



**Nataša Cvetković-Jović**

**Violeta Anđelković**

**Mila Paunić**

**Dragan Ilić**

**SAVETOVANJE I  
HIV TESTIRANJE**

**SAVETOVANJE I**

**HIV TESTIRANJE**

*Dobra praksa u dobrovoljnom  
savetovanju i HIV testiranju*

**Urednici:**

**Nataša Cvetković-Jović,**

**Violeta Anđelković,**

**Mila Paunić i**

**Dragan Ilić**



Beograd, 2007.

## UREDNICI I AUTORI

Mr sci. med. prim. dr Mila Paunić – epidemiolog. Načelnica Odeljenja za unapređenje i očuvanje zdravlja Zavoda za zdravstvenu zaštitu studenata Beograd. Jedna od prvih savetnica i trenera na polju savetovanja i testiranja na HIV i autorica brojnih publikacija sa istom temom. Od 2001/2. godine uključena u reformu obrazovanja u Srbiji; U toku 2006. godine konsultantkinja UNICEF-a na programu “Vaspitanje za zdravlje kroz životne veštine” namenjog profesorima srednjih škola i editor udžbenika sa istim naslovom. Članica Ekspertske grupe za razvoj i zdravlje mladih Ministarstva zdravlja Srbije u podrgrupi za prevenciju HIV/AIDS-a i PPI. Potpredsednica Upravnog odbora NVO JAZAS (Asocijacija za borbu protiv side).

Mr sci. prim. dr Dragan Ilić, specijalista epidemiolog. Direktor Zavoda za zdravstvenu zaštitu studenata Beograd. Pionir na polju savetovanja i testiranja na HIV, savetnik, trener i menadžer centra za savetovanje i testiranje na HIV. Autor brojnih publikacija na temu HIV-a. Direktor nevladine organizacije za borbu protiv HIV-a JAZAS.

Violeta Andjelković – psiholog. U edukaciji za psihodrama psihoterapeuta. Koordinatorica programa za HIV i mentalno zdravlje nevladine organizacije IAN. Savetnica i trener za savetovanje pre i posle testiranja na HIV. Jedna od autora Vodiča za DPST.

Nataša Cvetković Jović – psiholog. Aplikant Beogradskog provizionog psihoanalitičkog društva. Koordinatorica programa za HIV i mentalno zdravlje nevladine organizacije IAN. Savetnica i trener za savetovanje pre i posle testiranja na HIV.

Dr Slavko Mačkić – psihijatar i psihoanalitičar i psihodrama psihoterapeut. Trenutno direktor sekcije za zdravlje u nevladinoj organizaciji IAN. Facilitator grupe supervizije za savetovanje pre i posle testiranja na HIV.

Gordana Juričan – pedagog i porodični terapeut. Savetnica za savetovanje pre i posle testiranja na HIV u nevladinoj organizaciji IAN. Outreach savetnica za prevenciju polno prenosivih infekcija nevladine organizacije JAZAS i aktivista Crvenog Krsta Pančevo u programu podrške ljudima koji žive sa HIV-om.

Dr Marijana Pešić – doktor medicine i specijalizant za javno zdravlje. Lekar u Zavodu za zdravstvenu zaštitu studenata Beograd. Savetnica i trener za savetovanje pre i posle testiranja na HIV.

Dr Milena Tomašević – doktor medicine. Lekar u Zavodu za zdravstvenu zaštitu studenata Beograd. Savetnica i trener za savetovanje pre i posle testiranja na HIV.

Milena Prvulović – psiholog i kognitivno bihevioralni psihoterapeut. Koordinator za publikacije ekspertskeg centra MAIDS nevladine organizacije IAN. Savetnica za savetovanje pre i posle testiranja na HIV.

Marina Stojanović – psiholog. Direktorka ekspertskeg centra MAIDS nevladine organizacije IAN. Savetnica za savetovanje pre i posle testiranja na HIV.

## ZAHVALNICA

*Zahvaljujemo se Geneva Global koja je obezbedila finansijska sredstva za pisanje i objavljivanje ove knjige.*

*Zahvaljujemo se svim saradnicima za pomoć i doprinos tokom pisanja knjige i svima koji su uložili napor da ona bude dostupna javnosti.*

*Hvala mnogobrojnim klijentima koji su nam poklonili poverenje dolaskom u naš centar.*

*Zahvalnost dugujemo i našem partneru i prvom donatoru Katoličkoj agenciji za prekookeanski razvoj i kanadskoj Agenciji za međunarodnu saradnju, koji godinama podržavaju naše napore u borbi protiv HIV-a.*

*Na kraju, zahvaljujemo se Jimu Simonsu za nesebičnu podršku i toplinu koju nam je, kao savetnik, uz neprocenjivo znanje, pružio.*

## UVODNA REČ

Dobrovoljno savetovanje i testiranje na virus HIV u svetu, a u skorije vreme u našoj sredini, zauzima značajno mesto u programima prevencije prenošenja virusa HIV i istovremeno je način pružanja nege i podrške ljudima koji žive sa HIV-om.

Knjiga „Savetovanje i HIV testiranje - dobra praksa u dobrovoljnom savetovanju i HIV testiranju“ namenjena je osobama koje rade u zdravstvu i ustanovama za socijalni rad, nevladinim i privatnim organizacijama, asocijacijama ljudi koji žive sa HIV-om, školama i drugim zainteresovanim osobama. Ideja urednika bila je da, opisujući osnovne pojmove, metod i tehnike rada u savetovanju prilikom testiranja na HIV, definišući teorijske osnove savetovanja i supervizije i ilustrujući tekst primerima iz prakse, čitateljke i čitaocce upozna sa osnovnim elementima koje dobrovoljno savetovanje i HIV testiranje čine jednom od najvažnijih metoda u odgovoru na HIV danas.

