



Влада Републике Српске
Министарство здравља
и социјалне заштите



ПЛАНИРАЊЕ ПОРОДИЦЕ

Приручник за тематске предаваче

Бања Лука, 2020.

Аутори:

Др. Ивес Шиндрак
Проф. др. сц. мед. Заим Јатић
Проф. др. сц. Едита Черну Обрдаљ
Мр. сц. др. Јасминка Вучковић
Доц. др. сц. мед. Сузана Савић
Др. Един Ченгић
Мр. сц. др. Ана Марија Грубишић
Др. Савка Симић
Прим. мр. пх. Емина Османагић
Тијана Медведец Хоџић

Консултанти:

Др. Ali Kubba, Guy's and St Thomas' Hospital, Лондон, Велика Британија
Др. Lavinia Nanu, East European Institute for Reproductive Health, Румунија
Др. Mihai Horga, East European Institute for Reproductive Health, Румунија
Мс. Patricia Mihaescu, Population Services International (PSI), Румунија
Др. Paula Baraitser, King's College London, Велика Британија

Овај приручник представља јединствени методолошки оквир за предаваче, који им омогућава једноставан и ефикасан начин преношења савремених знања о планирању породице докторима породичне медицине у Босни и Херцеговини.

Техничку и финансијску помоћ за настанак овог документа дао је Популациони фонд Уједињених нација у БиХ (UNFPA) у складу с Оквиром развојне помоћи Уједињених нација 2015–2019. Документ су потписали Савјет министара Босне и Херцеговине и тим Уједињених нација у Босни и Херцеговини 15. јуна. 2015. године, а један од изражених циљева је обезбјеђивање бољег приступа квалитетним услугама планирања породице.

Аутори Приручника из 2015. године уједно су главни тематски предавачи у Босни и Херцеговини, који су заједно с вањским консултантима уложили велики труд у изради документа. Као основа за израду овог Приручника коришћен је приручник за планирање породице Министарства здравља Републике Сјеверне Македоније. Техничку подршку је пружио Партнерство за јавно здравље.

Током 2020. године UNFPA је подржао ревизију документа из 2015. године, која је урађена у складу са савременим знањима и у складу са ситуацијом у Босни и Херцеговини.

Садржај:

9 О приручнику

10 МОДУЛ 1. Етички и јавноздравствени аспекти планирања породице

10 Циљ модула 1

10 Циљеви наставе

11 Активности, методи, вријеме

12 УВОДНА СЕСИЈА

12 Активност 1. Циљеви модула

12 Активност 2. Уводно тестирање

13 СЕСИЈА 1.1. Етички аспекти планирања породице

13 Активност 1.1. Етичка начела заштите репродуктивног здравља

14 Активност 1.2. Начела заштите повјерљивости и приватности

14 Активност 1.3. Утврђивање одговорности за заштиту повјерљивости

15 Активност 1.4. Увјерења, вриједности, ставови и условљеност понашања

15 Активност 1.5. Планирање породице као дио сексуалног и репродуктивног здравља и права

16 Активност 1.6. Значај планирања породице

17 СЕСИЈА 2.2. Јавноздравствени аспекти планирања породице

17 Активност 2.1. Главна обиљежја коришћења метода контрацепције

17 Активност 2.2. Највеће препреке коришћењу метода контрацепције

17 Активност 2.3. Улога примарне здравствене заштите у уклањању препрека за планирање породице

19 ЗАВРШНА СЕСИЈА

19 Активност 1. Рекапитулација

19 Активност 2. Завршно тестирање

19 Активност 3. Евалуација модула

19 Материјали

20 Материјали за учеснике

20 Етичка начела заштите репродуктивног здравља, повјерљивости и приватности

22 Практични примјери: Заштита повјерљивости

22 Професионалан однос са пацијентима – одржавање повјерења

22 Понашање, увјерења, вриједности и ставови

22 Појам планирања породице и сексуалног и репродуктивног здравља

24 Компоненте/предмет услуга заштите сексуалног и репродуктивног здравља

25 Предности планирања породице

27 Основне одлике коришћења метода контрацепције

28 Уводни/завршни тест

29 Материјали за предаваче

29 Етика

33 Професионалност

36 Аутономија жена и повјерљивост

38 МОДУЛ 2. Савјетовање и организациони оквир

38 Циљ модула 2

38 Циљеви учења

39 Активности, методе и вријеме

40 СЕСИЈА 1. Савјетовање и одлучивање

40 Активност 1.1. Савјетовања, давање савјета/препоруче и информисани избор

41 Активност 1.2 Предности савјетовања за планирање породице

44 Активност 1.3. Вербална и невербална комуникација

46 СЕСИЈА 2. Савјетовање у контексту консултација о планирању породице

46 Активност 2.1. Модел gather – образложење корака у консултацијама о планирању породице

47 Активност 2.2. Предности и недостаци процеса консултација

48 Активност 2.2.1. Приватност и повјерљивост

48 Активност 2.2.2. Остала права клијента

49 Активност 2.3. Превенција ППИ/ХИВ-а, процјена ризика, савјетовање и тестирање

50 Активност 3. Организациони оквир

58 МОДУЛ 3. Методи контрацепције

58 Циљеви модула

59 Уводни тест

63 СЕСИЈА 1.

63 Активност 1. Циљеви сесије

63 Активност 2. Критеријуми медицинске подобности

63 Активност 3. Категорије критеријума медицинске подобности за методе контрацепције

64 Активност 4. Категорије критеријума медицинске подобности СЗО за ИУУ, хормоналне и методе баријере

64 Активност 5. Категорије за методе базиране на праћењу циклуса плодности

65 Активност 6. Употреба тачка критеријума медицинске подобности

66 Активност 7. Употреба брзе референтне таблице критеријума медицинске подобности

67 СЕСИЈА 2. Ефикасност метода контрацепције

67 Активност 1. Циљеви сесије

67 Активност 2. Ефикасност метода контрацепције

67 Активност 3. Перлов индекс

68 Активност 4. Ефикасност метода контрацепције

69 СЕСИЈА 3. Комбиновани орални контрацептиви

69 Активност 1. Циљеви сесије

69 Активност 2. Главне карактеристике комбинованих оралних контрацептива

70 Активност 3. Карактеристике и врсте

71 Активност 4. Ефикасност

71 Активност 5. Релативна ефикасност

71 Активност 6. Механизми дјеловања КОК

71 Активност 7. Здравствене користи везане уз менструални циклус

72 Активност 8. Остале здравствене користи

74 Активност 9. Ко може користити КОК?

74 Активност 10. Како се користи КОК?

75 Активност 11. Нуспојаве КОК, исправљање гласина и заблуда

76 Активност 12. Управљање нуспојавама КОК-а

77 Активност 13. Проблеми коју могу довести до прекида узимања КОК и преласка на други метод заштите

78 Активност 14. КОК: резиме

79 СЕСИЈА 4. Комбиновани орални контрацептиви

79 Активност 1. Циљеви сесије

79 Активност 2. Шта су таблете за хитну контрацепцију?

79 Активност 3. Законски оквир за хитну контрацепцију

80 Активност 4. Како дјелују таблете за хитну контрацепцију, њихова ефикасност и сигурност

80 Активност 5. Уобичајене недоумице, митови и погрешна схватања о хитној контрацепцији

81 Активност 6. Како користити таблете за хитну контрацепцију.

81 Активност 7. Могуће нуспојаве при коришћењу хитне контрацепције

82 Активност 8. Праћење и упућивање клијената

83 СЕСИЈА 5.

83 Активност 1. Циљеви сесије

83 Активност 2. Двострука заштита

84 Активност 3. Контрацептивна ефикасност

85 Активност 4. Како се користи кондом за мушкарце?

86	СЕСИЈА 6.
86	Активност 1. Циљеви сесије
86	Активност 2. Шта је ИУУ?
87	Активност 3. Исправљање гласина и заблуда
88	Активност 4. Ефикасност и здравствене предности ИУУ
88	Активност 5. Савјетовање о нуспојавама
89	Активност 6. Сигурност ИУУ
89	Активност 7. Тумачење контролне листе за ИУУ
90	Активност 8. Бакарни ИУУ – резиме
90	Активност 9. ИУУ на бази левоноргестрела (основе)
91	СЕСИЈА 7.
91	Активност 1. Циљеви сесије
91	Активност 2. Карактеристике контрацепције на бази прогестина, типови, начин дјеловања
93	СЕСИЈА 8.
93	Активност 1. Главне карактеристике за даваоце услуга и клијенте
93	Активност 2. Шта је метод лактационе аменореје?
95	Активност 3. Када и како почети користити метод лактационе аменореје?
96	СЕСИЈА 9.
96	Активност 1. Полно преносиве инфекције и двојна заштита
97	СЕСИЈА 10
97	Активност 1. Узимање медицинске анамнезе о репродуктивном здрављу
97	Активност 2. Студије случаја КОК и ИУУ
99	ЗАВРШНА СЕСИЈА
99	Активност 1. Резиме
99	Активност 2. Завршни тест
100	Активност 3. Евалуација модула
100	Визуелни материјали
101	Листа контрацептивних средстава доступних у БиХ
101	Точак критеријума медицинске подобности за употребу контрацепције
102	Брза референтна таблица критеријума медицинске подобности СЗО за употребу контрацепције
103	Уводни / завршни тест
104	Поређење ефикасности метода планирања породице
105	Ако 100 жена користи једну методу током године дана, колико њих ће остати у другом стању?
106	Контролна листа критеријума медицинске подобности за употребу КОК
107	Образац за евалуацију модула
108	Контролна листа критеријума медицинске подобности за коришћење ИУУ
109	МОДУЛ 4. Полно/сексуално преносиве инфекције (ППИ/СПИ)
109	Циљ
109	Циљеви наставе
110	1. Увод
110	2. Дефиниција и јавноздравствени значај
110	2.1 Дефиниција
110	2.2 Јавноздравствени значај
112	3. Полно преносиве болести – опште информације
112	3.1 Етиологија
112	3.2 Резервоари инфекције
112	3.3 Пuteви преношења ППИ
112	3.4 Улазна мјеста за ППИ
112	3.5 Фактори ризика за развој ППИ
113	3.6 Клинички симптоми и знаци ППИ
113	3.7 Дијагностика ППИ
113	3.8 Лијечење ППИ
114	4. Превенција полно преносивих инфекција
115	5. Преглед најчешћих ППИ
115	5.1 Подјела ППИ

115	5.2 Сифилис
117	5.3 Хламидијаза
118	5.4 Гонореја
118	5.5 Хумани папилома вирус – ХПВ
120	5.6 Хепатитис Б
120	5.7 Херпес симплекс вирус – ХСВ
122	5.8 ХИВ
124	5.9 Трихомонијаза
125	5.10 Ектопаразитарне инфекције
127	Прилог 1. Завршни тест
129	Прилог 2. Табела - Најчешће полно преносиве болести, узрочници, клиничка презентација и путеви ширења
129	Прилог 3. Брзи преглед основних карактеристика најчешћих ППИ
133	МОДУЛ 5. Пријатељски приступ у раду с младим људима
133	Увод у модул
133	Циљеви
134	Наставни циљеви модула
134	Неопходни материјали и опрема за извођење модула
136	Упутства за фацитаторе
136	УВОДНА СЕСИЈА
136	Активност 1. Циљеви модула
136	Активност 2. Уводно тестирање
137	СЕСИЈА 1. Значај и специфичности адолесценције
137	Активност 1.1. Увод у сесију
137	Активност 1.2. Вјежба: Чег се сјећам из периода моје адолесценције?
138	Активност 1.3. Вјежба: Шта је посебно у вези с адолесценцијом те импликације на јавно здравство?
140	Активност 1.4. Дефиниција појмова: млади људи, адолесценти и млади
141	СЕСИЈА 2. Рањиве групе младих људи
141	Активност 2.1. Увод у сесију
141	Активност 2.2. Ко су рањиви млади људи?
144	СЕСИЈА 3. Родно осјетљиве пријатељске услуге за младе људе
144	Активност 3.1. Увод у сесију
145	Активност 3.2. Баријере у приступу здравствених услуга за младе
145	Активност 3.3. Карактеристике родно осјетљивих пријатељских услуга за младе
148	СЕСИЈА 4. Кључни актери у пружању пријатељских услуга за младе
149	СЕСИЈА 5. Завршна сесија
151	Модул 5: Пријатељски приступ у раду с младим људима
152	Прилози
152	Прилог 1. Евиденциони обрасци
155	Прилог 2. Постер

Достизање глобалних циљева Популационог фонда Уједињених нација (UNFPA) до 2030. године:
„0“ незадовољених потреба за планирањем породице
„0“ случајева превентабилне матерналне смртности
“0“ случајева родно заснованог насиља и штетних пракси

Прије више од педесет година, на Међународној конференцији Уједињених народа о људским правима одржаној у Техерану 1968. године, планирање породице проглашено је људским правом, а свијет се сложио да родитељи имају право да слободно и одговорно одлучују о томе колико дјеце желе имати и у којем временском размаку. Тиме је истакнут значај који планирање породице има за појединца и породицу, па тако и заједницу, а самим тим и за развој сваке земље. Ово је потврђено 1994. године на Међународној конференцији о развоју становништва (ICPD) одржаној у Каиру, гдје се 179 влада земаља сложило да је сексуално и репродуктивно здравље темељ економског и социјалног развоја.

Да би појединци и парови могли да донесу одговарајуће одлуке по овом питању, потребно је, прије свега, да располажу провјереним информацијама, односно да имају приступ услугама планирања породице. Поред наведеног, услуге планирања породице спречавају нежељене трудноће и њихове посљедице те доприносе превенцији полно преносивих инфекција. Планирање породице је такође средство за оснаживање жена будући да им даје могућност да истовремено планирају и породицу и професионалну каријеру.

Процес који води до овог избора започиње много раније и обликује га шири спектар социјалних, културних, вјерских, економских, правних и политичких фактора који утичу на избор појединца, доступност услуга, па чак и на аутономију и мотивацију за одлуку по овом питању.

Програм планирања породице треба бити осмишљен на начин да испуњава права свих парова и појединаца да слободно и одговорно одлучују о броју, размаку и времену када желе добити дјецу, без дискриминације, присиле и насиља, с приступом информацијама, услугама у заједници и широкој комбинацији контрацептивних метода. Ово је уједно предуслов за постизање једног од три глобална трансформативна циља Популационог фонда Уједињених нација: „0“ незадовољених потреба за планирањем породице до 2030. године, у складу с роком циљева одрживог развоја. Достизање овог циља захтијева преданост и сарадњу више сектора уз подршку cjелокупног окружења.

С тим у виду, Популациони фонд Уједињених нација (UNFPA) у Босни и Херцеговини ће наставити да подржава Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске и Федерално министарство здравства у јачању капацитета доктора породичне медицине за пружање услуга планирања породице у Републици Српској и Федерацији БиХ.

0 приручнику

Приручник је намијењен тематским предавачима који учествују у стручном усавршавању доктора породичне медицине о пружању услуга планирања породице.

Стручно усавршавање се заснива на моделу радионице у укупном трајању од два и по дана. Током радионице полазници ће се упознати с етичким принципима и јавноздравственим аспектима планирања породице, укључујући организациони и законски оквир у овој области, те са знањима и вјештинама потребним за савјетовање о планирању породице, методама и врстама контрацепције, савјетовању на тему полно преносивих инфекција, као и пријатељским услугама за младе.

Приручник садржи пет модула и прилоге:

- **Модул 1:** Етички и јавноздравствени аспекти планирања породице
- **Модул 2:** Савјетовање и организациони оквир
- **Модул 3:** Методи контрацепције
- **Модул 4:** Полно преносиве инфекције (ППИ)
- **Модул 5:** Пријатељски приступ у раду с младим људима

Сваки модул садржи:

- Циљеве учења – знања и вјештине које ће полазници стећи по завршетку модула;
- Активности, методе, вријеме – активности планиране у оквиру модула, трајање и методи који ће се користити у модулу;
- Упутства за уводничаре – смјернице којима ће се уводничари руководити приликом рада на активностима у оквиру модула;
- Материјал – као визуелну помоћ (презентације у програму *PowerPoint*) за учеснике (брошуре за полазнике) и предаваче, који ће им помоћи да воде активности у оквиру модула.

Како би омогућили праћење пружених услуга у додатно едукованим тимовима породичне медицине, аутори приручника су развили приједлог евиденционих образаца који ће се у наредном периоду пилотирати, те прилагодити како би постали дио редовног извјештавања у здравству. (Прилог: Евиденциони обрасци – приједлог).

Аутори су, такође, развили постер који пацијентима пружа информације о услугама савјетовања о планирању породице и полно преносивим инфекцијама, као и о пријатељском приступу у раду с младима у њиховом тиму породичне медицине. (Прилог: Постер)

МОДУЛ 1

Етички и јавноздравствени аспекти планирања породице

Аутори: мр. сц. др. Јасминка Вучковић, проф. др. сц. Едита Черни Обрдаљ, мр. сц. др. Ана Марија Грубишић

Циљ модула 1

Овај модул уводи даваоце здравствених услуга у знања и ставове о етичким начелима које треба да посједују како би помогли пацијентима, те поставља основни контекст потребан за разумијевање значаја планирања породице за здравље мајке, дјетета и друштва. У модулу се анализирају неки основни појмови планирања породице на којима почивају програми планирања породице на нивоу примарне здравствене заштите (ПЗЗ). Даваоци услуга здравствене заштите треба да преиспитају увјерења пацијента која би могла да буду штетна по њих саме или по друге, те сопствене вриједности и увјерења у погледу планирања породице.

Циљеви наставе

По завршетку овог модула, полазници стичу сљедећа знања, вјештине и ставове:

- етичка начела заштите репродуктивног здравља;
- начела заштите повјерљивости и приватности;
- увјерења, вриједности, ставови и условљеност понашања;
- о планирању породице као дијелу сексуалног и репродуктивног здравља и права;
- о значају планирања породице;
- о главним обиљежјима коришћења контрацепције;
- о могућим препрекама коришћењу контрацепције.
- о улози примарне здравствене заштите у уклањању препрека за планирање породице.

Активности, методи, вријеме

СЕСИЈА/АКТИВНОСТ	МЕТОДИ		ВРИЈЕМЕ
Увод			5 мин.
Активност 1. Увод	Циљеви модула	Презентација	2 мин.
Активност 2. Увод	Уводно тестирање	тест	3 мин.
Сесија 1.	Етички аспекти планирања породице		40 мин.
Активност 1.1.	Етичка начела заштите репродуктивног здравља	Презентација	3 мин.
Активност 1.2.	Начела заштите повјерљивости и приватности	Креативно размишљање и дискусија	10 мин.
Активност 1.3.	Утврђивање одговорности за заштиту повјерљивости	Рад у малим групама и студија случаја	15 мин.
Активност 1.4.	Увјерења, вриједности и ставови и условљеност понашања	Слагалица	5 мин.
Активност 1.5.	Планирање породице као дио сексуалног и репродуктивног здравља и права (СРЗП)	Презентација	2 мин.
Активност 1.6.	Значај планирања породице	Креативно размишљање	5 мин.
Сесија 2.	Јавно-здравствени аспекти планирања породице		35 мин.
Активност 2.1.	Главна обиљежја коришћења контрацепције	Презентација	5 мин.
Активност 2.2.	Главне препреке коришћењу контрацепције	Креативно размишљање и дискусија	10 мин.
Активност 2.3.	Улога примарне здравствене заштите у уклањању препрека за планирање породице	Рад у малим групама и студија случаја	20 мин.
Закључак			10 мин.
Активност 1.	Рекапитулација	Презентација	2 мин.
Активност 2.	Завршно тестирање	тест	3 мин.
Активност 3	Евалуација модула	тест	3 мин.
	УКУПНО ВРИЈЕМЕ		90 мин.

Припреме

LCD пројектор, лаптоп, папир, папирна табла, оловке, љепило за папир, уводни и завршни тест, образац за евалуацију.

Инструкције за уводничара

УВОДНА СЕСИЈА

Трајање сесије: 5 минута

Активност 1. Циљеви модула

Презентација: 2 минута

Приказати **м1 / о / П1**. Учесницима пожељети добродошлицу.

Изложити циљеве модула.

Приказати материјал **м1 / о / П1 / циљеви модула**.

Овај модул уводи даваоце здравствених услуга у знања и ставове о етичким принципима које даваоци здравствених услуга треба да посједују како би помогли пацијентима, те пружа основни контекст за разумијевање значаја планирања породице за здравље мајке, дјетета и друштва.

У модулу се анализирају неки основни појмови у домену планирања породице на којима почивају програми планирања породице на нивоу примарне здравствене заштите. Даваоци здравствене заштите треба да преиспитају увјерења корисника која би могла да буду штетна по њих саме или по друге, те сопствене вриједности и увјерења у погледу планирања породице.

Циљеви наставе

По завршетку овог модула, полазници стичу сљедећа знања, вјештине и ставове:

- етичка начела заштите репродуктивног здравља;
- начела заштите повјерљивости и приватности;
- увјерења, вриједности, ставови и условљеност понашања;
- о планирању породице као дијелу сексуалног и репродуктивног здравља и права;
- о значају планирања породице;
- о главним обиљежјима коришћења контрацепције;
- о могућим препрекама коришћењу контрацепције.
- о улози примарне здравствене заштите у уклањању препрека за планирање породице.

Активност 2. Уводно тестирање

Тест: 3 минута

Сваком учеснику дати примјерак уводног теста. Тест се ради самостално. Уводничар кратко одговара на питања учесника и наглашава да учесници не морају да одговоре на сва питања јер ће у току радионице свакако добити одговоре на сва питања из уводног теста.

Приказати **м1 / о**. Уводни тест.

СЕСИЈА 1.1. ЕТИЧКИ АСПЕКТИ ПЛАНИРАЊА ПОРОДИЦЕ

Трајање сесије: 40 минута

Активност 1.1. Етичка начела заштите репродуктивног здравља

Презентација: 3 минута

Приказати **м1 / с1 / П2**. Етичка начела заштите репродуктивног здравља
Објаснити појам етике.

Међусобно контрадикторна етичка питања могу да се доведу у равнотежу на различите начине, зависно од различитих приоритета.

На примјер: доктор који одлучује о томе да ли да предложи или изврши захват који може утицати на рађање, треба да се упозна са будућим намјерама, надама и изгледима за рађање. Са женама које планирају трудноћу и женама које су тек склопиле брак радиће се другачије него са женама у постменопаузи и женама које више не намјеравају рађати. Као што постоје различите медицинске опције, тако постоје и различите етичке опције.

Објаснити 4 општа етичка начела:

- поштовање аутономије личности,
- нешкодљивост,
- добротинство и
- праведност.

Објаснити свако начело помоћу слајдова.

Објаснити професионалност.

Кључно обиљежје медицинске професије јесте да пацијента ставља на прво мјесто. У Женевској декларацији о љекарској посвећености стоји: „*Најважнија ће ми брига бити здравље мог пацијента*“. Данашња дефиниција професионалности у медицини развијала се од аутономије до одговорности, од стручног мишљења до емпиријски доказане медицине, од појединачних интереса до тимског рада и заједничке одговорности.

Изложити значење професионалности (прочитати са слајда).

Навести професионалне одговорности (прочитати са слајда).

Као помоћ користити **м1 / с1 / Т1 и м1 / с1 / Т2**.

Активност 1.2.**Начела заштите повјерљивости и приватности****Креативно размишљање и дискусија: 10 минута**

Питати учеснике како схватају значење повјерљивости/приватности. Одговоре записати на папирну таблу.

Након што учесници дају одговоре (5 минута), објаснити повјерљивост и општа начела заштите повјерљивости у раду са женама и адолесцентима.

Навести сажете препоруке из документа С30: Заштита људских права у пружању информација и услуга везаних за контрацепцију.

Навести сажете препоруке Закона о заштити личних података БиХ.

Као помоћ користити **М1 / С1 / Т3** и **М1 / С1 / Т4**.

Учесницима подијелити **М1 / С1 / Х1**. (Сажетак из: Заштита људских права у пружању информација и услуга везаних за контрацепцију.)

Активност 1.3.**Утврђивање одговорности за заштиту повјерљивости****Рад у малим групама и практичан примјер: 15 минута**

Сврха ове активности је представити реалне ситуације, гдје се испитују посвећеност и схватање појма повјерљивости; појаснити одговорности здравствених радника у погледу повјерљивости.

Подијелити учеснике у двије мање групе. Свакој групи дати по један сценарио. Објаснити им да ће сада радити на практичном примјеру.

Подијелити **м1 / с1 / Х2**.

Поставити учесницима слједеће питање: Како бисте поступили?

- Пацијент вам је управо рекао да је ХИВ позитиван, а знате да се забавља са вашом рођаком.
- Седамнаестогодишња кћерка вашег комшије виђа се са старијим мушкарцем и интересују је методи контрацепције.

Групама дајте 3 минута за дискусију.

Свака група треба да одреди једног представника који ће изложити резултате дискусије.

Након излагања једне групе, затражите мишљење друге групе.

Представници групе излажу одговоре (2 x 5 минута).

Питајте учеснике у групи шта су научили из ових практичних примјера.

По закључењу дискусије, подсјетите здравствене раднике да ће са пацијентом лакше успоставити однос и повјерење ако му гарантују повјерљивост.

Учесницима подијелити **м1 / с1 / Х3**.

Активност 1.4.**Увјерења, вриједности, ставови и условљеност понашања****Слагалица: 5 минута**

Подијелити учеснике у четири-пет мањих група.

Дати им лист папира са четири размакнуте ријечи: ПОНАШАЊЕ, ВРИЈЕДНОСТИ, СТАВОВИ, УВЈЕРЕЊА и пет реченица, свака на посебном листу папира. Подијелите **љепило м1 / с1 / Х4**.

1. Обликују их или на њих утичу вјерски, образовни и културолошки фактори, произлазе из личног искуства.
2. Како се понашамо, реагујемо и поступамо у одговору на различите подражаје у различитим ситуацијама, околностима и условима?
3. Идеје које се сматрају тачним, али не почивају нужно на чињеницама.
4. Мишљење или стандард који је појединцу важан.
5. Шта мислимо или намјеравамо учинити, наше стајалиште о неком питању или чину?

Задатак је да се реченице придруже ријечима, а затим да их групе упореде.

Разговарајте о закључцима.

Рекапитулирајте уз акценат на слједећем:

- информације и методе треба изложити неутрално и објективно тако да пацијент може да донесе суд за себе (уз уважавање медицинских контраиндикација).

Пацијент има право:

- да се не сложи са препоруком здравственог радника,
- да се у било ком тренутку предомисли (уз уважавање медицинских контраиндикација).

Као помоћ користити **м1 / с1 / Т5**.

Активност 1.5.**Планирање породице као дио сексуалног и репродуктивног здравља и права****Презентација: 2 минута**

Приказати **м1 / с1 / П3**. Планирање породице као дио сексуалног и репродуктивног здравља и права.

Нагласити да је планирање породице један од шест стубова безбједног материнства. Нагласити и да добра и безбједна здравствена заштита мајке мора да се нађе у спектру услуга које укључују планирање породице, заштиту здравља мајке након побачаја, интрапарталну и постпарталну заштиту. Ове услуге пружају се и међусобно допуњају у ширем контексту у ком су приоритети једнакост, емотивна и психолошка подршка и посвећеност пружању услуга основне здравствене заштите свим женама (**м1 / с1 / П3**).

Замолити једног учесника да прочита дефиницију репродуктивног здравља (**м1 / с1 / П3**). Нагласити да је планирање породице кључна компонента репродуктивног здравља.

Нагласити да планирање породице спада у услуге заштите сексуалног и репродуктивног здравља, које се обично дијеле у четири категорије:

- услуге планирања породице,
- услуге заштите здравља мајке и дјетета,
- услуге заштите сексуалног здравља и
- друге услуге.

Објаснити да се заштита репродуктивног и сексуалног здравља, укључујући услуге и информације о планирању породице, уважава не само као кључна интервенција за унапређење здравља жена и дјеце, већ и као људско право.

Нагласити чињеницу да сви парови и појединци имају право да слободно и одговорно одлуче колико ће дјеце имати и у ком временском размаку, да имају право на информације, обавјештавање и средства која им то омогућавају, право приступа, право избора и право остваривања највиших стандарда заштите сексуалног и репродуктивног здравља, укључујући и научна достигнућа, приликом избора метода планирања породице. Ту спада и право на доношење одлука о трудноћи без дискриминације, присиле и насиља.

Нагласити да значај репродуктивних права уважава и штити више међународних конвенција, уговора и споразума, чије су потписнице владе држава широм свијета.

Напоменути да је БиХ ратификовала све наведене документе, што значи да се директно примјењују у правном поретку БиХ. Прочитати дефиницију људских права.

Подијелити **м1 / с1 / X5** и **м1 / с1 / X6**.

Активност 1.6.

Значај планирања породице

Креативно размишљање: 7 минута

Поставити питања:

- Поред жена, ко све има корист од планирања породице?
- Постоје ли неке групе које су посебно осјетљиве?

Одговоре запишите на папирној табли (према сљедећим ставкама):

1. здравље дјеце,
2. здравље жена,
3. здравље адолесцената,
4. здравље мушкараца,
5. друштво у цјелини.

Замолити учеснике да наведу могуће предности планирања породице за сваку ставку и записати их на таблу. Уколико не наведу користи за све категорије или пацијенте, наводити их питањима.

Истаћи важност користи за адолесценте, посебно због чињенице да се сусрећу са специфичним препрекама у коришћењу контрацепције, што их чини посебно осјетљивом групом.

Замолити учеснике да наведу посљедице адолесцентске трудноће, укључујући здравствене, друштвене и емотивне проблеме (за мајку, дијете и друштво).

Замолити учеснике да наведу предности планирања породице за мушкарце.

На крају сесије подијелити материјале **м1 / с1 / X7**.

Литература: Закон о заштити личних података

СЕСИЈА 2.2. ЈАВНОЗДРАВСТВЕНИ АСПЕКТИ ПЛАНИРАЊА ПОРОДИЦЕ

Трајање сесије: 35 минута

Активност 2.1.

Главна обиљежја коришћења метода контрацепције

Презентација: 5 минута

Замолите учеснике да кажу да ли им је познато у коликој мјери се користи контрацепција у БиХ. Ако није, која је њихова процјена?

Кратко изложити податке о коришћењу метода контрацепције и основне показатеље сексуалног и репродуктивног здравља у БиХ (**м1 / с2 / П4. Основна обиљежја коришћења метода контрацепције у Републици Српској**). Посебно истаћи низак ниво коришћења метода контрацепције у Босни и Херцеговини у односу на ЕУ и разговарати о могућим импликацијама по здравље жена и дјеце. Замолити учеснике да наведу везу између ниског нивоа коришћења метода контрацепције и смртности мале дјеце. На крају сесије подијелити материјале **м1 / с2 / X8**. Као помоћ користити **м1 / с2 / T6**.

Активност 2.2.

Највеће препреке коришћењу метода контрацепције

Креативно размишљање и дискусија: 10 минута

Поставити учесницима сљедеће питање:

Које су главне препреке коришћењу метода контрацепције?

Нагласити да су сви одговори добродошли и да ће бити записани. Позвати све да се укључе јер нема тачних и погрешних одговора. Дати 5 минута да изнесу своје мишљење, које треба записати на папирну таблу.

Прочитати све одговоре и груписати их према препрекама: личне, институционалне, стратешке, социјално-економске итд.

Завршити рекапитулацијом претходног предавања и подијелити материјале **м1 / с2 / X9**.

Активност 2.3.

Улога примарне здравствене заштите у уклањању препрека за планирање породице

Рад у мањим групама и дискусија: 20 минута

Подијелити учеснике у три групе, које ће тражити одговор на исто питање: На који начин установе примарне здравствене заштите могу уклонити препреке за планирање породице?

Свакој групи дати велики лист папира и маркер. Оставити их да раде 10 минута.

Позвати групе да изаберу свог представника који ће изложити закључке. С обзиром на то да је задатак исти за све, поставити на таблу сва три листа папира и замолити представнике група да изложе своје закључке.

Дати 5 минута за презентацију и закључке.

Нагласити да су готово сви даваоци услуга планирања породице смјештени у градским подручјима (гинеколози у примарној здравствено заштити, патронажне сестре, болнице са породилиштем, укључујући мрежу савјетовалишта за младе и породицу). Доктори породичне медицине распоређени су равномјерније, па је женама из руралних и удаљенијих подручја лакше до њих доћи. Из овог разлога се, између осталог, апелује на све земље да свима омогуће приступ заштити репродуктивног здравља, укључујући планирање породице, кроз систем примарне здравствене заштите.

На крају ове сесије нагласити да је информисање давалаца услуга битно за унапређење квалитета услуге планирања породице те да доступност услуга заштите репродуктивног здравља, укључујући планирање породице, може значајно да се унаприједи кроз систем примарне здравствене заштите.

ЗАВРШНА СЕСИЈА

Трајање сесије: 10 минута

Активност 1. Рекапитулација

Презентација: 2 минута

Кратко рекапитулирати модул.

Приказати **м1 / ц / П5**, изложити најважније научене ставке и питати учеснике имају ли питања.

Активност 2. Завршно тестирање

Тест: 5 минута

Подијелити уводни/завршни тест и замолити учеснике да тест ураде самостално. Тест траје 3 минута; док учесници раде, кретати се по просторији.

Прочитати тачне одговоре и одговорити на евентуална питања. Покупити урађене тестове.

Активност 3. Евалуација модула

Евалуација: 3 минута

Подијелити образац за евалуацију модула и дати 3 минута за попуњавање.

Покупити попуњене обрасце.

Материјали

Визуелна помоћ

У настави ће се, као визуелна помоћ, користити следеће PowerPoint презентације (приложене у електронском облику) или листови папирне табле:

- М1 / О / П1. Циљеви модула
- М1 / С1 / П2. Етичка начела заштите репродуктивног здравља
- М1 / С1 / П3. Планирање породице као дио сексуалног и репродуктивног здравља и права
- М1 / С2 / П4. Основна обиљежја коришћења метода контрацепције
- М1 / Ц / П5. Рекапитулација.

Материјали за учеснике

У оквиру различитих активности током радионице, учесници ће добити следеће материјале:

- М1 / С1 / Х1. Етичка начела заштите репродуктивног здравља и повјерљивости
- М1 / С1 / Х2. Практични примјери: заштита повјерљивости
- М1 / С1 / Х3. Професионални однос – одржавање повјерења
- М1 / С1 / Х4. Понашање, увјерења, вриједности и ставови
- М1 / С1 / Х5. Појам планирања породице и сексуалног и репродуктивног здравља
- М1 / С1 / Х6. Компоненте/предмет услуга заштите сексуалног и репродуктивног здравља
- М1 / С1 / Х7. Предности планирања породице
- М1 / С2 / Х8. Основна обиљежја коришћења метода контрацепције
- М1 / С2 / Х9. Највеће препреке коришћењу метода контрацепције
- М1 / Тест. Уводни/завршни тест.

Материјали за предаваче

Ови материјали садрже стандардне информације и материјале потребне едукаторима за вођење активности.

- M1 / C1 / T1. Етика
- M1 / C1 / T2. Професионалност
- M1 / C1 / T3. Аутономија личности жене и заштита повјерљивости
- M1 / C1 / T4. Препоруке у погледу заштите људских права приликом пружања информација и услуга у вези са методама контрацепције
- M1 / C1 / T5. Понашање, увјерења, вриједности и ставови
- M1 / C2 / T6. Основна обиљежја коришћења метода контрацепције
- M1 / Одговори. Одговори на питања из теста.

Материјали за учеснике

M1 / C1 / X1

ЕТИЧКА НАЧЕЛА ЗАШТИТЕ РЕПРОДУКТИВНОГ ЗДРАВЉА, ПОВЈЕРЉИВОСТИ И ПРИВАТНОСТИ

Сажете препоруке преузете су из документа C30: Заштита људских права у пружању информација и услуга у вези са методама контрацепције. Смјернице и препоруке. (1)

Забрана дискриминације у пружању информација

1.1 Препорука да свеобухватне информације и услуге буду једнако доступне свима на добровољној основи, без дискриминације, присиле или насиља (на основу личног избора).

1.2 Препорука да закони и стратегије подржавају програме којима се обезбјеђује пружање свеобухватних информација и услуга свим сегментима становништва. Посебну пажњу треба посветити групама у неповољном положају и маргинализованим групама.

Доступност информација и услуга

2.1 Препорука да се, ради боље доступности, у основни ланац набавке лијекова уврсте контрацептивна средства, материјал и опрема. По потреби, учврстити ланац набавке.

Приступ информацијама и услугама

3.1 Препорука да се у школама и изван њих реализује научно доказан и свеобухватан програм сексуалног васпитања који ће пружати информације о начинима примјене и набавке контрацептивних средстава.

3.2 Препорука да се отклоне финансијске препреке коришћењу контрацепције у маргинализованим сегментима популације, укључујући адолесценте и сиромашне, те обезбиједе приступачна контрацептивна средства.

3.3 Препорука да се побољша доступност кроз боље информисање и пружање услуга пацијентима и потенцијалним пацијентима који теже долазе до ових услуга (нпр. сеоско становништво, сиромашно градско становништво, адолесценти). Информације и услуге о безбједном побачају треба пружити у складу са смјерницама C30 (Безбједан побачај: техничке и стратешке смјернице за здравствене системе, 2. издање).

3.4 Препорука да се посебни напори уложе у пружање свеобухватних информација и услуга расељеном становништву, становништву у кризним ситуацијама и жртвама сексуалног насиља, којима је посебно потребан приступ хитној контрацепцији.

3.5 Препорука да информације и услуге у вези са методама контрацепције као сегмента заштите сексуалног и репродуктивног здравља буду понуђене у оквиру програма тестирања на ХИВ, лијечења и њега у контексту здравствене заштите.

3.6 Препорука да свеобухватне информације и услуге у овој сфери буду пружене током пренаталне и постпарталне њега.

3.7 Препорука да свеобухватне информације и услуге у овој сфери буду дио редовне заштите током и након побачаја.

3.8 Препорука да се услуге мобилне телефоније користе за боље информисање и пружање услуга становништву које живи у удаљеним географским подручјима.

3.9 Препорука да се укине обавезна сагласност треће стране, између осталог и сагласност брачног партнера, да се жена информише и добије услуге у погледу контрацепције и из сродних области.

3.10 Препорука да се услуге заштите сексуалног и репродуктивног здравља, укључујући информације и услуге везане за контрацепцију, пружају адолесцентима без обавезне сагласности/обавјештавања родитеља или старатеља како би се задовољиле потребе адолесцената за информисањем и услугама.

Информисање и услуге

4.1 Препорука да се организује родно осјетљиво савјетовање и информисање о планирању породице и контрацептивима; у оквиру савјетовања, које је прилагођено специфичним потребама заједнице, пружају се тачне и прецизне информације и услуге у домену контрацепције и ради се на стицању вјештина (комуникације и преговарања), уз поштовање људских права.

4.2 Препорука да се накнадне услуге лијечења нежељених дејстава контрацептивних средстава дефинишу као приоритет у односу на све друге услуге у домену контрацепције. Препорука да се пацијенту понуди могућност упућивања одређеним службама уколико се траже методе које нису доступне.

Квалитет информација и услуга везаних за контрацепцију

5.1 Препорука да процедуре контроле квалитета, укључујући медицинске стандарде заштите и мишљење пацијента, буду редовно укључене у контрацепцијске програме.

5.2 Препорука да обезбјеђивање метода дугодјелујуће реверзибилне контрацепције укључује услуге апликације и екстракције, као и савјетовање о нежељеним дејствима, на истој локацији.

5.3 Препорука да се обезбиједи континуирано усавршавање и надзор здравствених радника, с акцентом на компетенцијама у сфери здравственог просвјешћавања, информисања и давања услуга. Усавршавање с циљем изградње компетенција треба реализовати у складу с важећим смјерницама C30.

Свјесно доношење одлука

6.1 Препорука да се дају доказане и исцрпне информације и обезбиједи обавјештавање и савјетовање о контрацепцији како би пацијент могао да донесе одлуку као обавијештена страна.

6.2 Препорука да се сваком појединцу без дискриминације омогући да сам одлучи, на основу датих информација, да ли ће користити модерна средства контрацепције (укључујући хитне, краткодјелујуће и дугодјелујуће трајне методе).

Приватност и повјерљивост

7.1 Препорука да приватност појединаца буде испоштована током цјелокупног пружања информација и услуга, укључујући повјерљивост медицинских и других личних података.

Учествовање

8.1 Препорука да се заједницама, а нарочито особама којих се ова тематика директно тиче, обезбиједи прилика да сврсисходно учествују у свим аспектима израде програма и стратегија за контрацепцију, те у њиховом спровођењу и праћењу.

Одговорност

9.1 Препорука да се успоставе дјелотворни механизми утврђивања одговорности, те да се учине доступним приликом давања информација и услуга, укључујући праћење, евалуацију, корективне мјере и обештећење на нивоу појединца и система.

9.2 Препорука да се код евалуације и праћења свих програма захтијева највиши квалитет услуга и поштовање људских права.

9.3 Препорука да у околностима финансирања према учинку буде уведен систем провјера и контрола, укључујући и заштиту од присиле и заштиту људских права. У том случају, потребно је извршити истраживање ради оцјене дјелотворности таквог финансирања и утицаја на пацијенте у смислу боље доступности контрацептивних средстава.

М1 / С1 / Х2
ПРАКТИЧНИ ПРИМЈЕРИ: ЗАШТИТА ПОВЈЕРЉИВОСТИ

1. Корисник вам каже да је ХИВ позитиван, а ви знате да је у вези са вашом рођаком. Шта ћете учинити?
2. Седамнаестогодишња кћерка вашег комшије је у вези са старијим човјеком и пита вас за методе планирања породице.

Шта ћете учинити?

М4 / С2 / Х3
ПРОФЕСИОНАЛАН ОДНОС СА ПАЦИЈЕНТИМА – ОДРЖАВАЊЕ ПОВЈЕРЕЊА

Добар однос између доктора и пацијента почива на повјерењу. Да бисте успоставили и одржали повјерење, морате да:

- саслушате пацијента и поштујете његове ставове;
- опходите се према пацијенту пристојно и увиђавно;
- поштујете приватност и достојанство пацијента;
- поступате са подацима о пацијенту као повјерљивим (уколико, у изузетним околностима, сматрате да податке треба да објелоданите без пристанка или супротно жељи пацијента, треба да поштујете смјернице о заштити повјерљивости података и оправдате своју одлуку);
- пацијенту дате информације о његовом стању, лијечењу и прогнози (уколико је пацијент млађи од 16 година, тј. недовољно зрео да схвати своје стање или импликације лијечења, информације се дају родитељима/старатељима, под условом да сматрате да је то у најбољем интересу дјетета);
- информације саопштавате на пацијенту разумљив начин;
- кад год је могуће, прије поступка или прегледа, увјерите се да је пацијент разумио шта се предлаже и да је сагласан;
- поштујете право пацијента да буде у потпуности укључен у одлуке о његовој здравственој заштити;
- поштујете право пацијента да одбије лијечење или учествовање у информативним програмима или истраживањима;
- поштујете право пацијента на друго мишљење.

М1 / С1 / Х4
ПОНАШАЊЕ, УВЈЕРЕЊА, ВРИЈЕДНОСТИ И СТАВОВИ

- Обликују их или на њих утичу вјерски, образовни и културолошки фактори,
- Произлазе из нашег личног искуства.
- Како се понашамо, реагујемо и поступамо у одговору на различите подражаје у различитим ситуацијама, околностима и условима.
- Идеје које се сматрају истинитим, али не почивају нужно на чињеницама.
- Мишљење или стандард који је појединцу важан.
- Шта мислимо или намјеравамо учинити,
- Наше стајалиште о неком питању или поступку.

М1 / С1 / Х5
ПОЈАМ ПЛАНИРАЊА ПОРОДИЦЕ И СЕКСУАЛНОГ И РЕПРОДУКТИВНОГ ЗДРАВЉА

Планирање породице се дефинише као могућност појединца или пара да предвиђа и има жељени број дјеце у вријеме када то жели и у размаку који сматра оптималним. Ово је могуће постићи методама контрацепције и лијечењем неплодности (С30). Планирање породице је један од шест стубова безбједног материнства, заједно са пренаталном и акушерском заштитом, постнаталном заштитом, заштитом послије побачаја и контролом полно преносивих инфекција, те ХИВ-а/сиде.



Репродуктивно здравље С30 дефинише као стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања у свим областима које се односе на репродуктивни систем и у свим фазама људског живота. Стога, репродуктивно здравље подразумијева задовољавајући и безбједан полни живот, **способност рађања потомства и слободу људи да одлуче да ли ће имати потомство, колико дјеце ће имати, када и у ком временском размаку.** Репродуктивно здравље, такође, обухвата право жена и мушкараца да буду информисани и имају приступ безбједним, дјелотворним, доступним и довољним методама планирања породице, које могу самостално да изаберу, као и право на приступ одговарајућим медицинским услугама које омогућавају безбједну трудноћу и порођај. Заштита репродуктивног здравља укључује и „сексуално здравље“, чија је сврха побољшање живота и личних односа.

Сексуално здравље се дефинише као стање физичког, емоционалног, менталног и социјалног благостања у домену сексуалности, а не само као одсуство болести, дисфункционалност или слабост. Сексуално здравље подразумијева позитиван приступ сексуалности те сексуалне односе засноване на међусобном поштовању, као и могућност да се остваре безбједна и пријатна сексуална искуства, без присиле, дискриминације или насиља. Ради остваривања и очувања сексуалног здравља, морају да се поштују, заштите и остваре сексуална права свих особа. (С30, 2006).

