritonealna, perikardijalna, amnijska tekućina i cerebrospinalni likvor) svih bolesnika treba smatrati potencijalno zaraznim. Najvažnija opšta mjera zaštite od infekcija je pranje ruku. Kada se planira kontakt sa krvi i drugim tjelesnim tekućinama, potrebno je nositi rukavice od lateksa, a kada se očekuje raspršivanje materijala, treba nositi masku, zaštitu za oči i pregaču. Potrebno je pažljivo koristiti igle (npr. nikako ne vraćati poklopac od igle na upotrijebljenu iglu) jer je ubodni incident taj koji je u praksi najčešće dovodio do zaraze zdravstvenog djelatnika.

Krv, krvni pripravci i druge tjelesne tekućine (osim znoja) svih bolesnika smatraju se potencijalno zaraznim.

Ruke treba prati prije i nakon dodira sa bolesnicima i nakon skidanja rukavica te odmah nakon što su ruke vidljivo zakrvavljene.

Rukavice se moraju nositi kada postoji mogućnost dodira sa krvi i drugim tjelesnim tekućinama.

Pregače, zaštitne naočale i maske treba nositi kada postoji mogućnost raspršivanja i aerosolizacije krvi i drugih tjelesnih tekućina.

Manipulacija oštrim predmetima mora biti vrlo pažljiva, a moraju se odlagati u neprobojne posude.

Igle se nikada ne dodiruju, savijaju ili lome, niti se na njih vraća poklopac.

Na mrlje od krvi treba prvo staviti upijajuće jednokratne ubruse, potom ih treba ukloniti, a onečišćenje oprati sapunicom te dezinficirati prostor sa 0,5% otopinom hipohlorita (npr. 1:10 razrijeđene 4%-tne varikine), a tokom provođenja navedenih postupaka moraju se nositi rukavice.

Kontaminirane predmete i aparate koji se ponovno koriste treba sterilisati, a ako to nije moguće, tada izvršiti dezinfekciju visokog stepena.

Zdravstveni djelatnici sa otvorenim ranama i drugim oštećenjima kože trebaju izbjegavati neposredni dodir sa bolesnicima i kontaminiranim materijalom.

Bolesnike zaražene HIV-om nije potrebno posebno izolovati, osim kad boluju od prenosivih oportunističkih infekcija.

PRILOG 9: PLAN PREVENCIJE HIV-A

Koje korake/aktivnosti ćete poduzeti da unaprijedite vaše djelovanje u prevenciji HIV infekcije?	Koji vremenski okvir vam je potreban?	Koja sredstva su vam za to potrebna? (ljudi, materijali) Koja vrsta podrške ili odobrenja vam treba da bi ste realizirali planirano?
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