Knjiga je nastala kao deo projekta saradnje Katoličke agencije za prekookeanski razvoj CAFOD iz Londona, domaće nevladine organizacije Međunarodna mreža pomoći IAN iz Beograda i Zavoda za zdravstvenu zaštitu studenata iz Beograda (ZZZSB). Udruženim snagama ove tri organizacije su u protekle četiri godine intenzivno radile na promovisanju i razvijanju prakse savetovanja kod testiranja na HIV. Polazeći od različitih ali bogatih iskustava, CAFOD u razvoju odgovora na HIV širom sveta, IAN sa bogatim iskustvom u teoriji i praksi savetovanja i supervizije i ZZZSB u savetovanju i testiranju na HIV u našoj sredini, došlo se do inovativnog modela saradnje koji se može primeniti i na druge sredine. Nadamo se da priloženi tekstovi



slikovito odražavaju različita iskustva i perspektive, kao i kompleksnost potreba i znanja nužnih za efikasno sprovođenje savetovanja kod testiranja na HIV.

Naše napore prepoznali su i velikodušno podržali i kanadska vlada, preko kanadske Agencije za međunarodnu saradnju, i Geneva Global iz SAD.

## SADRŽAJ

<i>Mila Paunić</i> HIV infekcija - osnovni pojmovi . . . . .	II
<i>Dragan Ilić</i> Više od dvadeset godina HIV-a i AIDS-a. . . . .	23
<i>Violeta Anđelković</i> Istorijat dobrovoljnog i poverljivog savetovanja i testiranja na HIV (DPST) . . . . .	33
<i>Mila Paunić, Dragan Ilić, Violeta Anđelković, Nataša Cvetković-Jović i Gordana Juričan</i> Dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje na HIV . . . . .	43
<i>Nataša Cvetković-Jović i Violeta Anđelković</i> Klijentom usmereno savetovanje kao teorijska osnova dobrovoljnog savetovanja i HIV testiranja . . . . .	75
<i>Slavko Mačkić</i> Supervizija i briga za savetnike kod dobrovoljnog i poverljivog savetovanja i testiranja na HIV . . . . .	95
<i>Nataša Cvetković-Jović i Violeta Anđelković</i> Dobra praksa u dobrovoljnom savetovanju i testiranju na HIV u Srbiji. . . . .	103
Prikazi toka savetovanja . . . . .	115
Stranice koje smo rezervisali za naše klijente . . . . .	136

Stranice koje smo rezervisali za naše saradnike.....	142
Centar za prevenciju SIDE I PPI .....	145
O Centru od CAZASA.....	146
Savetovanje i testiranje na HIV u Centru za prevnciju side i PPI.....	148

MILA PAUNIĆ

## HIV INFEKCIJA - OSNOVNI POJMOVI

### ŠTA JE AIDS ILI SIDA?

AIDS (na engleskom jeziku Acquired Immune Deficiency Syndrome) ili SIDA (na francuskom Syndrome d' Immunodeficiences Acquises) na našem jeziku znači sindrom stečenog gubitka imuniteta (gubitka sposobnosti imunološke odbrane). Ujedno, sida predstavlja poslednji i najteži stadijum HIV infekcije.

**Sindrom** predstavlja skup simptoma i znakova oboljenja, koji se kod HIV infekcije javljaju zbog gubitka imunološke odbrane organizma. Ovaj skup simptoma i znakova oboljenja ne mora da se ispoljava uvek u punom obimu. U nekim slučajevima ispoljava se samo jedan (na primer slabljenje, odnosno gubitak na težini), a u nekim slučajevima više njih (zapaljenje pluća, gubitak na težini, otok limfnih žlezda, pojava tumora na koži i unutrašnjim organima i drugi). Stečeni gubitak sposobnosti imunološke odbrane znači da je neki uzročnik onemogućio imuni sistem da se efikasno brani i da savlada invaziju mikrobioloških činilaca koji kod zdravih ljudi ne dovode do ispoljavanja oboljenja.

## KAKO JE SVE POČELO?

Centar za kontrolu bolesti (CDC) u Atlanti, u SAD, 5. juna 1981. godine definisao je pojavu novog do tada nepoznatog oboljenja (kasnije nazvanog) AIDS.

Lekari u Los Angelesu 1981. godine bili su iznenađeni da se u grupi naizgled zdravih mladih ljudi razvilo zapaljenje pluća uzrokovano mikroorganizmom *pneumocystis carinii*, koji je do tada takvo oboljenje izazivao samo kod osoba koje su imale oštećen imunološki odbrambeni sistem. Iste godine lekari u Njujorku su zapazili kod nekoliko mladih dotle potpuno zdravih ljudi pojavu Kapoši sarkoma, jedne vrste raka kože, koji se, takođe, javlja kod osoba kojima je smanjen imunološki odbrambeni sistem.

Za obe ove grupe, tada, bilo je karakteristično da su sve obolele osobe bili mlađi muškarci, homoseksualne orijentacije. Međutim, vrlo brzo su se među obolelima našle **osobe oba pola i svih seksualnih orijentacija, zatim osobe koje su intravenski korisnici psihoaktivnih supstanci, kao i primaoci krvi**, pre svega **hemofiličari**. Sve ovo upućivalo je na činjenicu da se ovo novo oboljenje prenosi seksualnim putem ili putem krvi.