Заштита репродуктивног и сексуалног здравља, укључујући услуге и информације о планирању породице, уважава се не само као кључна интервенција на унапређењу здравља мушкараца, жена и дјеце, већ и као **људско право.**

„Репродуктивна права укључују одређена људска права која су већ призната националним законима, међународним законима и документима о људским правима и другим прихваћеним документима. Ова права почивају на признавању основног права свих парова и појединаца да слободно и одговорно одлучују да ли ће имати дјецу, о броју дјеце коју ће имати, временском размаку између рађања дјеце и времену зачећа, те да на располагању имају информације и средства у ту сврху, као и права да остваре највиши стандард сексуалног и репродуктивног здравља. То такође укључује право да одлучују о репродукцији без дискриминације, присиле и насиља, како је дефинисано инструментима о људским правима“ (ICPD Програм дјеловања, тачка 7.3).

Репродуктивна права у ширем контексту укључују и права на:

- репродуктивно здравље као сегмент свеукупног здравља током цијелог животног циклуса и мушкараца и жена;
- одлучивање о потомству, укључујући самосталан избор брачног партнера, оснивање породице и одређивање броја дјеце и временског размака између рађања дјеце, те право на приступ информацијама и средствима потребним за остваривање таквог самосталног избора;
- једнакост и равноправност мушкараца и жена, како би могли сами, као обавијештени појединци, да одлучују о свим сферама живота, без родно засноване дискриминације;
- сексуалну и репродуктивну сигурност, укључујући заштиту од сексуалног насиља и присиле и право на приватност.

Репродуктивна права чине сегмент људских права која су призната сљедећим међународним инструментима за заштиту људских права и документима које су усвоиле земље чланице Уједињених нација:

- Универзална декларација о људским правима, 1948,
- Међународни пакт о економским, социјалним и културним правима, 1966,
- Конвенција о укидању свих облика дискриминације жена, 1979. („Члан 12. обавезује државе да укину дискриминацију у приступу здравственим услугама током цијелог животног циклуса, а посебно у области планирања породице, трудноће и порођаја, те у периоду након рођења дјетета“),
- Конвенција о правима дјетета, 1989.

Током деведесетих година 20. вијека, на низу важних конференција Уједињених нација, наглашено је да благостање појединаца и поштовање људских права треба да буду у средишту свих стратегија развоја. Репродуктивна права су посебно истакнута као темељ развоја.

- Репродуктивна права су разрађена и међународно призната Консензусом из Каира, који је проистекао из Међународне конференције о становништву и развоју, Каиро, 1994, ICPD Програм дјеловања.
- Ова констелација права, која обухвата основна људска права утврђена ранијим споразумима, потврђена је на Четвртој свјетској конференцији о женама у Пекингу – Пекиншка платформа за дјеловање, 1995.
- Конвенција Уједињених нација о правима лица с инвалидитетом, 2008. (права лица с инвалидитетом на слободно и одговорно одлучивање о броју дјеце и времену зачећа, као и право на приступ информацијама примјереним њиховој доби, образовању у сфери репродукције и планирања породице, те средствима потребним за остваривање ових права; члан 23.1 и 25.а).

М1 / С1 / Х6
КОМПОНЕНТЕ/ПРЕДМЕТ УСЛУГА ЗАШТИТЕ СЕКСУАЛНОГ И РЕПРОДУКТИВНОГ ЗДРАВЉА

Услуге заштите сексуалног и репродуктивног здравља	Потребно/препоручено
Услуге планирања породице	• Планирање породице, што укључује информисање, савјетовање и обезбјеђивање контрацептивних средстава; • Тест на трудноћу; • Хитна контрацепција.
Услуге заштите здравља мајке и дјетета	• Пренатална заштита; • Постнатална заштита; • Здравље новорођенчади и дјеце.
Услуге заштите сексуалног здравља	• Савјетовање о сексуалном здрављу; • Скрининг, дијагноза и лијечење полно преносивих болести репродуктивног система; • Превенција ХИВ-а/полно преносивих инфекција (промовисање употребе кондома); • Обезбјеђивање кондома; • Скрининг на рак грлића материце.
Остало	• Превенција и одговор на родно засновано насиље; • Превенција ризичног побачаја и заштита након побачаја.

М1 / С1 / Х7
ПРЕДНОСТИ ПЛАНИРАЊА ПОРОДИЦЕ

За дјecu

- Смањење смртности новорођенчади за најмање 20% ако је размак између порођаја најмање двије године.
- Смањење прематуритета и броја новорођенчади премале тјелесне масе.
- Смањење стопе морбидитета дјеце од инфекција респираторног тракта и акутне дијареје због неухрањености.
- Након рођења живог дјетета, планирање породице помаже жени да направи препоручени размак од најмање двије године прије сљедеће трудноће. Уколико је размак дужи од четири године, већи су изгледи да ће дијете преживјети и бити здраво.
- Период између трудноћа мајци омогућава да дуже доји и проводи више времена са дјететом, чиме се доприноси физичком здрављу те менталном и емоционалном развоју дјетета. Дојењем је дијете заштићено од дијареје и других заразних болести, а мајка од постпарталног крварења.
- Жељена дјеца имају бољу његу, исхрану, образовање и здравље.

За жене

Процјењује се да би матернална смртност пала за 25% на глобалном нивоу уколико би женама био омогућен приступ модерној контрацепцији, и то из сљедећих разлога:

- смањиле би се високоризичне трудноће код жена које су премладе, у одмаклој животној доби или им здравствено стање не омогућава да безбједно изнесу трудноћу;
- омогућио би се здрав размак између порођаја;
- са здравственог аспекта, најбоља доб за трудноћу је између 18. и 34. године,
- најбољи размак између трудноћа је најмање 24 мјесеца након рођења живог дјетета, односно најмање шест мјесеци након побачаја;
- смањила би се инциденца сљедећих болести и поремећаја: ектопична трудноћа, рак јајника, рак ендометрија, цисте на јајницима, бенигна обољења дојке, преобилна менструална крварења и са њима повезана анемија, менструални грчеви, болови и нелагода,
- спријечили би се побачаји и компликације послје побачаја;
- планирањем породице значајно се смањују компликације послје побачаја и ризик од развоја неплодности код жена.

Планирање породице смањује здравствене ризике за жену и даје јој већу контролу над репродуктивним животом.

Са бољим здрављем и већом контролом над својим животом, жена може да се образује, запосли и друштвено ангажује.

За адолесцените

- Смањење стопе нежељених/непланираних трудноћа код адолесценткиња;
 - » 20% сексуално активних дјевојчица затрудни у току једне године, а 85% трудноћа су нежељене трудноће.
- Смањење стопе побачаја код адолесценткиња;
 - » половина адолесцентских трудноћа прекида се побачајем.
- Смањење стопе смртности међу дјевојчицама адолесцентске доби;
 - » компликације у трудноћи су главни узрок смрти код дјевојчица старости 15 до 18 година. Дјевојке млађе од 18 година имају два пута већи ризик од компликација у трудноћи и ризик од матерналне смрти.
- Побољшање квалитета живота смањењем дисменореје, упалних болести здјелице, акни, анемије, нередовног менструалног крварења.
- Смањење стопе смртности новорођенчади;
 - » новорођенчад жена млађих од 18 година имају већи ризик од пријевременог порођаја, ниске порођајне тежине дјетета и проблема приликом порођаја који могу да узрокују смрт новорођенчета. Изгledi да ће доћи до пријевременог порођаја или да ће новорођенче имати нижу тјелесну масу на рођењу већи су код адолесцентске трудноће. Стопа неонаталног морталитета виша је код новорођенчади мајки у адолесцентској доби.
- Смањење стопе полно преносивих инфекција, укључујући ХИВ.
 - » У свијету су највише стопе полно преносивих инфекција забиљежене код младих (15–24). Свакодневно се зарази око 500.000 младих (не рачунајући ХИВ). Од пет новозаражених случајева ХИВ-ом, два су међу младима старосне доби од 15 до 24 године.
- Многе дјевојчице које затрудне у адолесцентској доби напуштају школовање. То оставља дугорочне посљедице по њих као појединце, а затим и породицу и заједницу.
- Смањење сиромаштва
 - » **мајке адолесцентског узраста имају два пута веће изгледе за живот у сиромаштву.**

За заједницу/друштво

- Планирање породице је „интервенција којом се смањују трошкови“ на нивоу појединца, домаћинства и државе.
- Омогућава се прерасподјела средстава са здравствених питања која се могу избјећи на друге потребе заједнице.
- Одржавањем доброг здравственог статуса, омогућава се боља искоришћеност људских потенцијала.
- Смањује се број нежељене дјеце, чиме се умањује и потреба за институционалним збрињавањем.
- Планирање породице доприноси остваривању равноправности полова. Жене које саме могу да одлуче колико ће дјеце имати имају веће изгледе да стекну боље образовање и радно искуство, а тиме и веће изгледе да допринесу економском напретку своје породице и заједнице.
- Планирање породице доприноси остваривању готово свих Циљева одрживог развоја. Преваленца контрацепције и незадовољене потребе за контрацепцијом служе као показатељи у мјерењу напретка на остваривању милиенијумских циљева развоја.

За мушкарце

- Превенција полно преносивих инфекција.
- Бољи односи са партнерком.
- Већа продуктивност рада.

ОСНОВНЕ ОДЛИКЕ КОРИШЋЕЊА МЕТОДА КОНТРАЦЕПЦИЈЕ

Протеклих година, уложена су значајна средства у реформу здравствених система у Босни и Херцеговини.

У овом процесу учествовао је велики број међународних организација. Значајни кораци у реформи примарне здравствене заштите остварени су још 2005. године у склопу пројекта Свјетске банке „Јачање здравственог сектора“, који је настављен у периоду од 2011. до 2014. године. Пројекат је важна компонента подршке породичној медицини у оквиру примарне здравствене заштите.

БиХ је потписница Декларације УН-а о Циљевима одрживог развоја. Унапређење здравља жена, мајки и дјеце стратешки је приоритет земље.

Познавање доступних метода контрацепције је важан корак у остваривању приступа и примјени одговарајућег метода контрацепције, што уједно омогућава слободу избора у доношењу одлука о планирању породице.

Адекватно планирање породице важно је за здравље жене и дјеце првенствено због оптималног размака између порођаја и смањења броја непланираних трудноћа. Омогућавање приступа информацијама и услугама у сфери репродуктивног здравља и спречавања непланираних трудноћа од кључне је важности за све парове.

Потребе за контрацепцијом су у највећој мјери незадовољене код жена у генеративној доби које не користе никакав метод контрацепције, а желе да одгоде сљедећи порођај или не желе да рађају.

Потреба да се ограничи број трудноћа задовољена је код жена које користе (или чији партнер користи) методе контрацепције и које не желе више дјеце, гдје је извршена стерилизација мушкарца или жене. Потреба за временским размаком између трудноћа код парова који желе још дјеце, или су неодлучни, задовољена је код жена које користе (или чији партнер користи) методе контрацепције

У пренаталном периоду трудницама на располагању стоје разне интервенције којима се може побољшати здравље будуће мајке и новорођенчета. У овом периоду, трудница се информише о знацима опасности, симптомима и ризицима порођаја, размаку између порођаја, контроли анемије током трудноће и лијечењу полно преносивих инфекција. Нежељени исходи, као што је мала тјелесна маса на рођењу, могу се умањити комбинацијом интервенција с циљем боље исхране жене и превенцијом и лијечењем инфекција током трудноће. Свјетска здравствена организација препоручује најмање четири пренатална прегледа, током којих се користе различити модели пренаталне заштите, зависно од ефективности.

Упутства Свјетске здравствене организације су конкретна у погледу садржаја пренаталних прегледа. Обавезно је: мјерење крвног притиска, анализа урина на присуство бактерија и протеина, анализа крви у циљу откривања сифилиса и тешке анемије, те мјерење тјелесне масе и висине.

Смрт породиља, у три четвртине случајева у свијету, наступа током и непосредно након порођаја. Да би се обезбиједио уредан ток порођаја, неопходно је да порођај води стручна, едукована особа и да се, у хитним случајевима, породиља превезе у одговарајућу установу. Циљ „свијета по мјери дјетета“ је да жена током порођаја има стручну помоћ.

Повећање броја порођаја обављених у здравственим установама важан је фактор у смањењу здравствених ризика за мајку и дијете. Правилна здравствена њега и хигијенски услови током порођаја смањују ризик компликација и инфекција, које могу узроковати болест или смрт мајке или дјетета.

Ниска стопа коришћења контрацепције и висока стопа незадовољених потреба могу да се објасне низом разлога/препрека:

- ниска информисаност о предностима планирања породице,
- недовољна упућеност у различите методе и примјену контрацепције, посебно код младих дјевојака и жена у сеоским срединама,
- предрасуде/заблуде и бојазни у погледу нежељених дејстава контрацепције и здравствених проблема,
- финансијске препреке, с обзиром на то да контрацептивна средства нису укључена у превентивне програме, нити се налазе на позитивној листи лијекова у оквиру индикованог подручја контрацепције,
- страх од неодобравања друштва или противљења партнера представља озбиљну препреку,
- недостатак вјештина договарања са партнером,
- неравноправност полова,
- даваоци услуга су недовољно мотивисани јер услуге планирања породице изискују вријеме за разговор,
- установе у којима се пружају здравствене услуге из области планирања породице нису прилагођене посебним потребама различитих група (нпр. адолесцената),
- недостатак вјештина комуникације и савјетовања на страни давалаца здравствене заштите,
- географске препреке – услуге планирања породице укључујући прописивање или давање контрацептива готово увијек пружају гинеколози, који се углавном налазе у градским срединама,
- традиционалне, културолошке норме и вјерска увјерења.

М1 / Тест

УВОДНИ/ЗАВРШНИ ТЕСТ

Име учесника

Заокружите „тачно“ или „нетачно“. Могуће је више тачних одговора.

1.	Репродуктивна права обухватају:	Тачно	Нетачно
	а) право на слободно и одговорно одлучивање о броју жељене дјеце и размаку између рођења дјеце	Тачно	Нетачно
	б) право на информисање и савјетовање	Тачно	Нетачно
2.	Предности услуга планирања породице су:	Тачно	Нетачно
	а) задржавање броја побачаја на постојећем нивоу	Тачно	Нетачно
	б) спречавање високоризичних трудноћа	Тачно	Нетачно
	в) смањен број непланираних адолесцентских трудноћа	Тачно	Нетачно
	г) одсуство утицаја на полно преносиве инфекције	Тачно	Нетачно
	д) повећање трошкова у здравству	Тачно	Нетачно
	ђ) здравији размак између трудноћа	Тачно	Нетачно
	е) смањен негативан утицај по здравље дјеце	Тачно	Нетачно
3.	Шта ћете рећи пацијенту да га увјерите у поштовање принципа заштите личних података?	Тачно	Нетачно
	а) да никоме нећете рећи шта вам је пацијент рекао	Тачно	Нетачно
	б) да ће његов картон бити чуван заједно са другим картонима у картотеци установе	Тачно	Нетачно
	в) да је најбоље да о планирању породице не разговарате	Тачно	Нетачно
4.	Давалац услуге може увјерити пацијента да је одређени метод најбољи	Тачно	Нетачно
5.	Давалац услуге треба детаљно да испита пацијента како би добио увид у његову упућеност и став према методама планирања породице	Тачно	Нетачно

Материјали за предаваче
М1 / С1 / Т1

Етика

Етика се може једноставно дефинисати као исправно понашање, док се биоетика односи на исправно понашање у сфери медицинске биологије човјека. Модерна биоетика уважава потребу поштовања вриједности, вјерских увјерења и учешћа појединца у доношењу медицинских одлука као људској функцији која није подложна дјеловању божанских или натприродних сила. Приликом вагања различитих могућности, узимају се у обзир вјероватне или могуће посљедице доступних праваца дјеловања, одмјеравају се медицинска, психолошка, породична, социјална, економска и друга битна питања. Појединци и институције одговорни су за намјерне и случајне посљедице учињених или неучињених поступака. Супротстављена етичка питања могу да се доведу у равнотежу на различите начине, зависно од приоритета. На примјер: доктор који одлучује да ли да предложи или спроведе процедуру која може да утиче на рађање треба да узме у обзир жеље, наде и изгледе жене за трудноћу. Приступ женама које планирају трудноћу и женама које су тек ступиле у брак биће другачији него женама у постменопаузи и женама које више не намјеравају да рађају. Као и у случају различитих медицинских опција, постоје и различите етичке опције. Заједнички оквир који се користи у анализи медицинске етике јесте приступ „четири начела“, који су поставили Tom Beauchamp и James Childress у књизи „Начела биомедицинске етике“. Приступ почива на четири основна морална начела која треба просуђивати и међусобно упоређивати, уз придавање пажње предмету њихове примјене. Та четири начела су:

- **поштовање аутономије** – пацијент има право да одбије или изабере начин лијечења,
- **добročинство/хуманост** – доктор мора да поступа у најбољем интересу пацијента,
- **нешкодљивост** – „Прије свега, пацијенту не нашкодити“ („Primum non nocere“),
- **праведност** – односи се на распојелу ограничених ресурса у здравству и одлучивање о томе ко добија какво лијечење (правичност и једнакост).

Поштовање аутономије личности

Овдје су битна два основна етичка питања.

- Поштовање аутономије налаже поштовање способности самосталног доношења одлука од стране пацијента, који сâм одлучује о свом лијечењу.
- Лице које се налази у зависном положају мора бити заштићено од злоупотребе.
-

Начело аутономије личности уважава право појединца на самостални избор. Ово начело вуче коријен из поштовања које друштво показује према способности појединца да као обавијештена страна одлучује о личним стварима. Аутономија је добила на важности са помјерањем тежишта друштвених вриједности, гдје се медицински квалитет дефинише према исходима који су битни за пацијента, а не здравственог радника. Поштовање аутономије је основа за информисани пристапак.

Аутономија личности је општи показатељ здравља. Многе болести прате различити облици губитка аутономије. Због тога је аутономија показатељ како личног благостања, тако и благостања професије.

То се одражава и на разматрања медицинске етике:

1. „Да ли је циљ здравствене заштите да се чини добро и да се од тога оствари корист?“ или
2. „Да ли је циљ здравствене заштите да се чини добро другима и да они, као и друштво, од тога остваре корист?“ (Етика, по дефиницији, покушава да успостави корисну равнотежу између поступака појединца и њиховог утицаја на друштво)

Када се аутономија посматра као мјерило (само) здравствене заштите, претпостављена веза са здрављем служи и медицини и етици.

Поштовање личности: аутономија и заштита лица у неповољном положају

Ово начело често се дефинише као обавеза да се поштује право појединца на избор здравствене интервенције. То не значи да постоји обавеза да се пацијенту, према његовим жељама, обезбиједи здравствене интервенције које нису медицински утемељене или индиковане.

Другим ријечима: аутономија је право избора између индикованих и реално доступних опција, а не право приступа било ком начину лијечења.

Аутономија, такође, обухвата право да се у одлучивање укључе и друга лица, нпр. чланови породице или заједнице.

Поштовање личности посебно је важно за здравље жена (1) јер се у неким културама жене не поштују као доносиоци одлука. Поштовање избора подразумева способност доношења одлука. То значи да пацијент:

- може да прими информације и схвати медицинске опције те предности и недостатке (што је познато као: пристанак обавијештеног пацијента),
- може да размотри предности и недостатке у контексту сопствених схватања и вриједности, те
- може да поставља питања и јасно саопшти своју одлуку у контексту здравствене заштите.

У свјетлу свеукупног положаја жена широм свијета, постоје многе околности које подривају етичку основу аутономије те доводе до етичких дилема. Жене су често у неповољном положају због мањка способности, нпр. неписмености, те теже самостално одлучују. Из тог разлога, потребно је да се њихове могућности за самостално одлучивање доведу на највећу могућу мјеру, да се заштите од штете, неправде и понижавајућег односа да буду у неповољном положају и зависе од одлука других.

Код начела поштовања, треба размотрити следећа етичка питања као кључна:

- Да ли жена одлучује без присиле, притиска или непримјереног, свјесног или несвјесног навођења од стране даваоца здравствене заштите?
 - » Диференцирање моћи између здравственог радника и пацијента или лица у пратњи или члана породице може да отежа разумијевање избора. Да ли је то заиста жеља пацијента или неког другог, нпр. дјеце, супруга или неког трећег?
- Каква је способност одлучивања и ко одређује да ли пацијент има смањену способност?
 - » Степен информисаности и способности дјетета или адолесцента да донесе одлуку подразумева и питање: ко може умјесто њих да донесе одлуку и да ли ће та одлука бити у складу са жељама и увјерењима дјетета или адолесцента и доносиоца одлуке?
- Да ли здравствени радник има обавезу да се увјери да је пацијент „схватио“, имајући у виду несразмјер знања клиничара и знања пацијента?
 - » Да ли је заиста могуће дати сагласност на основу датих информација када знамо да су варијабле у клиничкој медицини многобројне и да није могуће предвидјети све исходе? Како ћемо обезбиједити језичко разумијевање (на примјер: преко преводиоца и поједностављивањем информација зависно од упућености пацијента) и стварно схватање посљедица дате одлуке у смислу добробити и ризика?
- Коначно, заштита повјерљивости у доношењу одлука је кључна у заштити права пацијента да сâм донесе одлуку;
 - » Није увијек јасно гдје та обавеза престаје (на примјер: ако одлука пацијента другој особи ускрати могућност да се заштити – рецимо, ако се чињеница да је пацијент ХИВ позитиван не објелодани брачном другу или партнеру). У правилу, пацијент треба да одлучи коме се могу објелоданити медицински подаци, што чини битан аспект аутономије.

Доброћинство

Хипократова заклетва налаже: „Помози, али не нашкоди“. Максима говори о дужности љекара да ради на побољшању физичког и психичког здравља пацијента уз постизање одговарајуће равнотеже између добробити и ризика. То подразумева сагледавање потенцијалних предности одређене опције лијечења, одмјеравање нежељених дејстава или посљедица које могу да узрокују штету те одговарајућу процјену предности те опције за пацијента да се утврди да ли је добробит већа од ризика. Љекар је дужан да увијек настоји да утврди тренутне клиничке потребе и правац дјеловања којим ће се те потребе испунити у корист (на добробит) пацијента. Водећи коментатори клиничке етике наводе да „добро“ треба да се посматра у свјетлу постизања сврхе медицине, умјесто тренутног циља, попут нормализације резултата лабораторијских претрага или заустављања крварења.

У том смислу, потребно је одговорити на следећа питања:

- Да ли се предложеном мјером настоји излијечити или стабилизovati болест? Да ли се предложеном мјером спречава пријевремена смрт или се побољшава здравље и спречава настанак обољења? Да ли се предложеном мјером постиже бољи квалитет живота или се ублажава патња?

Приликом разматрања етичких питања, јасним дефинисањем сврхе лијечења клиничари обезбјеђују правилну процјену користи и штете одређене опције лијечења, као и заснованост политика које директно утичу на заштиту здравља жена на најбољим доступним доказима.

Наведено се односи на етичку дужност унапређења добробити и свођења штете и неправилности на најмању могућу мјеру.

Доброћинство забрањује намјерно наношење штете, што се често назива „нешкодљивост“ („не нашкоди“).

Нешкодљивост

Концепт нешкодљивости одражава се у латинској изреци „*Primum non nocere*“ – „Прије свега, не нашкоди“. Према мишљењу многих, управо је то основна или примарна обавеза (стога „*primum*“). Другим ријечима: важније је не нашкодити пацијенту, него му чинити добро. Ово је битно нагласити јер су практичари, вођени ентузијазмом, често склонили примјени терапије за коју сматрају да ће учинити добро, а да прво нису адекватно утврдили да неће нашкодити (или да је штета прихватљива). Не само да је важније не нашкодити него чинити добро, него је важно „знати“ колика је вјероватноћа да ће терапија нашкодити пацијенту. Обавеза љекара је да иде корак даље од непрописивања лијекова за које зна да су штетни. Љекар, такође, не смије да пропише лијек (или на други начин лијечи пацијента) ако претходно није установио да је вјероватноћа да ће нашкодити пацијенту мала, односно ако пацијент није разумио ризике и добробит, и ако потенцијална добробит није већа од могућих ризика. Стога, начело „нешкодљивости“ није апсолутно и треба га посматрати у односу са начелом доброћинства (чињење добра) јер ова два начела у садејству често резултирају „двојним учинком“.

„Двојни учинак“ настаје када једна радња има двије посљедице; у медицинској етици често се тумачи као здружени учинак доброћинства и нешкодљивости.

Најчешћи примјер двојног учинка је примјена морфијума или другог аналгетика код умирућих пацијената. Оваква примјена морфијума може да има користан учинак на ублажавање болова и патње код пацијента, али истовремено ствара штетан учинак: скраћење живота супресијом респираторног система.

Сукоб аутономије и доброћинства/нешкодљивости

Аутономија може да дође у сукоб са доброћинством када се пацијент не слаже са препорукама за које здравствени радник сматра да су у његовом најбољем интересу. Различита друштва на различите начине приступају рјешавању сукоба између интереса пацијента и његове добробити. Западна медицина уопштено уважава жељу урачунљивог пацијента да сâм доноси одлуке које га се тичу, чак и у случају када тим љекара сматра да пацијент не поступа у свом најбољем интересу. У многим земљама, пак, доброћинство има приоритет над аутономијом.

Пацијент може да изрази жељу да буде лијечен без потребе, као у случају хипохондрије или пластичне операције. У таквој ситуацији, практичар је дужан постићи равнотежу између жеља пацијента за медицински непотребним и потенцијалним ризицима и аутономије пацијента засноване на његовој информисаности о датом питању. Љекар ће можда бити склонији да поштује аутономију, јер одбијање да се удовољи жељама пацијента штети односу између њега и пацијента.

Поштовање људских права

Ера људских права почиње оснивањем Уједињених нација 1945. године, чији је задатак унапређење људских права. Универзална декларација о људским правима (1948.) је први значајан документ у ком је дата дефиниција људских права. Љекари имају етичку дужност да штите људска права и дигнитет пацијента, што значи да се доношење документа који дефинише људска права одразило и на медицинску етику. Већина кодекса медицинске етике данас предвиђа обавезу поштовања људских права пацијента.

ПРАВЕДНОСТ

Праведност се односи на етичку обавезу лијечења сваке особе у складу с оним што је морално исправно и прихватљиво, и пружања свакој особи оног што јој припада. Разлике у погледу расподеле терета и користи оправдане су само ако су засноване на морално релевантним разликама међу особама. Примјер тога је стање „угрожености“. Угроженост се односи на знатну неспособност да се заштите сопствени интереси због одређених потешкоћа, нпр. немогућности давања сагласности на основу обавјештења, недостатка алтернативних рјешења којима се обезбјеђује здравствена заштита или других скуних рјешења, или због статуса млађег или подређеног члана хијерархијске групе. Зато је за заштиту права и добробити угрожених лица потребно обезбиједити посебне мјере.

Праведност се односи на све на шта појединац има право у оквиру здравствене заштите. Право појединца на правичну и једнаку расподелу користи и ризика или терета доступне здравствене заштите (дистрибутивна правда) нарочито је значајно када говоримо о сексуалним и репродуктивним правима жена. Потенцијална етичка питања праведности не обухватају само бојазни пацијента који се у датом тренутку налази пред нама. Праведност захтијева да размотримо развој система здравствене заштите и степен у ком тај систем обезбјеђује правичан приступ и корист, нарочито за жене којима је приступ често онемогућен због економских или политичких фактора и искључености.

Праведност се бави питањем да ли је доносилац одлуке компромитован сукобом интереса или нпр. културолошким, вјерским или другим увјерењима која се противе употреби легитимних медицинских средстава, иако се њима на најбољи начин задовољава потреба жене.

Праведност се бави и питањем сукоба између сопствених дужности, с једне стране, и обавезе према пацијентима, с друге стране, нпр. из разлога породичне сигурности, безбједности особља или у случају тријаже, гдје се недовољна средства усмјеравају само на пацијенте са добрим изгледима да ће преживјети.

Литература:

1. *Етички одбор FIGO. „Етички аспекти сексуалних и репродуктивних права“. www.figo.org 2009.*
2. *Етички одбор FIGO. „Етички оквир за гинекологију и акушерство“. www.figo.org 2009.*
3. *Етички одбор FIGO. „Смјернице за сагласност обавијештеног пацијента“. www.figo.org 2009.*
4. *Jonsen AP., Siegler M., Winslade C.J. „Клиничка етика“. 7. издање, 2010. McGraw Hill Medical, Њујорк.*

Поступајте досљедно и у складу с личном и професионалном етиком и стандардима.

- Медицинска етика и кодекси професионалног понашања те познавање четири начела медицинске и здравствене етике – не чини штету, чини добро, поштуј и буди праведан.

Приступајте свим пацијентима, нарочито онима из маргинализованих и угрожених популација, без предрасуда и дискриминације, поштујући дигнитет сваке особе.

- Право појединца да буде лијечен с поштовањем, без предрасуда и дискриминације, без обзира на пол, старосну доб, етничку припадност, сексуалну оријентацију и друге особине.
- Начело родне равноправности.
- Како утврдити и поштовати родне разлике и родну разноликост?
- Маргинализоване и угрожене популације у земљи и у локалној средини и њихове посебне потребе у смислу сексуалног и репродуктивног здравља.
- Људска права и домаћи закони, с посебним освртом на питања адолесцената.
- Различита увјерења и системи вриједности.

Поштујте избор пацијента и његово право да прихвати или одбије физички преглед, анализу или интервенцију.

- Избор корисника у погледу сексуалног и репродуктивног здравља и право да одлучује.
- Начело сагласности обавијештеног пацијента и поступак добијања сагласности пацијента те друге повјерљиве услуге којима се обезбјеђује заштита приватности.
- Начела повјерљивости и приватности и њихова примјена на сексуално и репродуктивно здравље. Одговорност и транспарентност у свим поступцима.
- Начела одговорности и транспарентности.
- Суштина и значење поштовања, заштите и остваривања људских права.

M1 / C1 / T2**ПРОФЕСИОНАЛНОСТ**

Брига за пацијента на првом мјесту основна је одлика медицинске струке. Тако је записано и у Женевској декларацији: „Здравље пацијента ми је на првом мјесту“.

Дефиниција медицинске професионалности мијењала се временом — од аутономије до одговорности, од стручног мишљења до емпиријски доказане медицине, од личних интереса до тимског рада и подјеле одговорности.

Иако сваки љекар има своја лична увјерења и систем вриједности, медицинска струка издваја следеће вриједности као кључне (листа није коначна):

- поштовање,
- повјерење,
- саосјећање,
- алтруизам,
- интегритет,
- праведност,
- одговорност,
- заштита повјерљивости,
- вођство и
- колегијалност.

Посвећеност се посматра кроз следеће професионалне одговорности којима се љекари воде у примјени основних начела: пацијента на првом мјесту, аутономије пацијента и социјалне правде:

1. стручност,
2. отворено информисање пацијента,
3. заштита података о пацијенту,
4. примјерен однос са пацијентима,
5. унапређење квалитета здравствене заштите,
6. омогућавање бољег приступа здравственој заштити,
7. правична расподела ограничених ресурса,
8. научни приступ,
9. очување повјерења уз вођење рачуна о сукобу интереса, и
10. професионална одговорност.

1. Стручност

Љекари морају да буду посвећени доживотном учењу и унапређењу медицинских знања те клиничких и тимских вјештина неопходних за пружање квалитетне здравствене заштите. У ширем смислу, то значи да струка у цјелини мора да тежи стручности свих својих чланова и обезбјеђивању одговарајућих механизма љекарима за остварење овог циља.

2. Отворено информисање пацијента

Љекари су дужни да се побрину да пацијент у потпуности и отворено буде информисан прије него што да сагласност на лијечење. То не значи да пацијент мора да буде укључен у све одлуке које се тичу његове здравствене заштите, већ да треба да буде информисан у довољној мјери да донесе одлуку о току свог лијечења. Љекари морају да буду свјесни да се у здравственој заштити повремено дешавају медицинске грешке које штете пацијенту. Када год се деси да је пацијент оштећен здравственом заштитом, потребно га је о томе одмах обавијестити јер ће у противном повјерење пацијената и заједнице бити озбиљно нарушено. Пријављивање и анализа медицинских грешака темељ је одговарајуће превенције и стратегија за унапређење и утврђивање одговарајуће накнаде за оштећену страну.

3. Посвећеност заштити података о пацијенту

Задобијање повјерења пацијента захтијева примјену одговарајућих механизма за заштиту повјерљивости података о пацијенту. Ова посвећеност односи се и на разговоре са лицима која наступају у име пацијента када није могуће добити његову сагласност. Посвећеност заштити података данас је значајнија него икад, с обзиром на широку примјену информатичких система за прикупљање података о пацијентима, попут електронских медицинских досијеа (ЕМД) и све веће доступности генетских података. Љекари су свјесни да питања од јавног интереса понекад имају приоритет над њиховом предвиђеношћу за заштиту повјерљивог односа између љекара и пацијента (нпр. када пацијент доводи друге у опасност).

4. Посвећеност примјереном односу са пацијентом

Имајући на уму инхерентну осјетљивост и зависан положај пацијената, морају се избјегавати одређене врсте односа између љекара и пацијента. Конкретно, љекар никада не смије искоришћавати пацијента у сексуалне сврхе, ради остваривања добити или из других приватних интереса.

5. Посвећеност унапређењу квалитета здравствене заштите

Љекари морају да буду посвећени сталном побољшању квалитета здравствене заштите. Ова посвећеност подразумијева не само очување клиничке компетентности, већ и сарадњу с другим стручним лицима у циљу смањења броја медицинских грешака, боље безбједности пацијента, превенције прекомјерног трошења ресурса здравствене заштите и оптимизације исхода здравствене заштите. Љекари морају да активно учествују у унапређењу мјера за обезбјеђење квалитета здравствене заштите и примјену тих мјера на редовно оцјењивање радних резултата свих здравствених радника, институција и система. Љекари, појединачно и кроз своја стручна удружења, морају да преузму одговорност за помоћ у креирању и примјени механизма за континуирано побољшање квалитета здравствене заштите.

6. Посвећеност побољшању приступа здравственој заштити

Медицинска професионалност подразумијева да је циљ свих система здравствене заштите обезбијеђен приступ јединственом и примјереном стандарду заштите. Љекари морају да теже, појединачно и колективно, смањењу препрека једнаком приступу здравственој заштити. Љекари треба да системски раде на уклањању разлика узрокованих школовањем, законима, економским стањем, географским положајем и социјалном дискриминацијом. Опредијељеност за једнакост подразумијева унапређење јавног здравства и превентивне медицине те јавно иступање сваког љекара, без обзира на лични интерес или интерес струке.

7. Посвећеност правичној расподјели ограничених ресурса

Осим испуњења потреба пацијената, љекари су дужни да пруже здравствену заштиту која је заснована на промишљеном и економичном управљању ограниченим клиничким ресурсима. Од љекара се очекује да буду посвећени раду са другим докторима, болницама и финансијским тијелима у конципирању смјерница за економичну здравствену заштиту. Професионална одговорност љекара за одговарајућу расподјелу ресурса захтијева строго избјегавање сувишних анализа и поступака. Пружање непотребних услуга неминовно оштећује пацијента и излаже га трошковима те умањује ресурсе који су на располагању другима.

8. Посвећеност научном знању

Однос медицине и друштва умногоме почива на интегритету и одговарајућој примјени научних сазнања и технологија. Љекари имају обавезу да се придржавају научних стандарда, унапређења истраживања и стварања нових знања, те да обезбиједе њихову правилну примјену. Струка је одговорна за интегритет научног знања, које је засновано на научним доказима и искуству љекара.

9. Посвећеност очувању повјерења водећи рачуна о сукобу интереса

Здравствени радници и њихове организације често се налазе у ситуацији у којој може лако доћи до компромитовања професионалне одговорности ако предност дају личном интересу или добити. Такви компромиси су посебно штетни када на личном или организационом нивоу постоји однос са профитним пословним субјектима, укључујући произвођаче медицинске опреме, осигуравајућа друштва и фармацеутске куће. Љекари имају обавезу да препознају сукоб интереса који произлази из вршења дужности и поступака, те да га објелодане и ријеше. Односи између различитих пословних субјеката и одговорних људи треба да буду познати јавности, нарочито када одговорни људи утврђују критеријуме за обављање и пријављивање клиничких испитивања, писање уводника или терапијских смјерница, или када наступају у својству уредника научних часописа.

10. Посвећеност професионалним обавезама

Љекари као представници струке треба да сарађују на пружању што боље здравствене заштите пацијентима, уважавају једни друге и учествују у поступку саморегулације, укључујући примјену правних лијекова и дисциплинских мјера против особа које нису испуниле професионалне стандарде. Струка, такође, треба да дефинише и организује процедуре које се односе на школовање и утврђивање стандарда за садашње и будуће чланове стручне заједнице. Љекари имају личну и колективну обавезу учествовања у овим процесима. Та обавеза укључује учествовање у интерним евалуацијама и прихватање вањског надзора свих аспеката резултата њиховог рада.

М1 / С1 / Т3

АУТОНОМИЈА ЖЕНА И ПОВЈЕРЉИВОСТ

Љекар треба да пружи подршку у процесу одлучивања, непристрасно и без пријетњи, како би женама омогућио да свјесно одлучују о сексуалном и репродуктивном здрављу. Сагласност потпуно упућеног пацијента почива на информисању и упознавању пацијента са природом избора, санирањем импликација, мишљењима и исходима избора. Љекар пацијенту треба да омогући да сам размотри и процијени опције лијечења у контексту сопствених животних околности и културе.

Заштитом података забрањује се усмено и свако друго објелодањивање повјерљивих информација и докумената, осим уколико закон не налаже другачије или пацијент тражи.

Љекар треба да поштује начело забране дискриминације и да се према сваком пацијенту опходи с уважавањем, без обзира на старосну доб, брачно стање, етничку припадност, политичку опредељеност, вјерску припадност, економски статус, инвалидитет. Према пацијенту треба поступати уважавајући његов лични став, а не став његовог партнера или породице. Такође, с адолесцентима се мора поступати без дискриминације и у складу с узрастом, узимајући у обзир њихове капацитете који су у развоју, а не њихову хронолошку старост, чиме им се омогућава да слободно и на основу примљених информација донесу одлуку о свом сексуалном и репродуктивном здрављу.

Стручност у заштити здравља жена

- Утврдите и одржавајте највише стандарде стручности у здравственој заштити жена, уз примјену најновијих и најдоступнијих медицинских доказа у контексту доступних ресурса.
- Водите рачуна да стручност подразумијева давање само оних услуга за које је љекар оспособљен у складу са признатим стандардима, те упућивање пацијента одређеним стручњацима, зависно од околности.
- Водите рачуна да ваше професионално понашање буде са поштовањем и да уважавате дигнитет и безбједност сваке жене.
- Избегавајте непримјерене односе са пацијенткињом и њеном породицом, сексуалне или емотивне природе, те односе који могу да се искористе у финансијске сврхе или за потребе истраживања.
- Водите рачуна да право доктора да се придржава својих моралних и вјерских вриједности не резултира наметањем личних вриједности другима. У таквим околностима, пацијенткињу треба упутити другом, подобнијем даваоцу здравствене заштите.
- Приговор савјести у вези с одређеним процедурама љекара не ослобађа обавезе да благовремено предузме кораке у хитној ситуацији и без одлагања приступи потребном лијечењу.
- Успоставите модел примјерених односа са пацијенткињама и другим особама тако да сви чланови здравственог тима промовишу оптималну заштиту и окружење које подстиче учење.
- Залажите се за доживотно учење здравствених радника о репродуктивном и сексуалном здрављу, правима и етици.

Према препорукама Међународне федерације гинеколога и акушера (FIGO) о заштити репродуктивног здравља адолесцената и младих и заштити повјерљивости:

1. Здравствени радници треба да буду свјесни капацитета адолесцената и младих да самостално доносе битне одлуке о свом животу. Хронолошка старост не треба да дефинише права младе особе да сама одлучује о свом сексуалном и репродуктивном здрављу. Права треба да се дефинишу на основу индивидуалних капацитета особе да разумије посљедице и импликације своје одлуке.
2. Адолесцентима и младима за које се утврди да су сами способни да одлучују о свом лијечењу треба обезбиједити заштиту медицинских података коју уживају одрасли пацијенти.
3. Водите рачуна да повјерљивост података буде заштићена на одговарајући начин.
4. Национална друштва и гинеколози/акушери треба да се залажу за реформу закона и политика које ограничавају приступ заштити репродуктивног здравља, те сарађују с институцијама власти, политичарима и невладиним организацијама на побољшању образовања младих о сексуалном и репродуктивном здрављу и правима на повјерљиве услуге.

5. Младе пацијенте треба подстаћи да укључе своје родитеље, старатеље и/или пријатеље у бригу за њихово здравље; у случају да не добију сагласност, потребно им је обезбиједити савјетовање, нарочито ако је могући разлог за ускраћивање сагласности сексуално искоришћавање или злостављање. Објашњење околности које пружи млади пацијент треба озбиљно схватити и понудити одговарајућу помоћ.
6. Здравствену заштиту треба пружати без предрасуда, с тим да практичари и/или савјетници могу да поуче пацијента о лошим странама раног ступања у сексуални однос, укључујући ризик од полно преносивих инфекција попут ХИВ-а/сиде. Начин пружања здравствене заштите треба прилагодити способности младе особе да дâ сагласност; исто тако, потребно је сагледати могуће импликације ако јој заштита не буде пружена.
7. Даваоци заштите треба да обезбиједе приступ својим објектима, укључујући чекаонице, савјетовалишта и просторије за лијечење, те да младој особи обезбиједе повјерљивост.
8. Младим пацијентима треба ставити на располагање исцрпну литературу у којој се објашњавају опције лијечења или их упутити на телефонску линију за помоћ, путем које могу да добију савјет о сексуалном или репродуктивном здрављу анонимно. Даваоци здравствене заштите треба да имају на уму да трошкови и логистичка страна услуга може да утиче на то да ли ће млада особа имати приступ савјету и услугама.

Литература:

– FIGO. „Изјава о заштити репродуктивног здравља адолесцената и младих и повјерљивости“.

МОДУЛ 2

Савјетовање и организациони оквир

Аутори: Проф. др. сц. мед. Заим Јатић, доц. др. сц. мед. Сузана Савић

Циљ модула 2

Упознати учеснике са принципима савјетовања и припремити здравствене раднике у примарној здравственој заштити да младима и њиховим породицама пруже корисне савјете о планирању породице.
Упознати учеснике са политикама, стратегијама, законима и прописима у области здравства који се односе на планирање породице у БиХ (ФБиХ и РС).

Циљеви учења

До краја ове наставне јединице учесници ће моћи:

- Дефинисати савјетовање
- Описати разлике између савјетовања и давања савјета/препорукe
- Објаснити концепт информисаног избора који се односи на планирање породице
- Навести предности савјетовања за планирање породице
- Дефинисати кораке у одлучивању планирања породице
- Описати вјештине комуникације (вербална/невербална) у савјетовању на тему планирања породице
- Описати особине доброг савјетника
- Дефинисати „GATHER“ модел у консултацијама о планирању породице
- Описати предности и недостатке процеса консултација
- Дефинисати приватност и повјерљивост за пацијенте при процесу планирања породице
- Описати права пацијента у вези с услугама планирања породице
- Навести поступке у превенцији полно преносивих инфекција (ППИ)

Активности, методе и вријеме

СЕСИЈА/АКТИВНОСТ	НАЗИВ СЕСИЈЕ	МЕТОД	ВРИЈЕМЕ
УВОД	Циљеви модула	Презентација	10 мин.
СЕСИЈА 1.	САВЈЕТОВАЊЕ И ОДЛУЧИВАЊЕ		90 мин.
Активност 1.1.	Савјетовање, давање савјета/препорукe, информисани избор	Brainstorming, Презентација	30 мин.
Активност 1.2.	Предности савјетовања за планирање породице	Презентација	30 мин.
Активност 1.3.	Вербална и невербална комуникација у савјетовању о планирању породице	Презентација	30 мин.
СЕСИЈА 2.	САВЈЕТОВАЊЕ У КОНТЕКСТУ КОНСУЛТАЦИЈА О ПЛАНИРАЊУ ПОРОДИЦЕ		140 мин.
Активност 2.1.	Модел GATHER – образложење корака у консултацијама о планирању породице	Презентација	30 мин.
Активност 2.2.	Предности и недостаци процеса консултација	Презентација	20 мин.
Активност 2.2.1.	Приватност и повјерљивост	Презентација	15 мин.
Активност 2.2.2.	Права пацијента	Презентација	15 мин.
Активност 2.3.	Превенција ППИ/ХИВ-а, процјена ризика, савјетовање и тестирање	Презентација	30 мин.
Активност 2.4.	Организациони оквир	Самостални рад	30 мин.
	Укупно		240 минута

СЕСИЈА 1. САВЈЕТОВАЊЕ И ОДЛУЧИВАЊЕ

Активност 1.1.

Савјетовања, давање савјета/препоруке и информисани избор

Brainstorming; презентација

Питајте учеснике о разлици између савјетовања и давања савјета/препоруке.

Након што су учесници имали прилику да расправљају о разлици између савјетовања и давања савјета/препоруке фасилитатор пита:

- Која је разлика између савјетовања и давања савјета/препоруке?
- У којим ситуацијама у клиничкој пракси дајемо савјет/препоруку, а у којим ситуацијама предлагемо савјетовање?
- По чему се те ситуације разликују?
- На папирну таблу записати коментаре учесника и подијелити их у двије колоне: „савјетовање“ и „давање савјета/препоруке“.
- Код савјетовања, одлуку доноси стручно лице – на основу којих информација?