U laboratoriji „Prof. Luc Montagnier“ u Pasterovom institutu u Parizu 1983. godine izolovan je jedan virus dobijen iz povećane limfne žlezde obolelog sa znacima stečenog gubitka imuniteta i nazvan je LAV (Lymphadenopathy Associated Virus).

U laboratoriji „Prof. Robert Gallo“ u NIH (National Institute for Health) Bethesda, SAD, izolovan je 1984. godine virus koji je bio sličan sa dva ranije izolovana virusa u istoj laboratoriji koji su izazivali leukemiju T limfocita kod ljudi - HTLV I i HTLV II (**H**uman **T** Leukemia **V**irus) i, u skladu sa ovim nazivima, taj novi virus je tada nazvan HTLV III.

Pošto je dokazano da su ova dva virusa identična, Međunarodni komitet ga je 1986. godine nazvao **HIV** (**H**uman **I**mmunodeficiency **V**irus).

Nalaženjem novog tipa virusa HIV među obolelima u zapadnoj Africi koji izaziva isto oboljenje, ali se razlikuje po strukturi od prethodno identifikovanog, dobili su nove oznake kao **HIV 1**, odnosno **HIV 2**.

## O POREKLU VIRUSA

Mnoge pretpostavke, nagađanja i proizvoljna tumačenja o poreklu virusa dugo godina su budili znatiželju i maštu javnosti o najmisterioznijim načinima postanka ovog virusa. Srećom, ta nagađanja konačno su naišla na stručne demantije jer savremena saznanja jasno ukazuju da su HIV<sub>1</sub> i HIV<sub>2</sub> ušli u ljudsku populaciju preko multiplih zoonotskih infekcija sa SIV-om inficiranih primata<sup>1</sup>. Dokazano je da se nukleotidne sekvence virusa imunodeficijencije kod šimpanze (tzv. CIV czp) i virusa imunodeficijencije kod ljudi (HIV-a 1, grupe M) međusobno prepliću u filogenetskom stablu, ukazujuću na postojanje ukrštene virusne linije među ljudima i šimpanzama.

Filogenetske analize HIV 1 env sekvenci odredile su da su se HIV 1 grupe M ancestralne sekvence javile između 1915. i 1941. godine, **što ukazuje da je osnova sadašnje pandemije HIV/AIDS formirana pre skoro sto godina.**

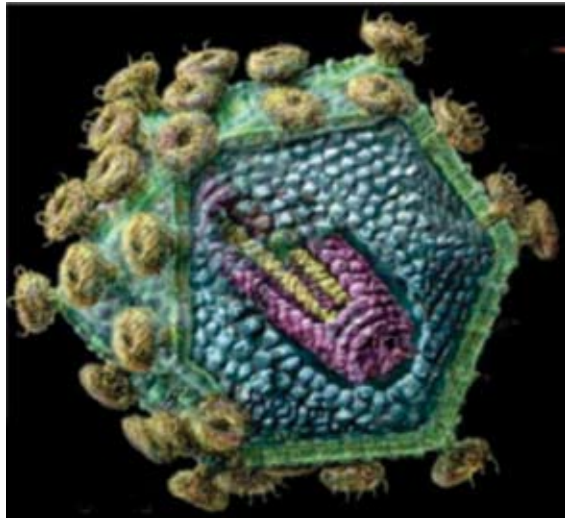
Prelazak HIV 1 sa šimpanze i HIV 2 sa mangabeja na čoveka doneo je bitne promene u virulenciji i patogenezi ovih virusa u novom domaćinu (čoveku).

U prirodnim domaćinima ni CIVczp kod šimpanze ni CIVsm kod mangabeja ne dovode do patoloških promena.

## OSOBINE VIRUSA

Virus humane imunodeficijencije (HIV) ima sve karakteristike retrovirusa. Veličina mu je 100-140 nm, ima nukleoproteinsko jezgro i dvoslojni lipoproteinski omotač. U jezgru se nalazi ribonukleinska kiselina (RNK) i neophodni enzimi.

<sup>1</sup> SIV je virus imunodeficijencije kod primata.



Ovakav sastav virusa, kao i kasnije saznanje da je dve decenije pre utvrđivanja ovog oboljenja bilo osoba koje su umrle od posledica HIV infekcije, što je potvrđeno ispitivanjem njihovih sačuvanih zamrznutih seruma, još jednom **sasvim sigurno odbacuju tvrdnju da je HIV veštački napravljen.**

Virus, koristeći posebna ulazna mesta na ćeliji domaćina, ulaskom u ćeliju (CD4 T limfocit) koristi normalne mehanizme domaćinove ćelije za svoje umnožavanje, onemogućavajući na taj način regulatornu funkciju CD4 T limfocita, a samim tim i ruši sposobnost imunog aparata da se brani od mikroorganizama. Inficirane ćelije mogu se naći u mozgu, limfnim žlezdama, timusu, plućima, koštanoj srži, koži, kao i u tankom i debelom crevu. Jedan HIV-om inficiran CD4 limfocit može u limfnoj žlezdi inficirati 400 novih CD4 limfocita.

## KLINIČKA SLIKA HIV INFEKCIJE

Ulazak virusa u organizam najčešće ne izaziva neke vidljive promene.

Međutim, kod oko 10-20 odsto inficiranih dve do šest nedelja od infekcije mogu se zapaziti nespecifični znaci oboljenja, koji umnogome podsećaju na bolest zvanu infektivna mononukleoza. Dolazi do povećanja telesne temperature udruženo s povećanjem površnih limfnih žlezda, zapaljenja ždrela, bolova u mišićima i osipa po koži,

koji može da liči na osip koji se viđa kod malih boginja (morbiliformni osip). U tom periodu, po pravilu, ne mogu se dokazati antitela koja su specifična za HIV - antitela na protein omotača virusa gp41 - koja se najčešće mogu dokazati četiri do osam nedelja posle infekcije. **Ovaj period se zbog toga naziva period prozora, kada postoji infekcija, kada je inficirana osoba sposobna da prenese virus drugoj osobi, a uobičajeno testiranje ne otkriva prisustvo antitela (na gp41).** Veoma retko, kod nekih osoba *serokonverzija* (odnosno pojava antitela) otkrivena je tek 12 do 16 meseci posle infekcije. Ipak, i u ovom periodu može se dokazati prisustvo proteina p24, koji se rutinski retko radi, a predstavlja antigen proteina jezgra virusa i preko njega se sa sigurnošću može utvrditi infekcija HIV-om. Sve navedeno ukazuje da, po pravilu, infekcija HIV-om protiče nezapaženo i osoba koja je inficirana, najčešće, ne zna da je virus u njoj.

Iz stadijuma primarne infekcije prelazi se u stadijum asimptomatske serokonverzije, kada mogu da se dokažu antitela na HIV, a ne postoje nikakvi znaci koji bi ukazivali da je osoba inficirana HIV-om.

Ovaj stadijum može da traje godinama i on predstavlja, epidemiološki gledano, „najpogodniji“ period za dalje prenošenje virusa jer se inficirana osoba oseća sasvim „zdravo“ i najčešće nije svesna da je inficirana.

Klinički simptomi se javljaju u proseku tek posle nekoliko godina (7, 10, 12 pa i više godina) od infekcije, mada se retko, kada postoje i druge (pre svega polno prenosive) zaraze, mogu ispoljiti i posle nekoliko meseci od infekcije.

Povećanje limfnih žlezda je ispoljeno u vratnom, i to naročito na zadnjem delu vrata, i pazušnom predelu. Ovo stanje može potrajati više meseci, kada počinju tzv. konstitucionalni simptomi side, koji se karakterišu gubitkom telesne težine više od 10 odsto od normalne, povećanjem telesne temperature preko 38 stepeni C, koja traje više od mesec dana, proliv koji traje kontinuirano ili s prekidom više od mesec



dana, gljivična infekcija usta i ždrela, herpes na usnama ili genitalijama koji dugo traje i ponovo se javlja. Sve ovo je praćeno, po pravilu, sa smanjenim brojem crvenih krvnih ćelija, krvnih pločica, belih krvnih ćelija, povećanjem koncentracije proteina i to posebno imunoglobulina u krvi, kao i smanjenjem broja CD<sub>4</sub> T limfocita u krvi. Javljaju se promene na perifernom nervnom sistemu, kao i na centralnom nervnom sistemu, koje dovode do teških poremećaja s gubitkom mogućnosti orijentacije... Razvijaju se razne vrste tzv. **oportunističkih infekcija**, s mikroorganizmima koji, po pravilu, ne izazivaju oboljenja kod zdravih mladih osoba, ili je klinička slika ostalih infekcija znatno teža i manje osetljiva na uobičajenu terapiju. Tu spadaju infekcije sa protozoama, koje izazivaju najveći procenat smrtnih ishoda kod osoba koje su inficirane HIV-om, zatim obojavanja izazvana prouzročivačem tuberkuloze (*Mycobacterium tuberculosis*), kao i netipičnim mikrobakterijama ili teškim gljivičnim infekcijama.

U ovom stadijumu javljaju se i tumori i to, pre svega, Kapoši sarkom koji može, pored kože, da zahvati i unutrašnje organe, kao i tumori B limfocita (tzv. B limfomi) koji se najčešće razvijaju u mozgu i predstavljaju najčešći uzrok smrti kod HIV inficiranih kod kojih su se razvili.

Sposobnost normalne imunološke odbrane, pre svega, vezana je za glavnu regulatornu ćeliju imunog sistema (odnosno CD<sub>4</sub> T limfocit) te uništavanje ovih ćelija smanjuje se mogućnost odbrane. Određivanjem broja CD<sub>4</sub> T limfocita u krvi inficiranih moguće je predvideti prelazak iz asimptomatske infekcije u oportunističke infekcije i razvoj tumora. Smatra se da se, kada broj CD<sub>4</sub> T limfocita u perifernoj krvi padne ispod 200 na kubni milimetar, ispoljavaju svi glavni oblici infekcije i tumori kod inficiranih.

**Mi često, u želji da se sve navedeno shvati, kažemo: „HIV ne ubija inficirane“.** On onemogućava normalnu imunološku odbranu uništavajući CD<sub>4</sub> T limfocite i na taj način omogućava da veliki broj uslovno patogenih i patogenih mikroorganizama dovede do teških infekcija i tumora, koji se veoma teško leče i koji dovode do smrti.

## MOGUĆNOSTI MEDICINSKOG SPREČAVANJA HIV INFEKCIJE

Najbolji način za sprečavanje svake infekcije je povećanje specifične imunološke otpornosti na odgovarajući mikroorganizam. To se kod mnogih drugih bolesti postiže vakcinacijom i, blagodareći njoj, mnoge bolesti koje su ranije izazivale teške epidemije s visokom smrtnošću danas su praktično nestale, kao što je potpuno nestajanje velikih boginja, i praktično lagano nestajanje difterije i poliomijelitisa.

Uzimajući ovo u obzir, i problem sa HIV infekcijom bi se, teorijski, mogao rešiti vakcinacijom.