Објашњење фасилитатора

Приликом *савјетовања*, давалац услуга помаже клијенту/клијенткици да боље разумије свој проблем, ситуацију и/или осјећања, те да идентификује и примијени рјешења прикладна за ситуацију у којој се налази. Приликом *давања савјета/препоруке*, давалац услуга покушава ријешити проблем/питање клијента/ице дајући своје мишљење и/или предлагањем рјешења.

Информисани избор је добро промишљена, добровољна одлука појединца која се темељи на опцијама, поузданим информацијама и разумијевању. Када се примјењује на одлуке о планирању породице, информисани избор значи да појединци слободно бирају хоће ли користити контрацептивни метод и, ако да, који. Свјесност појединца о значају планирања породице и разумијевање тачних информација о расположивим методама представља основу за доношење одговорних одлука

Дискусија

Питања за групу:

Који су разлози због којих се појединци укључују у планирање породице?

- спречавање трудноће,
- одгађање прве трудноће,
- размак између рађања дјеце....

Потребе за избором контрацептивних средстава

Разликују се током репродуктивне фазе. Савјетници за планирање породице могу играти важну улогу у помоћи младим паровима да одаберу одговарајући метод који одговара њиховим потребама током репродуктивног периода.

Током савјетовања:

- разматрају се различити методи контрацепције,
- дају се тачне и објективне информације о сваком методу,
- пацијент износи своје мишљење и став о методама контрацепције,
- утврђују се репродуктивни циљеви и отклања страх у погледу сигурности и ефикасности метода,
- пацијенту се даје подршка.

Потребе за контрацепцијом код младих

Од 11 до 15 година

У овој фази особе обично нису сексуално активне и није им потребна контрацептивна заштита. С обзиром на то да тренутак првог полног односа може бити непредвидљив, важно је да здравствени радници буду свјесни индикација почетка сексуалне активности и да буду спремни за савјетовање појединаца/парова по питању превенције нежељене трудноће и полно преносивих инфекција – ППИ (укључујући ХИВ). То је период у којем млади људи треба да граде знање и самопоуздање у вези с контрацепцијом и сексуалним и репродуктивним здрављем и када им треба подршка родитеља, здравствених радника и школе по питању сексуалног образовања.

Од 16 до 24 године

Учесталост сексуалне активности у овој фази увелико варира; неки су у везама, док неки нису. Међутим, већина људи су сексуално активни, имају велик број партнера и изложени су великом ризику од нежељене трудноће и полно преносивих инфекција. Генерално гледано, њима је потребна реверзибилна контрацепција и заштита од полно преносивих инфекција и ХИВ-а. Они, такође, могу имати користи од савјетовања како би им се помогло да оцијене предности и мане њихове сексуалне активности, као и опреза који је потребан како би се осигурала заштита.

Активност 1.2..

Предности савјетовања за планирање породице

Предности ефикасног савјетовања су:

- Повећава прихватање услуга планирања породице,
- Рјешава проблем,
- Промовише ефикасну употребу услуга планирања породице,
- Повећава задовољство клијента методама и услугама планирања породице,
- Побољшава наставак услуга планирања породице,
- Повећано самопоуздање и самосталност у будућем одлучивању,
- Побољшане вјештине одлучивања,
- Исправно коришћење одабраног метода планирања породице,
- Већа вјероватноћа наставка коришћења одабраног метода планирања породице,
- Већи степен поштивања контролних посјета,
- Отклања гласине и нејасноће/заблуде о методама контрацепције
- Мање нежељених трудноћа.

За установу

- Позитиван углед, задовољни клијенти промовишу планирање породице и упућују и друге клијенте,
- Већи континуитет у примјени метода/веће стопе континуитета,
- Мање непланираних посјета за мање притужбе и нуспојаве које узимају пуно времена, те
- Градња повјерења и поштовања између клијенте/клијента и даваоца услуга.

Неке од посљедица недостатка савјетовања

- Недостатак рјешења проблема (нпр. слаб избор метода),
- Изостанак задовољства с резултатима/рјешењем,
- Повећана зависност од даваоца услуга,
- Демотивација и изостанак учења (у смислу одлучивања).

Процес савјетовања се састоји из четири фазе: *Информација, разматрање, одлука и акција.*

Информисаност, разматрање и добровољно доношење одлука је процес кроз који појединац треба да прође уз подршку гинеколога и љекара на примарном нивоу здравствене заштите (породичног доктора) све у циљу предузимања акције, тј. доношења сопствене одлуке о здравственој заштити, добровољно и са пуним информацијама и разумијевањем посљедица сваке њене опције.

Процес одлучивања је олакшан одговарајућим и тачним информацијама. У дијаграму у наставку, давалац услуга помаже пацијенту да размисли о својој ситуацији, проблему или потребама, а по потреби му пружа додатне информације. Ове информација треба да буду у складу с потребама пацијента: потпуне, прецизне, јасне и разумљиве.

Пацијент разматра информације о својој ситуацији, осјећањима, алтернативама итд., важе предности и недостатке ситуације, предвиђа посљедице своје одлуке, преиспитује се и размишља о алтернативама. Пацијент доноси одлуку и поступа у складу са својом одлуком.



Слика 1. Процес савјетовања

Примјери одлука које клијенти доносе у вези с планирањем породице укључују:

- Да ли користити контрацепцију за одгађање, размак или завршетак рађања?
- Који метод користити?
- Да ли треба наставити користити контрацепцију ако се појаве нежељени ефекти?
- Да ли треба замијенити методе када тренутни метод не задовољава?
- Хоће ли укључити партнера/партнерку у доношење одлука о планирању породице?

Примјери одлука које клијенти доносе у вези са ХИВ-ом и другим полно преносивим инфекцијама укључују:

- Да ли користити кондом код сваког сексуалног односа?
- Да ли треба користити стратегију двоструке заштите (за спречавање нежељене трудноће и заштиту од ППИ/ХИВ-а)?
- Да ли ограничити број сексуалних партнера?
- Да ли треба тражити лијечење због очигледне инфекције?
- Да ли се треба тестирати на ХИВ?
- Да ли треба обавијестити партнере ако се дијагностицира инфекција?

ПОМОЗИТЕ пацијенту да одабере метод који одговара његовим потребама за планирањем породице:

- Питајте пацијента: На основу нашег разговора о методима (жељени метод и/или други методи), који бисте жељели користити? Пажљиво саслушајте одговор пацијента.
- Ако пацијент није сигуран шта жели користити, анализирајте питања која сте већ поставили о његовој породичној ситуацији, плановима, партнеру итд. те о његовим критеријумима у вези с избором метода.
- Ако пацијент одабере метод који је медицински контраиндикован, објасните му због чега је то тако и помогите му да се усредсреди на друге могућности.
- Питајте да ли постоји нешто што није јасно или што пацијент не разумије, или да ли би желио сазнати неке друге информације. Поновите и/или преформулишите информације по потреби.
- Провјерите да ли је пацијент донио јасну одлуку. Питајте: „За који метод сте се определијели?“

ОБЈАСНИТЕ како се користи одабрани метод

- Информишите пацијента како, када и гдје може добити свој контрацептивни метод.
- Објасните како користити одабрани метод, могуће секундарне утицаје, знакове упозорења и шта учинити у случају знака упозорења. Дајте битне информације, оно што пацијент треба да зна како би користио метод и избјегао неугодности/проблеме с његовом примјеном. Дозирано дајте информације пацијенту при првој посјети.
- Провјерите с отвореним питањима да ли вас је пацијент разумио о томе шта учинити у случају да се појаве проблеми.
- Објасните пацијенту да вам се може поново обратити, у случају додатних питања или потребе за додатним појашњењем.

КОНТРОЛНА ПОСЈЕТА

- Дочекујте пацијента срдечно и с поштовањем.
- Питајте пацијента да ли још увијек користи одабрани контрацептивни метод.
- Уколико користи, питајте да ли је задовољан тим методом и/или да ли је имао било каквих проблема.
- Охрабрите пацијента да користи одабрани метод контрацепције у случају безначајних, споредних нуспојава.
- Савјетујте прекид узимања одабраног метода и у случају озбиљнијих нуспојава.
- Постављајте питања о томе како пацијент користи одабрани контрацептивни метод и провјерите да ли га користи исправно.

Студија случаја

- ◊ Марија има 21 годину. Сексуално је била активна са својим дечком Марком прије само три дана. Имали су сексуални однос два пута и нису користили никакву заштиту. Марко је сматрао да је пуно боље не користити ниједан метод заштите у почетку јер су мале шансе да ће Марија одмах затрудњети и јер је задовољство много веће без кондома. Обећао јој је да неће затрудњети јер ће практиковати прекинути сношај. Марија је од своје пријатељице Елене чула за контрацептивне пилуле као метод контрацепције, али није сигурна да ли је то примјерено за њену доб, па је одлучила посјетити гинеколога/доктора примарне здравствене заштите и сазнати више. Марија не жели да њена мајка зна да је посјетила доктора. Маријина мајка је такође ваш пацијент и има састанак са вама сљедеће седмице. Ви се бринете да ли ће вас Маријина мајка питати о Маријиној ситуацији?

Повратне информације рада у малим групама.

Фацилитатор поставља сљедећа питања:

- ◊ Шта мислите о Маријиној ситуацији? Како ваш став према Маријиној ситуацији утиче на савјете које јој дајете? Какви су притисци (рођака/заједнице) који утичу на Марију? Како можемо заштитити Маријину приватност? Како ћете поступити ако Маријина мама пита зашто вас је посјетила Марија?

Активност 1.3.
Вербална и невербална комуникација

Даваоци здравствених услуга треба да истраже различита невербална и вербална понашања која користе при комуникацији с пацијентима. Може се, међутим, десити да комуникација буде неуспјешна иако су обје особе са добрим особинама и не постоје никакве препреке у комуникацији. Тада говоримо о вербалној и невербалној неподударности.

На вербалну комуникацију може утицати и темпо говора. Начин комуникације треба да буде прилагођен пацијенту. Да би комуникација била успјешна, давалац услуга треба да говори брзином коју пацијент може пратити, да користи једноставне и јасне реченице. Све што се говори пацијенту треба да буде вјеродостојно. Дозвољена је и чак пожељна мала доза хумора, која би могла да разговор учини опуштенијим и пријатнијим. У сврху остваривања добре вербалне комуникације развијена је BATHE техника, која представља акроним од почетних слова енглеских ријечи које означавају компоненте ове технике. Ова техника помаже да се схвати пацијентов проблем у контексту његове цјелокупне животне ситуације.

Елементи BATHE технике	Питања
Background (позадина)	Шта се дешава у вашем животу?
Affect (осјећај)	Како се Ви осјећате због тога?
Trouble (тегоба)	Шта Вам ствара највеће тегобе у овој ситуацији?
Handling (поступак)	Како се носите са тум?
Empathy (саосјећајност)	Уз емпатијски израз лица изразити саосјећајност: „ То мора да је веома тешко за Вас“.

Невербална комуникација искључује ријечи и симболе који их замјењују. Порука се шаље тзв. говором тијела. Када су вербална и невербална порука неусклађене, слушалац више вјерује невербалној јер се она дешава спонтано. По изразу лица може се разликовати шест основних емоција: радост, страх, туга, бијес, изненађење и гађење. Многа истраживања показују да су изрази лица који показују основне емоције урођени и универзални. Положај тијела, начин на који особа сједи, стоји или хода одражава њен став, осјећаје о самом себи и односе са другима. Здравствени радници морају да буду опрезни у коришћењу додир у комуникацији јер постоји могућност погрешног тумачења додир. SOFTEN техника може послужити као подсјетник за добру невербалну комуникацију

Компоненте SOFTEN технике	
Smile (осмијех)	Здравствени радник би требао да пацијента дочека са осмијехом прије уласка у ординацију. Тиме показује да прихвата особу (пацијента) и да је спреман да је саслуша.
Open posture (отворено држање)	Заузимањем отвореног става здравствени радник показује да постоји спремност да слуша пацијента.
Forward lean (нагнутост напријед)	Нагнутост према пацијенту показује заинтересованост за његов проблем.
Forward lean (нагнутост напријед)	Пацијента додиривати само ако је прикладно, понекад је довољан стисак руке при поздрављању.
Eye contact (контакт очима)	Гледање у очи је битно, показује стварну присутност и пажљиво слушање онога што пацијент прича.
Nod (Климање главом)	То је знак да се разумије шта пацијент прича, без потребе да га се прекида да би му се то рекло.

Ефикасан савјетник

Савјетник за планирање породице посједује следеће карактеристике:

- Добро је обучен и упућен у методе и услуге у области планирања породице,
- Увијек говори истину клијенту,
- Прихвата, указује поштовање, има неосуђујући став и објективан је у раду с клијентима,
- Свјестан је сопствених вриједности и склоности и не намеће их клијентима,
- Разумије и осјетљив је на културне и психолошке факторе (као што су притисак породице или заједнице) који могу утицати на одлуку клијента/клијентике у вези с планирањем породице,
- Чува приватност и повјерљивост клијената.

СЕСИЈА 2. САВЈЕТОВАЊЕ У КОНТЕКСТУ КОНСУЛТАЦИЈА О ПЛАНИРАЊУ ПОРОДИЦЕ

Активност 2.1. Модел gather – образложење корака у консултацијама о планирању породице

Дијаграм GATHER и упознавање учесника с акронимом GATHER који представља кораке савјетовања у консултацијама за планирање породице. Елементи модела GATHER одговарају корацима консултација и спецификују садржај савјетовања за сваки корак. Прођите са групом кроз кључне елементе сваког корака модела GATHER и кроз циљ сваког корака.

У наставку су приказани елементи успјешне сесије савјетовања:
G = Greet/Поздравите клијентицу/клијента на пријатељски, подржавајући и уљудан начин.
A = Ask/Питајте клијентицу/клијента о потребама за планирање породице, забринутости и претходном коришћењу тих услуга.
T = Tell/Упознајте клијентицу/клијента о различитим опцијама и методима контрацепције.
H = Help/Помозите клијентици/клијенту да донесе одлуку о избору жељеног/жељених метода.
E = Explain/Објасните клијентици/клијенту како да користи тај метод.
R = Return/Повратак, закажите и обавите поновну посјету и контролу клијента/клијентце.

Примјери задатака који се спроводе у склопу сваког корака
Greet/поздрављање

- Добродошлица и регистрација клијентце/клијента.
- Припрема картона/евиденције.
- Одређивање сврхе посјете.
- Посвећивање пуне пажње клијентима.
- Увјеравање клијентце/клијента да ће се све информације о којима се буде разговарало сматрати повјерљивим.

Ask/Постављање питања

- Питајте клијентицу/клијента о њеним/његовим потребама.
- Запишите следеће о клијентици/клијенту: старосна доб, брачно стање, број ранијих трудноћа и порођаја, број живорођене дјеце, основну анамнезу, раније коришћење метода планирања породице, историјат и ризик за полно преносиве инфекције.
- Процијените колико клијентца/клијент познаје методе планирања породице.
- Питајте клијентицу/клијента да ли је/га занима неки одређени метод.
- Поразговарајте са сваком клијентцом/клијентом о њиховим стрепњама у вези са ризицима наспрам предности савремених метода (одагнати гласине и заблуде).

Tell/Обавјештавање, упознавање

- Упознајте клијентицу/клијента са доступним методима.
- Одговорите на бриге и питања клијентце/клијента.
- По потреби поновите информације.

Explain/Објашњење

- Објасните како се одређени метод користи (како, када, гдје).

Return/Повратак

- Приликом контроле или поновне посјете питајте клијентицу/клијента да ли још увијек користи тај метод.
- Ако је одговор да, питајте је/га да ли има икакве проблеме или нуспојаве и одговорите на њена/његова питања, ријешите било какве проблеме уколико је могуће.
- Ако је одговор не, питајте је/га зашто је престала/престао користити тај метод и савјетујте је/га да размотри да ли евентуално жели испробати неке друге методе, или да поновно покуша с истим методом.
- Побрините се да она/он правилно користи метод (питајте је/га како га користи).

Активност 2.2. Предности и недостаци процеса консултација

Коришћење похвале и охрабрења
Дати похвалу значи надограђивати се на добро понашање како би пронашли добре ствари које је клијентца/клијент урадила/урадио. На примјер:

- Похвалите клијентицу/клијента.
- Покажите да јој/му се дивите и да се бринете за њену/његову добробит.
- Покушајте наћи нешто што ћете одобравати умјесто нечега што бисте критиковали.

Охрабрење значи давање снаге и самопоуздања.
Пружити охрабрење значи дати клијентици/клијенту до знања да вјерујете да она/он може превладати своје проблеме. На примјер:

- Истакните обећавајуће могућности.
- Подсјетите је/га да она/он већ сам/а себи помаже доласком у здравствену установу.

CLEAR метод вербалне комуникације

Даваоци услуга увијек морају имати на уму да треба да буду ЈАСНИ/енгл. **CLEAR**.
C = Clear/Јасан и једноставан језик користите.
L = Listen/Послушајте шта клијентца/клијент говори.
E = Encourage/Охрабрите клијентицу/клијента у смислу да ће моћи користити метод с dobrим резултатима.
A = Ask/Тражите повратне информације од клијентце/клијента и потврдите да су њихови проблеми и мишљења ваљани.
R = Repeat/Нека клијентца/клијент понови главне ставке које сте им рекли о коришћењу метода.

Савјетовање и мотивисање мушкараца – мушкарци имају посебне потребе за савјетовањем и даваоци услуга треба да им посвете посебну пажњу како би их мотивисали да донесу одговорне одлуке у вези с репродуктивним здрављем. Баш као што жене често воле разговарати с другим женама о планирању породице и сексуалним проблемима, мушкарци често више воле разговарати с другим мушкарцима о тим питањима.

Посебне потребе савјетовања за мушкарце:

- Мушкарце треба подстицати да подржавају жене у коришћењу метода планирања породице, или да и сами користе одређене методе (попут кондома или вазектомије).
- Важно је разговарати са МЛАДИЋИМА (узраста 14–18 година) о одговорним и сигурним сексуалним односима прије него што постану сексуално активни.
- Мушкарци често имају мање информација или постоји већа вјероватноћа да ће бити погрешно информисани о методима планирања породице, мушкој и женској анатомији и репродуктивној функцији, јер они имају тенденцију да мање причају о овим питањима у односу на жене.
- Мушкарци су често више забринуте у погледу сексуалног односа и жеље за истим у односу на жене.
- Мушкарци често имају озбиљне заблуде и забринуте су да ће методи за планирање породице негативно утицати на њихово сексуално задовољство и/или сам чин.
- Мушкарци се често брину да ће жене постати промискуитетне ако буду користиле методе планирања породице.

Прилагођавање процеса савјетовања – Већина давалаца услуга ће морати прилагодити процес савјетовања према подручју, култури и физичком окружењу у којем раде. У неким срединама гдје се пружају услуге, потражња за услугама је тако велика да физичка и временска ограничења, те мањак особља спречавају клијенте у приватном савјетовању. У другим срединама, клијенти заправо преферирају ситуације групног савјетовања због културолошких фактора.

Фактори за које давалац услуга увијек има одговорност и који су највише под његовом контролом су:

- Толеранција, емпатија и подржавајући став,
- Поштовање према клијентима,
- Техничко знање,
- Примјена динамичког стила савјетовања који одговара индивидуалним потребама клијента, те
- Увјерење и спознаја да планирање породице спашава животе и побољшава квалитет живота породица.

Културолошки фактори се увијек морају узети у обзир, а даваоци услуга треба што више да задовоље нивое комфора клијената и њихове индивидуалне потребе.

Активност 2.2.1.

Приватност и повјерљивост

Даваоци услуга планирања породице морају заштитити право клијента на приватност и повјерљивост.

Приватност: То је клијентово право да контролише информације о себи које други посједују.

Повјерљивост: То значи да давалац услуга не може открити приватне информације о пацијенту никоме другом без пристанка пацијента. Ово је механизам путем којег давалац услуга штити право клијента на приватност. Даваоци услуга морају одржавати и спроводити повјерљивост медицинске евиденције клијента и других личних података о клијентима. Давалац услуга не смије медицинску евиденцију о клијенту давати члановима породице, пријатељима или другим здравственим радницима без писменог одобрења клијента.

Активност 2.2.2.

Остала права клијента

Поред горе наведених права, везано за услуге планирања породице и све друге услуге здравствене заштите, клијенти/пацијенти имају сљедећа права:

- Право на тачне, прикладне, разумљиве и недвосмислене информације повезане са њиховим репродуктивним здрављем, сексуалношћу и здрављем у цјелини.
- Право на приступ услугама: Услуге морају бити приступачне и доступне, без социјалних препрека као што је дискриминација на основу пола, старосне доби, брачног статуса, плодности, националности или етничке припадности, увјерења, друштвене класе, касте или сексуалне оријентације.
- Право на достојанство, право на слободу и изражавање мишљења: Сви клијенти имају право на лијечење, поштовање и разматрање.
- Даваоци услуга морају осигурати да клијентима буде што угодније током процедура.
- Клијенте треба охрабрити да слободно изражавају своје ставове, посебно када се ставови клијената разликују од погледа даваоца услуга.
- Право на континуитет њега: То укључује услуге, праћење и упућивање.
- Право на сигурност услуга: Услуге би требало да пружају здравствени професионалци са довољно знања и вјештина те добрим познавањем ППИ.

Активност 2.3.

Превенција ППИ/ХИВ-а, процјена ризика, савјетовање и тестирање

Разговарајте о преношењу и превенцији ППИ/ХИВ-а. Обавезно продискутујте сљедеће:

- Познавање вашег статуса за ППИ (ХИВ) штити вас, вашег партнера и вашу породицу,
- Можете се заразити ППИ, укључујући ХИВ, несигурним или незаштићеним сексуалним односом,
- ХИВ се преноси размјеном тјелесних течности као што су сперма, крв и дојење
- Неке се полно преносиве инфекције могу лијечити. Будући да се инфекција преноси полним путем, потребно је третирати оба партнера како би се избјегла поновна инфекција,
- Заражена особа можда неће показивати симптоме. Особа са ППИ, укључујући ХИВ, може изгледати здраво,
- Уобичајени симптоми ППИ су вагинални исцједак, исцједак из пениса, кондилими у предјелу гениталија и слично,
- Ризик од инфекције може се смањити употребом кондома, ограничавањем броја сексуалних партнера, суздржавањем од сексуалних активности итд.

Процјена ризика од ППИ/ХИВ-а

Разговарајте са пацијентом о сљедећим ставкама како бисте процијенили ризик од ППИ:

- Број сексуалних партнера, како тренутно, тако и у прошлости,
- Познавање сексуалних активности партнера из прошлости,
- Тип сексуалних активности и понашања које клијент практикује (да ли партнер има друге сексуалне partnere, орални секс, анални секс, употреба спермицида и сл.),
- Тренутни симптоми/лијечење ППИ и историја претходних инфекција ППИ, симптоми и третман за себе и partnere,
- ХИВ статус и ХИВ статус партнера,
- Ранија и садашња употреба кондома (укључујући перцепцију и став партнера) и питање да ли је клијент свјестан да кондоми штите и од ППИ/ХИВ-а и од трудноће,
- Ситуација у кућном животу (нпр. партнерско насиље и социјална подршка).

Након што стекнете јаснију слику клијентовог сексуалног ризика и социјалног контекста, помогите да клијент направи план за смањење ризика, користећи било коју од сљедећих стратегија:

- Смањивање броја сексуалних партнера,
- Коришћење кондома (мушког или женског) правилно и досљедно уз сваки сексуални однос (кондоми су једини метод који штити од ППИ, укључујући ХИВ),
- Давање кондома на располагање партнерима и потицање њихове исправне и досљедне употребе,
- Избјегавање употребе нечистих инструмената за резање коже и/или игала за инјекције,
- Откривање и лијечење ППИ или инфекције цервикса,
- Упражњавање двоструке заштите,
- Познавање ХИВ статуса партнера.

Ако клијент има ППИ, потребно је примијенити правовремено лијечење (укључујући и партнера) у складу са важећим смјерницама.

Дискутовање са клијентом о ризику од ППИ/ХИВ-а, превенцији и тестирању

Да би људи били мотивисани на тестирање на ХИВ, морају знати/вјеровати да су били или су у ризику за ову инфекцију. Они такође морају разумјети шта је ХИВ и како се преноси. Због тога дискусију о ХИВ статусу треба започети расправом о ризику преношења ХИВ-а. Било које од сљедећих питања могло би се користити приликом разговора с клијентом о ризику од ППИ/ХИВ-а. Питања се могу прилагодити према потреби. Даваоци услуга и савјетници за планирање породице треба да вјежбају и да се оспособе за постављање ових и других таквих питања како би смањили стигму око ХИВ-а. Здравствени радници морају бити у могућности да слободно разговарају о сексу и сексуалном здрављу.

- Јесте ли икад разговарали са својим партнером (партнерима) о планирању породице?
- Јесте ли икада разговарали са својим партнером (партнерима) о вашем сексуалном животу уопште?
- Имате ли више сексуалних партнера?
- Колико сте сексуалних партнера имали у прошлости?
- Да ли икада користите кондоме?
- Јесте ли икада користили било који облик контрацепције у својим сексуалним везама? Који?
- Колико често? Како се ваши партнери осјећају према контрацепцији?
- Јесте ли икада разговарали са својим партнером о ППИ или ХИВ-у?
- Колико знате, да ли сте ви или било који од ваших прошлих или садашњих партнера икада имали ППИ?
- Да ли сте икада тестирани на ХИВ?
- Да ли су ваши партнери икада били тестирани на ХИВ?
- Према вашем мишљењу, колика је вјероватноћа да можете бити у опасности од ППИ или ХИВ-а? Мислите ли да је вјероватно да би ваши партнери могли бити изложени ризику од ППИ или ХИВ-а?
- Мислите ли да ви или ваши партнери можда сада имате ППИ? Имате ли симптоме због којих бисте се забринули?
- Да ли је неко икада био насилан према вама и тражио секс?
- Да ли вас је ико икада присиљавао на секс?

Студија случаја:

- ◊ 18-годишња дјевојка је прије 10 дана имала менструално крварење. Сексуално је активна и има дечка. Жели избјећи трудноћу и жели комбиноване контрацептиве. Ни она нити дечко не желе користити кондоме. Касније током консултација откривате да су имали незаштићени сексуални однос прије два дана. Сада има лагани исцједак из вагине. Дошли су у клинику јер су чули да комбиновани орални контрацептиви (КОК) спречавају трудноћу.

Прикладан метод: Хитне контрацептивне таблете (ХКТ) и комбиновани орални контрацептиви (КОК) као континуирани метод.

Активност 3.

Организациони оквир

Полазници ће код куће самостално прочитати поглавље Организациони оквир: Политике, стратегије, закони и прописи у области здравства који се односе на планирање породице у БиХ (ФБиХ и РС).

Трајање активности 60 минута

Политике, стратегије, закони и прописи у области здравства који се односе на планирање породице у БиХ (ФБиХ и РС)

Даваоци здравствених услуга нису увијек упознати с важећим прописима у здравству, што може представљати значајну препреку у пружању услуга везаних за сексуално и репродуктивно здравље, укључујући услуге планирања породице на примарном нивоу здравствене заштите.

Жене у БиХ остварују приступ услугама у области репродуктивног здравља кроз гинеколошке службе/одјеле на

примарном, секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите током трудноће, порођаја, у постпорођајном периоду, те у вези с другим потребама. Здравствена заштита жена током трудноће и порођаја и пуерперија бесплатна је за све жене, без обзира на њихов статус у погледу здравственог осигурања.

Закони и стратешки документи развоја здравства у БиХ наглашавају значај пружања услуга ових услуга на примарном нивоу здравствене заштите. Тако се на нивоу примарне здравствене заштите пружају и услуге планирања породице, при чему се конкретно не наводи да давалац тих услуга мора бити гинеколог.

Према Закону, сви осигураници имају право да одаберу свог доктора на примарном нивоу здравствене заштите. Одабрани доктори одговорни су за предузимање превентивних мјера у циљу заштите здравља жена током трудноће, порођаја, постпорођајног периода и планирања породице.

Закони не прописују старосну границу за прописивање/коришћење контрацепције, што значи да даваоци здравствених услуга нису спријечени у прописивању контрацепције дјевојчицама старијим од 16 година.

Одлуку о томе доноси доктор на основу медицинских критеријума. Старосна доб сама по себи не представља медицински разлог за ускраћивање било ког контрацептивног метода. Добробит од његовог коришћења надмашује ризик од могућих негативних учинака.

Даваоци здравствених услуга нису увијек упознати с важећим прописима, што може представљати значајну препреку у пружању услуга везаних за сексуално и репродуктивно здравље/планирање породице на примарном нивоу здравствене заштите.

Чињеница је да важећи прописи изричито наводе пружање услуга планирања породице у оквиру примарне здравствене заштите и да се у њима нигдје конкретно не наводи да давалац тих услуга у примарној здравственој заштити мора бити гинеколог.

Међу услуге у оквиру здравствене заштите на примарном нивоу спадају и услуге везане за сексуално и репродуктивно здравље. Сви осигураници имају право да одаберу свог доктора на примарном нивоу здравствене заштите. Одабрани доктори одговорни су за предузимање превентивних мјера у циљу заштите здравља жена током трудноће, порођаја, постпорођајног периода и планирања породице.

Чињеница је да бројни стратешки документи иду у том правцу у циљу унапређења примјене контрацепције путем услуга планирања породице на примарном нивоу здравствене заштите. Жене у БиХ остварују приступ услугама репродуктивног здравља кроз гинеколошке услуге у примарној, секундарној и терцијарној здравственој заштити током трудноће, порођаја, у постпорођајном периоду и у вези с другим потребама.

Систем здравствене заштите свим женама пружа здравствену заштиту без обзира на њихов статус у вези са здравственим осигурањем током трудноће и порођаја, пуерперија и постпорођајних компликација до шест мјесеци.

Република Српска

Израда политике и стратегије 2008–2012. за унапређење сексуалног и репродуктивног здравља Републике Српске (у даљем тексту: Политика) представља одлучност Владе Републике Српске да се додатно посвети унапређењу сексуалног и репродуктивног здравља, здравствених услуга и права на сексуално и репродуктивно здравље становништва Републике Српске. Сексуално и репродуктивно здравље дефинише се као стање физичког, емотивног, менталног и социјалног благостања у односу на сексуалност, а не само одсуство болести, поремећене функције или слабост (дефиниција Свјетске здравствене организације, 2006). Сматра се да је сексуално и репродуктивно здравље интеграција соматских, емотивних, интелектуалних и социјалних аспеката сексуалности који позитивно обогаћују и повећавају индивидуалност, комуникацију и љубав.

Политика за унапређење сексуалног и репродуктивног здравља Републике Српске 2012–2017. у надлежности је Министарства здравља и социјалне заштите Републике Српске. Циљеви политике су промоција сексуалних и репродуктивних права, унапређење сексуалног и репродуктивног здравља адолесцената, унапређење сексуалног и репродуктивног здравља опште популације (полно преносиве инфекције, ХИВ/сида, фертилитет, контрацепција), унапређење антенаталне и постнаталне заштите жена, унапређење контроле малигних болести те истраживање, мониторинг и евалуација.

Пројекат „Центар за заштиту и промоцију репродуктивног здравља младих“ спроводе Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске, Министарство просвјете и културе Републике Српске и Министарство породице, омладине и спорта Републике Српске.

Акциони план и политика за Босну и Херцеговину (2010–2014.), који су у јулу 2010. године потписали Савјет министара БиХ и Популациони фонд Уједињених нација, предвиђа израду политике о сексуалном и репродуктивном здрављу у оквиру компоненте репродуктивног здравља, осигуравајући на тај начин укључење

политика и стратегија за планирање породице те сталну доступност производа везаних за репродуктивно здравље с циљем побољшања здравља жена. Анализа међународне регулативе показује да врло значајно мјесто заузимају Циљеви одрживог развоја Уједињених нација до 2030. године у којима је наглашен значај универзалне покривености здравственом заштитом и обезбијеђености исправним и ефикасним лијековима и вакцинама.

Устав Републике Српске предвиђа заштиту људских права и темељних слобода, људског интегритета, достојанства и других права и слобода, укључујући начело недискриминације. Закон о здравственој заштити („Службени гласник РС“, бр. 106/09, 45/15) прописује да сваки грађанин има право да здравствену заштиту остварује уз поштовање највишег могућег стандарда људских права и вриједности, односно има право на физички и психички интегритет и на безбједност личности, као и на уважавање његових моралних, културних и религијских убјеђења. Закон о здравственом осигурању („Службени гласник РС“, бр. 18/99, 70/01, 51/03, 57/03, 17/08, 01/09 и 106/09) предвиђа да сва осигурана лица имају једнака права на здравствену заштиту.

Средства за финансирање здравствене заштите реализују се из прихода по основи доприноса за здравствено осигурање, кроз партиципацију корисника здравствене заштите којом се покрива дио укупних трошкова здравствене заштите, те из других извора на начин и према условима предвиђеним законом. Правилник о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту („Службени гласник РС“, бр. 102/11; 117/11; 128/11; 101/12) и Одлука о партиципацији („Службени гласник РС“, бр. 63/10, 73/10, 101/10, 42/11, 70/11, 102/11, 13/12, 28/12, 40/12, 87/12, 18/13, 42/13, 70/13, 88/13, 13/14, 15/14) дефинишу основни пакет здравствене заштите осигураника и њихових породица, који између осталог укључује право на здравствену заштиту на сва три нивоа, те право на јавноздравствене и превентивно-промотивне активности, те одговарајуће програме превенције.

Правилник о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту у дијелу који се односи на преглед и лијечење у вези с планирањем породице, трудноћом, порођајем и постнаталном заштитом, укључује прегледе и генетска тестирања у вези с планирањем породице, трудноћом и стањима која могу изазвати компликацију трудноће и прекид трудноће из медицинских разлога, болничко лијечење када је медицински неопходно и порођај у здравственој установи, посјете и помоћ породици и рутинску његу новорођенчета, дијагностику и лијечење стерилитета и право на двије процедуре асистираних репродукције (вантјелесна оплодња).

У основни пакет здравствене заштите спадају услуге здравствене заштите на примарном нивоу, укључујући „здравље жена“, консултативно-специјалистичке услуге у оквиру „акушерства и гинекологије“, те болничка здравствена заштита на одјелима гинекологије.

Поред наведеног, основни пакет здравствене заштите обухвата и здравствена права неосигураних лица од 18 година старости, у која између осталог спада и здравствена заштита за жене током трудноће и порођаја, пуерперија и постнаталних компликација до шест мјесеци након порођаја.

Треба напоменути да су плаћања партиципације ослобођене жене у остваривању здравствене заштите у вези с трудноћом и материнством, као и кориснице здравствених услуга везаних за превенцију рака дојке и рака материце.

Законом о условима и поступку за прекид трудноће („Службени гласник РС“, бр. 34/08) регулише се право на слободно одлучивање о рађању, а ради заштите здравља, жени и мушкарцу обезбјеђују се сви видови стручних савјета и поука који могу допринијети да то право користе без штетних посљедица по здравље и репродуктивну способност.

Закон о раду („Службени гласник Републике Српске“, бр. 38/00, 40/00, 47/02, 38/03, 66/03 и 20/07) и Закон о дјечијој заштити („Службени гласник Републике Српске“, бр. 4/02, 1/09 и 17/08) предвиђају право на породилско одсуство, право на накнаду за вријеме трајања породилског одсуства, те прописују да послодавац не смије одбити да прими у радни однос жену због тога што је трудна, нити јој може отказати уговор о раду због трудноће, те такође предвиђају право жена да одсуствују с посла два пута дневно ради дојења.

Закон о дјечијој заштити („Службени гласник РС“, бр. 4/02 и 17/08) предвиђа права родитеља и дјете, као и организоване дјелатности и активности којима се обезбјеђује стварање основних услова за приближно уједначавање нивоа задовољавања развојних потреба дјете. Осим тога, овај закон такође регулише помоћ породици у остваривању њене репродуктивне, заштитне, васпитне и економске функције.

Породични закон („Службени гласник РС“, бр. 54/02 и 41/08) има важну улогу у контексту репродуктивних права јер регулише права на слободно одлучивање о закључењу брака, планирању породице и рађању, те права и обавезе родитеља и дјете.

Други документи који се директно или индиректно баве питањем сексуалних и репродуктивних права су: Закон о заштити становништва од заразних болести („Службени гласник РС“, бр. 14/10), Закон о социјалној заштити („Службени гласник РС“, бр. 5/93, 15/96, 110/03 и 33/08), Закон о заштити од насиља у породици („Службени гласник РС“, бр. 118/05 и 17/08), Кривични закон („Службени гласник РС“, бр. 49/03, 37/06, 70/06 и 73/10).

Састав тима породичне медицине у Републици Српској чине специјалиста породичне медицине и најмање двије медицинске сестре/техничари с додатном едукацијом из породичне медицине. Изузетно од наведеног, тим породичне медицине може чинити специјалиста друге гране медицине с додатном едукацијом из породичне медицине и најмање двије медицинске сестре/техничари с додатном едукацијом из породичне медицине.

Правима из обавезног здравственог осигурања обухваћено је и право на лијек. Осигураним лицима Фонда здравственог осигурања РС доступни су лијекови с листе лијекова који се издају на рецепт, лијекови с листе цитотоксичних лијекова, лијекови с болничке листе и листе лијекова домова здравља, као и лијекови намијењени лијечењу неких специфичних обољења. Изузев лијекова који се издају на рецепт, остали лијекови се набављају централизовано, путем система јавних набавки.

Фонд здравственог осигурања спроводи редовне контроле доступности осигураним лицима лијекова у апотекама и здравственим установама. Захваљујући централизованом снабдијевању и редовним контролама, осигураним лицима су континуирано доступни лијекови у болницама и домовима здравља. Уговором с апотекама прописано је да апотека мора имати довољну количину лијекова који се издају на рецепт, а поштивање ове одредбе је такође под сталном контролом.

Листом лијекова у дому здравља обухваћени су основни лијекови које мора имати сваки дом здравља, односно тим породичне медицине. Централизованим снабдијевањем обезбијеђено је да домови здравља континуирано имају све лијекове с ове листе.

Листом лијекова који се издају на рецепт обухваћени су лијекови које Фонд финансира у 100 одстотном износу, односно с 90 одсто за осигуранике који нису ослобођени плаћања партиципације – листа А, те лијекови у чијој цијени Фонд учествује с 50 одсто – листа Б. И на листи А и на листи Б налазе се лијекови који су регистровани у Агенцији за лијекове и медицинска средства Босне и Херцеговине, односно који имају дозволу за промет у БиХ. Листом лијекова који се издају на рецепт обухваћена је подлиста А1. На овој листи се налазе лијекови који још нису регистровани у Агенцији за лијекове, али су неопходни за лијечење одређених обољења и немају замјену међу регистрованим лијековима. Код увођења лијекова на ову листу води се рачуна да те лијекове користе референтне здравствене установе у европским земљама.

На листама А и Б заступљени су сви регистровани лијекови истог хемијског састава, дозе и облика, чиме је онемогућен монополски положај било којег произвођача. Међутим, код финансирања лијекова с листе Фонд плаћа пуну цијену лијека само произвођача с најнижом цијеном (референтна цијена лијека). Уколико осигураник жели лијек произвођача који има вишу цијену, у апотеци ће платити разлику између референтне цијене и цијене лијека који узима.

Федерација Босне и Херцеговине

На државном нивоу усвојене су политике, стратегије, планови и пројекти у вези с планирањем породице (контрацепцијом). Документи усвојени на државном нивоу засновани су на међународним инструментима за заштиту репродуктивног здравља и права.

- Политика о сексуалном и репродуктивном здрављу у БиХ (Савјет министара БиХ, 2012). За спровођење политике задужени су сви органи и институције здравственог сектора. Политика је усмјерена на општу популацију у БиХ.

Сљедећи документи који регулишу питања репродуктивног здравља и планирање породице (контрацепцију) усвојени су на нивоу Федерације БиХ:

- Стратегија за унапређење сексуалног и репродуктивног здравља и права у Федерацији БиХ 2010-2019. (Влада Федерације БиХ, 2010). Стратегијом је дефинисано пет главних проблема репродуктивног здравља, и то: побољшање пријепорођајне, порођајне и послепорођајне заштите, пружање висококвалитетних услуга планирања породице и лијечење неплодности, елиминисање ризичног побачаја, превенција и лијечење полно преносивих инфекција и промовисање сексуалног здравља.

Стратегија за унапређење сексуалног и репродуктивног здравља и права у Федерацији БиХ 2010-2019., односно приоритет 2. Стратегије „Планирање породице укључујући и услуге у случају неплодности“. Право заснивања породице зајамчено је Уставом Босне и Херцеговине као основно људско право. Уставом Федерације БиХ зајамчена су основна људска права и слободе, људски интегритет и достојанство и начело недискриминације.

Стратегија је ревидирана 2018. године, када је сачињена и анализа степена имплементације у претходном периоду.

Треба напоменути да је важење наведеног Стратешког плана, као и свих стратешких докумената у Федерацији БиХ, продужено до краја 2020. године на основу Закона о развојном планирању и управљању развојем у Федерацији Босне и Херцеговине („Службене новине Федерације БиХ“, бр. 32/17). Чланом 37. став (1) Закона, који је усвојен 2017. године, утврђује се да „постојећи стратешки документи остају на снази до ступања на снагу новог циклуса планирања у складу с одредбама члана 27. овог Закона“. Нови циклус планирања треба да обухвати раздобље од 2021. до 2027. године.

Такође, по овом Закону у току је израда Стратегије развоја Федерације Босне и Херцеговине за период 2021-2027. Заштита репродуктивног здравља сада је заступљена у том документу, у дијелу који се односи на стратешке циљеве у области здравства. Ускоро се очекује да Влада и Парламент Федерације БиХ усвоје Стратегију, чиме ће она ступити на снагу.

У смислу законских прописа, у Федерацији БиХ усвојен је Закон о лијечењу неплодности биомедицински потпомогнуто оплодњом („Службене новине Федерације БиХ“, бр. 59/18).

На основу овог Закона донесени су сви планирани подзаконски акти, и то како слиједи:

1. Правилник о ближим условима у погледу простора, медицинско-техничке опреме и система квалитета које морају испуњавати здравствене установе за спровођење поступака биомедицински помогнуте оплодње, као и поступак верификације („Службене новине Федерације БиХ“, бр. 3/20)
2. Правилник о садржају и облику обрасца за извјештавање о броју и врсти обављених поступака биомедицински помогнуте оплодње, о њиховој успјешности те о похрањеним полним ћелијама, полним ткивима и замцима („Службене новине Федерације БиХ“, бр. 11/20)
3. Правилник о садржају и облику обрасца пристанка на поступак биомедицински помогнуте оплодње, као и обрасца изјаве о повлачењу пристанка („Службене новине Федерације БиХ“, бр. 11/20)
4. Правилник о садржају обрасца записника о уништењу полних ћелија, полних ткива, односно дехидрирању зачетка, након повлачења пристанка дароваоца („Службене новине Федерације БиХ“, бр. 11/20)
5. Правилник о садржају и начину вођења јединственог регистра овлашћених здравствених установа за обављање поступака биомедицински потпомогнуте оплодње („Службене новине Федерације БиХ“, бр. 11/20)
6. Правилник о начину извјештавања о озбиљним штетним догађајима и озбиљним штетним реакцијама, начину вођења евиденције и роковима извјештавања о озбиљним штетним догађајима и озбиљним штетним реакцијама, као и успостављању и вођењу Јединственог регистра („Службене новине Федерације БиХ“, бр. 11/20)
7. Правилник о обиму права на биомедицински помогнуту оплодњу на терет средстава обавезног здравственог осигурања и начину формирања цијене појединачних поступака биомедицински помогнуте оплодње („Службене новине Федерације БиХ“, бр. 50/20).

На основу Закона донесене су и Смјернице за лијечење неплодности.

Смјернице и правилници су доступни на веб страници Федералног министарства здравства.

Успостављена је и Комисија за примјену поступака биомедицински помогнуте оплодње (рјешењем федералног министра здравства број: 02-37-1221/19 од 26.02.2019. године).

Наведени Закон и прописи примјењује се уз системске законе у области здравства те друге законе и прописе чија је примјена од значаја за остваривање права пацијената. Због тога је важно истаћи следеће:

- Закон о здравственој заштити („Службене новине ФБиХ“, бр. 46/10 и 75/13) – предвиђа да сви грађани имају једнак приступ здравственој заштити највишег могућег квалитета.
- Закон о здравственом осигурању („Службене новине ФБиХ“, бр. 30/97, 7/02, 70/08 и 48/11) – омогућава свим грађанима приступ здравственом осигурању.
- Закон о правима, обавезама и одговорностима пацијената („Службене новине ФБиХ“, бр. 40/10) – дефинише права, обавезе и одговорности пацијената.

- Закон о лијековима и медицинским средствима („Службени гласник БиХ“, бр. 58/08)
- Закон о лијековима („Службене новине Федерације БиХ“, бр. 109/12)
- Закон о апотекарској дјелатности („Службене новине Федерације БиХ“, бр. 40/10)
- Одлука о утврђивању основног пакета здравствених права („Службене новине Федерације БиХ“, бр. 21/09)
- Одлука о максималним износима непосредног учествовања осигураних особа у трошковима коришћења појединих видова здравствене заштите у основном пакету здравствених права („Службене новине Федерације БиХ“, бр. 21/09)
- Наредба о стандардима и нормативима здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања у Федерацији БиХ („Службене новине ФБиХ“, бр. 82/14, 107/14 и 58/18). Тзв. Плава књига, 2014. „Стандард здравствене заштите чини обим и структуру здравствених услуга које се под једнаким условима осигуравају особама у задовољавању потреба у примарној, специјалистичко-консултативној и болничкој здравственој заштити.