Na početku ove svetske pandemije, stručnjaci iz Svetske zdravstvene organizacije su izjavljivali da će vakcina protiv HIV-a biti u roku od pet godina u upotrebi širom sveta. Međutim, prošlo je od tada četiri (možda i pet) puta po pet godina, a vakcina protiv HIV-a nije ni na vidiku.

Šta je uzrok?

Dobra vakcina zahteva da se na njeno unošenje u organizam u imunom sistemu odmah prepozna odgovarajući antigen (**mikroorganizam, odnosno njegov deo na koji reaguje imuni sistem**) i stvore ili antitela koja mogu da se odmah vežu za mikroorganizam, da ga blokiraju i unište na određene načine, ili specijalne ćelije ubice imunog sistema koje će eliminisati infektivni činičac ako prođe u organizam.

Specifičnost strukture virusa HIV, načina umnožavanja i menjanja njegove strukture prilikom svakog umnožavanja predstavljaju glavnu prepreku u iznalaženju efikasne vakcine za suzbijanje HIV infekcije.

Rečeno je već da kada se RNK<sup>2</sup> HIV-a prepíše u DNK<sup>3</sup> i ugradi u genom ćelije domaćina odatle može biti eliminisan samo smrću te ćelije, a uništenje CD<sub>4</sub> T limfocita dovodi do oportunističkih infekcija i oportunističkih tumora koji ubijaju inficiranog.

<sup>2</sup> RNK - Ribonukleinska kiselina

<sup>3</sup> DNK - Deoksiribonukleinska kiselina

Može se reći da zasada ne postoji mogućnost da se stvore uslovi za medicinsku prevenciju infekcije HIV-om i da svi dosadašnji pokušaji dobijanja efektivne vakcine nisu dali pozitivne rezultate.

## PRENOŠENJE HIV INFEKCIJE

Jedan od načina prenošenja HIV infekcije je seksualni kontakt.

U spermatičnoj tečnosti HIV pozitivnog muškaraca, kao i u vaginalnom sekretu žena koje su inficirane nalazi se veliki broj ćelija inficiranih HIV-om. Može se smatrati da je dovoljno da jedna ćelija inficirana HIV-om proдре u organizam i dođe do limfnih organa i da dovede do infekcije HIV-om sa svim već opisanim posledicama.

Pored seksualnog načina prenošenja, HIV infekcija se može preneti krvlju (najčešće upotrebom istog šprica za intravensko unošenje psihoaktivnih supstanci) i tokom trudnoće, porođaja i dojenja novorođenčadi (ukoliko je majka HIV pozitivna).

Prenošenje preko transfuzije krvi ili krvnih derivata skoro da je onemogućeno jer se i krv, kao i tkiva i organi za transplantaciju pre korišćenja testiraju na HIV. U našoj zemlji od 1987. godine zakonski je regulisana kontrola svih produkata krvi, tkiva i organa na HIV.

Međutim, ukoliko bi neko dobrovoljno dao krv u periodu prozora, postojala bi mogućnost ovakvog načina transmisije jer se ELISA testovima (koji se svuda u svetu koriste kao rutinski testovi) ne bi mogla detektovati antitela kojih još nema u dovoljnoj količini u perifernoј krvi. **Zato je važno naglasiti da je veoma dobro i izuzetno humano dobrovoljno dati krv, ali to nije mesto za proveravanje HIV statusa.**

**ZASIGURNO JE UTVRĐENO DA SE HIV INFEKCIJA NE PRENOSI:** rukovanjem, korišćenjem istih prostorija (kancelarija, škola, soba za stanovanje, ordinacija...), korišćenjem telefona, kompjutera, drugog

pribora zajedničke upotrebe, korišćenjem zajedničkog pribora za jelo, istog pribora za pijenje, spavanjem u istom krevetu, grljenjem i ljubljenjem, korišćenjem istog kupatila, peškira, kupanjem u bazenu, ubodima insekata...

## MOGUĆNOSTI LEČENJA HIV INFEKCIJE

Iz svega do sada navedenog potpuno je jasno da **nema mogućnosti za uklanjanje virusa iz genoma inficiranog bez smrti ćelije u kojoj se virus nalazi, a samim tim ni do izlečenja osobe koja je inficirana HIV-om.**

Velika je verovatnoća da će osoba koja je inficirana HIV-om u nekom trenutku dobiti dijagnozu AIDS-a.

**AIDS je veoma teška smrtonosna bolest za koju zasada ne postoje ni načini sprečavanja vakcinacijom, ni načini potpunog izlečenja. Ono što je medicina zasada postigla jeste produžetak asimptomatskog perioda HIV inficiranih i produžetak života obolelih od AIDS-a veoma moćnim (ali često i veoma toksičnim) lekovima.**

**Poznavanje razvoja bolesti i, posebno, uloge i značaja koje u razvoju ove bolesti igraju CD4 T limfociti**

**Osnovna strategija u lečenju usmerena je na maksimalno usporavanje uništenja CD4 T limfocita, odnosno na pokušaje sprečavanja zaražavanja novih CD4 T limfocita inficiranih HIV-om.**

Pokušaj lečenja je usmeren na dva pravca: sprečavanje prepisivanja RNK virusa u DNK ćelije i stvaranje provirusa u genomu inficiranog **blokiranjem reverzne transkriptaze i sprečavanje formiranja virusa blokiranjem specifičnih enzima (proteaza) neophodnih za formiranje virusa.**

Upotrebom ovih lekova znatno se produžava asimptomatska faza infekcije i moguće je duže održati potrebni nivo CD4 T limfocita za odbranu od oportunističkih infekcija i tumora. Time je životni vek osoba koje žive sa HIV-om i AIDS-om znatno produžen.