Стандард здравствене заштите утврђује се бројем осигураних особа по једном радном тиму.”

„Дјелатност породичне медицине осигурава један радни тим на 1.800 осигураних лица и то за становништво старије од 6 година. Састав тима породичне медицине у ФБиХ је:

За становништво које је обухваћено породичном медицином престају дјеловати службе опште медицине и здравствене заштите школске дјеце и омладине.

За дјецу узраста до 6 година општу здравствену заштиту обезбјеђиваће педијатри, а у подручјима гдје педијатри нису доступни ова дјеца општу здравствену заштиту могу добити у породичној медицини.

Уколико тим породичне медицине пружа услуге дјечи 0-6 година, пружа их према номенклатури услуга за здравствену заштиту предшколске дјеце.

Основни састав тима породичне медицине је:

- 1 доктор медицине специјалиста породичне медицине, или доктор медицине са посебном едукацијом из породичне медицине,
- 1 медицинска сестра/техничар ССС.

У састав тима породичне медицине може бити укључена и једна медицинска сестра/техничар са завршеним првим циклусом ВСС или ВШС VI степен, а која својим дјеловањем покрива дјелатност здравствене његе у заједници са патронажом и палијативном његом.“

„Здравствену заштиту жена осигурава један радни тим на 10.000 осигураника ове популације у доби преко 15 година.

Састав тима:

- 1 доктор медицине специјалиста гинекологије и акушерства
- 0,5 гинеколошко-акушерска сестра/техничар са завршеним првим циклусом ВСС или медицинска сестра/техничар ВШС VI степен
- 1,5 гинеколошко-акушерска сестра/техничар ССС.“

У номенклатури услуга у примарној здравственој заштити нема конкретних навођења опште/породичне медицине. То се односи на превентивне услуге, услуге лијечења и интервенције, као и услуге планирања породице/ контрацепције. Могуће рјешење било би да се ове услуге подведу под „Здравље и индивидуална поука“ (Плава књига).

У номенклатури услуга здравствене заштите за жене наводи се услуга „Преглед у вези са контрацепцијом“ и обухвата: узимање анамнестичких података, вањски и унутрашњи гинеколошки преглед, узимање цервикалног бриса и прављење размаза за цитолошки преглед, упућивање на консултативне прегледе и лабораторијске претраге, одређивање одговарајуће контрацепције, давање савјета и упутстава у вези с контрацептивним средством, заказивање контролног прегледа те вођење медицинске евиденције.

Закључци активности 3.

Можемо рећи да су програми и услуге везане за сексуално и репродуктивно здравље доступни у БиХ у оквиру система здравствене заштите, и то:

- стандарди за пружање услуга везаних за сексуално и репродуктивно здравље, укључујући здравље мајки; смјернице за пружање услуга везаних за сексуално и репродуктивно здравље, укључујући здравље мајки; пакет здравствених услуга везаних за сексуално и репродуктивно здравље о минималном трошку као саставни дио примарне здравствене заштите;
- реферални механизми за услуге везане за сексуално и репродуктивно здравље;
- здравствени информативни систем с подацима груписаним према старосној доби и полу;
- едукација здравствених радника о савјетовању у области сексуалног и репродуктивног здравља о ХИВ/сиди, репродуктивним правима те утврђивању постојања сексуалног насиља;
- механизми за праћење квалитета услуга везаних за сексуално и репродуктивно здравље; едукација здравствених радника на тему борбе против стигме и дискриминације кључних популација, укључујући младе, трансродне особе и особе које конзумирају наркотице; механизми којима се осигурава учешће организација из заједнице.

Литература:

1. AVSC International. „Family Planning Counseling: A Curriculum Prototype“. New York, NY: AVSC International; 1995.
2. „Comprehensive Counselling for Reproductive Health: An integrated Curriculum Participant's Handbook“, 2003, Engender Health http://www.engenderhealth.org/files/pubs/counseling-informed-choice/ccrh_ph/ccrh_ph_fm.pdf
3. „Comprehensive Reproductive Health and Family Planning Training Curriculum“. Counseling of Family Planning Services. Comprehensive Reproductive Health and Family Planning Training Curriculum were provided in part by the Agency for International Development/Свеобухватни план и програм обуке за репродуктивно здравље и планирање породице дјелимично је осигурала Америчка агенција за међународни развој (USAID). Cathy Solter Medical Services Pathfinder International January 1998. Доступно на: <http://www.pathfinder.org/pf/pubs/mod3.pdf> [цитирано 18. јуна 2015].
4. „Decision Making Tool for Family Planning Clients and Providers“. WHO, 2006.
5. „Guidelines for Voluntary Counselling and Testing for HIV“, 2012, H.E.R.A. – Health Education and Research Association http://hera.org.mk/wp-content/uploads/2012/02/vodic_dst.pdf
6. Hatcher RA, et al. „Contraceptive Technology: 1990–1992“. 15th rev. ed. New York: Irvington Publishers Inc; 1990.
7. Huezo C, Briggs C. „Medical and Service Delivery Guidelines for Family Planning“. London, England: International Planned Parenthood Federation, 1992.
8. Population Reports – New GATHER Guide to Counselling, 1998, „Population Information Programme“, Centre for Communication Programmes, The Johns Hopkins University School for Public Health <https://www.k4health.org/sites/default/files/j48.pdf>
9. UNFPA. „Family Planning Training for Primary Health Care Providers/Обука за планирање породице за даваоце примарне здравствене заштите“; 2014.
10. Zahan N. „Factors influencing women's reproductive health“. Journal of Advanced Research, 2014.
11. Bruce, Linda, Wilson Liambila, Mantshi Menziwa, and Doctor Khoza. 2008. Balanced counselling strategy plus trainer's guide. (Part of The balanced counselling strategy plus: A toolkit for family planning service providers working in high STI/HIV prevalence settings, Mullick et al.) Washington, DC: Population Council. http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/Manuals/BCSPlus/BCSPlus_TrainersGuide.pdf (датум приступа: 10. април 2010).
12. Тешановић Г, Станетић К, Петровић В, Савић С. Породична медицина. Бања Лука: Медицински факултет у Бањој Луци; 2014.
13. Петровић В, Савић С, уредници. Њега у примарној здравственој заштити, породици и заједници Бања Лука: Медицински факултет у Бањој Луци; 2018.
14. Грубишић АМ, Черну Обрдаљ Е, Шиндрак И, Вучковић Ј, Јатић З, Савић С, Kubba A, Nanu L, Horga M, Mihaescu P, Baraitser P. Планирање породице: Приручник за тренере. Сарајево: Популациони фонд Уједињених нација, Партнерство за јавно здравље, Влада Републике Српске Министарство здравља и социјалне заштите. UNFPA у БиХ; 2016.
15. Counselling for family planning. Available from: https://www.intrahealth.org/sites/ihweb/files/files/media/preservice-education-family-planning-reference-guide/MPsFPRG_unit5.pdf [Cited 2020 Sep 15].

МОДУЛ 3

Методи контрацепције

Аутори: др. Ивес Шиндрак, др. Един Ченгић

ДОСТИЗАЊЕ ГЛОБАЛНИХ ЦИЉЕВА ДО 2030. г:

- „0“ случајева незадовољених потреба за контрацепцијом
- „0“ случајева превентабилне матерналне смртности
- „0“ случајева родно заснованог насиља и штетних пракси

Циљ овог модула је:

- усавршавање у области контрацепције, полно преносивих инфекција и репродуктивног здравља,
- обједињавање предавања и рада у групи,
- унапређење знања, вјештина и ставова,
- практиковање савјетовања и рада с пацијентима.

У овом модулу, учесници ће стећи знања, вјештине и ставове о сљедећим темама:

- методи контрацепције и примјена,
- утврђивање сигурности прописаног метода путем лабораторијских и других анализа,
- санирање нуспојава,
- узимање квалитетне анамнезе и одређивање одговарајућег метода контрацепције; квалитетно информисање о сексуалном здрављу пацијента,
- изражавање позитивног става према пацијенту: безрезервна подршка и избегавање осуде,
- емпатија: спремност да се разумију осјећања пацијента и поштује његово мишљење,
- поштовање пацијента: безусловна брига, препознавање снажних црта и способности пацијента,
- самосвијест и самоконтрола: познавање сопствених потреба,
- искреност: како се понашати адекватно и досљедно,
- Узајамно поштовање: прихватање да пацијент најбоље познаје свој живот; идеално партнерство, идеална подјела одговорности.

У току модула, биће обрађене сљедеће теме:

- представљање циљева и очекивања учесника,
- методи контрацепције (комбиновани орални контрацептиви, ПО, баријера, метод лактације), испуњавање критеријума за поједине методе, препоруке за њихову употребу, врсте метода и начин примјене,
- превенција и лијечење полно преносивих инфекција,
- савјетовање – стицање основних предуслова за успјешно савјетовање о сексуалном здрављу.

СЕСИЈА / АКТИВНОСТ		МЕТОДА	ВРИЈЕМЕ
Увод			15 мин.
Активност	Циљеви модула	Презентација	5мин
Активност	Уводни тест	Тест	10мин
Сесија 1. Критеријуми медицинске подобности за употребу контрацепције			35 мин.
Активност	Циљеви сесије	Презентација	2мин
Активност	Критеријуми медицинске подобности	Презентација	3мин
Активност	Категорије критеријума медицинске подобности за различите методе контрацепције	Презентација	5мин
Активност	Категорије критеријума медицинске подобности С30 за ИУУ хормоналне методе и методе баријере	Презентација	5мин
Активност	Категорије за методе базиране на праћењу циклуса плодности	Презентација	5мин
Активност	Употреба точка критеријума медицинске подобности	Групни рад	10мин
Активност	Употреба референтне таблице критеријума медицинске подобности	Дискусија	5мин
Сесија 2. Ефикасност метода контрацепције			20 мин.
Активност	Циљеви сесије	Презентација	1мин
Активност	Ефикасност метода контрацепције релативна ефикасност	Презентација	4мин
Активност	Пеарлов индекс	Презентација	5мин
Активност	Ефикасност метода контрацепције дискусија	Дискусија	5мин
Сесија 3. Комбиновани орални контрацептиви (КОК)			80 мин.
Активност	Циљеви сесије	Презентација	2мин
Активност	Основне карактеристике комбинованих оралних контрацептива	Презентација	3мин
Активност	Карактеристике и врсте	Презентација	5мин
Активност	Ефикасност	Презентација	3мин
Активност	Релативна ефикасност	Презентација	5мин

Активност	Механизми дјеловања КОК	Презентација	3мин
Активност	Здравствене користи везане уз менструални циклус	Презентација	3мин
Активност	Остале здравствене користи	Презентација	10мин
Активност	Ко може да користи КОК	Презентација	10мин
Активност	Како се користи КОК	Презентација	10мин
Активност	Нуспојаве КОК исправљање гласина и погрешних схватања	Презентација	8мин
Активност	Санитација нуспојава КОК	Креативно размишљање	10мин
Активност	Проблеми који могу довести до прекида узимања КОК и преласка на другу методу заштите	Презентација	5мин
Активност	Резиме	Презентација	5мин
Сесија 4. Таблете за хитну контрацепцију			40 мин.
Активност	Циљеви сесије	Презентација	2мин
Активност	Шта су таблете за хитну контрацепцију	Презентација	5мин
Активност	Законодавни оквир	Дискусија	5мин
Активност	Како дјелују таблете за хитну контрацепцију њихова ефикасност и безбједност	Презентација	7мин
Активност	Уобичајене недоумице митови и погрешна схватања о хитној контрацепцији	Креативно Размишљање	7мин
Активност	Како користити таблете за хитну контрацепцију	Презентација	5мин
Активност	Праћење и упућивање клијената	Дискусија	4мин
Сесија 5. Кондоми за мушкарце			10 мин.
Активност	Циљеви сесије	Презентација	1мин
Активност	Кондом за мушкарце двострука заштита	Презентација	2мин
Активност	Контрацептивна ефикасност	Презентација	3мин
Активност	Како се користи кондом за мушкарце	Демонстрација	4мин
Сесија 6. Интраутерина уложак (ИУУ)			45 мин.
Активност	Циљеви сесије	Презентација	2мин
Активност	Шта је ИУУ	Презентација	7мин

Активност	Исправљање гласина и заблуда	Креативно размишљање	5мин
Активност	Ефикасност и здравствене предности ИУУ	Презентација	3мин
Активност	Савјетовање о нуспојавама	Креативно размишљање	10мин
Активност	Безбједност ИУУ	Презентација	6мин
Активност	Тумачење контролне листе за ИУУ	Презентација	5мин
Активност	Бакарни ИУУ резиме	Презентација	2мин
Активност	ИУУ на бази левоноргестрела основе	Презентација	5мин
Сесија 7. Таблете, ињекције и импланти на бази прогестина (основе)			20 мин.
Активност	Циљеви сесије	Презентација	2мин
Активност	Карактеристике контрацепције на бази прогестина типови начин дјеловања	Презентација	18мин
Сесија 8. Метода лактационе аменореје (МЛА)			10 мин.
Активност	Главне карактеристике	Презентација	2мин
Активност	Шта је метода лактационе аменореје	Презентација	4мин
Активност	Када и како почети користити методу лактационе аменореје	Презентација	4мин
Сесија 9. Превенција полно преносивих болести и двојна заштита			10 мин.
Активност	Полно преносиве болести и двојна заштита	Презентација	
Сесија 10. Одабир одговарајуће методе контрацепције			40 мин.
Активност	Узимање медицинске анамнезе о репродуктивном здрављу	Рад у малим групама	20мин
Активност	Практични примјери за КОК и ИУС	Практични примјери	20мин
Завршна сесија			10 мин.
Активност	Рекапитулација	Рекапитулација	2мин
Активност	Завршни тест	Тест	3мин
Активност	Евалуација модула	Евалуација	5мин
			Укупно вријеме 330 мин.

Трајање: 15 минута

Циљеви модула 3

5 минута

Представити циљеве модула.

Уводни тест

Тест: 10 минута

Дати сваком учеснику примјерак **уводног теста**. Тест се испуњава самостално. Уводничар кратко одговара на питања учесника и наглашава да не морају знати све одговоре; током радионице добиће одговоре на сва питања из уводног теста.

СЕСИЈА 1.

Трајање сесије: 35 минута

Активност 1.
Циљеви сесије

2 минута

Представити циљеве сесије:

Увод у критеријуме медицинске подобности за употребу контрацептива и инструменте – точак и референтна таблица критеријума медицинске подобности за контрацепцију.

Активност 2.
Критеријуми медицинске подобности

3 минута

Критеријуми медицинске подобности садржани су у документу са препорукама стручног ревизорског тима, тијела сачињеног од међународних стручњака у области планирања породице (клиничара, руководиоца програма и научника), које је окупила Свјетска здравствена организација (СЗО) 1994. године – 5. издање 2015.

Критеријуми медицинске подобности садрже 1.700 препорука: ко може да користи контрацепцију, смјернице о безбједности 19 контрацептивних метода за мушкарце и жене са специфичним индивидуалним карактеристикама или медицинским стањима. Они укључују:

- старосну доб,
- пушачке навике,
- сличност,
- кардио-васкуларне болести, карцином, инфекције.

Активност 3.
Категорије критеријума медицинске подобности за методе контрацепције

5 минута

Дефинисање категорија је важно јер женама обезбјеђује исправну заштиту и минимализује нуспојаве.

За ИУУ, методе хормоналне контрацепције и методе баријере, критеријуми медицинске подобности почивају на четири категорије за класификовање медицинских стања или карактеристика клијената.

Категорије су дефинисане на сљедећи начин:

Категорија 1: стање за које не постоје рестрикције везане за употребу контрацепције,
Категорија 2: стање у којем предности коришћења контрацептивног метода генерално премашују теоретски доказане ризике,
Категорија 3: стање у којем теоретски или доказани ризици обично премашују предности контрацептивне методе,
Категорија 4: стање које представља неприхватљив здравствени ризик у случају коришћења контрацептивног метода.

Активност 4.

Категорије критеријума медицинске подобности С30 за ИУУ, хормоналне и методе баријере

5 минута

Објаснити да у ситуацијама ограничене клиничке процјене, нпр. у програмима дистрибуције контрацептива у заједници, оквир за класификацију према 4 категорије може да се сведе на 2 категорије.

У оваквим поједностављеним ситуацијама, категорије 1 и 2 значе да контрацептивни метод може да користи, док категорије 3 и 4 означавају да жена не испуњава медицинске критеријуме за дати метод.

На сљедећем СЛАЈДУ налазе се неки примјери из ове четири категорије препорука С30.

Дати примјере категоризације различитих стања према различитим методима контрацепције.

Активност 5.

Категорије за методе базиране на праћењу циклуса плодности

5 минута

Представити категорије за контрацептивне методе базиране на праћењу циклуса плодности кроз постављање питања учесницима о њиховим искуствима у избору пацијената који користе овај метод. Приказати СЛАЈД 7 из презентације са критеријумима за ове методе. Дефинисати критеријуме који се користе за ове методе.

Поставите сљедећа питања:

- Да ли је неко вршио избор пацијената за ове методе? (Замолите учеснике да дигну руку ако јесу и прозовите једног од учесника који се јаве);
- Наведите категорије коришћене у класификацији стања или карактеристика при избору пацијената за методе базиране на праћењу циклуса плодности? (Сачекајте да учесник одговори);
- Како бисте дефинисали те категорије? (Допустите учеснику да одговори, прозовите још једног учесника ако су потребне додатне информације; на основу њихових одговора, иницирајте дискусију о категоријама).

Категорије критеријума медицинске подобности С30 за класификацију стања или карактеристика за испуњавање критеријума за методе базиране на праћењу циклуса плодности сличне су оним које се користе за мушку и женску стерилизацију. За методе контрацепције базиране на праћењу циклуса плодности медицински критеријуми С30 користе категорије: Прихватљиво, Пажња, Одгађање и Није примјењиво. Ове категорије дефинисане су на сљедећи начин:

- **Прихватљиво** значи да не постоји медицински разлог да се метод забрани жени са датим медицинским стањем или у датим околностима,
- **Пажња** значи да се метод редовно прописује, али уз додатне припреме и мјере опреза. За методе контрацепције базиране на праћењу циклуса плодности то обично значи да ће бити потребно посебно савјетовање како би се обезбиједила исправна употреба метода у датим околностима,
- **Одгађање** значи да употреба метода треба да се одгоди док се стање не процијени и/или поправи. Као замјену треба обезбиједити привремене методе контрацепције,
- **НП** значи није примјењиво.

Прикажите СЛАЈД 7 са примјерима класификације здравствених стања насупрот методи базираној на праћењу циклуса плодности.

Табела на слајду садржи неколико примјера из критеријума медицинске подобности С30 који показују како се здравствена стања и околности категоришу у односу на контрацептивне методе базиране на праћењу циклуса плодности. На примјер, у препорукама се наводи да:

- жене које не доје четири или више седмица након порођаја могу да користе методе заштите засноване на симптомима овулације. Прије истека четири седмице, мала је вјероватноћа да ће жена имати довољну функцију јајника, било да јој буде потребан метод базиран на праћењу циклуса плодности или да испољава примјетне знакове овулације и хормонске промјене;
- жене у постменструалном периоду и жене у перименопаузи често имају неправилности у менструалном циклусу због којих употреба метода базираних на праћењу циклуса плодности може да буде компликована;
- код породиља које примарно доје и немају менструални циклус, мала је вјероватноћа да ће имати довољну функцију јајника да испољавају знакове овулације или хормонске промјене. Методи контрацепције базирани на праћењу циклуса плодности током дојења могу бити мање ефикасни него у периоду када жена не доји;
- током трудноће, методи контрацепције базирани на праћењу циклуса плодности нису релевантни, тј. нису примјењиви. Током прве 3 године од менархе (прве менструације), циклуси често нису редовни, овулације су неправилне или изостају, па овај метод није сигуран избор младих, како у заштити од нежељене трудноће тако и у заштити од полно преносивих инфекција.

Активност 6.

Употреба точка критеријума медицинске подобности

рад у групама: 10 минута

Подијелите учесницима м3 / с1 / X2, Точак критеријума медицинске подобности за употребу контрацепције.

Ако је могуће, покажите им интерактивни точак са критеријумима на интернет страници С30: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/wheel_v4_2010_EN.swf

Ако је могуће, помоћу анимације покажите како се покрећу унутрашњи и вањски кругови точка да би се добиле информације о испуњености критеријума код сваког пацијента. У циљу вјежбе употребе овог инструмента, поставите сљедећа питања:

- Могу ли гојазне жене користити комбиноване оралне контрацептиве?
 - » Одговор: Да – према медицинским критеријумима, гојазне жене које користе КОК су под повећаним ризиком од венске тромбоемболије (ВТЕ) у поређењу са женама које их не користе. Међутим, апсолутни ризик од ВТЕ ипак је низак.
- Ако жена тренутно пати од исхемичне срчане болести, може ли да користи инјективне контрацептиве искључиво на бази прогестина?
 - » Одговор: Не – према медицинским критеријумима, ово стање спада у категорију 3. (Коментар: треба да бу-демо свјесни да је категорија 3 за једну категорију ниже од контраиндикације – стога је потребно да размотримо све опције, а можда ће бити потребно и мишљење специјалисте).
- Да ли се може извршити пласирање интраутериног средства код жене одмах након абортуса?
 - » Одговор: Да, ИУУ се може пласирати одмах након првог триместра, спонтаног или индукваног абортуса. Међутим, ИУУ се не може пласирати непосредно након септичког абортуса.

Разговарајте и разјасните евентуална питања.

Активност 7.
Употреба брзе референтне таблице критеријума медицинске подобности

дискусија: 5 минута

Подијелити учесницима **м3 / с1 / Х3**, Брзе референтне таблице критеријума медицинске подобности С30 за употребу контрацепције.

Објасните да се брза референтна таблица критеријума медицинске подобности за употребу контрацепције налази у ресурсном пакету наставног материјала. То је једноставан референтни инструмент за утврђивање стања и карактеристика пацијента које могу да утичу на испуњеност услова за коришћење нека од четири уобичајена метода. Овај инструмент ћемо звати „брза референтна таблица критеријума медицинске подобности“. То је свеобухватна листа свих стања у категорији 3 и категорији 4 за КОК, ДМПА, имплантате и бакарни ИУУ, и може се користити као помоћно средство при идентификацији жена за које коришћење ниједног од ова четири метода није безбједно.

Разговарајте о разликама између точка критеријума медицинске подобности и брзе референтне таблице.

Упутите учеснике да уз помоћ брзе референтне таблице критеријума одговоре на следећа питања те да образложе своје одговоре. Прочитајте свако питање када се појави на екрану и дајте учесницима времена да пронађу задато стање у таблици.

- Да ли жена са дијабетесом и васкуларном болести која жели да користи ДМПА испуњава медицинске критеријуме?
 - » Одговор: Не – према критеријумима медицинске подобности, она се налази у категорији 3.
- Да ли адолесценткиња која жели да користи ДМПА испуњава критеријуме медицинске подобности?
 - » Одговор: Да – таблица критеријума садржи комплетну листу свих медицинских стања у категоријама 3 и 4, а ова карактеристика се не налази у таблици. Стања и карактеристике који се не налазе у таблици или припадају категоријама 1 или 2, или их С30 није класификовала из разлога што не постоји бојазан да би ова стања могла да представљају ризик од било ког метода контрацепције.
- Да ли жена са необјашњивим вагиналним крварењем која жели почети да користи ИУУ испуњава критеријуме медицинске подобности?
 - » Одговор: Не – према критеријумима, ово стање спада у категорију 4.
- Ако таква жена већ има ИУУ, да ли може да настави да га користи?
 - » Одговор: Да – према медицинским критеријумима, ово стање спада у категорију 2 (објаснити да је потребно дијагностиковати разлог крварења, али да ИУУ не мора одмах да буде уклоњен).
- Ако жена са вишеструким ризико-факторима за кардио-васкуларну болест жели почети да користи КОК или ДМПА, да ли испуњава критеријуме медицинске подобности?
 - » Одговор: Не – према критеријумима, ово стање спада у категорију 4 за КОК и у категорију 3 за ДМПА.

Разговарајте и разјасните евентуална питања.

СЕСИЈА 2.
ЕФИКАСНОСТ МЕТОДА КОНТРАЦЕПЦИЈЕ

Трајање: 20 мин.

Активност 1.
Циљеви сесије

1 минут

Представите циљеве сесије:
Описати начине на које се може објаснити ефикасност различитих метода контрацепције.

Активност 2.
Ефикасност метода контрацепције

4 минута

Објаснити да једна од табела приказује број жена које би остале у другом стању ако би без грешке користиле метод (савршена употреба), или ако би само повремено користиле метод неисправно или заборавиле да га користе.

Активност 3.
Перлов индекс

5 минута

Формула која омогућава поређење ефикасности контрацептивног метода, изражена као стопа трудноћа унутар популације подијељено са 100 година изложености корисника том контрацептивном методу.

израчунавање и употреба

$$\text{Перлов индекс} = \frac{\text{број трудноћа} \times 12 \times 100}{\text{број жена} \times \text{број мјесеци}}$$

Да би се израчунао Перлов индекс, потребна су три податка:

- укупан број мјесеци или циклуса током којих су жене користиле контрацептивни метод,
- број трудноћа,
- разлог за напуштање студије (трудноћа или нешто друго).

Постоје два начина израчунавања Перловог индекса:

Према првом методу, релативан број трудноћа током студије дијели се бројем мјесеци коришћења контрацептивног метода, а затим се множи са 1200.
Према другој методи, број трудноћа током студије дијели се бројем менструалних циклуса код жена у студији, а затим се множи са 1300. Користи се број 1300 умјесто 1200 због дужине просјечног менструалног циклуса од 28 дана, што износи 13 циклуса годишње.

Перлов индекс се понекад користи као статистичка процјена броја непланираних трудноћа код 100 жена у односу на године коришћења метода (нпр. 100 жена у току једне године коришћења или 10 жена током 10 година). Такође, понекад се користи у сврху поређења метода контрацепције, при чему нижи Перлов индекс значи мању могућност непланиране трудноће.

Обично се након испитивања метода контрацепције објављују два Перлова индекса:

- **Перлов индекс стварне употребе**, који укључује све трудноће током студије и све мјесеце (или циклусе) коришћења контрацептивног метода,
- **Перлов индекс савршене употребе**, који укључује само трудноће које су проистекле из исправне и уредне употребе контрацептивног метода и обухвата само мјесеце или циклусе током којих је метод коришћен исправно и уредно.

Активност 4.

Ефикасност метода контрацепције

дискусија: 10 минута

Циљ ове активности је да учесници добију прилику да увјежбају појашњавање ефикасности контрацепције уз два помоћна средства: поређење ефикасности метода планирања породице и, ако 100 жена користи један метод током једне године, колико ће их остати у другом стању?

Подијелите учесницима **м3 / с2 / Х1** (Поређење ефикасности метода планирања породице) и **м3 / с2 / Х2** (Ако 100 жена користи један метод током једне године, колико ће их остати у другом стању?).

Питајте учеснике:

- Зашто је тешко исправно користити неки метод?
- Да ли је реално очекивати да ће сви методи бити коришћени без грешке?
- Зашто да или зашто не?

Како стручно лице може да утиче на ефикасно коришћење метода? (У одговорима треба навести како савјетовање о контрацептивном методу утиче на његову употребу).

Подсјетите учеснике да пацијенти сматрају ефикасност неког метода од кључног значаја при избору метода који ће користити.

Објасните да пацијенти можда неће лако разумјети табелу приказану на претходном слајду. Ова два помоћна средства презентују информације у разумљивијем формату.

Објасните да ако 100 жена користи имплантате током 1 године, мање од 1 жене ће остати у другом стању. ланирање породице UNFPA

СЕСИЈА 3. КОМБИНОВАНИ ОРАЛНИ КОНТРАЦЕПТИВИ

Трајање: 80 минута

Активност 1.

Циљеви сесије

3 минута

Циљ ове сесије је усвојити кључна знања о КОК: механизам дјеловања, ефикасност, предности и недостаци, ризици, разматрање алтернативних облика контрацепције, врсте КОК, опција првог избора.

Активност 2.

Главне карактеристике комбинованих оралних контрацептива

3 минута

- неинвазивни метод,
- метод који зависи од корисника (корисник се мора сјетити да таблету узима редовно, једна таблета сваки дан),
- менструално крварење је углавном редовно, мање обилно и мање болно,
- смањује ризик од карцинома јајника, ендометрија и колоректалног карцинома, а може смањити и ризик од циста на јајницима,
- код неких жена могу се јавити нуспојаве,
- када се исправно узима, таблета има 99% ефикасност у спречавању трудноће. То значи да ће мање од једне жене од 100 жена које користе комбиновану таблету као контрацепцију остати у другом стању у току једне године,
- мање нуспојаве укључују промјене расположења, осјетљивост груди и главобоље. Постоји веома низак ризик од озбиљних нуспојава као што су крвни угрушци и карцином грлића материце,
- комбинована таблета не одговара женама изнад 35 година старости које пуше или женама с одређеним медицинским стањима,
- Дobar су метод код млађих пацијенткиња јер поред заштите од нежељене трудноће могу да се користе и у регулисању нередовних циклуса, код проблема с акнама на лицу и појачаном маљавошћу те код болних и обилних менструација
- Недостатак је што не штити од полно преносивих инфекција.

Активност 3.

Карактеристике и врсте

5 минута

Наведите неке од карактеристика различитих комбинованих контрацептивних таблета?

Допустите учесницима да одговоре; покажите им на презентацији слједеће карактеристике:

Монофазне таблете за 21 дан

Ово је најчешћи тип. Свака таблета садржи једнаку количину хормона. По једна таблета узима се сваки дан током периода од 21 дана, а затим се не узимају наредних седам дана.

Фазне таблете за 21 дан

Фазне таблете садрже два или три дијела с различито обојеним таблетама у једном паковању. Сваки дио садржи различиту количину хормона. Узима се по једна таблета сваки дан током периода од 21 дана, а затим се не узимају наредних седам дана. Фазне таблете морају се узимати исправним редослиједом.

Таблете за сваки дан

У једном паковању налази се 21(24) активна таблета и 7(4) неактивних (плацебо) таблета. Ове двије врсте разликују се по изгледу. Једна таблета се узима сваки дан током периода од 28 дана без прекида између паковања. Таблете се морају узимати сваки дан исправним редослиједом.

Пратите упутство које се налази у кутији. Ако имате било каквих питања о начину узимања таблета, питајте свог доктора породичне медицине, медицинску сестру или фармацеута. Важно је узимати таблете према упутству јер прескакање таблета или њихово узимање заједно с неким другим лијековима може да доведе до смањене ефикасности.

Како се узима таблета за 21 дан

- Узмите прву таблету из кутије означену исправним даном у седмици или прву таблету прве боје (код фазних таблета).
- Наставите узимати таблету у исто вријеме сваког дана док не испразните кутију.
- Престаните узимати таблете на седам дана (током ових седам дана ћете добити крварење).
- Почните узимати таблете из новог паковања на осми дан, без обзира на то да ли још увијек крварите или не. Ово би требало да буде исти дан у седмици као кад сте узели прву таблету.

Како узимати таблете за сваки дан или хормоналне таблете

- Паковање од 28 таблета садржи 21(24) активну и 7(4) неактивних таблета.
- Узмите прву таблету из дијела паковања који је означен са „старт“. То је активна таблета.
- Наставите узимати по једну таблету сваки дан, исправним редослиједом и по могућности у исто вријеме сваког дана, док не потрошите цијело паковање (28 дана).
- Током седам дана када узимате неактивне таблете добићете менструацију.
- Започните с наредним паковањем таблета након што завршите прво, без обзира на то да ли менструација још увијек траје.

Активност 4.

Ефикасност

3 минута

Сврха ове активности је нагласити ефикасност комбинованих оралних контрацептива.

Реците учесницима: листа приказана на овим слајдовима категорише методе контрацепције од најефикаснијег до најмање ефикасног при уобичајеној употреби. Како видите на листи, спермициди су најмање ефикасан метод, док су најефикаснији методи контрацептивни имплантати, стерилизација и ИУУ.

Активност 5.

Релативна ефикасност

5 минута

Објасните да на ефикасност може да се гледа и на други начин. На овом слајду видимо колико су ефикасни методи планирања породице при уобичајеној употреби. Слајд приказује број жена које би остале у другом стању ако би 1000 жена користило један метод током једне године. На примјер, ако имамо 1000 сексуално активних жена које су у плодном периоду, и ни једна не користи никакву заштиту од трудноће, 850 њих би остало у другом стању.

Али ако би истих 1000 жена користило КОК, 90 би их остало у другом стању. Питајте учеснике – шта би се десило кад би ове исте жене користиле ИУУ? Колико би их остало у другом стању? Значајан дио доброг савјетовања је информисање клијената о ефикасности сваког појединачног метода.

Активност 6.

Механизми дјеловања КОК

3 минута

Орални контрацептиви спречавају трудноћу примарно тако што онемогућавају овулацију кроз комбиновано дјеловање прогестина и естрогена и задебљањем цервикалног мукуса.

Активност 7.

Здравствене користи везане уз менструални циклус

3 минута

Здравствене користи по менструални циклус укључују:

- умањену дисменореју,
- мањи губитак менструалне крви и смањен ризик од анемије¹
- могуће ублажавање симптома предменструалног синдрома (ПМС)¹
- редовнији циклус
- све горе наведено омогућава лакше функционисање за вријеме трајања и у периоду пред менструално крварење, без утицаја на свакодневне, школске, ваншколске и спортске активности што је од посебног значаја за млађе дјевојке.

Активност 8.

Остале здравствене користи

10 минута

Остале гинеколошке здравствене користи укључују умањен ризик од:

- ванматеричне трудноће,
- карцинома ендометрија и јајника,
- бенигних промјена на дојкама,
- упалних болести пелвиса,
- појаве акни (негинеколошки ефекат).

КОК је веома ефикасан у спречавању трудноће. Као резултат тога, он значајно умањује ризик од компликација у трудноћи, укључујући ванматеричну трудноћу која потенцијално може да угрози и живот жене.

КОК штити жену и од карцинома јајника и ендометрија. Многа испитивања су показала да кориснице КОК имају упола мањи ризик да добију ову врсту карцинома од жена које не користе КОК.

Код жена које користе КОК јавља се мање симптоматичних случајева упалне болести пелвиса. Није јасно да ли КОК спречава ову болест или ублажава њене симптоме.

КОК са собом носи и друге позитивне ефекте по здравље. Пошто спречава овулацију, показало се да такође смањује ризик од функционалних циста на јајницима.

Употреба КОК помаже у смањењу ризика од анемије узроковане недостатком гвожђа. Поред тога, неактивне таблете код неких произвођача садрже гвожђе, што додатно смањује ризик од анемије.

КОК спречава раст ендометријског ткива па је врло ефикасан у ублажавању симптома ендометриозе, стања код којег ендометријско ткиво излази изван материце и узрокује бол у пелвису.

Могу да их користе врло младе дјевојке, док је горња старосна граница индивидуална.

Не утичу на сексуални однос.

КОК такође ублажава симптоме синдрома полицистичних јајника као што су нередовни циклуси, акне и појачана флакавост лица и тијела.

Ризик да жена добије карцином дојке зависи од неколико фактора, од којих су неки везани за њене природне hormone. Хормонални и репродуктивни фактори који повећавају ризик од карцинома дојке укључују факторе који могу да доведу до тога да ткиво дојке буде изложено високим нивоима хормона на дужи период, као на примјер:

- почетак менструалног циклуса у раном узрасту,
- каснији почетак менопаузе,
- прва трудноћа у каснијој доби,
- жена никад није рађала.

Жене које тренутно користе или су користиле таблете за контрацепцију имају незнатно виши ризик од карцинома дојке у односу на жене које их никад нису користиле. Ризик је највиши код жена које су почеле да користе оралне контрацептиве као тинејџерке. Међутим, 10 или више година након престанка узимања таблета, ризик од карцинома дојке враћа се на исти ниво као да жене никад нису ни користиле таблете за контрацепцију, без обзира на породичну историју карцинома дојке, репродуктивну историју, географско мјесто становања, етничко поријекло, разлике у формату испитивања, дозирање и врсту хормона или трајање коришћења. Осим тога, карцином дојке дијагностикован код жена које су престале користити оралну контрацепцију прије 10 или више

година при испитивању је био мање унапредовао него карцином дојке код жена које никад нису користиле оралну контрацепцију.

Дуготрајна употреба оралне контрацепције (5 или више година) повезује се с повећаним ризиком од рака грлића материце/цервикса.

Карцином цервикса изазивају одређени типови хуманог папилома вируса (ХПВ) или полно преносивог вируса.

Испитивања су такође показала да се ризик смањује након престанка коришћења КОК те да се након 10 година од прекида коришћења враћа на исти ниво као код жена које никад нису користиле КОК. Примијећен је сличан узорак ризика и код инвазивног и код *in situ* карцинома, као и код жена које су биле позитивне на високоризични хумани папилома вирус.

Готово сви карциноми цервикса узроковани су сталним инфекцијама високоризичним, или онкогеничним, типовима ХПВ-а те је повезаност карцинома цервикса с оралном контрацепцијом вјероватно индиректна. Хормони у оралној контрацепцији могу да измијене подложност ћелија цервикса ХПВ инфекцији, утичу на њихову способност да очисте инфекцију или олакшају ХПВ инфекцији да изазове промјене које ће прерасти у карцином цервикса.

Ако им је преглед цервикса доступан, препоручује се да кориснице КОК прате исти распоред ових прегледа као и друге жене.

Естрогенска компонента комбиноване таблете може незнатно повећати ризик од крвних угрушака у венама или артеријама, што укључује мождани удар, инфаркт миокарда (срчани удар), дубоку венску тромбозу (ДВТ) и пулмонарну емболију (ПЕ).

Међутим, како се естрогенска компонента таблете прогресивно смањује у задњих неколико десетина година, ризик од крвних угрушака с тренутним нискодозним КОК који садржи до 35 µг естрогена много је мањи него са старијим, високодозним КОК. КОК који садржи прогестине треће генерације, као што су гестоден и десогестрел, такође се повезује с нешто већим ризиком од крвних угрушака, али овај ризик је још увијек мањи од ризика добијања крвних угрушака у трудноћи.

Важно је ставити у перспективу овај повећан ризик од крвних угрушака. Мождани удар, срчани удар, дубока венска тромбоза и пулмонарна емболија су изузетно ријетке појаве код жена у репродуктивној доби, а нарочито код млађих жена. Стога ће мало повећан ризик због употребе КОК резултовати веома малим бројем нових случајева.

Ризик од крвних угрушака је виши код жена репродуктивне доби које имају и друге ризико-факторе, као што су повишен крвни притисак, дијабетес или пушење. Број срчаних удара је већи код старијих корисница КОК које пуше или имају висок крвни притисак у поређењу са здравим корисницама. Стога је важно жену тестирати на постојеће ризико-факторе прије почетка узимања КОК.

У ријетким случајевима када се појави крвни угрушак, треба одмах престати узимати КОК. Касније током презентације разговараћемо о специфичним симптомима који могу пратити крвне угрушке.

Готово све жене могу да користе КОК сигурно и ефикасно.

Већина здравствених стања нема утицај на безбједно и ефикасно коришћење КОК, а само нека стања или ситуације могу утицати на то да жена не испуњава медицинске критеријуме за коришћење КОК.

Медицински критеријуми С30 су направљени како би помогли здравственим радницима да лакше утврде стања која се не косе са безбједном употребом контрацепције и истакну сва стања која утичу на то да ли жена испуњава медицинске критеријуме за употребу било ког метода контрацепције.

Активност 9.

Ко може користити КОК?

10 минута

Категоризација корисника КОК према медицинским критеријумима (употреба точка медицинских критеријума је посебна сесија током предавања). Објаснити да је КОК безбједан за употребу код већине жена.

Подијелити контролну листу за КОК.

Активност 10.

Како се користи КОК?

10 минута

Поставите учесницима сљедећа питања:

- Које инструкције дајете женама везано за коришћење КОК? Допустите да неколико учесника одговори.
- Зашто је важно да се жене придржавају тих инструкција и узимају КОК конзистентно и исправно? Допустите да неколико учесника одговори.
- На шта бисте посебно обратили пажњу у савјетовању младих дјевојака?

Упоредимо ваше одговоре с информацијама на неколико наредних слајдова (кликом миша откривајте једну по једну тачку на слајду).

Уз помоћ слајдова презентујте сљедеће:

Након што жена почне узимати КОК, она треба да узима једну таблету дневно све док не потроши то паковање.

Прескакање таблета повећава ризик од трудноће.

Жене које користе паковање од 21 таблете имају седмодневни прекид узимања сваког мјесеца. Жене које узимају паковање од 28 таблета узимају седам неактивних таблета током нехормонског периода те немају прекид између два паковања.

Посавјетујте жене шта да ураде ако забораве да узму таблету.

Ако жена пропусти узети једну или двије активне таблете заредом, или отвори ново паковање један или два дана касније, треба да уради сљедеће:

- узети једну пропуштenu таблету чим се сјети;
- наредну таблету треба да узме у редовно вријеме. Зависно од тога када се сјети да је пропустила једну таблету или више њих, може да узме двије таблете истог дана – једну у тренутку кад се сјети и другу у редов-но вријеме, или чак обје у исто вријеме;
- резервни метод контрацепције није неопходан ако су пропуштене само једна или двије таблете.

Пропуштање три активне таблете заредом или више њих – или започињање с новим паковањем уз кашњење од два или три дана – повећава ризик од нежељене трудноће. У овом случају жена треба да узме таблету чим се сјети и да их затим настави узимати једном дневно. Такође би требало или да се суздржи од сексуалних односа или да користи резервни метод контрацепције, као што су кондоми, све док не попије активне таблете седам дана заредом.

Поред тога, ако жена пропусти да узме таблету у трећој седмици узимања, треба да заврши с преосталим активним таблетама, да баци неактивне (нехормоналне) таблете, и да одмах отвори ново паковање. У том случају жена неће добити менструални циклус у уобичајено вријеме. Упутство за таблете за 21 дан је сљедеће: Ако жена

користи таблете за 21 дан, и пропусти да узме три активне таблете у трећој седмици узимања или више њих, треба да заврши с узимањем свих преосталих таблета и одмах отвори ново паковање, без седмодневне паузе.

Ако жена пропусти да узме неактивне таблете, треба да их баци и да настави да узима таблете једном дневно.

Ако жена пропусти да узме три таблете или више таблета заредом у првој седмици узимања, а има незаштићени сексуални однос, можда ће жељети да размотри могућност узимања хитне контрацепције. Ако жена стално заборавља попити таблете, требало би да поразговара са својим доктором. Тада ће морати или научити да редовније узима таблете, или размотрити прелазак на другу методу.

Ова упутства за пропуштене таблете односе се на таблете које садрже 30–35 µg етинил естрадиола, што је најчешћа формулација. Ако су таблете које садрже 20 µg или мање етинил естрадиола доступне у вашој земљи, дајте учесницима сљедећа упутства: Жене које пропусте једну таблету од 20 µg или које су започеле пити ново паковање с једним даном кашњења треба да прате иста упутства као за пропуштање једне или двије таблете од 30–35 µg. Жене које су пропустиле попити двије таблете или више таблета од 20 µg заредом, или које су започеле да пију ново паковање с два или више дана кашњења, треба да прате иста упутства као код пропуштања три таблете или више таблета од 30–35 µg.

Активност 11.

Нуспојаве КОК, исправљање гласина и заблуда

8 минута

Подсјетите учеснике да, као и код већине метода контрацепције, постоје неке нуспојаве повезане с употребом КОК које нису штетне, али могу да буду непријатне.

Избор одређеног метода код жене је често везан за могуће нуспојаве. Питајте учеснике: За које нуспојаве КОК сте чули?

Као што смо већ утврдили, неке жене које узимају КОК имаће одређене нуспојаве. Оне могу укључивати мучнину, вртоглавицу, главобољу, осјетљивост груди и промјене расположења. КОК такође може изазвати промјене у менструалном циклусу.

Већина жена ће доживјети смањену количину менструалног крварења. Већина жена има редован менструални циклус док користи КОК; међутим, код неких жена може да се јави аменореја, док друге могу имати изненадно или нерегуларно крварење између двије менструације. Ово крварење може да се појави у облику тачкица или епизода мањег крварења.

С обзиром на то да неке културе и религије ограничавају сексуалне и вјерске активности током менструације, изненадно крварење може утицати на свакодневни живот жене, али оно генерално није штетно за женино здравље.

Испитивања су показала да КОК нема негативан ефекат на ниво хемоглобина или гвожђа и да може помоћи у спречавању анемије изазване недостатком овог елемента.

Важно је запамтити да многе кориснице КОК немају никакве нуспојаве. Оне које их имају могу да добију једну или двије нуспојаве, али не све.

Обично се нуспојаве умање након неколико мјесеци узимања КОК.

С обзиром на то да нуспојаве могу да имају важан утицај на искуство које жена има са КОК, о њима треба да буде ријечи током савјетовања и контролних прегледа.

Активност 12.**Управљање нуспојавама КОК-а****10 минута**

Квалитетно савјетовање у моменту издавања КОК често смањује нелагоду коју неке жене могу да осјете када добију нуспојаве. Ако до нуспојава дође, и ако су тегобне за жену, први корак јесте размотрити сва питања кроз ново савјетовање.

Ако жена добије обичну главобољу која није мигрена, реците јој да обична главобоља не представља опасно стање и да се обично смањи током времена. Жена може да користи стандардне дозе таблета против болова као што су аспирин, ибупрофен, парацетамол или друга средства за уклањање бола. Код жена код којих се јави главобоља током седмице без хормона, размотрите продужетак или стално коришћење КОК.