**Danas se upotrebljava veći broj lekova, najčešće u kombinaciji više lekova istovremeno - tri ili četiri (ova terapija se zove visokoaktivna antiretrovirusna terapija ili HAART terapija).**

Svako lečenje HIV infekcije i AIDS-a zahteva striktno poštovanje odgovarajućih prihvaćenih protokola lečenja.

**Nemogućnost medicinske prevencije i efikasnog uklanjanja virusa iz inficirane osobe i poznavanje puteva prenošenja ove infekcije ukazuje na neophodnost promene ponašanja, pre svega, u seksualnim navikama, ali i u ukupnim životnim navikama ka bezbednijem ponašanju uz sticanje znanja, veština i navika koje vode zdravlju.**

## LITERATURA

- Centers for Disease Control. Pneumocystis pneumonia - Los Angeles. MMWR. 1981; 30: 250-2.
- Gallo RC, Montagnier L. The chronology of AIDS research. Nature 1987; 326 (6112): 435-6.
- V. Cucuč, A. Dujić, D. Ilić, M. Paunić, et al. HIV infekcija - osnovni pojmovi; Obrazovanje i vaspitanje za zdravlje - prevencija side i PPI. Komisija za borbu protiv side Republike Srbije; Beograd 2004; 20-24.
- Barre-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Science 1983; 220 (4599): 868-71.
- A. Dujić, Savremena saznanja o patogenezi HIV infekcije. Medicinski i drugi aspekti HIV infekcije i side. Srpska akademija nauka i umetnosti; međudodeljenjski odbor za sidu. Beograd 2004; 21-35
- UNAIDS. World AIDS Campaign: Men Make a Difference (cited 2001, December 1). Available from URL: <http://www.unaids.org/wac/2000>.
- Cavert W. In vivo detection and quantification of HIV in blood and tissues. AIDS 1998; 12 (Suppl A): S27-34.
- Carpenter CC, Fischl MA, Hammer SM, Hirsch MS, Jacobsen DM, Katzenstein DA, et al. Antiretroviral therapy for HIV infection: updated recommendations of the International AIDS Society-USA Panel. JAMA 1998; 280: 78-86.
- Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV Infection. The use of antiretroviral agents in HIV infected adults and adolescents. J Int Assoc Physicians AIDS Care 1998; 5 (Suppl 1): 4-26.
- Pantaleo G, Perrin L. Can HIV be eradicated? AIDS 1998; 12 (Suppl A): S175-80.
- Chin J. Acquired immunodeficiency syndrome. In: Chin J, editor. Control of Communicable Diseases Manual. 17th ed. Washington (DC): American Public Health Association; 2000. p. 1-9.
- Weekly Epidemiological Record, WHO December 2004.
- Hahn BH, Shaw GM, De Cock KM and Sharp PM. AIDS is zoonosis: scientific and public health implication. Science 2000, 287:5453, 607-614
- Levin BR, Bull JJ, Stewart FM. Epidemiology, evolution, and future of the HIV/AIDS pandemic. Emerg Infect Dis 2001;7 (3 Suppl): 505-11.
- Corbet S, Muller-Trutwin MC, Versmisse P et al. Env sequence of simian immunodeficiency virus from chimpanzees in Cameroon are strongly related to those of human immunodeficiency virus group N from the same geographic area. J Virol 2000, 74:1, 529-534
- Korben B, Muldoon M, Theiler J et al. Timing the ancestor of the HIV-1 pandemic strains. Science, 2000, 288:5472, 1789-1796
- Centers for Disease Control. Quarterly AIDS map. MMWR 1992; 41: 805.
- Weekly Epidemiological Record, No.47. WHO 24 November 2000.
- J. Last, Z. Radovanović, Epidemiološki rečnik. Beograd: Medicinski fakultet; 2001.

DRAGAN ILIĆ

## VIŠE OD DVADESET GODINA HIV-A I AIDS-A

Danas u svetu ima više od 42 miliona ljudi koji žive sa HIV-om, od čega je oko četiri miliona novoinficiranih u 2006. godini. Od 1981. do 2006. godine od side je umrlo više od 28 miliona ljudi, a od ovog broja, tri miliona u 2006. godini.

U svetu se svakog dana oko 14.000 osoba inficira HIV-om, a od ovog broja, svaka druga osoba je mlađa od 24 godine.

Porast broja obolelih od side je posebno izražen u regionu istočne Evrope i centralne i istočne Azije. Najveći broj novoinficiranih su žene i osobe mlađe od 30 godina.

Brojna istraživanja pokazuju da tek svaka peta osoba s rizičnim ponašanjem ima mogućnost da koristi osnovne zdravstvene usluge, dok svaka deseta osoba zna da je HIV pozitivna.

Posmatrano po kontinentima, preko 65 odsto svetske epidemije HIV-a događa se u Africi, posebno u podsaharskoj Africi, gde je oko 27 miliona inficiranih i gde je dominantan seksualni put prenosa i prenos s majke na dete. Odmah zatim je južna i jugoistočna Azija, sa oko 7,5 miliona osoba koje žive sa HIV-om.



Poslednjih sedam-osam godina HIV epidemija u istočnoj Evropi i centralnoj Aziji je vrtoglavo brzinom dostigla velike razmere (oko 1,7 milion infekcija), a epidemijski talas, koji je još uvek u toku, karakteriše najdominantniji put prenosa - preko krvi, odnosno korišćenjem nesterilnog pribora kod intravenskog korišćenja narkotika.