Иако је обична главобоља честа нуспојава употребе КОК, главобоље које се појачавају или јављају чешће током употребе КОК треба да се испитају. Иако жене млађе од 35 година које пате од мигрене без ауре могу почети да узимају КОК, жена код које се мигрена појави, с ауром или без ње, или чије се мигрене погоршавају током коришћења КОК треба да престане да их користи. Доктор треба да јој помогне да изабере метод контрацепције који не садржи естроген.

Узимање таблета на пун стомак или прије спавања може спријечити појаву мучнине или повраћања. Ако жена повраћа или има дијареју унутар два сата од узимања КОК, треба да узме још једну таблету из паковања што прије, и затим да настави пити таблете уобичајено. Ако повраћање или дијареја потрају дужи од два дана, треба да настави с дневним узимањем КОК и да упоредо почне користити резервни метод, који треба да настави користити до 7 дана након што су повраћање и дијареја престали.

У случају осјетљивости груди, препоручите ношење потпорног грудњака. Средства за умањивање боли такође могу бити од помоћи.

Ако нуспојаве потрају и корисница их сматра неприхватљивим, даваоци здравствене заштите могу да препоруче прелаз на таблете с другачијим саставом или на други метод контрацепције.

Ако се корисница жали на нередовно или изненадно крварење, доктор најприје треба да утврди да ли жена исправно користи таблете, без прескакања. Такође је треба питати да ли узима неке лијекове који могу доћи у интеракцију с КОК, нпр. рифампицин или рифабутин, а који могу умањити ефикасност КОК. Ако ништа од овог није случај, доктор може да објасни да КОК чини слузницу материце тањом због чега се она може почети љуштити раније, што може довести до оваквог крварења. Доктор може да увјери жену да овакво крварење не значи да нешто није у реду и да обично престане с временом. Предложите јој да таблете узима у исто вријеме сваког дана јер то може да умањи нерегуларно крварење.

Ако је нерегуларно крварење неприхватљиво за жену, доктор јој може прописати ибупрофен, до 800 mg три пута дневно на пет дана, или еквивалентну количину другог нестероидног и антиупалног лијека, али не аспирина.

Ако жена има необјашњиво, обилно или дуготрајно вагинално крварење које може да упућује на озбиљно медицинско стање које нема везе с методом контрацепције, треба је упутити на преглед што је прије могуће.

Аменореја може једноставно бити знак да су таблете ефикасне. Увјерите жену да то не представља здравствени проблем и да није потребно лијечење. Ако корисница добије аменореју због неисправног коришћења КОК или након кратког узимања, доктор треба да утврди да ли је жена у другом стању.

Понекад се нуспојаве могу смањити или нестати ако корисница пређе на други састав КОК. Доктор може да пропише таблете другог произвођача, ако су доступне.

Ако нуспојаве потрају или су неприхватљиве за корисницу, доктор јој може помоћи да одабере други метод контрацепције.

У врло ријетким случајевима, жене које користе КОК могу да доживе озбиљне компликације, обично због тромбозе или тромбоемболизма – крвног угрушка који се може формирати у крвним судовима срца, мозга, ноге или абдомена. Знакови упозорења за такве компликације укључују јак бол у стомаку, снажан бол у прсима или губитак даха, јаку главобољу с вртоглавицом, слабост, обамрлост или проблеме с видом као што је привремени губитак вида или замагљен вид те снажан бол у листу ноге или бутини.

Ако жена која узима КОК има неки од ових симптома, треба да престане узимати таблете, да почне узимати резервни метод, и одмах да се јави свом доктору.

Активност 13.**Проблеми коју могу довести до прекида узимања КОК и преласка на други метод заштите****5 минута**

Постоје нека озбиљна здравствена стања због којих ће можда бити потребно престати узимати КОК.

Ако корисница доживи необјашњиво, обилно или дуготрајно крварење које може да упућује на стање које нема везе са контрацепцијом, упутите је даље или процијените ситуацију кроз узимање медицинске анамнезе и преглед пелвиса. Поставите дијагнозу и одредите одговарајућу терапију. Корисница може да настави узимати КОК док траје процјена њеног здравственог стања. Ако је крварење изазвало СТИ или ПИД, жена може да настави користити КОК током лијечења. Иако жене млађе од 35 година које пате од мигрене без ауре могу почети да узимају КОК, жена код које се мигрена појави, с ауром или без ње, или чије се мигрене погоршавају током коришћења КОК треба престати да их користи. Доктор јој треба помоћи да изабере методу контрацепције која не садржи естроген. Ако жена треба да иде на већу операцију, или јој се нога налази у гипсу, или из неког другог разлога неће моћи да се креће седмицу дана или дужи, требало би да обавијести свог доктора да користи КОК, да престане да га користи, и да пређе на резервни метод контрацепције током овог периода, те да затим поново почне да узима КОК двије седмице након што опет буде могла да се креће.

Ако корисница започиње с дуготрајним третманом антиконвулзантима или антибиотикима рифампицином или рифабутином, или треба да почне с антиретровирусним лијечењем ритонавиrom, савјетује је да пређе на други метод контрацепције (али не на таблете само на бази прогестина) јер ови лијекови смањују ефикасност КОК.

Антиконвулзанти укључују барбитурате, карбамазепин, окскарбазепин, фенитоин, примидон, топимаратиланотригин.

Осим тога, комбиноване хормоналне методе, укључујући КОК, могу да смање ефикасност ламотригина. Ако ће жена краткорочно користити ове лијекове, може уз КОК да користи и резервни метод ради боље заштите од трудноће.

Ако се код жене развију здравствена стања као што су крвни угрушци у дубоким венама ногу или плућа, срчана болест узрокована блокираним или суженим артеријама, тешка болест јетре, васкуларна оштећења узрокована дијабетесом или карцином дојке, реците корисници да престане узимати КОК.

Пропишите алтернативни метод који може да користи док се њено стање не евалуира.

Упутите је на даље дијагностичке прегледе и лијечење, ако већ није у систему лијечења.

Коначно, ако посумњате да је жена у другом стању, утврдите трудноћу и реците јој да престане користити КОК уколико је трудноћа потврђена. Објасните јој да не постоје познати ризици по фетус који је зачет током узимања КОК.

Активност 14. КОК: резиме

5 минута

Комбиновани орални контрацептиви имају карактеристике које их чине пожељним методом планирања породице за многе жене. Они су безбједни за готово све жене. Ефикасни су ако се користе досљедно и исправно. Плодност се враћа одмах по престанку узимања таблета.

Одговарајући одабир и савјетовање играју важну улогу у пружању оралних контрацептива. Здравствени радници могу да користе једноставан инструмент одабира како би утврдили да ли жена испуњава медицинске критеријуме. Савјетници морају да обезбиједе да кориснице буду свјесне потенцијалних нуспојава, да разумију како се таблете узимају, да знају шта треба да ураде ако прескоче таблету, те да знају препознати ситуације које захтијевају пажњу доктора. Програми планирања породице који нуде КОК су од користи клијентима јер повећавају њихове опције за контрацепцију.

СЕСИЈА 4. КОМБИНОВАНИ ОРАЛНИ КОНТРАЦЕПТИВИ

Трајање: 40 минута

Активност 1. Циљеви сесије

2 минута

1. Навести барем три аспекта хитне контрацепције која се тичу сљедећег: опис, ефикасност, механизам дјеловања, карактеристике и одговарајућа употреба.
2. Разговарати о мјерама опреза и другим питањима везаним за коришћење хитне контрацепције.
3. Објаснити како се хитна контрацепција користи.
4. Показати кроз студије случаја како се управља потенцијалним нуспојавама хитне контрацепције.
5. Одговорити на честа питања везана за хитну контрацепцију током вјежби.
6. Показати неосуђујући став и поштовање према клијенту при пружању услуга хитне контрацепције.
7. Показати познавање хитне контрацепције кроз практичне ситуације у разреду.

Активност 2.

Шта су таблете за хитну контрацепцију?

5 минута

Таблета за хитну контрацепцију може да се користи за спречавање трудноће након незаштићеног сексуалног односа. Процењује се да ова метода може смањити индивидуални ризик од трудноће за чак 89% након једног незаштићеног сексуалног односа. Таблете за хитну контрацепцију се понекад називају „таблете за јутро послије“ или „таблете за након односа“. Ови термини су замијењени изразом „таблете за хитну контрацепцију“ јер не означавају тачно вријеме употребе – таблете за хитну контрацепцију могу да се користе до 5 дана (120 сати) након незаштићеног сексуалног односа – и због тога што ови изрази не преносе важну поруку да се хитна контрацепција не смије користити на редовној основи.

У нашој земљи постоје два доступна типа ове методе:

- таблете за хитну контрацепцију само на бази левоноргестрела,
- Улипристал ацетат – 30 mg.

Активност 3.

Законски оквир за хитну контрацепцију

Дискусија: 5 минута

- ове таблете су доступне у слободној продаји
- немају ограничења везана за старосну доб,
- не налазе се на позитивној листи фонда здравственог осигурања

Разговарајте с учесницима о томе да ли правни оквир представља препреку у издавању хитне контрацепције.

Активност 4.
Како дјелују таблете за хитну контрацепцију, њихова ефикасност и сигурност

7 минута

Објасните да хитна контрацепција утиче на процес овулације.

Механизам дјеловања хитне контрацепције зависи од времена када се таблете узму у току мјесечног циклуса. Сматра се да хитна контрацепција спречава или одлаже овулацију, те да такође може доћи у интеракцију с преносом сперме и јајашца и оплодњом. Проведена испитивања дала су различите резултате о томе да ли хитна контрацепција може да изазове промјене у ендометрију довољне да омету имплантацију. Нема доказа да хитна контрацепција може да дислоцира ембрион након што дође до имплантације. Таблете за хитну контрацепцију не изазивају абортус, а докази сугеришу да немају штетне ефекте по раст и развој већ утврђене трудноће. Хитна контрацепција се сматра веома сигурном. У више од 30 година од када се користе таблете за хитну контрацепцију, није пријављен нити један смртни случај или озбиљне медицинске компликације. Доза хормона у овим таблетама је релативно мала; кратка изложеност естрогенима и/или прогестинима чини се да не мијења механизме згрушавања крви, као што се дешава код дуже употребе комбинованих оралних контрацептива (КОК). Третман било којим од два режима за хитну контрацепцију треба да започне што је прије могуће након незаштићеног сексуалног односа јер се стопа ефикасности смањује с протоком времена. Хитна контрацепција је најефикаснија кад се употреби до 3 дана (72 сата) након незаштићеног односа. Али и режим базиран само на прогестину и комбиновани режим прогестина и естрогена и даље су умјерено ефикасни ако се примијене између 3 дана (72 сата) и 5 дана (120 сати) након незаштићеног сексуалног односа.

Ефикасност таблета за хитну контрацепцију

Режим базиран само на прогестину смањује ризик од трудноће након једног незаштићеног односа за око 60–93 процента, док комбиновани режим смањује ризик за 56–89 процената. Третман било којим од два режима мора да започне што је прије могуће након незаштићеног односа јер се стопа ефикасности смањује с временом. Иницијалне студије показују да су оба режима ефикасна ако се таблете узму унутар прва 72 сата након незаштићеног односа. Стога упутства за употребу хитне контрацепције, као и информативни и едукативни материјали о њој, препоручују узимање таблета само унутар временског оквира од 3 дана (72 сата). Међутим, новије студије показују да су оба режима и даље умјерено ефикасна ако се примијене између 3 дана (72 сата) и 5 дана (120 сати) након незаштићеног сексуалног односа. Тренутно нема информација о ефикасности хитне контрацепције након 5 дана (120 сати) од незаштићеног односа. Пошто се стопа остварених трудноћа након хитне контрацепције базира на једнократној употреби, не може се директно упоређивати са стопом неуспјеха код редовних контрацептива код којих се ризик од неуспјеха односи на цијелу годину коришћења. Када би се таблете за хитну контрацепцију користиле често, стопа неуспјеха током цијеле године употребе била би виша него код регуларних хормонских контрацептива. Стога се таблете за хитну контрацепцију не препоручују за редовно коришћење.

Активност 5.
Уобичајене недоумице, митови и погрешна схватања о хитној контрацепцији

Креативно размишљање: 7 минута

Питајте учеснике за која су најчешћа питања о хитној контрацепцији чули

(Разматрање најчешћих питања, митова и погрешних схватања о хитној контрацепцији).

Кратко прођите кроз кључне ставке на слајду и одговорите на питања учесника.

Активност 6.
Како користити таблете за хитну контрацепцију.

5 минута

Објасните да је при савјетовању с клијентима потребно проћи више важних ставки о употреби хитне контрацепције.

Таблете за хитну контрацепцију су индиковане:

- у случајевима сексуалног напада када није коришћен ниједан метод контрацепције,
- у случају када дође до грешке или погрешне употребе контрацептивног средства, укључујући:
 - а) пукнуће кондома, спадање кондома или његову погрешну употребу,
 - б) дислокација дијафрагме или цервикалне капе

Примјер упутстава за коришћење таблета за хитну контрацепцију, режим од једне дозе:

- попијте прву дозу што је прије могуће, али не касније од пет дана (120 сати) након незаштићеног односа,
- немојте узимати додатне таблете за хитну контрацепцију. Више таблета неће додатно умањити ризик од трудноће. Само ћете од њих имати јачу мучнину.

Активност 7.
Могуће нуспојаве при коришћењу хитне контрацепције

5 минута

Мучнина – погађа око 18% жена које користе таблете само на бази прогестина и око 43% жена које су на комбинованом режиму. Ако дође до мучнине, она ријетко траје дуже од 24 сата.

Узимање таблета с водом или млијеком може да умањи мучнину. Код неких жена се показало да профилактична примјена антиеметика смањује мучнину. Међутим, пошто је немогуће предвидјети које жене ће имати користи од профилактичне примјене антиеметика и пошто је таква примјена скупа да би се користила за све кориснице хитне контрацепције, она се не препоручује као рутинска пракса тамо гдје су ресурси ограничени. Антиеметична профилакса може се препоручити женама које су раније имале мучнине при коришћењу хитне контрацепције или онима које су имале мучнину при коришћењу хормонских метода контрацепције. Давање антиеметика након што се мучнина већ појавила вјероватно неће имати ефекта.

Повраћање се јавља код око 4% жена које су на режиму само с прогестином и код 16% жена на комбинованом режиму. Ако се повраћање јави до 2 сата након узимања хитне контрацепције, дозу треба поновити. У случајевима тешког повраћања, може се прибјећи вагиналној примјени таблета.

Нерегуларно матерично крварење: код неких жена након узимања хитне контрацепције могу да се јаве трагови крви. Такво крварење пријављује 0–17% жена на режиму само с прогестином. Већина жена ће менструацију добити на вријеме или раније. Ако менструални циклус касни више од 1 седмицу, треба да ураде тест на трудноћу.

Остале потенцијалне нуспојаве укључују осјетљивост груди, главобољу, вртоглавицу и умор. Ове нуспојаве обично не трају дуже од 24 сата. Аспирин или друге таблете против болова које могу да се добију без рецепта могу да умање непријатност узроковану главобољом или осјетљивошћу груди. Поред ових потенцијалних нуспојава, нема других познатих нежељених медицинских ефеката по жене које користе хитну контрацепцију. Такође нема познатих тератогенских ефеката (аномалија плода) на фетус у случају ненамјерне употребе хитне контрацепције током ране трудноће.

Активност 8.

Праћење и упућивање клијената

дискусија: 4 минута

(Праћење и упућивање клијената)

Објасните да ће након примјене хитне контрацепције жени требати стална заштита од трудноће, а можда и заштита од полно преносивих инфекција или сексуалног злостављања.

Питајте учеснике:

- У којим случајевима је важно имати накнадни контакт с клијентцом након давања хитне контрацепције?
- У којим случајевима би било добро даље упутити клијентицу?

Ако жена већ редовно примјењује неки метод контрацепције и жели да га настави користити, није потребна накнадна посјета осим ако дође до кашњења менструације, уколико жена посумња да је у другом стању или има други разлог за забринутост.

Током накнадне посјете:

- Забиљежите податке о менструалном циклусу жене како бисте потврдили да није у другом стању (ако нисте сигурни, урадите тест на трудноћу).
- Разговарајте о опцијама за контрацепцију које могу да буду одговарајуће.
- Пружите клијентици метод контрацепције према њеном избору.
- Ако хитна контрацепција није била успјешна и жена је у другом стању:
- Савјетујте клијентицу о доступним опцијама и пустите је да одлучи о оној која највише одговара њеној ситуацији. Њена одлука треба да се поштује и подржи. Упутите клијентицу на другим услугама ако је то потребно.
- Ако клијентка одлучи да настави трудноћу, треба јој објаснити да нема доказа о било каквим тератогеним ефектима (аномалијама плода) након хитне контрацепције.
- Иако није вјероватно да ће хитна контрацепција повећати ризик од ванматеричне трудноће, можда постоји виши проценат ванматеричних трудноћа у случају неуспјеле хитне контрацепције него међу стандардним случајевима трудноће. Стога у свим случајевима неуспјеле хитне контрацепције треба да се искључи могућност ванматеричне трудноће.
- Иницирање редовне контрацепције: кондоми, дијафрагма, спермицидна пјена или филм.

СЕСИЈА 5.

Трајање: 10 минута

Активност 1.

Циљеви сесије

1 минут

Кондоми за мушкарце: циљеви.

Реците учесницима да ће на крају ове сесије моћи:

- описати карактеристике,
- знати кључне ставке,
- разумјети шта значи двострука заштита,
- схватити улогу кондома у заштити од полно преносивих инфекција,
- разумјети како се исправно ставља кондом.

Активност 2.

Двострука заштита

2 минута

Шта су кондоми за мушкарце?

Шта је кондом? Кондом је танка баријера која се навлачи на пенис мушкарца прије сексуалног односа. Користи се као препрека која зауставља сперму и инфекције да пређу на другог партнера. Обично се прави од гуме. Кондоми се користе за:

- вагинални секс,
- анални секс,
- орални секс.

Они спречавају трудноћу и полно преносиве инфекције. Већина других метода контрацепције не штити од полно преносивих инфекција, укључујући ХИВ. Да бисте се заштитили, користите и кондоме. Они се:

- једноставно набављају,
- једноставни су за употребу,
- немају нуспојава (осим ако сте алергични на гуму),
- помажу у спречавању карцинома цервикса.

Кондоми за мушкарце: главне карактеристике

Реците учесницима да кондоми нуде заштиту како од трудноће, тако и од ХИВ-а и других полно преносивих инфекција:

- кондоми за мушкарце значајно смањују ризик од инфекције ХИВ-ом када се користе исправно при сваком сексуалном односу,
- кад се користе досљедно и исправно, кондоми у 80–95% случајева спречавају преношење ХИВ-а до којег би дошло без употребе кондома,
- кондоми смањују ризик од инфекције многим полно преносивим болестима,
- најбоље штите од инфекција које се шире ејакулацијом, као што су ХИВ, гонореја и хламидија,
- такође штите од полно преносивих инфекција које се шире контактом кожа на кожу, као што су херпес и хумани папилома вирус (ако кондом прекрива лезије).

Кондоми за мушкарце: двострука заштита

Објасните да су кондоми за мушкарце (и жене) једини метод планирања породице који пружа двојну заштиту:

- заштиту од трудноће и
- заштиту од преноса ХИВ-а и других полно преносивих инфекција између партнера.

Активност 3.**Контрацептивна ефикасност****3 минута**

Ако се исправно користе при сваком сексуалном односу, кондоми пружају веома добру заштиту од трудноће и инфекција. Када се кондом користи исправно, сваки пут када жена и мушкарац имају сексуални однос, годишње ће 2 од 100 жена остати у другом стању.

Вируси као што је ХИВ не могу да прођу кроз гумени кондом уколико је неоштећен. Двије студије су потврдиле безбједност кондома.

Кондоми увелико смањују ризик од других полно преносивих инфекција као што су ХИВ, хламидија и гонореја. Кондоми такође смањују ризик од сифилиса, херпеса и инфекције вирусом брадавице, али понекад може да се деси и да кожа која није прекривена кондомом буде заражена овим вирусима.

1. Зашто долази до спадања или пуцања кондома:

- није исправно стављен,
- долази до кидања ноктима, накитом или зубима,
- нема довољно лубрикације (влажноти) током сексуалног односа,
- користи се погрешан лубрикант,
- дуготрајан или јако снажан сексуални однос,
- омекшан пенис прије извлачења,
- спадање кондома при извлачењу,
- гума постаје слабија ако се кондоми чувају на топлотом мјесту као што је претинац у ауто или џеп,
- гума постаје слабија ако је кондому истекао рок трајања,
- гума оштећена због третмана гљивичне инфекције.

2. Како разговарати о употреби кондома?

- Прије прве употребе кондома, вјежбајте његово стављање.
- Кондоми могу бити различитих величина, облика, дебљине, укуса, текстура и боја.
- Испробајте их неколико да видите који вам највише одговара.
- Не ослањајте се на „новитете“ кад је у питању заштита од трудноће и полно преносивих инфекција.
- Увијек провјерите рок трајања на паковању.
- Ако сте алергични на гуму, постоје посебни кондоми – питајте свог љекара. Кондоми вас штите.
- Законски је дозвољено да особе било којег узраста могу да купе кондом.

Активност 4.**Како се користи кондом за мушкарце?****4 минута**

Како се користи кондом?

- Провјерите да ли је рок трајања на паковању истекао.
- Пажљиво отворите кутију. Нокти, прстење или зуби могу да поцијепају кондом.
- Пазите да пенис не дотиче партнерицину вагину, уста или анус прије него што ставите кондом.
- Провјерите да ли је кондом окренут на исправну страну.
- Стисните врх кондома да испустите зрак ако га има.
- Навуците кондом на укрућен пенис све до краја.
- Након постизања оргазма и при извлачењу, држите кондом при дну пениса како не би дошло до цурења сперме.
- Замотајте искоришћени кондом у марамицу или тоалетни папир и баците га у смеће. Узмите нови кондом и лубрикант сваки пут кад имате сексуални однос.

Избјегавајте:

- Одмотавање кондома прије стављања.
- Коришћење уљних лубриканата с латекс кондомима.
- Коришћење старих или оштећених кондома (нпр. ако су осушени, крти, љепљиви).
- Поновно коришћење истог кондома.
- Практиковање секса „на сухо“.

СЕСИЈА 6.

Трајање: 45 минута

Активност 1. Циљеви сесије

2 минута

Циљеви сесије

Објаснити да ће на крају сесије учесници моћи:

1. навести главне поруке везане за ИУУ;
2. описати карактеристике ИУУ на начин који клијенти могу разумјети, укључујући:
 - шта је ИУУ и како дјелује (механизам дјеловања),
 - ефикасност,
 - нуспојаве,
 - неконтрацептивне користи по здравље,
 - друге карактеристике (заштита од полно преносивих инфекција/ХИВ-а, једноставна употреба, повратак плодности),
 - могуће здравствене ризике (компликације);
3. показати способност да:
 - врше одабир клијената који испуњавају медицинске критеријуме за ИУУ,
 - објасне клијентима како се ИУУ ставља и уклања,
 - објасне када треба поново да посјете доктора,
 - одговоре на најчешћа питања, погрешна схватања и митове,
 - прате клијенте који користе ИУУ како би обезбиједили трајну сигурност, задовољство и прихватање;
4. описати кад се почиње с употребом ИУУ (након порођаја, при преласку с другог метода);
5. објаснити како управљати нуспојавама;
6. препознати здравствена стања због којих ће клијентка можда морати да пређе на другу методу или да привремено престане користити ИУУ;
7. препознати ако клијентицу треба упутити на даље прегледе због компликација везаних за ИУУ.

Активност 2. Шта је ИУУ?

7 минута

Шта је ИУУ? Покажите узорке ИУУ.

Интраутерини уложак (ИУУ) је средство контрацепције које доктор ставља у женину материцу. ИУУ се обично прави од пластике или метала и има причвршћену жицу. Његово присуство мијења физичку околину репродуктивног тракта.

Објаснити да је примарни механизам дјеловања ИУУ спречавање оплодње, како слиједи:

- ИУУ примарно дјелује као контрацептивно средство тако што спречава оплодњу. ИУУ који садржи бакар отпушта слободни бакар и бакарне соли, без мјерљивог повећања нивоа серумског бакра. Заправо, количина бакра који се отпушта на дневној бази је мања од просјечног дневног уноса бакра при нормалној исхрани. Промјене до којих долази у материци и цервикалном мукусу дјелују тако што имобилишу сперму или спречавају њену миграцију до фалопијевих туба.
- ИУУ који садржи прогестерон, с друге стране, изазива децидуализацију ендометрија, што доводи до атрофије жлијезде и задебљавања цервикалног мукуса, на тај начин стварајући препреку продору сперме.

Главне ставке о ИУУ

Објасните сљедеће у вези с бакарним ИУУ:

- ефикасан више од 99% као метод спречавања трудноће,
- сексуални однос не мора да се прекида ради уметања контрацептивног средства (нпр. дијафрагма) или примјене спермицида или кондома,
- када се једном постави, ИУУ је ефикасан наредних 5–10 година,
- ИУУ обично није примјетан током односа,
- ИУУ на бази прогестерона смањује крварење и болове током менструације,
- ИУУ је реверзибилан; плодност се враћа чим се ИУУ уклони,
- код старијих жена ИУУ треба извадити 1 годину након менопаузе,
- веома је безбједан,
- дјелује локално, нема системских ефеката,
- могу да га користе жене које доје и жене које не могу да користе хормоналну контрацепцију.

ИУУ:

- не излази из материце и не креће се по тијелу,
- не смета током сексуалног односа.

Активност 3. Исправљање гласина и заблуда

Олуја идеја: 5 минута

Замолите учеснике да наведу најчешће недоумице које су чули о ИУУ.

Објасните да ИУУ:

- ријетко води ка упалним болестима пелвиса,
- не увећава ризик од полно преносивих инфекција, укључујући ХИВ,
- не изазива побачај,
- не чини жену неплодном,
- не прелази на срце или мозак,
- не изазива аномалије плода,
- не изазива бол код жене или мушкарца током односа,
- значајно снижава ризик од ванматеричне трудноће.

Активност 4.

Ефикасност и здравствене предности ИУУ

3 минута

Замолите учеснике да ИУУ смјесте на одговарајући ниво када је у питању њихова ефикасност.

Након што одговоре, покажите им презентацији ниво ефикасности ИУУ у поређењу с другим методама контрацепције приказаним на слајду.

Бакарни ИУС: реците учесницима да бакарни ИУУ има сљедеће здравствене предности:

- штити од карцинома ендометрија,
- штити од ванматеричне трудноће.

Активност 5.

Савјетовање о нуспојавама

Олуја идеја: 10 минута

Замолите учеснике да наведу неке од нуспојава ИУУ.

Објасните да прије него што упуте пацијенткињу гинекологу који ће уградити ИУУ, треба да је посавјетују о нуспојавама.

- Бол приликом уметања. ИУУ можда није добар избор за жене које имају потешкоћа при прегледима пелвиса или медицинским процедурама као што су вађење крви или инјекције.
- Нехормонски ИУУ може да изазове појачано менструално крварење и болове, нарочито током првих неколико седмица од његовог постављања.
- Оскудно крварење између менструалних циклуса.
- Непримјетно случајно избацивање ИУУ, што може да резултује неочекиваном трудноћом.
- Срastaње ИУУ с материцом, што се ријетко догађа али може да отежа вађење.
- Могућност сталног бола у пелвису.

ИУУ не пружа заштиту од полно преносивих инфекција, укључујући ХИВ:

- користити кондоме (двострука заштита),
- инсистирати на томе да је потребно пацијенткињу подстицати да се врати ако има питања или недоумица.

Објаснити да ће, ако жена не може да толерише нуспојаве, можда бити потребно њихово лијечење или прекид коришћења ИУУ.

Активност 6.

Сигурност ИУУ

6 минута

Бакарни ИУУ је безбједан за већину жена.

Покажите листу на слајду и реците учесницима да ИУУ могу да користе жене:

- које су рађале или нису рађале,
- које нису удате,
- било које старосне доби,
- које су управо имале абортус или побачај (без инфекције),
- које доје,
- које су имале упалну болест пелвиса,
- које имају вагиналне инфекције,
- које су инфициране ХИВ-ом или имају сиду и користе антиретровирусну терапију.

Бакарни ИУС не може да се користи у случају:

- тренутне инфекције пелвиса, обично упалне болести пелвиса, мукопурулентног цервицитиса са сумњом на полно преносиву инфекцију, ТБ пелвиса, септичког абортуса или пуерпералне ендометриозе или сепсе у посљедња 3 мјесеца,
- анатомских абнормалности дупље материце,
- гестационе трофобластичне болести са стално повишеним серумомβ-hCG (релативна контраиндикација јер недостаје додатних података),
- необјашњивог вагиналног крварења,
- утврђеног карцинома грлића материце или ендометрија,
- трудноће,
- карцинома дојке или алергије на левоноргестрел, код ИУУ који отпушта левоноргестрел,
- Вилсонове болести или алергија на бакар, код ИУУ на бази бакра.

Активност 7.

Тумачење контролне листе за ИУУ

5 минута

Подијелите контролну листу.

Објасните како се користи.

Објасните да ИУУ има неке недостатке:

- потребан је доктор да би се започела или прекинула употреба ИУУ,
- постоје неке ријетке могуће компликације (нпр. упална болест пелвиса и перфорација материце),
- мали ризик од испадања (жена треба да провјери да ли је жица од ИУУ на свом мјесту након менструалног циклуса).

Активност 8.

Бакарни ИУУ – резиме

5 минута

Прочитајте наглас резиме о бакарном ИУУ.

Активност 9.

ИУУ на бази левоноргестрела (основе)

5 минута

Главне ставке

- Дугорочна заштита од трудноће.
- 5 година, тренутна реверзибилност.
- Уграђује их посебно обучен здравствени радник.
- Промјене у крварењу су уобичајене, али нису штетне.
- Слабија и краћа менструација.
- Нередовно крварење.

Шта је ИУУ на бази левоноргестрела?

- Интраутерини уложак на бази левоноргестрела (ЛНГ-ИУУ) је пластична направа у облику слова Т која отпушта мале количине левоноргестрела сваки дан (левоноргестрел је прогестин који се широко користи у имплантатима и таблетама за оралну контрацепцију).
- Посебно обучен доктор поставља средство у материцу жене кроз вагину и цервикс.
- Назива се још и интраутерини систем који отпушта левоноргестрел, или хормонални ИУУ.
- На тржишту је познат под именом Мирена.
- Дјелује примарно тако што сузбија раст слузнице материце (ендометрија).

Нуспојаве

- промјене у начину крварења,
- акне, главобоља, мучнина, осјетљивост груди, повећање тјелесне тежине, вртоглавица,
- цисте на јајницима.

Познате предности по здравље

- Помаже у заштити од трудноће и анемије узроковане недостатком гвожђа,
- може помоћи у заштити од упалне болести пелвиса,
- умањује менструалне болове и симптоме ендометриозе (бол у пелвису, нередовно крварење)

СЕСИЈА 7.

Трајање: 20 минута

Активност 1.

Циљеви сесије

2 минута

Описати карактеристике контрацептивних метода само на бази прогестина.

- Контрацепција на бази прогестина је сигурна и веома ефикасна и многе жене је сматрају погодном за употребу.

Контрацептивна средства која садрже само прогестин могу се обезбиједити у различитим окружењима и може их обезбиједити широки број давалаца услуга. Даваоци услуга сматрају да је контрацептивна средства која садрже само прогестин лако набавити, а многе жене сматрају да се ова средства лако употребљавају.

Активност 2.

Карактеристике контрацепције на бази прогестина, типови, начин дјеловања

18 минута

Опишите карактеристике контрацептива на бази прогестина:

- сигурни и веома ефикасни,
- једноставни за употребу,
- не захтијевају дневну рутину (инјекције и имплантати),
- дуготрајна и реверзибилна (инјекције и имплантати),
- употреба може да се прекине без помоћи доктора,
- може да се обезбиједи изван здравствене установе,
- могу да их користе жене које доје,
- имају неконтрацептивне предности по здравље,
- имају нуспојаве,
- узрокују застој у поновном успостављању плодности,
- не утичу на сексуалне односе,
- ефикасност зависи од редовног узимања таблета и инјекција,
- не пружају никакву заштиту од полно преносивих инфекција/ХИВ-а.

Готово све жене могу да користе контрацепцију на бази прогестина на сигуран и ефикасан начин, укључујући и жене које:

- доје (већ од 6. седмице након порођа),
- имају или немају дјецу,
- нису удате,
- било које су старосне доби, укључујући адолесценткиње и жене преко 40 година,
- недавно су имале абортус, побачај или ванматеричну трудноћу,
- пуше, без обзира на старосну доб или интензитет пушења,
- имају или су имале анемију,
- имају проширене вене.

Таблете садрже веома ниске дозе прогестина, као природни хормон прогестерон у тијелу жене.

Не садрже естроген па могу да се користе током дојења, а погодне су и за жене које не могу да користе методе контрацепције с естрогеном.

Таблете на бази прогестина се такође називају „мини-таблетама“ и оралним контрацептивима само на бази прогестина.

Узимати једну таблету дневно. Не правити паузу између паковања.

Сигурне за жене које доје и њихове бебе.

Таблете на бази прогестина не утичу на производњу млијека. Појачавају контрацептивни ефекат дојења.

Заједно пружају ефикасну заштиту од трудноће.

Промјене у менструалном циклусу су уобичајене, али нису штетне.

Таблете обично продужују период без менструације код жена које доје.

Код жена које имају мјесечни циклус, уобичајено је чешће или нередовно крварење.

Могу се дати жени у било којем тренутку ради каснијег почетка примјене.

Ако се трудноћа не може искључити, таблете се могу издати и почети пити након почетка мјесечног циклуса.

Постоје два типа инјекција на бази прогестина:

- ДМПА (депо медроксипрогестерон ацетат) и
- НЕТ-ЕН (има двије хемијске формулације: норетиндрон енантат и норетистерон енантат).

Кроз савјетовање је важно информисати клијенте о ефикасности сваког метода.

СЕСИЈА 8.

Трајање: 10 минута

Активност 1.

Главне карактеристике за даваоце услуга и клијенте

2 минута

Ово је метод планирања породице базиран на дојењу који пружа контрацепцију за мајку и најбољу исхрану за бебу.

Може бити ефикасан до 6 мјесеци након порођаја, све док мјесечни циклус није успостављен и док жена доји потпуно или готово потпуно.

Захтијева често дојење, дању и ноћу. Готово сви бебини оброци би требало да буду мајчино млијеко.

Даје могућност да се жени понуди стални метод који ће наставити да користи након 6 мјесеци.

Активност 2.

Шта је метод лактационе аменореје?

4 минута

Привремени метод планирања породице базиран на природном ефекту дојења на плодност.

Овај метод захтијева да буду испуњена три предуслова. Сва три морају бити испуњена:

1. Није се вратио мјесечни циклус код мајке.
2. Беба је потпуно или готово потпуно дојена и храни се често, дању и ноћу.
3. Беба има мање од 6 мјесеци.

„Потпуно дојење“ подразумијева и искључиво дојење (дијете не добија никакву другу течност или храну, чак ни воду, поред мајчиног млијека) и готово искључиво дојење (поред мајчиног млијека, дијете с времена на вријеме добија витамине, воду, сок или друге нутријенте). „Готово потпуно дојење“ значи да дијете добија нешто текућине или хране поред мајчиног млијека, али мајчино млијеко чини већину obroка (више од три четвртине свих obroка).

Примарно дјелује на тај начин да спречава ослобађање јајашаца из јајника (овулација).

Често дојење привремено спречава отпуштање природних хормона који изазивају овулацију.

Ефикасност зависи од употребе: ризик од трудноће је највећи када жена не може да потпуно или готово потпуно доји своје дијете.

При уобичајеној пракси, јавља се око 2 трудноће на 100 жена које практикују овај метод у првих 6 мјесеци након порођаја. То значи да 98 од сваких 100 жена које се ослањају на овај метод неће остати у другом стању.

Када се практикује исправно, долази до мање од 1 трудноће на 100 жена у првих 6 мјесеци након порођаја.

Повратак плодности након лактационе аменореје је заустављен и зависи од тога колико дуго ће жена наставити да доји. Овај метод не штити од полно преносивих инфекција.

Нагласите чињеницу да овај метод нема никаквих нуспојава осим оних везаних за дојење. Он подстиче позитивне учинке дојења за мајку и дијете.

Разговарајте о могућем неразумијевању метода лактационе аменореје:

- он је веома ефикасан када жена испуњава сва 3 критеријума,
- ефикасан је и код жена с већом тјелесном тежином, као и код оних с ниском тежином,
- може да се користи уз нормалну прехрану, није потребна никаква специјална исхрана,
- може да се користи пуних 6 мјесеци без потребе за додатном исхраном бебе. Мајчино млијеко може само у потпуности да прехрани бебу у првих 6 мјесеци живота. Заправо, оно је идеална храна у овом периоду бебиног живота,
- може да се користи 6 мјесеци без бриге о томе да ли ће жена остати без млијека. Млијеко ће се производити кроз свих 6 мјесеци и дуже, као реакција на бебино сисање или испумпавање које врши мајка.

Разлози зашто жене воле овај метод:

- то је природан начин планирања породице,
- подржава оптимално дојење и пружа здравствене предности и за бебу и за мајку,
- нема никаквих директних трошкова оваквог планирања породице или прехране дјетета.

Питајте учеснике о другим могућим позитивним странама метода лактационе аменореје.

Активност 3.

Када и како почети користити метод лактационе аменореје?

4 минута

Питајте учеснике када би требало да жена почне користити овај метод. Саслушајте неколико одговора и затим...

Унутар 6 мјесеци од порођаја.

Почети дојење одмах (унутар једног сата) или чим је прије могуће након рођења дјетета. У првих неколико дана након порођаја, жућкаста текућина коју производе дојке (колострум) садржи супстанце које су веома важне за бебино здравље.

У било које вријеме ако жена потпуно или готово потпуно доји бебу од порођаја, и ако јој се није вратио мјесечни циклус.

Објасните учесницима да постављањем три питања могу да утврде која жена може да користи овај метод, а која има повећан ризик од трудноће и треба додатни метод контрацепције:

1. Да ли често дајете беби другу храну осим свог млијека или допуштате дуже периоде без дојења, дању или ноћу?
2. Да ли је ваша беба старија од 6 мјесеци?
3. Да ли вам се вратио менструални циклус?

Ако је одговор на сва питања не, жена може да користи овај метод.

Током овог периода постоји само 2% ризика од трудноће. Жена може да изабере други метод планирања породице у било којем тренутку – али пожељно је да то не буде контрацепција с естрогеном док је беба млађа од 6 мјесеци.

Са сваким позитивним одговором на ова питања, шанса да дође до трудноће расте.

Савјетујте жену да почне користити други метод планирања породице и да настави дојити ради здравља дјетета.

Жена која доји може користити овај метод да направи размак до сљедећег порођаја или као прелаз до другог метода контрацепције. Може почети да користи метод лактационе аменореје у било које вријеме ако испуњава сва три критеријума.

Реците учесницима како на једноставан начин могу да обезбиједо да мајка довољно доји током дана и ноћи.

- Дојите често.
- Идеално је дојење на захтјев (тј. кад год беба жели да буде нахрањена) или најмање 10 до 12 пута дневно у првих неколико седмица након порођаја, а затим 8–10 пута дневно, укључујући једном током ноћи у првих 6 мјесеци.
- Дневни оброци треба да буду највише на свака 4 сата, а ноћни на 6 сати.
- Неке бебе можда не желе бити дојене 8–10 пута дневно и можда желе спавати цијелу ноћ. Ове бебе можда треба њежно подстаћи да доје чешће.
- Почните с дохраном са 6 мјесеци.

СЕСИЈА 9.

Трајање: 10 минута

Активност 1. Полно преносиве инфекције и двојна заштита

Трајање: 10 минута

Главне поруке

Полно преносиве инфекције изазивају бактерије и вируси који се шире сексуалним контактом. Инфекције се могу наћи у тјелесним течностима као што је сперма, на кожи гениталија и околним подручјима, а неке и на устима, у грлу и у ректуму. Неке инфекције немају никаквих симптома. Друге могу да изазову непријатност или бол. Ако се не лијече, неке могу да доведу до упалне болести пелвиса, неплодности, хроничне боли у пелвису и карцинома цервикса. Током времена ХИВ сузбија имуни систем. Неке полно преносиве инфекције такође могу значајно повећати могућност заразе вирусом ХИВ-а. Инфекције могу да се шире у заједници када заражена особа има сексуалне односе са незараженим особама. Што више сексуалних партнера особа има, то је већи ризик да се зарази или да другима пренесе полно преносиве инфекције.

Објасните да особе са полно преносивим инфекцијама, укључујући ХИВ, могу да безбједно и ефикасно користе већину метода планирања породице.

Кондоми за мушкарце и жене могу да спријече полно преносиве инфекције када се користе досљедно и исправно. Полно преносиве инфекције могу да се редукују и на друге начине, нпр.: ограничавањем броја партнера, апстиненцијом од секса или одржавањем односа са само једним незараженим партнером.

Неке инфекције не показују знакове или симптоме код жена, а неке се могу лијечити. Објасните да што се прије инфекција открије и почне лијечити, то је мање вјероватно да ће изазвати дугорочне проблеме као што је неплодност или хронична бол.

Објасните да двојна заштита подразумијева заштиту од трудноће и полно преносивих инфекција. Сви корисници контрацепције треба да размисле о превенцији полно преносивих инфекција, укључујући ХИВ, чак и ако мисле да за њих нема каквог ризика.

Стратегије двојне заштите

- **стратегија 1:** користити кондом за мушкарце или жене на исправан начин при сваком сексуалном односу. Овај метод помаже у заштити од трудноће и полно преносивих болести, укључујући ХИВ.
- **стратегија 2:** користити кондоме досљедно и исправно, и поред тога користити још неки метод планирања породице. Овим се постиже додатна заштита од трудноће у случају да кондом није коришћен или није коришћен исправно. Може да буде добар избор за жене које желе бити сигурне да ће избјећи трудноћу, али не могу увијек рачунати на своје partnere да ће редовно користити кондом.
- **стратегија 3:** ако оба партнера знају да нису заражена, могу да користе било који метод планирања породице ради спречавања трудноће те остати у узајамно вјерној вези. Многи корисници контрацепције спадају у ову групу па су на тај начин заштићени од полно преносивих инфекција, укључујући ХИВ. Ова стратегија зависи од комуникације и повјерења између партнера. Друге стратегије укључују употребу контрацептива.
- **стратегија 4:** практиковати само безбједније начине сексуалне интимности којима се избјегава сексуални однос и спречава контакт сперме и вагиналних течности с гениталијама. Ова стратегија зависи од комуникације, повјерења и самоконтроле. Ако је ово први избор, најбоље је ипак имати кондоме при руци у случају да се пар одлучи на сексуални однос.
- **стратегија 5:** одгађање или избјегавање сексуалне активности (избјегавање потенцијално ризичног секса сваки пут или дуготрајнија апстиненција). Ако је ово први избор, најбоље је ипак имати кондоме при руци у случају да се пар одлучи на сексуални однос. Ова стратегија је увијек доступна у случају да кондом није при руци.

СЕСИЈА 10.

Трајање: 40 минута

Активност 1. Узимање медицинске анамнезе о репродуктивном здрављу

Рад у малим групама: 20 минута

Подијелите примјерке обрасца за узимање медицинске анамнезе при одабиру контрацепције (м3 / с10 / X1. образац за узимање медицинске анамнезе при одабиру контрацепције).

Подијелите учеснике у 6–7 група (по троје) и дајте им 15 минута да анализирају питања из упитника. Реците им да запишу зашто је свако од питања значајно када је у питању одабир метода планирања породице.

Подијелите лист великог папира на двије колоне (или још боље, пишите на два велика папира) и напишите наслове:

„Познати разлози“ и „Нејасни разлози“.

Замолите два учесника да излистају познате и нејасне разлоге на папиру.

Разговарајте о нејасним разлозима.

Активност 2. Студије случаја КОК и ИУУ

Студија случаја: 20 минута

Припрема за активност

Прочитајте студије случаја. Подијелите м3 / с12 / X2. Студија случаја 1. Комбиновани орални контрацептиви (КОК) и м3 / с12 / X3. Студија случаја 2. Интраутерини уложак (ИУУ).

Пажљиво размотрите детаље оба случаја и проучите одговоре на сетове питања о којима ће учесници разговарати. Изаберите ситуације које одговарају циљевима тренинга и потребама учесника.

Прилагодите активност тако да буде релевантна. Прилагодите случајеве тако да одражавају културне праксе, услове и околности с којима се учесници сусрећу на својим радним мјестима.

Предвидите могућа питања и припремите одговоре. Прочитајте техничке информације у „Планирање породице: Глобални приручник за даваоце услуга“ (ЦЦП и СЗО, 2011.) везано за питања из студије случаја како бисте се припремили за питања која би учесници могли да поставе.

Упознајте се с релевантним инструментима и помоћним средствима. Које ће инструменте учесници користити при рјешавању случајева? Пазите да budete упознати с материјалом и будите спремни да објасните како се исправно користи инструмент или помоћно средство – било да је у питању контролна листа за утврђивање испуњености медицинских критеријума, брошура за клијенте која описује карактеристике одређеног метода или дио инструмента за савјетовање.

Одлучите како ћете представити и користити студију случаја. Ако је ово први пут да учесници раде на студији случаја, треба да барем један дио активности урадите заједно с групом. Како се учесници буду упознавали с очекивањима, подијелите их у мање групе или у парове тако да сваки учесник преузме дио одговорности за рјешавање случаја. Ако имате неколико мањих група, можда можете свакој групи задати другачији сет питања. Обезбиједите да свака мања група извјести о својим резултатима у великој групи, тако да сви учесници могу о томе заједно да поразговарају и имају користи од наученог у другој групи. Такође можете студије случаја дати учесницима као домаћи задатак на којем ће радити било индивидуално или у групама изван учионице.

Вјежбајте давање упутстава учесницима. Будите сигурни да можете дати јасне, једноставне смјернице како би учесници могли лако разумјети активност.

Припремите примјерке докумената. Припремите примјерке свих потребних ресурса који ће бити потребни учесницима, те примјерке инструмената и помоћних средстава.

Спровођење активности

Замолите једног учесника да игра улогу клијента, а другог да глуми здравственог радника.

Представите активност користећи слајд који описује случај. Нагласите да студије случајева учесницима дају могућност да анализирају случај и донесу добро утемељене одлуке о томе како да применије техничке информације које су научили у сличним ситуацијама на радном мјесту. Дајте детаљне инструкције које јасно описују како ћете ви (фацилитатор) и учесници анализирати студију случаја. Реците групи колико времена има да заврши све дијелове ове активности.

Подстакните учеснике да раде у тиму и искористе доступне ресурсе при одговарању на питања. Групе треба да размотре сва појединачна питања, једно за другим, и притом користе помоћна средства, инструменте за савјетовање, информативне листове, биљешке и „Power Point“ презентацију како би дошле до најпотпунијег одговора. Свака група треба да изабере портпарола који ће представити одговоре своје групе пред свима.

Опишите случај. Користите ПП слајд (или унапријед припремљен велики папир) на којем је описан случај. Замолите једног учесника да наглас прочита опис клијента. Питајте учеснике имају ли неких питања.

Пружите подршку учесницима док разматрају сва питања. Свака мања група треба сама да одговори на питања која је добила. Идите од групе до групе и слушајте разговор учесника, подстакните их, предложите могуће стратегије и преусмјерите учеснике који иду према погрешном одговору или су већ дали погрешан одговор. Ако има неколико фацилитатора, нека сваку групу прати по један фацилитатор.

Замолите представника да представи рад своје групе. Након што групе заврше с радом, замолите да представе одговоре својих група пред свима, тако да сви учесници могу да чују исправне одговоре на сваки сет питања. Док групе излажу одговоре, подстакните друге учеснике да коментаришу и дају повратне информације.

Користите одговоре на питања да усмјерите дискусију. Свака студија случаја има рјешења с одговорима на питања који могу да вам помогну у усмјеравању извјештаја из група, коментара и повратних информација. Ако је потребно, интервенишите ако ни представник групе ни учесници не могу да дају исправан одговор. Веома је важно да учесници чују да ли су одговори на њихова питања тачни.

ЗАВРШНА СЕСИЈА

Трајање: 10 минута

Активност 1. Резиме

2 минута

Резимирајте модул слједећим кључним порукама.

- Готово свако може безбједно да користи било који метод контрацепције, а пружање већине метода обично није компликовано.
- Методи планирања породице могу да буду ефикасни ако се пружају исправно. Да би се постигла највећа ефикасност, неки методи захтијевају свјесно дјеловање корисника. Помоћ и подршка даваоца услуга често могу томе да допринесу.
- Нови клијенти обично долазе с унапријед осмишљеним методом који је обично и најбољи избор за њих. Клијентови циљеви и жеље би требало да буду пресудни у одлучивању о методу планирања породице у широком спектру метода које може користити на безбједан начин.
- Како би могао да пронађе и користи најадекватнији метод, клијенту су потребне квалитетне информације и, често, помоћ при разматрању опција.
- Многим сталним клијентима није потребна велика подршка и за њих је најважнији лаган приступ. За сталне клијенте који наиђу на неке проблеме или недоумице, помоћ и подршка су кључни.

Активност 2. Завршни тест

Тест: 3 минута

Подијелите **уводни / завршни тест** и замолите учеснике да испуне завршни тест самостално. Дајте им 3 минута да заврше и крећите се просторијом док испуњавају тест.

Прочитајте исправне одговоре и одговорите на евентуална питања.

Покупите урађене тестове.

Активност 3.
Евалуација модула

Евалуација: 5 минута

Подијелите образац за евалуацију модула и дајте учесницима 3 минута да га испуне.

Прикупите испуњене обрасце.

Визуелни материјали

Сљедеће PowerPoint презентације (приложене у електронском формату) или припремљени велики листови папира користе се као визуелна подршка на обуци.

- Циљеви модула.
- Критеријуми медицинске подобности за употребу контрацепције, укључујући помоћна средства.
- Ефикасност метода контрацепције.
- Комбиновани орални контрацептиви (КОК).
- Таблете за хитну хормоналну контрацепцију. Кондоми за мушкарце.
- Интраутерини улошци (ИУУ).
- Метод лактационе аменореје.
- Полно преносиве инфекције и двојна заштита.
- Студија случаја КОК.
- Студија случаја ИУУ.
- Резиме.

Материјали за учеснике

Ови материјали ће се дијелити учесницима током радионице за потребе појединих активности.

- **M3 / C1 / X1.** Списак средстава за контрацепцију доступних у БиХ.
- **M3 / C1 / X2.** Точак критеријума медицинске подобности за употребу контрацепције.
- **M3 / C1 / X3.** Брза референтна таблица критеријума медицинске подобности С30 за употребу контрацепције.
- **M3 / C2 / X1.** Поређење ефикасности метода планирања породице.
- **M3 / C2 / X2.** Ако 100 жена користи један метод током године дана, колико њих ће остати у другом стању?
- **M3 / C10 / X1.** Узорак обрасца медицинске анамнезе за планирање породице.
- **M3 / C10 / X2.** Студија случаја 1. Комбиновани орални контрацептиви (КОК).
- **M3 / C10 / X3.** Студија случаја 2. Интраутерини уложак (ИУУ).
- **M3 /Тест.** Уводни / завршни тест.

Материјали за тренере

Ови материјали садрже стандардне информације и материјале који су тренерима потребни за спровођење активности.

- **M3 / C12 / T1.** Студија случаја 1. Комбиновани орални контрацептиви (КОК) – одговори на питања.
- **M3 / C12 / T2.** Студија случаја 2. Интраутерини улошци (ИУУ) – одговори на питања.
- **M3 /одговори.** Одговори на тест.

M3/C1/X1
Листа контрацептивних средстава доступних у БиХ

Метод	Бренд
КОК	Yasmin (Drospirenone 3 mg / Ethinyl oestradiol 30 mcg)
КОК	Diane 35 (Cyproterone acetate 2 mg / Ethinyl oestradiol 35 mcg)
КОК	Microgynon (Levonorgestrel 0.15 mg / Ethinyl oestradiol 30 mcg)
КОК	Yaz (Drospirenone 3 mg / Ethinyl Estradiol 20 mcg)
КОК	Qlaira (Dienogest 2.0/3.0 mg / Oestradiol valerate 1.0/2.0/3.0 mg)
Хитна контрацепција	Ella one (Levonorgestrel 3,0 mg)
ИУУ	Load 375, Pregna
ИУУ	Mirena (Levonorgestrel 52 mg)
Кондом	Durex, ROMED
Кондом	Sportex
Кондом	KamaSutra

M3/C2/X2

Точак критеријума медицинске подобности за употребу контрацепције

Подијелити учесницима.

М3 / С1 / Х3

Брза референтна таблица критеријума медицинске подобности С30 за употребу контрацепције

Референтна табела за Критерије медицинске подобности за употребу контрацептивних средстава С30 из 2015 – за почетак или наставак примјене комбинираних оралних контрацептива (КОК), депо медоксипротестерон ацетата (ДМПА), интраутериног улошка са ослобађањем бакра (Цу-ИУД)

СТАЊЕ	Спецификација стања	КОК	ДМПА	Цу-ИУД
Трудноћа				
Дојење				
Постпорођајно без дојења ВТЕ = венска тромбоемболија	До 6 седмица од порођаја			Види и.
	6 седмица до < мјесеци од порођаја			
	6 мјесеци од порођаја или дуне			
	< 21 дана			Види и.
	< 21 дана уз друге факторе ризика за ВТЕ*			
Постпорођајно дојиље и жене које не доје	≥ 21 до 42 дана уз друге факторе ризика за ВТЕ*			
	> 42 дана			
Постпорођајно дојиље и жене које не доје	< 48 сати или преко 4 седмице		Види ии.	Види ии.
	≥ 48 сати, али мање од 4 седмице			
	Пулверална сепса			
Након абортуса	Трудноћа пост-септични абортус			
Пушење	Старост ≥ 35 година, < 15 цигарета / дневно			
	Старост ≥ 35 година, ≥ 15 цигарета / дневно			
	Старост ≥ 35 година, ≥ 15 цигарета / дневно			
Вишеструки фактори ризика за кардиоваскуларну болест	У анамнези (дје се КП не може измјерити)			
	КП контролиран и мање се измјерити			
	Повишен КП (систолни 140-159 или дијастолни 90-99)			
	Повишен КП (систолни ≥ 160 или дијастолни ≥ 100)			
Хипертензија КП = чрвени притисак	Васкуларна болест			
	ДВТ/ЛЕ у анамнези			
	Акутна ДВТ/ЛЕ			
	ДВТ/ЛЕ утврђена, антикоагулантна терапија			
Дубока венска тромбоза (ДВТ) и плућна емболија (ПЕ)	Вели хируршки захват са дуготрајном имобилизацијом			
	Познате тромбогенске мутације			
Исхемијска болест срца (тресућа или у анамнези)	Познате хиперлипидемије			
	Познате хиперлипидемије			
Системски ергетски лукус	Познате хиперлипидемије			
	Познате хиперлипидемије			
	Познате хиперлипидемије			
	Познате хиперлипидемије			
Павлобље	Позитивна или неутврђена антифосфолипидна			
	Тешка тромбозитија П Н П Н			
	Терапија имуносупресивима П Н			
	Не-мигренозне (блате или тешке)			
Мигрена без ауре (старост <35 година)	Мигрена без ауре (старост <35 година)			
	Мигрена без ауре (старост ≥ 35 година)			
Мигрене с ауром (без обзира на старост)	Мигрене с ауром (без обзира на старост)			
	Мигрене с ауром (без обзира на старост)			

- Категорија 1 Без ограничења примјене.
- Категорија 2 Опћенито се примјењују; могућа потреба за неним врскама контра.
- Категорија 3 Обично се не препоручују; за примјену потребно клиничко мишљење и континуирани приступ клиничким службама.
- Категорија 4 Метода се не примјењује.



ПН Почетак/Наставак: Жена може популати под једну или другу категорију зависно од тога да ли започиње или наставља користити нени метод. Женико нека саопшти ПН категорију је ста и за започињање и за наставља примјене. НП Није примјењиво: Трудноћа или пребрза контрацепција. Женико нека саопшти постојеће примјене свих метода, неће бити штетних посљедица. и Умјесто тога популати "Држење" или "Постпорођајно без дојења". Умјесто тога популати "Држење" или "Постпорођајно без дојења".

Или Жене које користе друге методе унесу ИУУ могу их користити без обзира на стању ХИВ болести или примјену АРТ.

* Други фактори ризика за ВТЕ су анамнези, тромбозитија, трансфузија на порођају, БМИ < 30 кг/м2, постпорођајно крварење, период одмах након порођаја царским резом, преоперацију и пушење.

** Вазуалну недропатистикување израслине треба обавити што је прије могуће.

*** Антикоагулантни обухватају: фенолитин, карбамазепин, барбитурате, примидон, топирамат, окскарбазепин и ламотригин. Лакотригин је категорија за имплантате.



© 2015, October

М1 / ТЕС

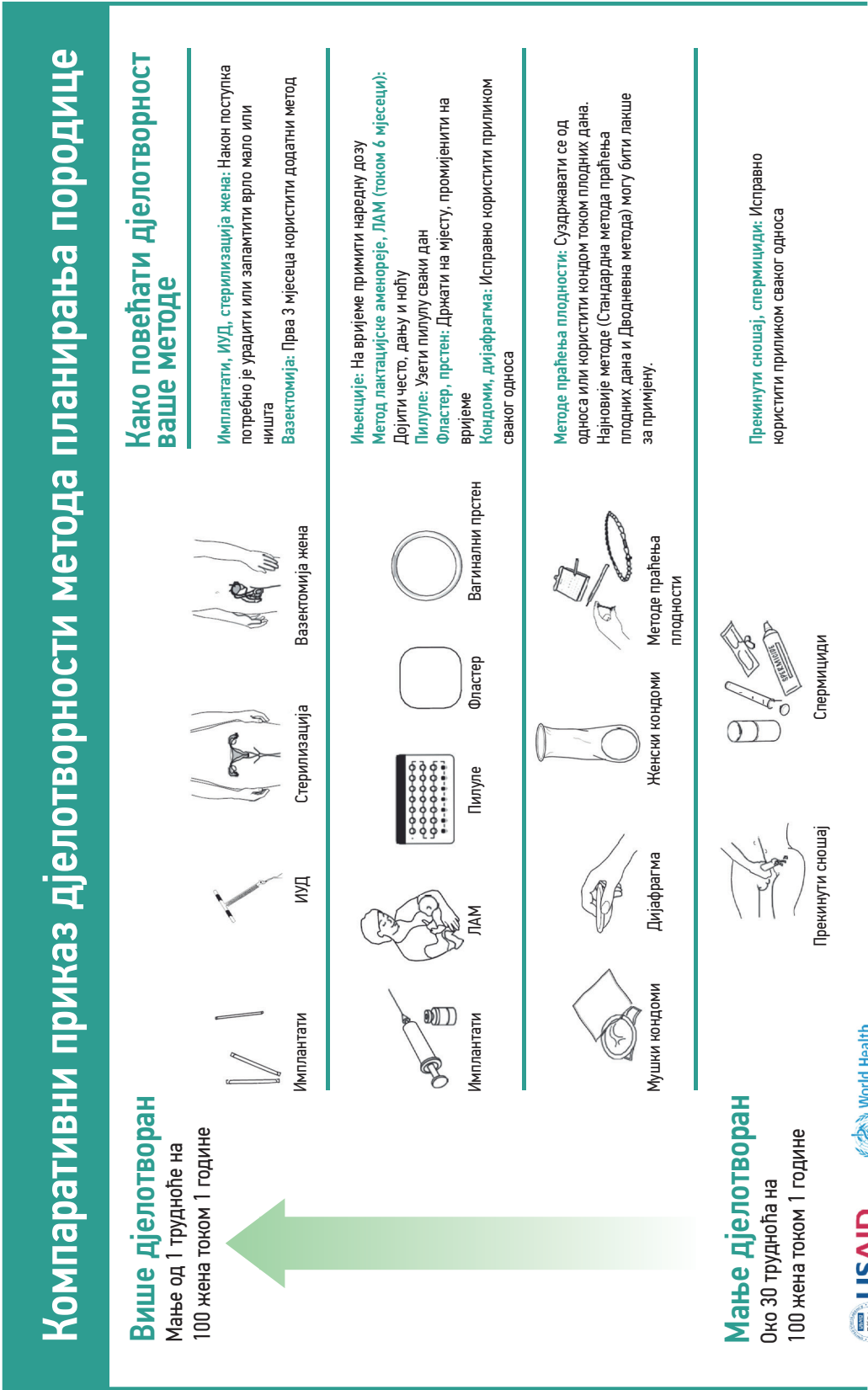
Уводни / завршни тест

име и презиме учесника _____
Молимо заокружите **Тачно**, ако је изјава тачна и **Погрешно**, ако је изјава погрешна. Могуће је заокружити више од једног тачног одговора.

1			
	а) Кондом за мушкарце је контрацептивно средство високе ефикасности.	Тачно	Погрешно
	б) Праћење базалне температуре је природни метод планирања породице.	Тачно	Погрешно
	в) КОК изазива побачај.	Тачно	Погрешно
	г) Двојна заштита значи заштиту од трудноће и полно преносивих инфекција.	Тачно	Погрешно
	д) Таблете за хитну контрацепцију утичу на процес овулације.	Тачно	Погрешно
2			
	а) Важно је да жена узима КОК сваки дан у исто вријеме.	Тачно	Погрешно
	б)Савјетовање је кључно за задовољство клијента и редовно узимање контрацепције.	Тачно	Погрешно
	в) Метод лактационе аменореје је веома ефикасан када жена испуњава сва 3 критеријума за његово коришћење.	Тачно	Погрешно
	г) Медицински критеријуми класификују медицинска стања или карактеристике клијента у три категорије.	Тачно	Погрешно
	д) Гојазне жене могу да користе КОК.	Тачно	Погрешно
	ђ) Главни механизам дјеловања контрацепције на бази прогестина је сузбијање овулације.	Тачно	Погрешно
	е) ЛНГ -ИУУ дјелује тако што сузбија раст ендометрија.	Тачно	Погрешно
	ж) ИУУ не може да користи жена која је недавно родила (краће од 4 седмице).	Тачно	Погрешно

M3 / C2 / X1

Поређење ефикасности метода планирања породице



М3/С3/Х1

Контролна листа критеријума медицинске подобности за употребу КОК

Подијелити учесницима.

Образац за евалуацију модула

	Уопште се не слажем			у потпуности се слажем	
	1.	2.	3.	4.	5.
1. Садржај програма испунио је моје потребе					
2. Процес програма је адекватан					

3. Шта вам се највише свидјело у овом модулу?

4. Шта вам се, конкретно, најмање свидјело у овом модулу?

5. Шта би требало да се изостави или промијени у овом модулу за будућу употребу?

6. Генерално гледајући, оцијенио/ла бих овај модул као: одличан добар просјечан лош.

7. Остале потребе за учењем (молимо наведите остале теме које би вас интересовале у будућности)

M3/C5/X1

Контролна листа критеријума медицинске подобности за коришћење ИУУ

Подијелити учесницима.

МОДУЛ 4

Полно/сексуално преносиве инфекције (ППИ/СПИ)

Аутори: др. Един Ченгић, др. Ивес Шиндрак, др. Савка Симић

Љекари и други здравствени радници играју кључну улогу у спречавању и лијечењу ППИ, стога ова едукација треба да помогне здравственим професионалцима у тим напорима.

Циљ

- Стицање потребних знања из области најчешћих сексуално преносивих инфекција (клиничка слика, путеви преношења, дијагностика, лијечење)
- Стицање потребних знања о мјерама превенције и сузбијања сексуално преносивих инфекција.

Циљеви наставе:

По завршетку овог модула, полазници ће добити потребне информације и знања о:

- мјерама превенције сексуално преносивих инфекција
- најважнијим карактеристикама сексуално преносивих инфекција које су обрађене кроз овај модул (гонореја, хламидијаза, сифилис, хумани папилома вирус, херпес вируси 1 и 2, хепатитис Б, ХИВ и сида, трихомонијаза)

СЕСИЈА/АКТИВНОСТ	МЕТОД	ВРИЈЕМЕ
УВОД		10 мин.
Активност 1. Циљеви модула	Презентација	5 мин.
Активност 2. Уводни тест	Тест	5 мин.
Сесија 1. Полно преносиве инфекције, дефиниција, опште информације, значај и превенција		25 мин.
Активност 1. Циљеви сесије	Презентација	3 мин.
Активност 2. Дефиниција и значај ППИ	Презентација	7 мин.
Активност 3. ППИ – опште информације	Презентација	10 мин.
Активност 4. Превенција ППИ	Презентација	5 мин.
Сесија 2. Преглед најчешћих полно преносивих инфекција		50 мин.
Активност 1. Циљеви сесије	Презентација	3 мин.
Активност 2. Подјела ППИ	Презентација	2 мин.
Активност 3. Преглед најчешћих ППИ	Презентација	45 мин.
ЗАВРШНА		15 мин.
Активност 1. Закључна дискусија	Групна дискусија	5 мин.
Активност 2. Завршни тест	Тест	5 мин.
Активност 3. Евалуација модула	Евалуација	5 мин.
	УКУПНО ВРИЈЕМЕ	100 мин.

Полно преносиве инфекције/болести – ППИ

1. УВОД

Полне инфекције, Венеричне болести (лат. *venereus*), Венера-римска богиња љубави и љепоте, Полно преносиве болести или Полно преносиве инфекције (енгл. *Sexually Transmitted Diseases/Sexually Transmitted Infections – STDs/STIs*). Појам полно/сексуално преносиве инфекције или скраћено СПИ/ППИ (енгл. *Sexually Transmitted Infections – STIs*) се односи на разноврсне клиничке синдроме и инфекције изазване патогенима који се преносе првенствено путем полног/сексуалног контакта. Инфекција се може добити при сваком незаштићеном сексуалном контакту са партнером који је инфициран.

Према подацима Свјетске здравствене организације (СЗО), полно/сексуално преносиве инфекције су једна од пет врста болести за коју одрасли широм свјета најчешће траже медицинску помоћ. О значају овог проблема довољно говори податак да се око милион људи свакодневно инфицира неком од ППИ.

За полно преносиве болести везују се јавноздравствени проблеми који могу бити медицински и немедицински. Медицински ефекти ППИ: висок морбидитет, високе стопе инциденције и преваленције, учестале компликације, велики проблем жена и младих, олакшавају трансмисију ХИВ-а. Немедицински ефекти ППИ: трошкови лијечења, трошкови одсуствовања са посла, осјећај кривице и сл.

У литератури често наилазимо на појам сексуално преносиве инфекције и сексуално преносиве болести. Наиме велики проценат сексуално преносивих обољења остају асимптоматска дужи период иако је патогени узрочник инфицирао организам и тада говоримо о *инфекцији*, која се може доказати само лабораторијским тестирањима. Када се испоље симптоми код инфициране особе то јест када су присутне клиничке манифестације инфекције говоримо о појави *болести*.

2. ДЕФИНИЦИЈА И ЈАВНОЗДРАВСТВЕНИ ЗНАЧАЈ

2.1 Дефиниција

Шта су полно преносиве инфекције и како се преносе? Полно преносиве болести су заразне болести које се преносе са заражене особе на здраву, најчешће сексуалним контактом (укључујући вагинални, анални и орални секс). Неке полно преносиве болести такође се могу преносити и другим не-сексуалним начинима преноса, попут крви или крвних деривата и других тјелесних течности (сперма, вагинални секрет, пљувачка, мајчино млијеко). Неке од полно преносивих болести, као што су хламидијаза, гонореја, хепатитис Б, ХИВ и сифилис, могу се пренијети са мајке на дијете, током трудноће и порођаја тзв. вертикалном трансмисијом болести.

2.1 Јавноздравствени значај

Око милион људи свакодневно се инфицира неком од ППИ. Свјетска здравствена организација (СЗО) процјењује да сваке године региструје 357 милиона нових инфекција са 1 од 4 ППИ: хламидија (131 милиона), гонореја (78 милиона), сифилис (5,6 милиона) и трихомонијаза (143 милиона). Више од 500 милиона људи живи с инфекцијом гениталним ХСВ (херпес), а више од 290 милиона жена има ХПВ инфекцију, једну од најчешћих ППИ.

Три сексуално преносиве болести (Хумани папилома вирус, *Trichomonas vaginalis* и *Chlamydia trachomatis*) чине 88% од свих полно преносивих болести у старосној доби од 15. до 24. године живота. Ови морбидитетни подаци о ППИ јасно указују на значај ове групе заразних обољења. Најугроженија популација су сексуално активна популација младих, старосне доби од 16 до 26 година. Сматра се да ће један од четири адолесцента добити неку полно преносиву инфекцију.

Јавноздравствени значај ППИ огледа се у чињеницама попут:

- ППИ попут херпеса и сифилиса може повећати ризик од ХИВ инфекције за три пута или више.
- Пренос полних болести са мајке на дијете може резултовати мртворођењем, неонаталном смрћу, малом порођајном тежином и пријевременим порођајем, сепсом, упалом плућа, неонаталним конјуктивитисом и конгениталним деформацијама.
- ХПВ инфекција узрокује 528.000 случајева карцинома грлића материце и 266.000 смртних случајева од карцинома врата материце сваке године.
- ППИ као што су гонореја и хламидија представљају главне узрочнике пелвичне инфламаторне болести (ПИД) и неплодности код жена.

Стваран број обољелих није поуздано познат због великог учешћа асимптоматских инфекција. Познато је да је код жена у 80-90% случајева хламидијаза асимптоматска, такође у скоро 80% случајева гонореја код жена је асимптоматска. Однос симптоматских и асимптоматских полно преносивих инфекција приказан је на слици 1., из које се може закључити да су асимптоматске инфекције чешће код жена, док су симптоматске чешће код мушкараца.



Слика 1. Однос симптоматских и асимптоматских полно преносивих инфекција

Као најзначајнији узроци глобалне раширености полно преносивих инфекција наводе се:

- Сексуална револуција
- Миграције становништва
- Рат
- Лоши хигијенски услови
- Здравствена непросвјешћеност
- Ризична понашања (рано ступање у сексуалне односе, више сексуалних партнера, нередовно коришћење кондома, случајни партнери, ПАС, ИВ дроге...)
- Недоступност здравствених услуга
- Незнање
- Недоступност кондома

3. ПОЛНО ПРЕНОСИВЕ БОЛЕСТИ – опште информације

3.1 Етиологија

Познато је да се преко 30 различитих агенаса, бактерија, вируса и паразита преноси сексуалним контактом. Највећа учесталост полно преносивих инфекција/болести је повезана са сљедећих осам ППИ: сифилис, гонореја, хламидија, трихомониасис, хепатитис Б вирус, *herpes simplex вирус* (ХСВ или херпес), ХИВ и хумани папилома вирус (ХПВ). Од ових осам инфекција, четири су тренутно изљечиве: сифилис, гонореја, хламидија и трихомониасис, остале четири су вирусне инфекције и неизљечиве су (хепатитис Б, *herpes simplex вирус* – ХСВ, ХИВ и хумани папилома вирус – ХПВ). Вирусне инфекције или болести су неизљечиве, али се њихов ток може модификовати и исходи се могу ублажити кроз тренутно доступно лијечење. ППИ имају велики утицај на сексуално и репродуктивно здравље становништва широм свјета.

3.2 Резервоари инфекције

Резервоар/извор инфекције је човјек, односно особа обољела од ППИ. Најчешће су то асимптоматске инфекције или атипична блага форма болести, као што је то случај код гонореје, хламидијазе, уреаплазме, микоплазме. Такође, извор заразе врло често могу бити и клицоноше, као што је то у случају ХБВ и ХИВ.

3.3 Пuteви преношења ППИ

- Директни контакт:
 - сексуални (генитални, орално-генитални, анално-генитални),
 - пролаз кроз порођајне путеве мајке (ХИВ, ХБВ, ХЦВ, гонореја, ХСВ, ХПВ, трихомонас, хламидија)
- Тјелесне течности (пљувачка, мајчино млијеко)
- Крв, крвни деривати и ткива (ВХБ, ВХЦ, сифилис, ХИВ)
- Контаминирани предмети (прибор за јело, игле, четкица за зубе, бријачи) (ендемски сифилис, трихомонијаза, ХБВ)
- Вертикално са мајке на дијете (ВХБ, ВХЦ, ХИВ, сифилис)
- Дојење (ХИВ)

3.4 Улазна мјеста за ППИ

Улазна мјеста за полно преносиве инфекције/болести првенствено су слузнице полних органа, али то могу бити и друге слузнице с обзиром на природу и непосредност полног контакта. Овдје је важно напоменути да интактне и здраве слузнице које у пуној мјери луче природне слузаве секрете, ензиме и друге заштитне факторе организма и одржавају повољну киселу средину, чине природну баријеру продору микроорганизама и настанку полно преносивих инфекција/болести.

Поред слузница полних органа, улазно мјесто за ППИ могу бити:

- Остале слузнице (ректум, анус, ждријело)
- Конјуктива
- Интактна кожа полних органа,
- Ријетко интактна кожа других предјела

3.5 Фактори ризика за развој ППИ

У посљедње двије деценије (од раних 80-их година) забиљежен је значајан пораст броја обољелих од полно преносивих болести. И поред великог напретка у дијагностици и терапији полно преносивих болести, парадоксално је да њихова учесталост и даље расте, а таквом порасту доприносе бројни фактори:

- промјене моралних норми,
- либерализација сексуалних односа („сексуална револуција“),
- потенцирање секса путем масовних и филмских индустрија,
- мијењање сексуалних навика (орални и анални секс),
- хомосексуалност,
- проституција,
- злоупотреба дроге и алкохола,
- примјена оралних контрацептива (у смислу да пацијенткиње које користе оралне контрацептиве рјеђе користе кондом као вид заштите од полно преносивих болести),
- урбанизација и миграција становништва,

- пораст броја сојева микроорганизама који су отпорни на антибиотике и проузрокују полно преносиве инфекције/болести (ППИ).

3.6 Клинички симптоми и знаци ППИ

Основни симптоми полно преносивих инфекција/болести су:

- пецкање, жарење и болови у току мокрења или након мокрења (хламидија, гонореја, кандидијаза);
- бјеличасте насlage, брадавице или ранице на полним органима, анусу или устима (ХПВ-кондиломи, ХСВ, сифилис)
- секрет из органа урогениталног тракта (гонореја, трихомонијаза, кандидијаза);
- крварење у току или након сексуалног односа;
- повећане лимфне жлијезде у препонском предјелу (хламидијаза-ЛГВ, ХИВ/сида, сифилис);
- болови у тестисима (гонореја);
- болови у трбуху, посебно у доњем дијелу трбуха (гонореја, хламидијаза).

Међутим, познато је да у великом броју случајева тегобе и симптоми не морају бити присутни. Некада могу проћи седмице, мјесеци или године (нарочито код ХИВ инфекције) до појаве првих симптома болести. С обзиром на то да многе инфекције могу бити без симптома, инфицирана особа ће утолико лакше улазити у незаштићен сексуални однос јер није свјесна да преноси болест партнеру. Исто тако, недостатак симптома и тегоба за собом повлачи и нејављање љекару, због чега лијечење неће започети на вријеме, чиме се ствара повољно окружење за развој бројних компликација.

Нелијечене полно преносиве инфекције, тј. оне које нису благовремено препознате и лијечене, могу довести до развоја сљедећих компликација:

- пелвична инфламаторна болест (енгл. *Pelvic Inflammatory Disease – PID*)
- стерилитет (мушки, женски)
- ектопичне трудноће
- пријевремени порођаји
- перинаталне инфекције, инфекције новорођенчади
- генитоанални карциноми
- сида
- смрт

3.7 Дијагностика ППИ

Брзи, прецизни дијагностички тестови за ППИ се широко користе у високоразвијеним земљама. Они су посебно корисни за дијагнозу асимптоматских инфекција. Међутим, у земљама са ниским и средњим приходима, дијагностички тестови су углавном недоступни. Тамо гдје је обављање брзог тестирања доступно, често је скупо или је географски недоступно. Једини јефтини, брзи тестови који су тренутно доступни за ППИ су тестови за сифилис и ХИВ.

Методи који се користе у дијагностици полно преносивих обољења су:

- Анамнестички подаци
- Клиничка слика
- Директна микроскопија
- Изолација узрочника на подлози – култивисање
- Лабораторијски тестови: серологија, ЕЛИСА, тестови индиректне имунофлуоресценције, ПЦР.

3.8 Лијечење ППИ

Адекватна терапијским мјерама данас је могуће успјешно лијечити неке ППИ док се за неке тренутно доступним терапијским достигнућима може контролисати ток болести и продужити вријеме до развоја компликација. Симптоми или болести неизљечивих вирусних инфекција могу се умањити или модификовати кроз тренутно доступно лијечење.

4. ПРЕВЕНЦИЈА ПОЛНО ПРЕНОСИВИХ ИНФЕКЦИЈА

Превенција полно преносивих инфекција/болести има за циљ прекид путева преношења ППИ, спречавање развоја болести, компликација и посљедица те смањење ризика од инфекције ХИВ-ом.

Превентивне мјере

Превентивне мјере дијеле се на: опште и специфичне мјере.

а) Опште мјере су:

- Едукација о путевима ширења и спречавању настанка ППИ
- Употреба кондома
- Контрола крви, крвних деривата и органа
- Смањивање броја особа са ризичним понашањем (алкохолизам, дрога...)
- Лијечење партнера
- Контрола трудноће и порођаја (ХПВ, ХСВ, ВХБ, ХИВ)
- Једнократна употреба игала и шприцева
- Доброволно и повјерљиво савјетовање и тестирање на ППИ
- Провјера здравственог стања партнера прије ступања у сексуалне односе
- Забрана конзумирања алкохола и злоупотребе дроге (ИВН)

б) Специфичне мјере:

- Вакцине (ХБВ, ХПВ)
- Хиперимуни гамаглобулин

Ефективна превенција подразумијева постојање обезбијеђених приступа круцијалним информацијама, средствима (као што су кондоми) и услугама (као што су вакцинација, тестирање, лијечење и њега) унутар оквира људских права.

Савјетовање и бихевиорални приступи

Савјетовање и бихеворалне интервенције представљају примарну превенцију од ППИ (укључујући ХИВ), али и од нежељених трудноћа. То укључује:

- промоцију употребе кондома као контрацептивног средства, савјетовање о сигурном сексу/смањењу ризика за ППИ;
- едукацију фокусирану на повећање свијести о полно преносивим инфекцијама;
- свеобухватно сексуално образовање, повећану употребу тестова за полно преносиве инфекције, укључујући ХИВ (добровољно повјерљиво савјетовање и тестирање на ХИВ-ДПСТ);
- интервенције фокусиране на кључне популационе групе које су под већим ризиком за ППИ, као што су сексуални радници, мушкарци који имају секс са мушкарцима и људи који узимају дроге интравенозно (ИВ); и
- едукацију и савјетовање прилагођене потребама адолесцената.

Поред тога, савјетовање може побољшати способност људи да препознају симптоме ППИ и повећати вјероватноћу благовременог обраћања љекару за помоћ као и утицај на сексуалног партнера да то учини. Нажалост, недостатак свијести јавности, недостатак обуке здравствених радника и дугогодишња, широко распрострањена стигма око ППИ остају баријере за већу и ефикаснију примјену ових мјера.

Многе такве интервенције имају двоструку предност у спречавању полно преносивих инфекција, нарочито ХИВ-а, и нежељених трудноћа. Таква мјера је, на примјер, употреба кондома од стране адолесцената. Фокусиране интервенције прилагођене специфичним популационим групама као што су адолесценти представљају приоритет. Поред тога, када је знање заједнице о полно преносивим инфекцијама веће, стигматизација и дискриминација су смањени, тако ће и коришћење услуга везаних за сексуално преносиве инфекције бити побољшано.

Превенција и контрола ППИ

Свјетска здравствена организација дала је препоруке за спречавање и контролу ППИ на темељу следећих пет главних концепата:

- Едукација младих прије ступања у полне односе као и на почетку њиховог полног живота;
- идентификација асимптоматских заражених особа и особа са симптомима повезаним са ППИ које вјероватно неће тражити дијагностичке услуге и услуге лијечења;
- ефикасна дијагноза, лијечење, савјетовање и праћење заражених особа;
- проналажење, лијечење и савјетовање сексуалних партнера особа које су заражене ППИ; и
- вакцинација пред експозицију особа под ризиком, за ППИ за које постоје вакцине.

Примарна превенција ППИ почиње савјетовањима за правилно понашање и употребу мјера којима се спречава настанак инфекције, чиме се смањује вјероватноћа оболијевања али и преноса на сексуалне partnere. Рано откривање и благовремено лијечење заражених особа представља секундарну превенцију за пацијента, али и примарну превенцију ширења унутар заједнице.

5. ПРЕГЛЕД НАЈЧЕШЋИХ ППИ

5.1 Подјела ППИ

Више разних узрочника може довести до настанка полно преносивих инфекција. Према узрочнику који доводи до инфекције, ППИ се дијеле на: бактеријске, вирусне, инфекције узроковане протозоама, гљивичне инфекције и ектопаразитарне инфекције.

Слиједи преглед најзначајнијих узрочника ППИ:

а) Бактерије

- *Neisseria gonorrhoeae*
- *Chlamydia trachomatis*
- *Treponema pallidum*
- *Haemophilus ducreyi*
- *Mycoplasma hominis*
- *Ureaplasma urealyticum*
- *Streptococcus* групе Б
- Микроорганизми удружени са бактеријском вагинозом

б) Вируси

- *Herpes simplex* вирус тип 1 и 2
- ЦМВ – цитомегаловирус
- ХИВ
- ХБВ – хепатитис Б вирус
- ХЦВ – хепатитис Ц вирус
- Папиломавируси

в) Протозое

- *Trichomonas vaginalis*

г) Гљивице

- *Candida albicans*

д) Ектопаразити

- *Pthirus pubis*
- *Sarcoptes scabiei*

5.2 СИФИЛИС

Сифилис изазива спирохета *Treponema pallidum*. Сифилис је обољење присутно широм свијета. Инциденција је знатно снижена након Другог свјетског рата са примјеном пеницилина.

Начин преношења

Трансмисија болести врши се директним контактом, тјелесним течностима и секретима инфициране особе, најчешће у току сексуалног контакта. До инфекције фетуса долази трансплацентарним путем или проласком кроз порођајни канал. Преношење путем трансфузије крви је могуће уколико је давалац у раној фази обољења. Инфекција контактом са контаминираним предметима је теоретски могућа, али је изузетно ријетка.

Период заразности

Особа је заразна за вријеме присуства промјена на кожи и слузокожама током примарног и секундарног сифилиса, као и при појави мукокутаних рецидива који се могу јавити у прве 4 године латенције. Конгенитална трансмисија је највјероватнија у току ране фазе инфекције мајке, али до ње може доћи током цијелог латентног периода. Проценат трансмисије је 60–100% за вријеме секундарног сифилиса и полако пада са временом. Адекватна терапија пеницилином обично елиминира заразност у року од 24 до 48 сати.

Клиничка слика

Клиничка слика зависи од стадијума и начина стицања болести. Сифилис се класификује као стечени и конгенитални.

а) *Стечени сифилис* који се дјели на:

- *Рани сифилис*: примарни, секундарни и рани латентни по дефиницији СЗО (*WHO – World Health Organization*) стечен за мање од двије године
- *Касни сифилис*: касни латентни (према СЗО стечен прије више од двије године) и терцијарни сифилис који укључује: гуматозне промјене, кардио-васкуларни сифилис и неуросифилис.

б) *Конгенитални сифилис* који се дијели на:

- рани (јавља се у току прве двије године живота) и
- касни (касније у животу).

Инкубациони период: 10–90 (обично 14–21) дана прије појаве улкуса који је карактеристичан за примарни сифилис.

Примарни сифилис

Око три седмице по експозицији на мјесту улуска трепонеме у организам јавља се *ulcus durum* (тврди шанкр). Примарна лезија је индурирана безболна улцерација са серозним ексудатом и праћена је регионалном лимфаденопатијом. Након 3 до 6 седмица, чак и без специфичног лијечења, улкус се повлачи.

Секундарни сифилис

Овај стадијум инфекције је посљедица дисеминације трепонеме, а јавља се обично у периоду од 2 до 8 седмица по појави шанкра. Клиничке манифестације су врло разноврсне, захватају више органа, а од свих симптома и знакова најчешће се препознају кожне промјене. Генерализован полиморфни осип (макуларни у 10%, папуларни у 12%, макуло-папуларни у 50–70% или ануларно-папуларни у 6–14% случајева) није праћен сврабом. Кожне промјене обично су локализоване на труп и горњим екстремитетима, ружичасте до црвене боје, дискретне макуларне лезије 3–10 mm у промјеру. Може бити захваћена било која површина тијела. Ове промјене обично трају неколико дана до 8 седмица и често прелази из макула у црвене папуле, а код малог броја пацијената прогредирају у пустуле.

Поред специфичних, секундарни сифилис прати и појава општих симптома: умор, температура непознатог поријекла, болови у дугим костима, мишићима и зглобовима, генерализована безболна лимфаденопатија. Диференцијална дијагностика секундарног сифилиса је веома широка, због чега је сифилис и добио надимак „велики имитатор“.

Латентни сифилис

Ову фазу болести карактерише позитиван резултат трепонемалних тестова на сифилис без клиничких манифестација обољења, нормални налази у ликвору и нормалан рендгенски снимак плућа. У прве четири године латентног сифилиса (рани латентни сифилис) може доћи до реактивације обољења, која се јавља у око 90% случајева у првој години, најчешће у облику мукокутаних лезија. У овом периоду пацијент се сматра

инфективним. У касном латентном сифилису особа која је имунокомпетентна отпорна је на реинфекцију и не долази до реактивације обољења. Труднице са касним латентним сифилисом могу инфицирати плод. Такође се сматра да се инфекција понекада може пренијети путем трансфузије крви узете од особе која је у овој фази обољења.

Касни сифилис

Терцијарни сифилис представља споро напредујућу, инфламаторну болест, која може захватити било који орган и клинички се манифестовати 5 до 30 или више година после иницијалне инфекције. Дијели се на: гуматозни, неуросифилис и кардио-васкуларни сифилис. Сва три облика терцијарног сифилиса могу бити удружени код обојеле особе.

Дијагностика сифилиса

Анамнестички подаци и клинички преглед су веома важни у процјени. Лабораторијска дијагностика обухвата методе директне (микроскопија у тамном пољу, ПЦР, моноклонална антителија) и индиректне детекције *T. pallidum* (серолошки тестови) .

Лијечење и превенција

Први избор у лијечењу сифилиса је бензатин-пеницилин, иако се примјењују и доксициклин, тетрациклин, еритромицин и азитромицин.

Превенција и контрола сифилиса

- Превенција се првенствено заснива на промјени ризичног сексуалног понашања и промоцији употребе заштите при сексуалном контакту.
- Савјетовања којим се промовише одгађање почетка полне активности, као и смањење броја партнера.
- Едукација пацијената и опште популације о путевима преношења болести и начинима смањивања ризика преношења.
- Јачање капацитета здравственог система за рану дијагностику и лијечење полно преносивих обољења.
- Серолошки скрининг трудница (прва посјета, касније у трудноћи и пред порођај) је важна
- активност у превенцији конгениталног сифилиса у подручјима у којима постоје регистровани случајеви сифилиса

5.3 ХЛАМИДИЈАЗА

Хламидијазу изазива бактерија *Chlamydia trachomatis*, која живи унутар ћелија. Ове ћелије се налазе на површини конјунктива, уретре, ендocerвикса, ендометријума и јајовода, што објашњава локализацију обољења изазваних *C. trachomatis*. Урогенитална инфекција узрокована *C. trachomatis* преноси се сексуалним контактом и код мушкараца се манифестује негонороеичним уретритисом, а код жена мукотрпним цервицитисом. Спада у најраспрострањеније сексуалне болести у општој популацији. Већина инфицираних нема симптоме, тако да инфекција остаје непрепозната и нелијечена, што погодује неконтролисано ширењу болести.

Клиничка слика

Симптоми хламидијазе, кад су присутни, јављају се после инкубационог периода од једне до три седмице (гнојни исцједак из пениса код мушкараца и печење при мокрењу, а бол током сексуалног односа, вагинално крварење између менструација и после сексуалног односа код жена).

Уколико се хламидијаза не лијечи, врло често долази до развоја компликација као што су: развој акутног салпингитиса и хроничне запаљенске болести мале карлице (енгл. Pelvic Inflammatory Disease – PID) са посљедичним стерилитетом повећаним ризиком од ванматеричне трудноће. Код трудница инфекција хламидијом може довести до пријевременог порођаја, а код новорођенчета инфициране мајке до неонаталне пнеумоније (упала плућа) и конјунктивитиса.

Офталмолошке инфекције са *C. trachomatis* манифестују се у три различита обољења: неонатални конјунктивитис, инклузиони конјунктивитис одраслих и трахом.

Дијагностика

Поред клиничке слике за дијагностиковање хламидијазе користи се лабораторијска дијагностика која се базира на директној микроскопској идентификацији хламидија у инфицираним ћелијама, на изолацији хламидија у култури ткива или примјени серолошких метода испитивања, те ПЦР дијагностика.

Лијечење и превенција

Неkomplикована инфекција хламидијом ефикасно се лијечи употребом азитромицина 1 g, орално у једној дози, или доксициклина 100 mg орално два пута дневно седам дана.

Примарна превенција обухвата избегавање ризичног сексуалног понашања, здравствено образовање те употребу кондома. Секундарна превенција подразумијева рано откривање асимптоматске болести путем скрининга како би се спријечиле драстичне посљедице хламидијалне инфекције – нативни преглед вагиналног бриса.

5.4 ГОНОРЕЈА

Гонореја је полно преносива болест изазвана гонококом *Neisseria gonorrhoeae*, који представља грам-негативан, интрацелуларни бубрежаст диплокок. Инфекција обично захвата слузокожу појединих дијелова генитоуринарног тракта, а оболијевају углавном одрасле особе које се најчешће заразе приликом сексуалног односа с обољелом особом. До инфекције може доћи и услјед додира са контаминираним материјалом и предметима, нпр. инструментима, крпама за прање сућа и приликом купања у загађеним кадама. Инкубациони период износи 4 до 10 дана.

Клиничка слика

Печење при мокрењу, гнојна секреција из уретре и иритација почев од четвртог до десетог дана након иницијалне инфекције представљају најчешће ране симптоме гонореичне инфекције. У каснијем периоду инфекција захвата остале структуре и органе уrogenиталног система (простата, Бартолинијеве и Скенеове жлијезде, вагина, цервикс, утерус и јајоводи) и може доћи до појаве пелвичне инфламаторне болести.

Дијагностика

Клинички налаз и лабораторијска дијагностика. Лабораторијска дијагностика: прегледом обојеног танког размаза секрета из уретре, цервикса, Бартолинијевих или Скенеових жлијезда, обично се открива типични грам-негативни интрацелуларни диплокок. Од осталих дијагностичких метода, преглед ексудата или културе техником флуоресцентних антитијела.