Ako posmatramo Evropu po geografskoj karti, broj novoobolelih i novoinficiranih u istočnoj Evropi velikom brzinom raste, u zapadnoj Evropi opada, dok je u centralnoj Evropi taj broj konstantan - epidemija ima relativno miran tok, bez većih oscilacija.

Naša zemlja, kao jedna od deset zemalja centralne Evrope, prema broju novodijagnostikovanih slučajeva HIV infekcije na milion stanovnika, nalazi se na trećem mestu (posle Poljske i Rumunije), a prema broju novoobolelih na milion stanovnika, na drugom mestu (posle Rumunije).

Epidemija HIV-a u Srbiji zvanično je počela 1985. godine kada su prijavljeni prvi slučajevi AIDS-a, mada je, prema podacima virusološke laboratorije Instituta za tropske i zarazne bolesti KCS<sup>4</sup> u Beogradu, HIV prisutan u našoj sredini još od 1981. godine. Prvi slučaj HIV infekcije, prema podacima Centralnog registra inficiranih, obolelih i umrlih od HIV-a i AIDS-a u Gradskom zavodu za javno zdravlje Beograd, registrovan je 1984. godine.

Tek posle usvajanja deklaracije o HIV-u i AIDS-u na zasednju Generalne skupštine Ujedinjenih nacija (UNGASS) u junu 2001. godine, Vlada Republike Srbije je u martu 2002. godine formirala Nacionalnu komisiju za borbu protiv side. Ova komisija predstavlja multidisciplinarno telo, uključujući predstavnike različitih ministarstava, vladinih i nevladinih organizacija, medija i osoba koje žive sa HIV-om.

U junu 2004. godine komisija je ponovo imenovana - novim članovima i glavnim zadatkom da predloži Nacionalnu strategiju za borbu protiv side u Srbiji. Vlada Republike Srbije konačno je usvojila Nacionalnu strategiju u februaru 2005. godine.

<sup>4</sup> KCS - Klinički centar Srbije

MILA PAUNIĆ I DRAGAN ILIĆ

## EPIDEMIOLOŠKA SITUACIJA HIV-A I AIDS-A U SRBIJI

Prava epidemiološka slika HIV-a u Srbiji nije u potpunosti precizna. Zvanični epidemiološki podaci govore da je prevalenca i incidenca niska. Ovo je, pre svega, rezultat još neadekvatno uspostavljenog nacionalnog sistema praćenja, a naročito unutar posebno osetljivih grupa za HIV infekciju.

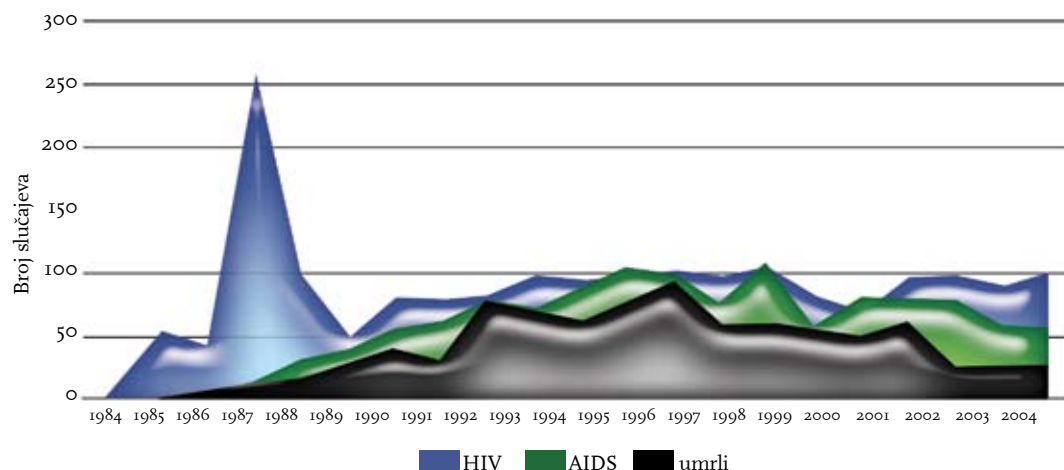
### HIV INFEKCIJA U SRBIJI

Prema podacima Instituta za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, od 1984. do kraja 2005. godine registrovano je 2.017 osoba inficiranih HIV-om, a kod 1.299 osoba je dijagnostikovana sida. Od svih registrovanih HIV pozitivnih osoba 1.481 su muškarci, a 536 žena (odnos polova je približno 2,8:1). Većina osoba je s teritorije centralne Srbije (oko 88 odsto), i to uglavnom s područja grada Beograda (blizu 80 odsto), dok je na području Vojvodine prijavljeno 209 HIV infekcija (11 odsto). U Beogradu je odnos polova (m:ž) 2,4:1, dok je u Vojvodini taj odnos 6:1.

Samo od januara do novembra 2006. godine novodijagnostikovana je još 71 osoba inficirana HIV-om (12 u Vojvodini - 17 odsto, 33 u Beogradu - 46 odsto); a odnos polova je 54 muškarca prema 17 žena, odnosno 3:1. Od novoregistrovanih HIV infekcija u 2006. godini: 28 osoba je među MSM<sup>5</sup> populacijom (39 odsto), 17 inficiralo se heteroseksualnim putem (24 odsto), osam su intravenski korisnici droga (11 odsto) i za njih 18 nije utvrđen način transmisije (25 odsto).