Лијечење и превенција

Терапија је антибиотска: Пеницилин, стрептомицин, тетрациклини и сулфонамиди, од којих сваки дјелује ефикасно против гонокока. У највећем броју случајева, међутим, пеницилин ипак остаје као лијек избора. У посљедњих десет година све је више врста *Neisseria gonorrhoeae* отпорних на антибиотике, па лијечење постаје теже. Лијечити се морају оба партнера, препорука је суздржавање од полног односа до потпуног излјечења или употреба кондома при сваком полном односу.

Уздржавање од сексуалне активности је најпоузданији метод за спречавање настанка гениталне инфекције. Употреба кондома и ограничавање броја сексуалних партнера може смањити вјероватноћу преноса и настанка гонореје, као и неразмјењивање прибора за личну хигијену. Употреба спемидне масти те дезинфекција базена за купање такође доприносе смањењу ширења болести.

5.5 ХУМАНИ ПАПИЛОМА ВИРУС – ХПВ

До сада је идентификовано око 100 типова хуманог папилома вируса (ХПВ), од којих најмање 40 изазива инфекције гениталне регије. Већина ХПВ инфекција се испољава са присутним симптомима или су асимптоматске или остају непрепознате. Већина сексуално активних људи су заражени ХПВ-ом бар једном у току свог животног вијека. Генотипови ХПВ 16 и 18 сматрају се високо ризичним и узрокују најчешће карциноме и преканцероматозна стања грлића, пениса, вулве, вагиналне, аналне регије, орофарингеалне регије, док не-онкогене, нискоризичне ХПВ инфекције које изазивају ХПВ типови 6 и 11, узрокују гениталне брадавице. Преноси се путем незаштићеног сексуалног контакта.

Клиничка слика

Око 90% аногениталних брадавица узроковане су неонкогеним ХПВ типовима 6 или 11. Ови типови се могу обично идентификовати раније или истовремено када се већ појаве аногениталне брадавице. ХПВ типови 16, 18, 31, 33 и 35 такође се повремено налазе у аногениталним брадавицама (обично као ко-инфекције са ХПВ 6 или 11) и могу бити повезани са жариштима висококвалитетне сквамозе интраепителне лезије (ХСИЛ), посебно код особа које имају ХИВ инфекцију. Аногениталне брадавице су обично асимптоматске, али у зависности од величине и анатомске локације, оне могу бити болне или пруритичне. Оне су обично равне, папуларне или педункулираног изгледа и захватају аногениталну регију код мушкараца. Брадавице се такође могу појавити на више локација у аногениталном епителу или унутар аногениталног тракта (нпр. грлић материце, вагина, уретра, перинеум, перианална кожа, анус и скротум).

Дијагностика

Дијагностика аногениталних брадавица обично се врши визуелно, инспекцијом. Дијагноза аногениталних брадавица се може потврдити биопсијом, што је индиковано ако су лезије нетипичне (нпр. пигментисане, индиректно причвршћене на ткиво, ако је присутно крварење, или улцерисане лезије). Биопсија је такође индикована у случајевима када је у питању:

- а) имунокомпромитовани пацијент (укључујући оне који су заражени ХИВ-ом)
- б) несигурна дијагноза;
- в) лезије које не одговарају на стандардну терапију; или
- г) болест која се погоршава током терапије.

ПАПА тест је скрининг тест који се користи у контексту раног откривања рака грлића материце. Према препорукама, треба да се ради на 3 године свим особама женског пола од 21. године старости. За детекцију онкогених типова ХПВ инфекције доступни су ПЦР ХПВ тестови. ХПВ тестирање се не препоручује за дијагнозу аногениталне брадавице.

Лијечење и превенција

Хируршко уклањање тангенцијалном ексцизијом, тангенцијалним бријањем, изрезивање, киретажа, ласер или електрохирургија.

Од нехируршке терапије за вањске аногениталне брадавице (тј. пенис, препуцијум, скротум, вулва, перинеум, спољашњи анус и перианус) препоручени су следећи препарати: Imikvimod 3,75% или 5% крема, Podofilok 0,5% раствор или гел, Sinecatechins 15% маст, Trichloroacetic acid (TCA) или bichloroacetic acid (BCA) 80%-90% solution. То су терапијски облици које пацијент може да аплицира сам или препарати који не захтијевају апликацију од стране љекара. Један од начина уклањања полних брадавица је и криотерапија са течним азотом или криопроба.

Специфична превенција – ХПВ вакцина

Данас су доступне вакцине: бивалентна вакцина (Cervarix) која спречава ХПВ инфекцију генотиповима 16 и 18, квадривалентна вакцина (Gardasil) која спречава ХПВ инфекције генотиповима 6, 11, 16 и 18, и 9-валентна вакцина која спречава ХПВ инфекцију генотиповима 6, 11, 16 и 18, 31, 33, 45, 52 и 58. Бивалентна и четворовалентна вакцина пружају заштиту од ХПВ инфекција генотипова 16 и 18, што представља 66% свих карцинома грлића материце док 9-валентна вакцина штити од пет додатних врста на које се односи још 15% случајева карцинома грлића материце. Квадривалентна ХПВ вакцина такође штити од ХПВ инфекције генотиповима 6 и 11, који узрокују 90% гениталних брадавица.

Све ХПВ вакцине се администрирају у облику ИМ инјекције у 3-дозне серије, током шестомјесечног периода, друга доза се даје 1-2 мјесеца након прве, а трећа доза 6 мјесеци након прве дозе. За дјевојчице, спровођење ХПВ вакцинације се препоручује у узрасту до 11-12 година и може се давати од 9. године.

ХПВ вакцинација није повезана са почетком ступања у сексуалне активности или сексуално понашање као ни са перцепцијом о сексуалном понашању и преношењу инфекције.

Уздржавање од сексуалне активности је најпоузданији метод за спречавање гениталне ХПВ инфекције. Употребе кондома и ограничавање броја сексуалних партнера може смањити вјероватноћу преноса и настанка ХПВ инфекције. Медицинско обрезивање мушкараца може обезбиједити мушкарцима дјелимичну заштиту од хуманог папилома вируса (ХПВ).

Мјера секундарне превенције је свакако спровођење скрининга ПАПА тестом и ХПВ тестирање на онкогене типове ХПВ-а.

5.6 ХЕПАТИТИС Б

Хепатитис Б је инфекција коју узрокује хепатитис Б вирус (ХБВ). Период инкубације, од времена излагања до појаве симптома, траје од 6 седмица до 6 мјесеци. Највећа концентрација ХБВ се налази у крви, ниже концентрације могу се наћи у другим тјелесним течностима укључујући ексудат ране, сјемену течност, вагинални секрет и пљувачку. ХБВ се преноси контактом оштећене коже или слузокоже са инфицираном крви или тјелесним течностима које садрже ХБВ. Примарни фактори ризика за инфекцију ХБВ код адолесцената и одраслих је незаштићени секс са инфицираним партнером, вишеструким партнерима, секс (мушкарца са мушкарцем МСМ), употреба инјекционих дрога.

Клиничка слика

Хепатитис Б вирус је инфективнији и стабилнији у вањској средини од било ког другог патогена који се преноси крвљу (нпр. ХЦВ и ХИВ). ХБВ инфекција може бити самоограничавајућа (појављује се и завршава на мјесту настанка) или хронична. Код одраслих, око половине новонасталих ХБВ инфекција су асимптоматске, а око 1% пријављених случајева изазива акутну инсуфицијенцију јетре и смрт. Ризик за хроничну инфекцију је обрнуто сразмјеран старости при стицању; око 90% инфициране новорођенчади и 30% инфициране дјеце старости <5 година постају хронично заражени у поређењу са 2%-6% људи који су заражени као одрасли. Ризик за пријевремену смрт од цирозе или хепатоцелуларног карцинома код особе са хроничном ХБВ инфекцијом износи 15%-25%.

ХБВ се преноси контактом оштећене коже или слузокоже са инфицираном крви или тјелесним течностима који садрже ХБВ. Примарни фактори ризика за инфекцију ХБВ код адолесцената и одраслих је незаштићени секс са инфицираним партнером, вишеструким партнерима, секс мушкарца са мушкарцем (МСМ), употреба инјекционих дрога.

Дијагностика

Дијагноза акутне или хроничне ХБВ инфекције поставља се серолошким тестирањем, присуством ХБсАг који је присутан у оба случаја акутне и хроничне инфекције. Присуство ИгМ антиtijела хепатитиса Б антигена (ИгМ анти-ХБц) је дијагностички показатељ акутне или недавно стечене ХБВ инфекције. Антиtijела на ХБсАг (анти-ХБс) се производе након прележане инфекције и маркер ХБВ антиtijела присутан је након вакцинације.

Лијечење и превенција

Не постоји специфична терапија за лијечење особа са акутним хепатитисом Б; лијечење је симптоматско.

Постоје два производа који се користе за превенцију хепатитиса Б: имуноглобулин хепатитиса Б (ХБИГ) за постекспозитурну профилаксу и вакцине против хепатитиса Б. ХБИГ пружа привремену заштиту (3-6 мјесеци) од ХБВ инфекције и обично се користи као профилакса након излагања (пост експозитурна профилакса – ПЕП) као додатак хепатитису Б вакцинацији (код невакцинисаних особа) или код особа које нису одговориле на вакцинацију. ХБИГ је припремљен из плазме за коју се зна да садржи високу концентрацију анти-ХБс. Препоручена доза ХБИГ је 0,06 ml/kg.

5.7 ХЕРПЕС СИМПЛЕКС ВИРУС – ХСВ

ХСВ инфекција је најчешћа вирусна полно преносива инфекција. Херпес симплекс вирус је најчешћи узрочник улцерација у генито-аналном региону, и то ХСВ-1 је одговоран за око 20% случајева, а ХСВ-2 за 80%. Човјек је домаћин, а ХСВ (Вирус Херпес симплекса) остаје у инфицираној особи цијели њен живот.

Путеви преношења: орални контакт, сексуални контакт с инфицираном особом, вертикална трансмисија. ХСВ-1 се углавном преноси орално-орално-контактним путем, путем контакта са вирусом ХСВ-1 у ранама, пљувачки и површинама у устима или око уста иако се ХСВ-1 може пренијети са оралних или кожних површина које изгледају нормално тј. у одсуству симптома. Међутим, ХСВ-1 се такође може пренијети у генитално подручје путем орално-гениталног контакта и изазвати генитални херпес. ХСВ инфекција се може пренијети сексуалним контактом укључујући орални секс, као и перинатално са мајке на дијете. Незаштићени сексуални контакт особа са ХСВ инфекцијом повећава ризик од ХИВ инфекције, али и од других полно преносивих болести. ХСВ-2 се углавном преноси сексуалним контактом, кроз контакт са гениталним површинама, кожом, ранама или течностима особе заражене вирусом. ХСВ-2 се може пренијети са коже у гениталној или аналној области која изгледа нормално и често се преноси у одсуству симптома. Ријеђе се ХСВ-2 инфекција може пренијети са мајке на дијете током порођаја. Штавише, студије показују да ХСВ-2 инфекција повећава ризик од ХИВ инфекција путем незаштићеног сексуалног односа.

Клиничка слика

Херпес симплекс вирус категорише се у 2 типа: херпес симплекс вирус тип 1 (ХСВ-1) и херпес симплекс вирус тип 2 (ХСВ-2).

ХСВ 1 се углавном преноси оралним путем и изазива лабијални херпес, али такође може да изазове генитални херпес, док је ХСВ 2 полно преносива болест која изазива генитални херпес.

Херпес симплекс вирус тип 1 (ХСВ-1)

ХСВ-1 је веома заразна инфекција, која је уобичајена и ендемична широм свијета. Већина ХСВ-1 инфекција стиче се током дјетињства, а инфекција је доживотна. Огромну већину ХСВ-1 инфекција чини орални херпес (инфекције у устима или око уста понекад се зову оролабијални, орални-лабијални херпес с оралним манифестацијама), али одређеном проценту ХСВ-1 инфекција изазива и генитални херпес (инфекције у гениталном или аналном подручју). Орална херпесна инфекција је углавном асимптоматска, а већина особа са ХСВ-1 инфекцијом нису свјесне да су заражене. Симптоми оралног херпеса укључују болне везикуле или отворене ране-улцерације у устима или око уста. Обољеле особе осјећају пецкање, свраб или имају осјећај печења око уста, прије појављивања везикула и рана. Након иницијалне инфекције, везикуле или улцерације се периодично могу поновити, али генитални херпес узрокован ХСВ-1 најчешће се не понавља. Учесталост рецидива варира од особе до особе. Људи који већ имају ХСВ-1 инфекцију нису у опасности да то поново добију, али су и даље у опасности од гениталне инфекције херпес симплекс вирусом типа 2 (ХСВ-2).

Херпес симплекс вирус тип 2 (ХСВ-2)

ХСВ-2 инфекција је широко распрострањена у свијету и скоро се искључиво преноси сексуалним путем, узрокујући генитални херпес. ХСВ-2 је главни узрок гениталног херпеса, који такође, иако ријетко, може бити узрокован и вирусом херпес симплекс типа 1 (ХСВ-1). Инфекција са ХСВ-2 је доживотна и неизлјечива. Инфекције гениталног херпеса често су без симптома, или имају благе симптоме који остају не препознати. Када се појаве симптоми, генитални херпес карактерише један или више гениталних или аналних везикула или отворених болних улцерација. Осим гениталних улкуса, симптоми нових гениталних херпес инфекција често укључују грозницу, болове у тијелу и отечене лимфне чворове. Након иницијалне гениталне херпес инфекције са ХСВ-2, уобичајена је периодична појава симптома који су углавном мање озбиљни у односу на иницијалну инфекцију. Учесталост избијања се временом смањује. Људи који су заражени ХСВ-2 имају осјећај благог пецкања или болова у ногама, боковима и задњици прије појаве гениталних улцерација.

Дијагностика

ХСВ инфекција се дијагностикује анализом везикуларне течности или гениталних секрета, обично уз помоћ технике амплификације нуклеинске киселине, која је најосјетљивија метода (преко 95% и готово 100% специфичности). Вирус такође може бити откривен техником детекције антигена, али овај метод је много мање осјетљив.

Терапија и превенција

Гениталне ХСВ инфекције се системски третирају са виростатикима: *aciclovir*, *valaciclovir* или *famciclovir*; дозирање виростатика зависи од тога да ли се ради о иницијалној ХСВ инфекцији или рецидиву као и од тога да ли је пацијент имунокомпромитован или не. Код пацијената који имају ХСВ инфекције које се понављају четири или више пута годишње, препоручује се дугорочна терапија супресије вируса са једним од наведених виростатика (*aciclovir*, *valaciclovir* или *famciclovir*). Некад се може индиковати и лијечење сексуалног партнера, док је лијечење ХСВ инфекције током трудноће од великог значаја.

Људи са ХСВ инфекцијом треба да избјегавају орални контакт са другима и размјену предмета који су били у контакту са пљувачком у току активних симптома оралног херпеса. Препоручено је суздржавање од оралног сексуалног контакта како би се избјегло преношење херпеса на гениталије сексуалног партнера. За контролу ширења ХСВ инфекције од великог значаја је да се особе са акутном ХСВ инфекцијом суздржавају од незаштићеног сексуалног односа, све док су присутни било који од симптома.

Конзистентна и правилна употреба кондома може помоћи спречавању ширења гениталног херпеса. Међутим, кондоми могу само смањити ризик од инфекције јер избијање гениталног херпеса може настати у подручјима која нису покривена кондомом. Медицинско обрезивање мушкараца може мушкарцима обезбиједити дјелимичну заштиту од ХСВ-2, поред ХИВ-а и хуманог папилома вируса (ХПВ).

5.8 ХИВ

ХИВ инфекција је полно преносива болест чији је узročник вирус хумане имунодефицијенције – ХИВ (енгл. *Human Immunodeficiency Virus*). Инфекција је доживотна, није излјечива, али се ток болести може модификовати тренутно расположивим терапијским достигнућима. Вирус хумане имунодефицијенције је РНА вирус, који спада у групу ретровируса званих лентивируси (или спори вируси). Инкубација траје од мање од 1 године до 15 година и више, док је код одојчади период инкубације краћи него код одраслих. Уласком у крв, преко слузница или приликом директног контакта са крвљу, ХИВ вирус улази у ћелије имуног система (CD4+ Т лимфоцити) и почиње да се у њима размножава и на тај начин онеспособљава имуни систем домаћина.

AIDS или сида (синдром стечене имунодефицијенције) је крајњи стадијум ХИВ инфекције. Према дефиницији, сиду имају особе код којих је број CD4+ Т лимфоцита драстично смањен и код којих су се развиле инфекције и стања условљења ослабљеним имуни одговором. Вирус ХИВ-а се размножава у CD4+ Т лимфоцитима и уништава их, те на овај начин успорава и онемогућава правилну одбрану организма од болести. Код здраве одрасле особе њихов број је око 1000, док је код ХИВ обољеле особе мањи од 200. Овако ослабљен организам постаје неотпоран на баналне болести и инфекције. Разлика између ХИВ и сиде: сида се развија код особе претходно заражене ХИВ-ом. Термин *AIDS* или сида означава узнапредовали стадијум ХИВ инфекције. ХИВ позитивност не значи да особа аутоматски има и сиду, која ће се испољити током времена.

ХИВ инфекција преноси се најчешће полним контактом, преко тјелесних течности (крви, сперме, вагиналног секрета) и преко млијека током дојења, али постоји потенцијални ризик преношена инфекције и другим тјелесним течностима (цереброспинални ликвор, синовијална течност, плеурална течност, перитонеална, амнионска течност)

Два су главна начина преношења:

- вагинални или анални полни однос без заштите са зараженом особом
- употребом већ претходно коришћених игала од стране заражене особе.

Инфекција се може пренијети са труднице преко плаценте и путем дојења на бебу. Поред тога, може се пренијети путем контакта са зараженом крви, трансфузијом крви ако крв није тестирана, или када се исте игле користе код више особа: корисници ИВ дрога, приликом тетоважа и *body piercinga* у неадекватним и нехигијенским условима, употребом прибора који није правилно стерилисан, акциденталне ситуације здравствених радника. Особе које су већ обољеле од неке полно преносиве болести осјетљивије су на ХИВ током ризичног односа са инфицираним партнером.

ХИВ се не преноси: руковањем, заједничким радом са зараженом особом, исхраном у друштву инфициране особе, такође се не преноси знојем, сузама, пљувачком, урином и фецесом, али само у одсуству крви!

Клиничка слика

Разликујемо 4 главна стадијума напредовања ХИВ инфекције у сиде:

I стадијум: асимптоматска фаза или генерализована лимфаденопатија

II стадијум: лакше тегобе

III стадијум: озбиљније тегобе

IV стадијум: сида

I стадијум: То је период, непосредно након иницијалне инфекције, од тренутка уласка вируса у организам па до појаве антитијела у крви – Акутни ретровирални синдром, траје од 2-8 седмица и некад личи на грипозно стање. У овом периоду, који наступа након инфекције, јављају се симптоми слични грипу, повишена тјелесна температура, грозница, слабост, уз отицање лимфних чворова – ова фаза је високо инфективна. Обично настаје између друге и четврте седмице од тренутка инфекције. Вирус путем крвотока долази до разних органа. Током ове фазе, инфициране особе су инфективне, и велика количина вируса се налази у тјелесним течностима и екскретима, нарочито гениталним. Уколико се у том периоду раде тестови, који детектују присуство антитијела, резултат је лажно негативан. Асимптоматска фаза првог стадијума у може да траје и 10 година, углавном је без симптома, ријеђе су присутне увећане лимфне жлијезде и ХИВ Ат се могу детектовати.

II стадијум: Током другог стадијума ХИВ инфекције присутан је губитак тјелесне масе <10% од укупне тјелесне масе. Такође, у овом стадијум могу се развити промјене на кожи и слузницама мукокутане манифестације (себореја, рекурентне оралне улцерације, пруритус, онихомикоза). Због ослабљеног имуног одговора организма, врло често долази до инфекције Херпес зостер вирусом као и појаве рекурентне инфекције горњих респираторних путева (синуситис). Током овог стадијума инфекције, обављање свакодневних активности није нарушено.

III стадијум: Овај стадијум назива се и симптоматска фаза ХИВ инфекције. Присутан је губитак тјелесне масе >10% од укупне тјелесне масе. Најчешћи симптоми који се јављају у овој фази су:

- Дијареја која траје дуже од мјесец дана
- Грозница дужа од мјесец дана, интермитентна или константна
- Орална кандидијаза (или рекурентна вагинална)
- Орална хаиру леукоплакиа
- Пулмонална туберкулоза
- Тешке бактеријске инфекције (пнеумониа, пуомуосис)
- Тромбоцитопенија, неутропенија
- Нејасна анемија.

У III стадијуму ХИВ инфекције особа је везана за кревет <50% дневног времена.

IV стадијум: Узнапредовали стадијум ХИВ инфекције је Синдром стечене имунодефицијенције (сиде), који може трајати од 2 до 15 година у зависности од појединца. Сиде је дефинисана развојем одређених карцинома, инфекција или других озбиљних клиничких манифестација, међу којима су најчешћи:

- *Mycobacterium avium complex*
- ЦМВ инфекција (ретинитис)
- Histoplasmosis
- ЦНС токсоплазмоза
- CNS lymphoma
- Екстрапулмонарна туберкулоза
- Капоши сарком
- Прогресивна мултифокална леукоенцефалопатија
- АИДС енцефалопатија/деменција

Особе са сидом су везане за кревет >50% дневног времена.

Дијагностика

Обично почиње проценом ризика (ризичног понашања) од стране стручног лица, након чега слиједи лабораторијска дијагностика којом се детектују антитијела, која синтетише имуни систем као реакцију на инфекцију. За рану детекцију потребно је од 1 до 3 мјесеца и овај временски период, од тренутка када се инфекција догодила до појаве довољне количине специфичних антитијела, зове се „период прозора“. У периоду прозора особе инфициране ХИВ-ом немају антитијела у крви, али могу имати висок ниво ХИВ-а у крви, у сексуалним течностима и у мајчином млијеку. Особе са ХИВ-ом су много инфективније током периода прозора, прије него што је њихов сопствени имунолошки систем покушао да контролише вирус. У том периоду резултат теста може бити негативан чак и ако инфекција постоји (лажно негативан резултат) те је потребно поновити тест након 3 мјесеца. Најчешће се користи основни ЕЛИСА тест којим се откривају специфична антитијела у крви. Уколико је ЕЛИСА тест позитиван, раде се тестови којима се може доказати присуство вируса: *Western Blott* тест који тражи вирусне протеине. Тестовима којима се открива сама структура вируса – ПЦР техника, могу се открити дијелови вируса и то већ после 10 до 15 дана од када се инфекција догодила. Ови тестови не спадају у рутинско тестирање. Резултат теста може бити:

- Реактиван (или позитиван тј. серопозитиван)
- Нереактиван (или негативан тј. серонегативан)

Позитиван резултат значи да је организам произвео антитијела на ХИВ, да су она потом пронађена у крви и да инфекција постоји. Позитиван резултат се увијек мора још једном провјерити другом врстом теста (*Western Blott тестом*). Негативан резултат значи да антитијела на ХИВ нису пронађена у крви.

Лијечење и превенција

У лијечењу се користе антиретровирални лијекови, који спречавају да се вирус ХИВ-а умножава. На тај се начин спречава да се особа инфицирана ХИВ-ом разболи. Овакви лијекови су значајно повећали дужину преживљавања инфицираних особа. У лијечењу ХИВ инфекције користи се комбинована терапија. Уобичајена терапијска комбинација је HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*), подразумијева примјену 2 лијека из групе инхибитора реверзне транскриптазе (*NRTI – Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors*) и из групе протеаза инхибитора (*non-NRTI*).

Недостаци: токсичност лијекова и проблеми са комплијансом послје дуготрајне примјене, као и неминовни развој резистенције вируса. Тренутно се улажу велики напори у проналажење вакцине: напредак је постигнут, али је потребно спровести додатна испитивања да би се започело са њеном примјеном у свакодневној пракси.

За особе које су неинфициране најзначајнија превентивна мјера је упражњавање безбједних стилова живота:

- Одговорно сексуално понашање (селекција партнера, моногамне везе, употреба кондома при сваком полном односу, избјегавање ризичног сексуалног односа)
- Избјегавање употребе психоактивних супстанци (такође, избјегавање сексуалних односа „под утицајем“ због нарушене моћи доношења одлука).

Ако је дијагностиковано присуство ХИВ вируса:

- Сексуални односи искључиво са кондомом
- Уколико је особа наркоман, користити искључиво свој прибор (*Harm Reduction Program*)
- Труднице се подвргавају терапији, порођај се изводи царским резом ако је број вирусних копија већи од 1000 по ml крвне плазме и дијете се не храни мајчиним млијеком

Пост-експозициона профилакса (ПЕП) је терапија која се даје одмах након могуће изложености ХИВ-у, а најкасније 72 сата након изложености, како би се спријечило задржавање вируса у тијелу. Ова терапија се даје у трајању од четири седмице.

5.9 ТРИХОМОНИЈАЗА

Трихомонијаза је инфекција урогениталног тракта која је изазвана протозоом *Trichomonas vaginalis*. Ова инфекција спада у групу полно преносивих болести те представља најчешћи узрок невирусних полно преносивих болести у свијету. Она чини 4–27% свих вулвовагинитиса код жена. Код мушкараца инфекција са *T. vaginalis* остаје асимптоматска те су мушкарци преносиоци болести; само у 0–5% узрокује симптоматску инфекцију код мушкараца. *Trichomonas vaginalis* заједно са инфекцијом хуманим папилома вирусом и инфекцијом изазваном *Chlamydia trachomatis* чини 88% од свих полно преносивих болести у старосној доби од 15 до 24 године живота. Према подацима Свјетске здравствене организације, на годишњем нивоу у око 23% инфекција *T. vaginalis* се јавља код младих особа старости од 18 до 23 године.

Трихомонијаза се преноси путем директног контакта инфицираних слузница, полным контактом те контактом слузнице са ејакулатом, вагиналним или цервикалним секретом и урином. Мушкарци се инфицирају искључиво од жена. Поред преноса полным контактом, *T. vaginalis* се може пренијети са инфицираних трудница на новорођенчад у 2–17% случајева. Верификовани су и случајеви преноса болести посредним путем, пошто на влажним предметима (влажни пешкир, тоалетни сунђер) може преживјети до 24 сата. Међутим, за активну упалу вагине потребна је инокулација са 5–10 хиљада организама, мала је могућност да се пренесе пешкиром или купањем у базену. Трихомонијаза може бити удружена са другим инфекцијама односно са бактеријском вагинозом код жене и ХИВ инфекцијом код мушкараца. Инкубација траје од 4 до 28 дана.

Клиничка слика

Клиничке манифестације трихомонијазе код жена могу бити различите и могу варирати од асимптоматске до врло непријатне симптоматске болести. У око 25–50% жена са овом инфекцијом нема никаквих симптома. Најчешћа клиничка манифестација код жена је вагинитис, мада се могу јавити и бартолинитис, аднекситис, пиосалпинкс, цервицитис и ендометритис. Код мушкараца инфекција најчешће пролази асимптоматски или са благим симптомима, а ријетко узрокује простатитис и епидидимитис који се манифестује секретом и дизуријом. Ако ипак перзистира, узрокује хроничну инфекцију, а у ријетким случајевима може узроковати и мушку неплодност. Зависно од тежине инфекције, трихомонијаза се може класификовати на акутну, хроничну и асимптоматску. Клиничку слику *акутне трихомонијазе* карактерише појава дифузног вулвитиса и обилна леукоореја (карактеристичан секрет је риједак, пјенушав и жуто-зеленкаст) праћен осјећајем свраба и дизурије. У неким

случајева може се јавити карактеристичан мирис попут покварене рибе или црвенило и едем слузнице. Ријетко постоји бол на додир и тачкаста крварења на вагини и грлићу материце.

Жене са симптомима уринарне инфекције и негативном уринокултуром чешће имају трихомонијазу (26%) у односу на оне са позитивном уринокултуром (9%), док жене са стерилном пиуријом имају инфекцију Трихомонасом у чак 43% случајева. Стога код жена које су сексуално активне и имају симптоме уринарне инфекције треба испитати постоји ли и инфекција Трихомонас вагиналисом.

Хронична инфекција је најчешће посљедица асимптоматских инфекција које се не лијече или лијечења трихомонаса који је развио отпорност на метронидазол. Перзистирајућа дуготрајна инфекција може узроковати хроничне упалне промјене на вагини и грлићу материце. Ако се не лијечи, ова инфекција може перзистирати и 2 године, а код мушкараца 4 мјесеца. Постављање дијагнозе инфекције Трихомонас вагиналисом није могуће само на основу клиничке слике јер су клинички знаци слични осталим полно преносивим болестима. Појачана вагинална секреција налази се у 10 до 20% жена.

Дијагностика

Клиничка слика није сама довољна за дијагнозу због сличности симптома са осталим полно преносивим болестима. Анамнестички подаци и прегледом утврђен карактеристичан секрет нису довољни за постављање дијагнозе јер чак 80–90% жена с инфекцијом неће бити препознато.

Лабораторијски тестови: нативни размаз вагиналног бриса, култура ћелија и тест моноклонских антителија.

Лијечење и превенција

Лијек избора у лијечењу трихомонијазе су нитроимидазоли. Најчешће се примјењује метронидазол који дјелује на анаеробне бактерије и паразитске организме. Потребно је лијечити оба партнера. Инфекција Трихомонас вагиналисом отпорна на метронидазол лијечи се тимидазолом и орнидазолом. Трудницама се вагинално даје клотримазол са 50% успјеха.

Превенција је као и код других полно преносивих болести: избјегавање ризичног сексуалног понашања, апстиненција и коришћење кондома приликом сексуалног односа.

5.10 Ектопаразитарне инфекције

Pediculosis pubis – стидне ваши

Особе које имају *Pediculosis pubis* (тј., стидне ваши) обично траже медицинску помоћ због свраба или зато што су примијетиле ваши или гњиде на косматом дјелу пубичне регије.

Лијечење

Препоручена терапија: Permethrin 1% крема за косу примијењена на погођеном подручју и опрати након 10 минута ИЛИ Пиретрин са пиперонил бутоксидом примијењен на захваћену површину и опрати након 10 минута.

Сви сексуални партнери у претходном мјесецу треба да буду подвргнути третману.

Постељину и одјећу деконтаминирати, избјежавати сексуални контакт док траје третман.

Литература:

- Centers for Disease Control and Prevention, Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015.
- WHO, Global Health Sector Strategy on Sexually Transmitted Infections 2016–2021, 2016.
- WHO, Sexually Transmitted Infections (STIs), Fact sheet, 2016. www.who.int/mediacentre/factsheets
- www.acog.org/Patients/FAQs/How-to-Prevent-Sexually-Transmitted-Infections-STIs
- http://hpvinfo.ca/wp-content/uploads/2015/04/sti_flipchart2011eng.pdf
- www.uc.edu/content/dam/uc/wellness/images/STIs.png
- www.medlineplus.gov/chlamydiainfections.html
- www.hivtestiranjebih.com

Прилог 1. ЗАВРШНИ ТЕСТ

Закружите „тачно“ ако је тврдња истинита, односно „нетачно“ ако није. На једно питање могуће је заокружити више тачних одговора.

1. Полно преносиве болести преносе се:		
а) Директним контактом	Тачно	Нетачно
б) Путем крви	Тачно	Нетачно
в) Са мајке на дијете	Тачно	Нетачно
г) Респираторним путем	Тачно	Нетачно
2. Полно преносиве болести у највећем проценту су:		
а) Са израженом клиничком сликом	Тачно	Нетачно
б) Асимптоматске	Тачно	Нетачно
в) Са доминантним општим симптомима упале	Тачно	Нетачно
3. Која од полних болести се може пренијети путем инфициране крви?		
а) Хепатитис Б	Тачно	Нетачно
б) Гонореја	Тачно	Нетачно
в) Хламидија	Тачно	Нетачно
г) Полне брадавице	Тачно	Нетачно
4. Иако обољела особа није имала сексуалне односе, понекад након употребе антибиотика могу се појавити и промјене на гениталијама. Ово обољење је:		
а) Гонореја	Тачно	Нетачно
б) Кандидијаза	Тачно	Нетачно
в) Трихомонијаза	Тачно	Нетачно
г) Генитални херпес	Тачно	Нетачно
5. Која од полних инфекција изазива стерилитет (неплодност) ако се не лијечи?		
а) Хламидија	Тачно	Нетачно
б) Трихомонијаза	Тачно	Нетачно
в) Кандидијаза	Тачно	Нетачно
г) Полне брадавице	Тачно	Нетачно
6. ХИВ инфекција се не може пренијети:		
а) Руковањем	Тачно	Нетачно
б) Дојењем	Тачно	Нетачно
в) Пољупцем	Тачно	Нетачно
г) Трансфузијом крви	Тачно	Нетачно
7. Која од наведених болести није изазвана вирусом?		
а) Сиде	Тачно	Нетачно
б) Полне брадавице	Тачно	Нетачно
в) Хламидијаза	Тачно	Нетачно
г) Генитални херпес	Тачно	Нетачно
8. Које од наведених полних преносивих инфекција су изљечиве		
а) Хепатитис Б	Тачно	Нетачно
б) Гонореја	Тачно	Нетачно
в) Хламидија	Тачно	Нетачно
г) Трихомонијаза	Тачно	Нетачно

ОДГОВОРИ

1. Полно преносиве болести преносе се:		
а) Директним контактом	Тачно	Нетачно
б) Путем крви	Тачно	Нетачно
в) Са мајке на дијете	Тачно	Нетачно
г) Респираторним путем	Тачно	Нетачно
2. Полно преносиве болести у највећем проценту су:		
а) Са израженом клиничком сликом	Тачно	Нетачно
б) Асимптоматске	Тачно	Нетачно
в) Са доминантним општим симптомима упале	Тачно	Нетачно
3. Која од полних болести се може пренијети путем инфициране крви?		
а) Хепатитис Б	Тачно	Нетачно
б) Гонореја	Тачно	Нетачно
в) Хламидија	Тачно	Нетачно
г) Полне брадавице	Тачно	Нетачно
4. Иако обољела особа није имала сексуалне односе, понекад након употребе антибиотика могу се појавити и промјене на гениталијама. Ово обољење је:		
а) Гонореја	Тачно	Нетачно
б) Кандидијаза	Тачно	Нетачно
в) Трихомонијаза	Тачно	Нетачно
г) Генитални херпес	Тачно	Нетачно
5. Која од полних инфекција изазива стерилитет (неплодност) ако се не лијечи?		
а) Хламидија	Тачно	Нетачно
б) Трихомонијаза	Тачно	Нетачно
в) Кандидијаза	Тачно	Нетачно
г) Полне брадавице	Тачно	Нетачно
6. ХИВ инфекција се не може пренијети:		
а) Руковањем	Тачно	Нетачно
б) Дојењем	Тачно	Нетачно
в) Пољупцем	Тачно	Нетачно
г) Трансфузијом крви	Тачно	Нетачно
7. Која од наведених болести није изазвана вирусом?		
а) Сида	Тачно	Нетачно
б) Полне брадавице	Тачно	Нетачно
в) Хламидијаза	Тачно	Нетачно
г) Генитални херпес	Тачно	Нетачно
8. Које од наведених полних преносивих инфекција су изљечиве		
а) Хепатитис Б	Тачно	Нетачно
б) Гонореја	Тачно	Нетачно
в) Хламидија	Тачно	Нетачно
г) Трихомонијаза	Тачно	Нетачно

Прилог 2. Табела – Најчешће полно преносиве болести, узрочници, клиничка презентација и путеви ширења
Табела је посебно приложена

Прилог 3. Брзи преглед основних карактеристика најчешћих ППИ

1. Сифилис
Етиологија: *Treponema pallidum*
Извор заразе: Болестан човјек.
Путеви преношења: Полни контакт, ријебе индиректно, трансфузија, вертикална трансмисија (с мајке на дијете).
Улазна врата: кожа и слузокожа.
Инкубација: 10-70 дана, просјечно 21 дан.
Клиничка слика: венерични, конгенитални и ендемски.
Терапија: Пеницилин.
Дијагноза: Микроскопски (у тамном пољу) серолошки РВК (Wasserman) ФТА специфична Nelson Mayer реакција (ИТП) ТПХА култивација.
Раширеност: Космополитска, Ендемска у неразвијеним земљама.
Превенција: Здравствено васпитање, лична заштита.
Сузбијање: Пријављивање обољења и смрти, епидемиолошко испитивање (обољелих, сумњивих на обољење), лабораторијска дијагностика, лијечење.

2. Гонореја (*Gonorrhoea*)
Етиологија: *Neisseria gonorrhoeae*
Извор заразе: обољела особа и асимптоматски носиоци.
Путеви преношења: Полни контакт, ријебе индиректно, перинатално/вертикална трансмисија.
Улазна врата: Слузокожа урогениталног тракта, ректума и конјуктиве.
Инкубација: 2-10 дана, најчешће 3 дана.
Клиничка слика: присутна је разлика у клиничкој слици код мушкараца и жена. Жене имају мање субјективних тегоба. Остале локације: аноректална, орофарингеална гонореја, гонороични којуктивитис.
Терапија: Пеницилин.
Дијагноза: Директна микроскопија (секрет уретре, простате, цервикалног канала), култивација, серолошки, ПЦР.
Раширеност: Космополитска, ризичне групе понашања.
Превенција: Здравствено васпитање (младих, опште популације, ризичних група), лична заштита (кондом), спермицидне масти, дезинфекција базена за купање.
Сузбијање: Пријављивање обољења, епидемиолошко испитивање (обољелих, сумњивих на обољење), лабораторијска дијагностика, лијечење. Дезинфекција секрета, рубља и постељине.

3. Хламидијалне инфекције (*Chlamydiasis*)
Етиологија: *Chlamidia trachomatis*
Извор заразе: обољела особа и асимптоматски носиоци.
Путеви преношења: Полни контакт, перинатално/вертикална трансмисија.
Улазна врата: Слузокожа урогениталног тракта, ректума и конјуктиве.
Инкубација: 1-3 седмице.
Клиничка слика: код мушкараца (уретритис, епидимитис, простатитис, уретрална стриктура, поцтитис), код жена (цервицитис, уретритис, ендометритис, салпингитис, пелвична инфективна болест, компликације у трудноћи), оба пола (Реитеров синдром, стерилитет, инклузорни конјуктивитис адулторум, лимфогранулома венерум, трахома), смрт фетуса/новорођенчета, пнеумонија новорођенчета. Благих симптоми и асимптоматско носилаштво присутно је код око 70% жена.
Терапија: Доксициклин, еритромицин, азитромицин.
Дијагноза: Изолација у култури ћелија, бојење по Giemsi, Имунофлуоресценција, ЕИА, ПЦР
Раширеност: Космополитска, САД и земље западне Европе у 1-7% здравих мушкараца и у 5-20% жена с асимптоматском инфекцијом. Најчешће у старосној групи 15-29 година. Ризичне групе (МСМ – мушкарци који имају полни однос са мушкарцима) ризичне групе понашања.
Превенција: Здравствено васпитање (младих, опште популације, ризичних група), лична заштита (кондом).

Сузбијање: Пријављивање обољења, епидемиолошко испитивање (обољелих, сумњивих на обољење), лабораторијска дијагностика, лијечење, здравствено васпитни рад.

4. Херпес симплекс вирус инфекције

Етиологија: Херпес сипмлекс вирус 1 (ХСВ 1) и херпес симплекс вирус 2 (ХСВ 2)с

Извор заразе: обољела особа и асимптоматски носиоци.

Путеви преношења: Полни контакт, орални контакт, перинатално/вертикална трансмисија.

Улазна врата: Интактна кожа и слузокожа (букална слузница, слузокожа урогениталног тракта, ректума) и конјуктиве.

Инкубација: 2-12 дана.

Клиничка слика: ХСВ 1- Орална херпесна инфекција је углавном асимптоматска, а већина особа са ХСВ-1 инфекцијом нису свјесне да су заражене. Симптоми оралног херпеса укључују болне везикуле или отворене ране – улцерације у устима или око уста. Обољеле особе осјећају пецкање, свраб или имају осјећај печења око уста прије појављивања везикула и рана.

ХСВ 2- Инфекције гениталног херпеса често су без симптома, или имају благе симптоме који остају непрепознати. Пракса је да око 10–20% људи са ХСВ-2 инфекцијом потврђују претходну дијагнозу гениталног херпеса. Типични симптоми ХСВ 2 инфекције су појава једног или више гениталних или аналних везикула или отворених рана – улцерација. Осим гениталних улкуса, симптоми нове гениталне херпес инфекције често укључују грозницу, болове у тијелу и отечене лимфне чворове.

ХСВ 1 и ХСВ-2 инфекције су доживотне.

Терапија: виростатцима: ацикловир, валацикловир или фамцикловир; дозирање виростатика зависи од тога да ли се ради о иницијалној ХСВ инфекцији или рецидиву, као и од тога да ли је пацијент имунокомпромитован или не. Код пацијената који имају ХСВ инфекције које се понављају четири или више пута годишње, препоручује се дугорочна терапија супресије вируса препорученим виростатцима.

Дијагноза: ХСВ инфекција се дијагностикује анализом везикуларне течности или гениталног секрета, обично уз помоћ нуклеинске киселине амплификационе технике, која је најосјетљивија метода (преко 95% и готово 100% специфичности).

Раширеност: Космополитска, Процењује се да 3,7 милијарди људи до 50 година старости (67%) има ХСВ-1 инфекције на глобалном нивоу. Чак 417 милиона људи узраста од 15–49 година (11%) широм свијета имају ХСВ-2 инфекције. Највише оралних и гениталних инфекција ХСВ су без симптома.

Превенција: Здравствено васпитање (младих, опште популације, ризичних група). лична заштита (кондом).

Сузбијање: Пријављивање обољења, епидемиолошко испитивање (обољелих, сумњивих на обољење), лабораторијска дијагностика, лијечење, здравствено васпитни рад.

5. ХИВ инфекција

Етиологија: ХИВ1, и ХИВ2- РНК вирус, фамилија *Retroviredae*

Извор заразе: обољела особа и асимптоматски вирусноша (крв, сјемена течност, вагинални секрет и мајчино млијеко).

Путеви преношења: Полни контакт, крв и крвни деривати, перинатално/вертикална трансмисија (са мајке на дијете).

Улазна врата: Оштећена кожа и слузокожа и конјуктиве.

Инкубација: 2 мјесеца до 10 и више година.

Клиничка слика: Еволуција кроз акутну ХИВ инфекцију, асимптоматску фазу, рану симптоматску фазу и терминалну фазу болести.

Терапија: Комбинована антивирусна HAART.

Дијагноза: Директни тестови (култура вируса, доказивање ХИВ Агп 24 и ПЦР за детекцију вирусних генома), индиректни тестови (Анти ХИВ антитијела), детекција Ат 1–3 мјесеца послије инфекције.

Раширеност: Пандемија. Од 1981. до данас умрло је више од 30 милиона људи.

Превенција: Здравствено васпитање (младих, опште популације, ризичних група), лична заштита (кондом).

Сузбијање: Пријављивање обољења, епидемиолошко испитивање (обољелих, сумњивих на обољење), лабораторијска дијагностика, лијечење, здравствено васпитни рад.

6. Хепатитис Б

Етиологија: Хепатитис Б вирус –ХБВ-ДНА вирус, фамилија *Hepadnaviredae*

Извор заразе: обољела особа или антигеноша.

Путеви преношења: Директан контакт: перкутана инокулација, преко слузокоже – полни контакт, вертикална трансмисија (са мајке на дијете).

Улазна врата: Оштећена кожа и слузокожа (полна, булачна) и конјуктиве.

Инкубација: 40–180 дана.

Клиничка слика: Акутни хепатитис, хронични хепатитис, цироза јетре, ПХЦ (примарни хепатоцелуларни карцином) јетре.

Дијагноза: Доказ три система Аг-антитјела.

Терапија: Симптоматска, хигијенско-дијететски режим и др.

Раширеност: Регије високе, средње и ниске ендемичности.

Профилактика. Опште мјере (у здравственим установама, здравствено васпитни рад са младима, ризичним групама и сл.) и специфичне мјере (вакцинација, серопротифилакса) и здравствено васпитни рад.

Хепатитис Б је један од водећих здравствених проблема у свијету, који погађа преко 2 милијарде људи. Само клицоноша има око 350 милиона. Ова подмукла болест је преко 100 пута инфективнија од сиде и за сада не располажемо адекватном ефикасном терапијом, али је можемо спријечити вакцинацијом.

Хепатитис Б води у стање доживотног клицоноштва; посљедице ове болести укључују цирозу и карцином јетре. Смртоноснија је од било које друге болести која се може превенирати вакцинацијом. Процењује се да годишње од ХБ умре око 2 милиона људи.

7. Хумани Папилома Вирус ХПВ

Етиологија: Хумани папилома вирус, спада у ДНА вирус, фамилија *Papovaviridae*

До сада је идентификовано око 100 типова хуманог папилома вируса (ХПВ), најмање 40 изазива инфекције гениталне регије.

Извор заразе: обољела особа и асимптоматски вирусноша.

Путеви преношења: директним контактом са зараженом кожом и слузокожом.

Улазна врата: кожа и слузокожа урогениталног тракта и конјуктиве.

Инкубација: од неколико дана до неколико мјесеци.

Клиничка слика: Вирус се налази у ћелијама коже или слузокоже и обично не изазива никакве симптоме. ХПВ-16, 18, 31, 33, 35 и 45 стварају равне и скоро невидљиве брадавице које могу постати малигне док ХПВ-6 и 11 представљају најчешће узрочнике кондилома, лако су уочљиви и не изазивају рак. Сматра се да прелаз кондилома у рак захтијева присуство других штетних фактора као што су зараженост херпес симплекс вирусом, лош имунолошки статус и пушење.

Терапија: Кондиломи се уклањају хируршким путем: скалпелом или ласером, као и крио-терапијом, електротерапијом или поступком званим ЛЕЕП. Друга могућност је премазивање израслина подофилином (*Podo-phyllinum*). Локална апликација лијекова (антимикотици, каустици, индуктори интерферона и сам интерферон-алфа) који се употребљавају у лијечењу, али захтијевају седмице и мјесеце упорности и ријетко дају трајније резултате.

Дијагноза: ХПВ се може дијагностиковати клиничким прегледом (гинеколошким или уролошким), цитолошким или хистолошким прегледом, те коришћењем метода молекуларне биологије – ПЦР. ХПВ се може дијагностиковати ПАПА тестом – брис врата материце. Овај тест открива постоје ли у узорку канцерогене или преканцерогене станице.

Раширеност: Козмополитска.

Превенција: Здравствено васпитање (младих, опште популације, ризичних група), лична заштита (кондоми могу пружити одређену заштиту, ако прекрију подручје са ХПВ инфекцијом), ХПВ вакцинација, скрининг примјеном ПАПА теста.

Сузбијање: Пријављивање обољења, епидемиолошко испитивање (обољелих, сумњивих на обољење), лабораторијска дијагностика, лијечење, здравствено васпитни рад.

8. Трихомонијаза (*Trichomoniasis*)

Етиологија: протозоа *Trichomonas vaginalis*

Извор заразе: обољела особа и асимптоматски носиоци. Трихомонијаза се преноси.

Путеви преношења: полним контактом те контактом слузнице с ејакулатом, вагиналним или цервикалним секретом и урином.

Улазна врата: Слузокожа урогениталног тракта, вертикална трансмисија са мајке на дијете.

Инкубација: 4 до 28 дана.

Клиничка слика: 25–50% жена са овом инфекцијом нема никаквих симптома. Најчешћа клиничка манифестација код жена је вагинитис, мада се могу јавити и бартолинитис, аднекситис, пиосалпинкс, цервицитис и ендометритис.

Присутна је разлика у клиничкој слици код мушкараца и жена. Код мушкараца асимптоматска.

Терапија: нитроимидазол, тимидазол и орнидазол.

Дијагноза: директна микроскопија – нативни размаз вагиналног бриса, култура ћелија и тест моноклонских антитијела.

Раширеност: Космополитска, ризичне групе понашања.

Превенција: Здравствено васпитање (младих, опште популације, ризичних група), лична заштита (кондом), дезинфекција базена за купање, употреба само личних средстава за хигијену (мрежице и сунђери за купање и туширање).

Сузбијање: лабораторијска дијагностика, лијечење, лична хигијена.

МОДУЛ 5
ПРИЈАТЕЉСКИ ПРИСТУП У РАДУ С МЛАДИМ ЉУДИМА

Аутори: Прим.мр.пх. Емина Османагић, Тијана Медведец Хоџић

Увод у модул

Фокусирање на остваривање права адолесцената/младих људи када је у питању њихово сексуално и репродуктивно здравље (СРЗ) представља глобалну одговорност. Међутим, иако су евидентни помаци у овом правцу, потребе највулнерабилнијих група адолесцената и младих често остају препознате од друштва и здравствених радника. Од здравствених професионалаца се очекује да буду не само компетентни у свом подручју рада, већ да и познају специфичне проблеме и потешкоће с којима се млади људи данас сусрећу. Ово трансформише традиционалну улогу здравствених професионалаца те од њих тражи да континуирано уче и прате нове трендове и начине понашања младих како би могли на вријеме уочити и препознати њихове потребе те у складу с тим прилагодити услуге које им пружају.

Младима у БиХ није доступна правовремена, добно прилагођена, континуирана и квалитетна едукација у области сексуалног и репродуктивног здравља, што им значајно отежава приступ провјереним информацијама у овој области. Изузетак су Кантон Сарајево и БПК Горажде, у којима се спроводи едукација на тему Здрави животни стилови. Ова едукација се у Кантону Сарајево спроводи од 2014. године као изборни предмет за ученике V–IX разреда основне школе, док се у БПК Горажде едукација од 2019. године спроводи за све ученике IV–IX разреда. У Босни и Херцеговини млади људи чине једну четвртину популације.

Циљеви

Овај модул разматра потребе адолесцената и младих, посебно оних из вулнерабилних група када су у питању услуге у области сексуалног и репродуктивног здравља и репродуктивних права. У оквиру активности модула, даваоци здравствених услуга се подсећају на период сопствене адолесценције те заједно идентификују специфичности овог осјетљивог животног доба.

Модул има за сврху да сензибилише даваоце здравствених услуга да ефикасније и с већом осјетљивошћу одговоре на потребе адолесцената. Дискусије у оквиру модула подстичу здравствене професионалце да изграде своје капацитете и формирају тимове за рад с младим људима унутар својих организационих јединица те да на тај начин осигурају да млади људи имају приступ пријатељским услугама креираним на основу њихових потреба.

Циљ овог модула је да се доктори породичне медицине сензибилишу на потребе адолесцената и младих, посебно рањивих група младих људи како би им могли пружити услуге прилагођене њиховим потребама.

Осим љекара породичне медицине, важно је сензибилисати и остале здравствене професионалце који на примарном нивоу здравствене заштите пружају услуге младим људима (гинеколози, психолози, медицинске сестре, социјални радници итд.)

Наставни циљеви модула

По завршетку овог модула, очекује се да ће полазници:

- Повећати своје знање о карактеристикама адолесценције и различитим аспектима здравља и развоја адолесцената;
- Постати осјетљивији на потребе адолесцената те идентификовати по чему се њихове потребе разликују од потреба одраслих особа;
- Разумјети факторе који доприносе вулнерабилности младих људи;
- Разумјети проблеме и потешкоће са којима се сусрећу вулнерабилне групе младих људи којима је потребна услуга у области сексуалног и репродуктивног здравља (СРЗ);
- Идентификовати баријере које отежавају пружање здравствених услуга које су потребне младим људима;
- Разговарати о томе шта адолесценти доживљавају као „пријатељске“ здравствене услуге;
- Размотрити шта се тренутно ради на томе да здравствене услуге постану прилагођене адолесцентима и шта се може учинити за побољшање квалитета пружања здравствених услуга адолесцентима;
- Препознати пријатељски начин пружања услуга као кључан за популацију адолесцената и младих;
- Припремити лични план у којем су назначене промјене које ће увести у свој рад;
- Повећати разумијевање о кључним актерима у заједници који су значајни за очување сексуалног и репродуктивног здравља младих људи.

Неопходни материјали и опрема за извођење модула

- PowerPoint презентација-слајдови
- три групе картица са сљедећим садржајем написаним на њима: „млади људи“, „адолесценти“, „млади“, „10 до 19 година“, „15 до 24 године“, „10 до 24 године“
- табела „карактеристике адолесценције“
- картице с улогама
- папирна табла
- видео-пројектор
- самољепљива трака
- маркери у боји
- картице за биљешке (стикери)

СЕСИЈА/АКТИВНОСТ	МЕТОД	ВРИЈЕМЕ
УВОД		10 мин.
Активност 1. Циљеви модула	Презентација	5 мин.
Активност 2. Уводни тест	Тест	5 мин.
Сесија 1. Значај и специфичности адолесценције		50 мин.
Активност 1.1. Увод у сесију	Презентација	3 мин.
Активност 1.2. Вјежба: Чег се сјећам из периода моје адолесценције?	Рад у групама и дискусија	20 мин.
Активност 1.3. Вјежба: Шта је посебно у вези с адолесценцијом те импликације на јавно здравство?	Рад у групама и дискусија	25 мин.
Активност 1.4. Дефиниција појмова: млади људи, адолесценти и млади	Презентација	2 мин.
Сесија 2. Рањиве групе младих људи		60 мин.
Активност 2.1. Увод у сесију	Презентација	5 мин.
Активност 2.2. Ко су рањиви млади људи?	Презентација	55 мин.
	Вјежба и дискусија	
Сесија 3: Родно осјетљиве пријатељске услуге за младе људе		85 мин.
Активност 3.1. Увод у сесију	Презентација	10 мин.
Активност 3.2. Баријере у приступу здравственим услугама за младе	Рад у групама и дискусија	30 мин.
Активност 3.3. Карактеристике родно осјетљивих пријатељских услуга за младе	Рад у групама и дискусија	45 мин
Сесија 4: Кључни актери у пружању пријатељских услуга за младе		15 мин.
Активност 4.1. Дискусија		
Сесија 5: Завршна сесија		15 мин.
Укупно трајање модула:		235 минута

УПУТСТВА ЗА ФАЦИЛИТАТОРЕ УВОДНА СЕСИЈА

Трајање сесије: 10 минута

Активност 1. Циљеви модула

Презентација: 5 минута

Учесницима пожељети добродошлицу, представити се и изложити циљеве модула.

Активност 2. Уводно тестирање

Тест: 5 минута

Сваком учеснику дати примјерак уводног теста. Тест се ради самостално. Фацилитатор наглашава да се учесници не морају потписати на тест те да је сврха теста да провјере своја знања и ставове о теми модула прије и након радионице. Објаснити учесницима да ће исти примјерак теста добити да испуне и по завршетку радионице.

Упутство: Подијелити учесницима примјерак уводног теста

СЕСИЈА 1. ЗНАЧАЈ И СПЕЦИФИЧНОСТИ АДОЛЕСЦЕНЦИЈЕ

Трајање сесије: 50 минута

Активност 1.1. Увод у сесију

Вријеме: 3 минута

Учесницима приказати *PowerPoint* презентацију са циљевима сесије и објаснити им које су активности саставни дио сесије те шта се од њих очекује.

Активност 1.2. Вјежба: Чега се сјећам из периода моје адолесценције?

Вријеме: 20 минута

Активност 1.2. се састоји од индивидуалне вјежбе и дискусије.

Сврха ове сесије је да се учесницима омогући да се присјете значајних догађаја/искустава из периода сопствене адолесценција, било да су позитивна или негативна, те да подијеле своје утиске са осталим учесницима.

Упутство

Припремити папир бр. 1 за папирну таблу и затражити од учесника сљедеће: *Напишите једно кључно искуство из сопствене адолесценције које је остало урезано у вашем сјећању.* Објаснити да се од сваког учесника очекује да на картици напише (у не више од 10 ријечи) неко снажно искуство које је било упечатљиво за њихов период адолесценције. Ово искуство може бити позитивно (сретно) или негативно (несретно). Битно је подсјетити их да су у то вријеме, вријеме адолесценције, они осјећали или размишљали на посебан начин. Нагласити им да су одговори анонимни и да не треба да пишу своје име на картицама те се не морају бринути у вези с откривањем личних или осјетљивих искустава.

Провјерити да ли су сви разумјели шта се од њих очекује. Понудити им примјере као што су *прелазак у другу школу, пobjеда на фудбалској утакмици, развод родитеља, болест или смрт ужег члана породице.*

Док учесници пишу, припремити папир бр. 2 за папирну таблу, са сљедећим текстом на врху странице подијељене на двије колоне: *позитивна, сретна искуства и негативна, несретна искуства.*

Након што сви заврше с писањем на картицама, замолити их да картице спусте на сто лицем према доље, у средини собе. Затим замолити два учесника да приђу и помогну фацилитацију ове активности тако што ће наизмјенично читати садржај картица остатку групе. За сваку картицу, питати групу да одлучи којој категорији (позитивној или негативној) то искуство припада. Залијепити картицу на табелу испод одговарајуће категорије. Након што учесници продискутују о овим искуствима, замолити их да кратко одговоре на питање на папиру бр. 3 за папирну таблу: „Да ли су искуства адолесцената данас другачија од оних од прије 10 или 20 година? Молимо вас да образложите своје одговоре.“

Биљежити одговоре учесника о разликама или сличностима на папиру за папирну таблу. Подстакнути их на интеракцију, замолити их да одговоре на коментаре и питања других и нагласити да размјена искустава и мишљења доприноси учењу. Нагласите да разноликост могућих другачијих искустава у адолесценцији може бити узрокована полом, породичним окружењем, социоекономским условима, културолошким разликама, мјестом становања и слично.

Како бисте закључили ову вјежбу, захвалите учесницима и нагласите чињеницу да је њихово учешће обогатило процес учења кроз вјежбу.

Савети за фацилитатора

Имајте у виду да ова вјежба код неких учесника може ослободити јака осјећања (на примјер, тугу или љутњу). Обратите пажњу на такве појаве и будите спремни да реагујете уколико неко од учесника пожели с вама разговарати о својим мислима или осјећајима.

Активност 1.3.

Вјежба: Шта је посебно у вези с адолесценцијом те импликације на јавно здравство?

Вријеме: 25 минута

Сврха ове активности је показати шта адолесцените чини другачијим од одраслих и дјеце.

Корак 1

Размјена идеја (*brainstorming* – *олуја идеја*): Шта је посебно у вези с адолесценцијом?

Објасните да учесници треба кратко да размотре карактеристике које адолесценцију чине тако посебном фазом у животу појединца. Осврт на генералне карактеристике адолесценције представљаће добар основ за оно што слиједи када се почну разматрати здравствена питања из *перспективе адолесцената*. За почетак, напишите сљедеће на врху листа (самостојећи блок за писање): „Друга деценија: *Нити дјеца, нити одрасли*.“

Замолите учеснике да наведу једну карактеристику адолесценције по којој се ова фаза разликује од дјетињства и зрелости.

Наведите један примјер како бисте започели процес. Типични примјери укључују:

- Жеља да не будем као моји родитељи“
- Увијек гладан/гладна“
- Негативе карактеристике као што су „непридржавање правила“ или „непослушност“
- Позитивне карактеристике као што су „енергичност“ или „знатижеља“

Објасните да се сви могу јавити и дати свој допринос, као и да ћете узети у обзир све приједлоге.

Замолите добровољце да на блоку за писање биљеже оно што чланови групе говоре. Када се исцрпе сви приједлози, зауставите вјежбу.

Заједно дефинишите адолесценцију

Назив **адолесценција** потиче од латинске ријечи *adolescere* са значењем *прећи у одрасло доба, одрасти* и представља развојну фазу која обухвата временски период приближно између 10. и 22. године живота. Назив пубертет често се користи како би се означиле физичке манифестације полног сазријевања. На адолесценцију се може гледати као на покушај психичке адаптације на стање пубертета и на велике промјене које се тада дешавају. *Адолесценција се често описује као развојно раздобље „буре и олује“ које води до неповратног пријелаза из дјетињства у одраслост. Нормални пролаз кроз адолесценцију укључује извјесну мјеру поремећаја, како осјећаја и ставова унутар самога себе, тако и у односу према другима. Млади људи стјечу нови доживљај себе и својих физичких, менталних и емоционалних способности, укључујући доживљај властите индивидуалности и особне вриједности. Процес ране адолесценције у дјевојака почиње око двије године раније него у дјечака. Дјевојчице се морају прилагодити реалитету да постају веће и зрелије у ранијој доби. Овакво стање зна за њих представљати велик, а за неке и превелик притисак, који може водити психопатолошким разрјешењима* (Рудан, 2004).

Корак 2

Рад у групама: формирајте мање групе учесника и замолите сваку групу да одабере три посебне карактеристике адолесценције (из листе коју сте направили у претходној сесији за разматрање ових карактеристика).

Замолите сваку групу да наведе *могуће импликације* по јавно здравство. Користите неке од наведених примјера како бисте помогли групи да почне с радом:

- Адолесцентима њихови вршњаци постају важнији него прије (вршњачка едукација може бити важна стратегија за преношење кључних порука које се односе на здравље адолесцената).
- Адолесценти се могу осјећати неугодно у интеракцији с одраслима и могу дјеловати осорно; обучите здравствене раднике и помозите им да разумију специфичне карактеристике адолесцената и како најбоље поступати с њима.

Замолите сваку групу да представи своје резултате. Представите их укратко на блоку за писање како бисте нагласили специфичне карактеристике адолесцената које имају важне импликације за прилагођавање здравствених услуга потребама адолесцената и прилагођавање јавног здравства управо овој популацији. Разговарајте о томе колико су тренутне услуге које се пружају на нивоу примарне здравствене заштите у складу с наведеним карактеристикама адолесценције.

Замолите учеснике да користе копију табеле *Карактеристике адолесценције*, која је дио овог модула.

Карактеристике адолесценције	Значај за јавно здравство

Табела Карактеристике адолесценције

Активност 1.4.

Дефиниција појмова: млади људи, адолесценти и млади

(2 мин.)

Учесницима приказати слајдове са дефиницијама млади, адолесценти и млади људи.

Теме за дискусију

Адолесценција је осјетљив и буран период људског развоја са убрзаним физичким, психосоцијалним, когнитивним и емоционалним развојем као и полним и репродуктивним сазријевањем. Док биологија утиче на развој и здравље адолесцената, социјални контекст – укључујући породицу, медије, школу и насеље/мјесто у којем адолесценти живе, уче и расту – такође има велики утицај на њихово здравље и добробит. Друштвене и културне норме, посебно у погледу пола, као и етничка припадност, сексуална оријентација или инвалидитет, одређују социјалне обрасце понашања и могу истовремено ограничити и олакшати свакодневни изборе, потребе и очекивања. Тако младе дјевојке често имају ограничене изборе и мању слободу одлучивања услјед родних норми, економске зависности, раног ступања у брак, непланиране трудноће и слично. Такође, често су изложене различитим облицима насиља, укључујући насиље у везама. Истовремено, на младиће утичу доминантне норме маскулинитета које их подстичу на практиковање ризичног понашања кроз различита понашања која угрожавају здравље као што су злоупотреба алкохола и психоактивних супстанци те насиље.

Током адолесценције такође се повећава ризик од насиља у односима и сексуалног насиља, што оставља трајни утицај на ментално здравље и добробит младих особа.

Упоредо, квалитетно и континуирано образовање о здрављу и здравим стиливима живота није никако или готово никако доступно, што уз ограничен приступ услугама у области сексуалног и репродуктивног здравља (СРЗ) знатно повећава ризик од полно преносивих инфекција, укључујући ХИВ, као и непланираних трудноћа.

Вулнерабилне групе адолесцената и младих (лезбијке, хомосексуалци, бисексуалци, транссексуалци, интерсексуалци и queer – LGBTIQ) и адолесценти с инвалидитетом налазе се у већем ризику када је у питању физичко, сексуално или емоционално насиље према њима, укључујући насиље од њихових породица.

Недостатак података представља једну од кључних препрека када је у питању СРЗ адолесцената и младих у БиХ. Недостатак релевантних података који указују на број непланираних трудноћа, прекида трудноће и број СПИ међу популацијом младих људи онемогућава адекватан одговор. Као резултат тога, многи адолесценти у оквиру примарне здравствене заштите не добију одговарајућу услугу у области СРЗ у складу са својим потребама.

Истовремено, пружање пријатељских услуга адолесцентима и младима није вредновано/препознато кроз финансирање здравствене заштите.

СЕСИЈА 2. РАЊИВЕ ГРУПЕ МЛАДИХ ЉУДИ

Трајање сесије: 60 минута

Активност 2.1.

Увод у сесију

Адолесценти се, генерално, суочавају с потешкоћама у приступу здравственим информацијама и услугама; ти су изазови још већи за адолесценате из рањивих група, чије потребе не задовољавају доступне услуге у области СРЗ. У оквиру сесије 2 разматраће се фактори који појачавају вулнерабилност адолесцената и младих те говорити о групама које су под увећаним ризиком када је у питању њихово СРЗ, посебно у односу на ХИВ.

Активност 2.2.

Ко су рањиви млади људи?

Учесницима приказати презентацију и дискутовати о слајдовима.

Адолесценција је најосјетљивији период у животу особе јер адолесценти више нису дјеца, али нису ни одрасли. Самим тим, интервенције које се креирају морају бити усклађене с том чињеницом. Ипак, има адолесцената и младих који су још рањивији услјед различитих „фактора вулнерабилности“. Сиромаштво и пол те доминантне родне норме у друштву значајно утичу на рањивост адолесцената и младих. Поред ових фактора који доприносе вулнерабилности, постоје одређене *групе адолесцената и младих* које се сматрају вулнерабилним када је у питању приступ информацијама, едукацији и услугама у области СРЗ. То су **дјеца ван школског система и дјеца улице, млади с потешкоћама у развоју, мигранти, млади изложени сексуалном злостављању**. Сексуално злостављање у широј породици и/или међу познаницима један је од најневидљивијих облика насиља и често пролази незапажено. **Дјевојчице** су жртве чешће него дјечаци, а починилац је обично члан породице који је у позицији особе од повјерења. Студије су показале да је 40–60% познатих сексуалних напада унутар породице почињено против дјевојчица узраста од 15 година или млађих. Сексуално злостављање такође укључује насиље од стране интимних партнера. Што је млађа доб дјевојчице/дјевојке при првом сексуалном односу, то је већа вјероватноћа да је њезино прво сексуално искуство било присилно.

Групе младих у ситуацијама рањивости често се суочавају са стигматизацијом и дискриминацијом. Као резултат тога, појединци се често скривају и не траже помоћ и подршку. Ове групе се могу преклапати и коегзистирати, те у том случају адолесценти трпе више облика стигме и дискриминације и подложнији су насиљу, искоришћавању и другим кршењима људских права. Недостатак података често омета утврђивање вулнерабилних група међу адолесцентима и младима те ризичних и заштитних фактора за здравствено понашање и исходе.

Низ релевантних истраживања је показао да адолесценти у ситуацијама рањивости вјероватно имају мање основно знање о контрацепцији и репродукцији; вјероватније је да ће доживјети или иницирати ризични сексуални однос и понашање; вјероватније је да ће бити укључени у трансакциони секс; и мање су способни да се заштитите од сексуалне присиле, укључујући немогућност преговора када је у питању употреба контрацепције и заштита од ППИ и ХИВ-а. Због наведеног је посебно значајно да скрининг на насиље буде обавезни дио услуга у области СРЗ које се пружају популацији младих људи.

Поред популација у ситуацијама рањивости, потребно је размотрити и **популације које су највише изложене ризику од ХИВ-а**. Ове популације се дефинишу као групе младих људи које се чешће укључују у понашања која могу довести до преноса ХИВ-а. Ова понашања укључују незаштићени сексуални однос (посебно анални секс), секс с више партнера и употребу исте опреме за коришћење дрога. То су мушкарци који имају полне односе са мушкарцима (МСМ), женске сексуалне раднице и њихови клијенти те инјекциони корисници дрога.

Вјежба: ИГРА УЛОГА (30 минута)

Ова сесија разматра питања која се могу јавити при разговору и пружању услуга припадницима вулнерабилних група те група које су у ризику када је у питању инфекција ХИВ-ом. Вјежба подстиче усавршавање способности потребних за комуникацију и ефикасно савјетовање припадника ове популације. Сврха вјежбе је да учесници:

- Препознају питања која се лако могу јавити при савјетовању рањивих група адолесцената и младих људи;
- Унаприједе кључне вјештине комуникације и савјетовања у раду с најугроженијом популацијом адолесцената и младих људи.
- Препознају потешкоће које се јављају при савјетовању најугроженије популације адолесцената и младих људи.

Упутство

Замолити да се јаве четири (4) добровољаца који ће формирати два пара. Један добровољац ће играти улогу љекара који даје савјет. Улогу клијента/клијентике играће добровољац – учесник који се претходно припремио за ову сесију/улогу. *Картицу с улогом дајте клијенту добровољцу током паузе, прије сесије.*

Љекар и клијент ће одиграти своје улоге пленарно, а учесници ће посматрати интеракцију и водити биљешке о распону комуникационих и савјетодавних вјештина које су учили. Након завршене игре улога те разговора с добровољцима који су играли улоге, учесници ће бити позвани да своја мишљења и запажања подијеле пленарно.

Савјети за фасилитатора

Организација игре улога тежак је задатак за фасилитатора. Будите проицљиви при одабиру добровољаца. Препорука је да добровољац који игра улогу љекара – савјетника буде особа с већим искуством и самопоуздањем како не би коментаре осталих учесника схватио/ла превише лично.

Улога клијента/пацијента којег игра добровољац из групе (Сценарио 1)

Ти си МСМ који има 24 године и дошао си код љекара да се посавјетујеш о тестирању на ХИВ. Чуо си да тај љекар савјетује популацију МСМ и да нема предрасуде, помогао је већ неколико момака које познајеш. Иначе не би никад дошао у Дом здравља по савјет. Имаш момка којег волиш, али у задње вријеме примјећујеш да те вара и има друге партнере. Ниси сигуран да ли користи кондом. Ти са својим момком углавном не користиш кондом јер вам није добар осјећај. Волиш га и не знаш шта да радиш. Бојиш се ХИВ-а, али не желиш да га изгубиш. Тужан си што те вара јер ти њега никада ниси преварио. Када о томе разговараш са својим момком, он постаје агресиван.

Улога клијентике/пацијенткиње коју игра добровољац из групе (Сценарио 2)

Ти си дјевојка која има 19 година и удала се из љубави. Ниси спремна за дијете и још увијек не желиш да затрудниш. Желиш неколико година да уживаш са мужем и да завршиш факултет. Дошла си по контрацепцију. Ниси расположена, тужна си јер твој муж жели дијете одмах и не зна да си дошла по таблете. Он је од тебе старији 7 година. Под притиском је фамилије која одмах жели унука. Гризе те савјест што лажеш мужа, али знаш да још увијек нећеш дијете. Више пута си с њим о томе причала, али он као да те не жели чути ни разумјети. Врши притисак на тебе јер жели дијете. Волиш га, али понекад осјећаш да не можеш са њим разговарати.

Савјети за фасилитатора

Покажите осјетљивост и пажњу према „глумцима“ у процесу вјежбе и након одигране вјежбе/игре. Планирајте одвојити довољно времена за дискусију о сценарију који се одиграо. Започните тако што ћете глумце/пацијенте питати како су се осјећали током вјежбе. Да ли је „пацијент“ осјетио да може отворено разговарати са љекаром, да ли је осјетио да му је љекар помогао и да ли је добио потребну помоћ/савјет? Како се љекар/„савјетник“ осјећао у својој улози, да ли је имао осјећај да може помоћи пацијенту и да ли сматра да је испунио очекивања пацијента/пацијенткиње која треба савјет?

Послије тога учесници коментаришу показане вјештине љекара/савјетника, да ли је нешто требало урадити другачије, како и зашто.

Резиме

За крај ове сесије, замолите учеснике да поразговарају о томе како би могли информације које су добили током сесије о рањивим групама младих искористити за боље пружање услуга у области сексуалног и репродуктивног здравља. Забиљежите конкретну идеју или приједлог за унапређење услуга.

СЕСИЈА 3: РОДНО ОСЈЕТЉИВЕ ПРИЈАТЕЉСКЕ УСЛУГЕ ЗА МЛАДЕ ЉУДЕ

Активност 3.1. Увод у сесију

Приказати учесницима **PowerPoint** презентацију

У цијелом свијету последњих неколико десетљећа приоритети када је у питању здравље адолесцената знатно су промијењени. Тако се и млади у БИХ суочавају с различитим искуствима на која умногоме утиче нестабилна политичка ситуација и изазовна друштвено-економска стварност. За многе младе у нашој земљи, адолесценција је период повећаног ризика и сложених изазова са којима се свакодневно суочавају. С обзиром на то да све већи број младих раније улазе у пубертет а касније ступају у брак, изложени су дужем периоду полне зрелости прије брака што их чини осјетљивијим на шири спектар репродуктивних здравствених проблема. Сексуална активност током адолесценције (унутар или ван брака) излаже адолесценте ризику од ране и/или непланиране трудноће, несигурног побачаја и полно преносивих инфекција, укључујући ХИВ. Уз ово, млади су жртве сексуалне присиле и насиља. За многе сексуално активне адолесценте, здравствене услуге у области сексуалног и репродуктивног здравља, попут пружања контрацепције и лијечења полно преносивих инфекција, ограничено су доступне или се пружају на начин који им није прихватљив, те се адолесценти осјећају усамљено, нежељено и посрамљено. Због тога се адолесценти често ослањају на услуге ван система здравства у јавном сектору.

Пријатељске услуге за младе су креиране тако да одговоре на препреке са којима се суочавају млади људи у приступу квалитетним услугама у области СРЗ.

Пружање пријатељских услуга темељи се на свеобухватном разумијевању онога што млади људи желе умјесто само на ономе што даваоци услуга вјерују да младима треба.

Есенцијалне пријатељске услуге у области СРЗ за младе укључујући вулнерабилне групе младих:

- Савјетовање о репродуктивном здрављу и контрацепцији, укључујући „хитну контрацепцију“
- Савјетовање прије и после тестирања на ППИ и ХИВ, укључујући процјену ризика, упућивање на услуге добровољног савјетовања и тестирања на ХИВ
- Дијагноза и управљање ППИ
- Планирање породице
- Информације и савјетовање о здравој исхрани, употреби психоактивних супстанци (цигарете, алкохол, дрога), гојазности и како се бринути о свом здрављу
- Скрининг на сексуално злостављање/насиље
- Сигурни абортус, укључујући упућивање на услуге сигурног абортуса
- Превенција рака грлића материце, укључујући и ХПВ имунизацију
- Услуге у области здравља мајки и дјеце
- Континуитет услуга за младе људе који живе с ХИВ-ом
- Упућивање на психосоцијалне услуге, правне услуге, услуге у области менталног здравља и услуге за смањење ризика

Активност 3.2. Баријере у приступу здравствених услуга за младе

Активност започети кратким **brainstorming**-ом, гдје ће се сви учесници позвати да дају своје мишљење о баријерама у приступу здравственим услугама са којима се сусрећу младе особе. Фацилитатор/ица записује на папирној табли идеје учесника, а након кратке дискусије сумира најчешће баријере. Баријере са којима се адолесценти сусрећу у пружању здравствених услуга које су им потребне могу се посматрати кроз три групе:

Структурне баријере, као што су закони и политике које захтијевају пристанак родитеља или партнера, удаљеност од објеката, трошкови услуга и/или превоз, дуго вријеме чекања на услуге, неодговарајуће радно вријеме, недостатак приватности и повјерљивости.

Социокултурне баријере, попут доминантних друштвених норми и стигме око сексуалности адолесцената и младих; владајуће родно неравноправне и штетне норме. Адолесценти често перципирају дискриминацију и осуђивање (била она стварна или не) од стране вршњака и одраслих – породице, здравствених радника и других припадника заједнице.

Индивидуалне баријере, попут недостатка знања о СРЗ, укључујући митове и заблуде око контрацепције; ограничен проактиван приступ и самостално дјеловање у очувању сопственог здравља; ограничена способност сналажења у интернализованим социјалним и родним нормама и недостатак приступа информацијама о томе које су СРЗ услуге доступне и гдје их треба потражити.

Већина адолесцената и младих нема проблема са здрављем те не види потребу да посјећује здравствене службе. Када се разболе (најчешће уследијед уобичајених стања попут грознице, кашља и прехладе), потражиће здравствену подршку. Ипак, за осјетљивија питања, теже ће се одлучити потражити савјет и помоћ од медицинске сестре или доктора у Дому здравља. Савјет ће потражити од маме, пријатељице, пријатеља и слично. Обично кључни фактор који утиче на понашање адолесцената у потрази за здравственом заштитом јесте да ли ће имати проблем са родитељима због тога. Ако доминантне друштвене норме не подржавају ступање у сексуалне односе прије брака или више партнера, адолесценти ће бити врло опрезни када траже помоћ због неке полно преносиве инфекције, контрацепције или непланиране трудноће. Вјероватно ће се покушати носити с проблемом сами или уз помоћ пријатеља или браће и сестара којима могу вјеровати. Како би осигурали да нико не сазна за њихов проблем, посјећују приватне клинике.

Активност 3.3. Карактеристике родно осјетљивих пријатељских услуга за младе

Рад у групама (30 минута)

Учеснике подијелити у три групе и замолити их да напишу шта све треба да има и како треба да изгледа здравствена установа/служба која пружа родно осјетљиве пријатељске услуге за младе. Објаснити им да могу бити креативни у изражавању. Подијелити папир за папирну таблу свакој од група и замолити их да именују представника/представницу групе која ће по завршетку рада у групи представити осталима шта је група урадила. За ову вјежбу имају 15 минута, након чега слиједи излагање група те дискусија.

Водилца за фацилитатора/фацилитаторицу:

Да би се сматрале услугама прилагођеним адолесцентима, здравствене услуге треба да имају следеће карактеристике:

ПРАВИЧНОСТ: Сви адолесценти, а не само неке групе, могу добити здравствене услуге које су им потребне.

ПРИСТУПАЧНОСТ: Адолесценти могу добити услуге које се пружају (физичка доступност, временска, финансијска/здравствено осигурање).

ПРИХВАТЉИВОСТ: Здравствене услуге се пружају на начин који испуњава очекивања адолесцената.

АДЕКВАТНОСТ: Пружају се здравствене услуге које су потребне адолесцентима.

ЕФИКАСНОСТ: Праве здравствене услуге се пружају на прави начин и позитивно доприносе здрављу адолесцената. *(Водич за оцјену здравствених услуга за адолесценте, СЗО, 2009.)*

Постављање стандарда квалитета услуга здравствене заштите адолесцената јесте начин да се минимализује варијабилност и осигура минимални сет услуга здравствене заштите за адолесценте (Nair et al., 2015).

С тим у вези, Свјетска здравствена организација је 2015. године донијела нове глобалне стандарде за побољшање квалитета услуга здравствене заштите за адолесцените.

Стандард 1 – Здравствена просвјећеност адолесцената

Здравствена установа примјењује системе којима се обезбјеђује да адолесценти буду упућени у своје здравље и да знају гдје и када могу добити здравствене услуге.

Стандард 2 – Подршка заједнице

Здравствена установа примјењује системе којима се обезбјеђује да родитељи, старатељи и други чланови заједнице и организације у заједници препознају вриједност пружања здравствених услуга адолесцентима и подржавају те услуге, као и да адолесценти користе услуге које су прилагођене њиховим потребама.

Стандард 3 – Одговарајући пакет услуга

Здравствена установа пружа пакет информација, савјетовање, дијагностику и услуге лијечења и његе које испуњавају потребе свих адолесцената. Услуге се пружају у оквиру здравствене установе и путем јасног система упућивања.

Стандард 4 – Компетенције давалаца услуга

Даваоци здравствених услуга показују стручну компетенцију потребну за пружање ефикасних услуга у области сексуалног и репродуктивног здравља за адолесцените. И даваоци услуга и друго особље поштује, штити и испуњава права адолесцената на информације, приватност, повјерљивост, недискриминацију, неосуђујући став и поштовање.

Стандард 5 – Карактеристике здравствене установе у којој се пружају услуге за младе

Здравствена установа има одговарајуће радно вријеме, пријатељско и чисто окружење и обезбјеђује приватност и повјерљивост. Има опрему, лијекове, залихе и технологију потребну за обезбјеђивање ефикасног пружања услуга адолесцентима.

Стандард 6 – Једнакост и недискриминација

Здравствена установа пружа квалитетне услуге свим адолесцентима, без обзира на могућност плаћања, доб, пол, брачни статус, ниво образовања, етничко поријекло, сексуалну оријентацију или друге карактеристике.

Стандард 7 – Подаци и побољшање квалитете

Здравствена установа прикупља, анализира и користи податке о коришћењу услуга и квалитету здравствене заштите, разврстане према старости и полу, ради подршке побољшању квалитета услуга. Особљу здравствене установе пружа се подршка да континуирано учествује у побољшањима везаним за квалитет услуга.

Стандард 8 – Учешће адолесцената

Адолесценти су укључени у планирање, праћење и процјену здравствених услуга и у одлуке које се тичу њихове сопствене заштите, као и у одређене одговарајуће аспекте пружања услуга.

Здравствене установе/службе које пружају пријатељске услуге младим људима

Имају процедуре које олакшавају:

- једноставну и повјерљиву регистрацију клијената, преузимање и чување података о клијентима
- Кратко вријеме чекања и (тамо гдје је потребно) упућивање у друге установе
- савјетовање или пружање консултација са или без уговореног термина

Обезбјеђују поштивање права младих људи у прикладном окружењу:

- имају одговарајуће радно вријеме
- обезбјеђују приватност
- пружају информације и образовни материјал

Даваоци пријатељских услуга за младе имају сљедеће карактеристике:

- компетентни и мотивисани
- показују разумијевање и односе се према свим младим људима са једнаком бригом и поштовањем
- поштују повјерљивост и приватност младих и не осуђују их
- упућени су у психички и физички развој адолесцената
- посједују вјештине савјетовања и комуникације с младима
- подржани су у свом раду и имају приступ додатним обукама
- имају приступ контрацептивима и потребним лијековима
- знају гдје могу упутити младе – развијен систем упућивања

Укључују заједницу и позивају на дијалог:

- промовишу вриједност СРЗ за младе
- охрабрују подршку родитеља и заједнице
- сарађују с невладиним организацијама у сврху повећања приступа младим људима, укључујући оне највулнерабилније

Пружају прикладне и свеобухватне услуге које:

- су прилагођене физичким, социјалним и психолошким здравственим и развојним потребама адолесцената и младих људи
- обезбјеђују свеобухватан пакет услуга у области СРЗ и упућивање на друге релевантне службе/нивоје здравствене заштите
- не изводе непотребне поступке

Како би испоручили ефикасне услуге у области СРЗ:

- користе протоколе засноване на доказима
- имају опрему и залихе потребне за пружање основног пакета услуга у области СРЗ
- примјењују процес сталног побољшања квалитета услуга
- прикупљају и располажу тачним подацима
- имају успостављен систем праћења и евалуације

СЕСИЈА 4: КЉУЧНИ АКТЕРИ У ПРУЖАЊУ ПРИЈАТЕЉСКИХ УСЛУГА ЗА МЛАДЕ

Трајање сесије: 15 минута

С учесницима започети дискусију о томе ко су кључни актери у заједници како би се младима омогућио приступ пријатељским услугама прилагођеним њиховим потребама. Размотрити понаособ улогу сљедећих актера, модалитете њихове сарадње и увезаности те утицај на СРЗ младих.

- Породица
- Школа и образовни програми о СРЗ у оквиру школе
- Невладине организације за младе
- Здравствене услуге прилагођене младима у оквиру примарне здравствене заштите
- Медији – комуникација с младима путем *re-framing* методологије
- Локалне власти у подршци за програме који укључују СРЗ младих

СЕСИЈА 5: ЗАВРШНА СЕСИЈА

Сесију закључити тако што ћете захвалити учесницима на издвојеном времену и активном учешћу у раду по групама те дискусијама. Резимирати најважније закључке са свих сесија у оквиру модула.

За закључивање сесија овог модула важни су сљедећи елементи:

- Развој стандарда и индикатора представља кључни елемент за побољшање квалитета услуга из области сексуалног и репродуктивног здравља за адолесценте и младе људе.
- У различитим здравственим системима већ постоје многи успјешни модели за развој стандарда и могуће их је усвојити с циљем унапређења услуга у области сексуалног и репродуктивног здравља за адолесценте и младе људе.
- Услуге у области СРЗ прилагођене специфичним потребама младих које се заснивају на повјерењу и пријатељском односу између младе особе и здравствених радника кључне су у обезбјеђивању подршке младим људима када је у питању њихово сексуално и репродуктивно здравље и планирање породице.
- Значајан аспект пружања услуга у области СРЗ младим људима јесте оснаживање младих дјевојака и жена те јачање вјештина преговарања у односима са партнером у сврху заштите њиховог репродуктивног здравља.
- Скрининг на насиље је неизоставан дио савјетовања и комуникације с младим људима у пружању услуга у области СРЗ.
- ЦТЦ модел: Заједнице које брину као предуслов свеобухватне подршке младима у очувању њиховог СРЗ.

Литература:

1. Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organization. (2006). *Orientation Programme on Adolescent Health for Health-care Providers*. Geneva: WHO.
2. International Planned Parenthood Federation. (2008) *Provide: Strengthening youth friendly services*. London: IPPF
3. Рудан, В. (2004). Нормални адолесцентни развој. *Medix*, 52, 36–39.
4. UNFPA. (2015). *Sexual and Reproductive Health Services for Most-at-Risk Adolescents and Young People – Training of Trainers Manual for Health Professionals*. Ankara: UNFPA
5. Wegelin-Schuringa et al. (2014). *Youth friendly health services in multiple perspectives*. Amsterdam: KIT Health.
6. World Health Organization. (2012). *Making health services adolescent friendly*. Geneva: WHO.
7. World Health Organization. (2014). *A standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents*. Geneva: WHO.
8. World Health Organization. (2018). Adolescent Health – *The Missing Population in Universal Health Coverage*, доступно на: <https://www.who.int/pmnch/media/events/Adolescent-Health-Missing-Population-in-UHC.pdf?ua=1>

Модул 5: Пријатељски приступ у раду с младим људима

САМОПРОЦЈЕНА УЧЕСНИКА – ПРИЈЕ И ПОСЛИЈЕ РАДИОНИЦЕ (заокружити)

Упитник је анониман, тако да се не морате потписивати, а његова сврха је да процијените своје знање те упоредите своје одговоре на иста питања прије и послије радионице. Образац се састоји од 12 питања. Упишите Т (тачно) или Н (нетачно) у празно поље (десно) за сваку реченицу. Хвала вам на сарадњи.

	ОДГОВОР Т (тачно) или Н (нетачно)
1. Назив пубертет често се користи како би се означиле физичке манифестације полног сазријевања. На адолесценцију се може гледати као на покушај психичке адаптације на стање пубертета и на велике промјене које се тада дешавају.	
2. Појмови <i>млади</i> , <i>адолесценти</i> и <i>млади људи</i> су синоними и означавају исту старосну групу.	Набројати
3. Набројите факторе вулнерабилности који младе људе могу изложити ризичном понашању.	
4. Млади из ризичних група су подложни полно преносивим инфекцијама и ХИВ-у.	
5. Не можемо утицати на нормe и вриједности које се тичу сексуалности.	
6. Набројите заштитне факторе који младим људима помажу да не улазе у ризично понашање.	Набројати
7. Набројите вулнерабилне групе дјеце и младих.	Набројати
8. Активно слушање те неосуђујући и пријатељски став представљају најважније елементе у комуникацији с младим људима приликом пружања услуга.	
9. Готово све проблеме најугроженије популације младих људи могуће је ријешити савјетовањем.	
10. Набројите најмање три (3) карактеристике здравствених услуга прилагођених адолесцентима и младима.	Набројати
11. Једна од најважнијих препрека које млади људи треба да превазиђу у приступу здравственим установама односи се на чињеницу да здравствени радници не прихватају сексуалност код младих људи.	
12. Набројите кључне актере у заједници како би се младима омогућио приступ пријатељским услугама прилагођеним њиховим потребама.	Набројати

Прилог 1.
Евиденциони обрасци

ОБРАЗАЦ ЗА КОНТРАЦЕПЦИЈУ – ДОДАТАК ЗА КАРТОН

1. ИМЕ И ПРЕЗИМЕ:
2. ДАТУМ РОЂЕЊА:
3. АДРЕСА СТАНОВАЊА:
4. ЛИЧНА АНАМНЕЗА:

5. П: АБ: ЗМ: ПАПА:

6. ПОРОДИЧНА АНАМНЕЗА:

7. РАЗЛОГ ЗА УПОТРЕБУ КОНТРАЦЕПЦИЈЕ:
- КОНТРАЦЕПЦИЈА
 - РЕГУЛАЦИЈА ЦИКЛУСА
 - ЗАШТИТА ОД НЕЖЕЉЕНЕ ТРУДНОЋЕ
 - ОСТАЛО

8. ЧЕК ЛИСТЕ ЗА КОК/ИУУ

9. ПРЕПОРУКА:

10. ПРЕПОРУЧЕНЕ ПРЕТРАГЕ

11. ТХ:

12. УПУЋЕНО НАДЛЕЖНОМ ГИНЕКОЛОГУ/ДРУГОМ СПЕЦИЈАЛИСТИ (навести):

Ентитет: _____ Кантон: _____
Град: _____ Дом здравља: _____
Тим породичне медицине _ _ Доктор: _____

Извјештај о услугама савјетовања о планирању породице за мјесец: 202__ . године										
Дани у мјесецу	Пол		Старост у годинама					Планирање породице		
	М	Ж	Број					Савјетовање	Прописана контрацепција	Упућен/а гинекологу/остало
			14-18	19-24	25-30	31-49	50+			
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
16.										
17.										
18.										
19.										
20.										
21.										
22.										
23.										
24.										
25.										
26.										
27.										
28.										
29.										
30.										
31.										
Укупно										

Ентитет: _____ Кантон: _____
Град: _____ Дом здравља: _____
Тим породичне медицине _ _ Доктор: _____

Извјештај о услугама савјетовања о планирању породице за мјесец: 202__ . године										
Мјесеци	Пол		Старост у годинама					Планирање породице		
	М	Ж	Број					Савјетовање	Прописана контрацепција	Упућен/а гинекологу/остало
			14-18	19-24	25-30	31-49	50+			
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
Укупно										



У нашем тиму породичне медицине можете добити и сљедеће услуге:

- » САВЈЕТОВАЊЕ О ПЛАНИРАЊУ ПОРОДИЦЕ
- » ПРЕВЕНЦИЈА ПОЛНО ПРЕНОСИВИХ ИНФЕКЦИЈА
- » САВЈЕТОВАЊЕ ЗА МЛАДЕ ОСОБЕ