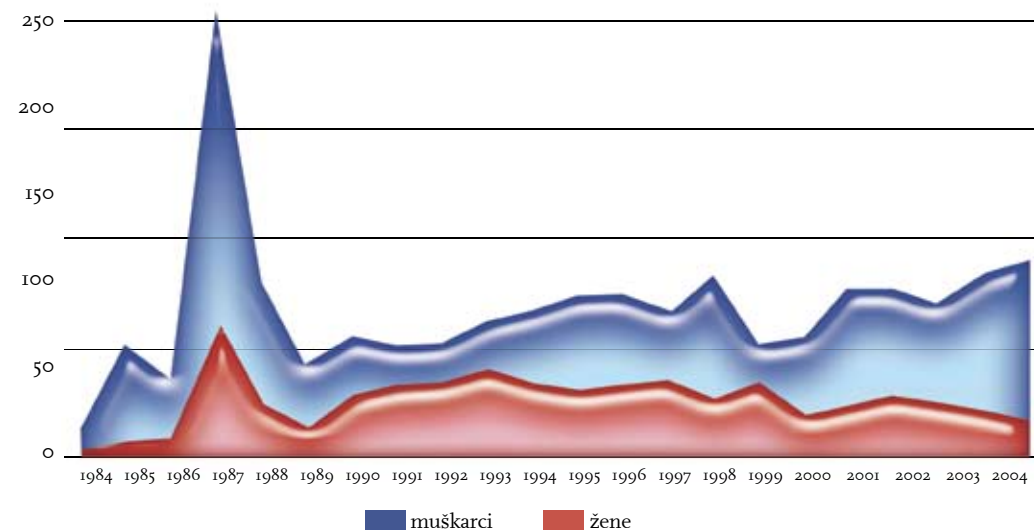
Ako se posmatra stopa HIV infekcije na milion stanovnika Srbije (bez Kosova i Metohije), oboleli i umrli od side (po godini dijagnostikovanja), uočava se blagi porast novodijagnostikovanih HIV infekcija, blagi pad obolavanja i nešto izraženiji pad među osobama koje su umrle od side (grafikon 1).

**Grafikon 1: Novodijagnostikovane HIV infekcije, AIDS slučajevi i umrli od AIDS-a po godini dijagnostikovanja**



Na grafikonu 2 prikazana je distribucija po polu i godini dijagnostikovanja HIV infekcije.

**Grafikon 2: HIV infekcija po polu i godini dijagnostikovanja**



U uzrastu mlađem od 15 godina HIV infekcija je retka (3,6 odsto), kao i u uzrastu od 15 do 24 godine (13,2 odsto), a najveći broj inficiranih pripada ranom i reproduktivnom uzrastu od 15 do 49 godina (84,3 odsto). Najveći broj inficiranih HIV-om, kako muškaraca (42,7 odsto od svih inficiranih muškaraca), tako i žena (skoro 50 odsto od svih inficiranih žena), pripada dobnoj grupi od 25 do 34 godine. Za 5,2 odsto slučajeva nije poznata uzrasna kategorija, što ukazuje na nekompletnost prijavljivanja.

Kada se posmatra distribucija HIV infekcije po transmisivnim grupama, uočava se izrazit pad HIV infekcije među intravenskim narkomanima, hemofiličarima i primaocima krvi i krvnih derivata, a sa druge strane izrazit porast u grupi heteroseksualaca i homo/biseksualaca. Takođe, u kategoriji s nepoznatom, odnosno neutvrđenom transmisijom (10,7 odsto), gde je većina inficiranih muškog pola, uočava se trend porasta, što opravdava pretpostavku da je reč o mogućoj homoseksualnoj transmisiji, te je potrebno uložiti dodatni napor da se ova grupa destigmatizuje i edukuje.

<sup>5</sup> MSM - (Men who have sex with men) - Muškarci koji imaju seks sa muškarcima.

## AIDS U SRBIJI

Od 1985. godine, kada su dijagnostikovani prvi slučajevi, pa do kraja 2005. godine u Republici Srbiji je prijavljeno 1.299 AIDS slučajeva, od toga 952 muškarca i 347 žena (odnos polova 2,7:1).

Prema teritorijalnoj distribuciji, većina AIDS slučajeva je s područja centralne Srbije, odnosno sa područja grada Beograda (76 odsto), pri čemu je odnos polova 2,5:1. U Vojvodini je registrovano 135 slučajeva (10,5 odsto) sa odnosom polova sličnim kao i kod HIV infekcije - 5,6:1. U centralnoj Srbiji, pored Beograda, najveći broj slučajeva registruje se u Nišavskom, Podunavsko-braničevskom i Borsko-zaječarskom okrugu, dok u Vojvodini prednjači Južnobački okrug.

Prema podacima Instituta za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, od januara do novembra 2006. godine registrovano je još 40 osoba obolelih od AIDS-a (30m:10ž, odnosno 3:1), 66 odsto iz Beograda i 10 odsto iz Vojvodine. Od novoregistrovanih obolelih u 2006. godini, sedam osoba je među MSM populacijom (17,5 odsto), devet se inficiralo (22,5 odsto) heteroseksualnim putem, osam su intravenski korisnici droga (20 odsto), za 15 nije utvrđen način transmisije (38 odsto), a obolelo je i jedno dete koje se inficiralo vertikalnom transmisijom (sa HIV pozitivne majke na dete).

Tokom prvih godina epidemije odnos polova (m:ž) bio je čak 5,7:1 (do 1991), da bi se postepeno smanjivao do 1,4:1 (1997), a tokom poslednjih godina ustalio na oko 2,5:1, što, uz porast heteroseksualne transmisije, povećava rizik za vertikalnu transmisiju.

Incidencija AIDS slučajeva pokazuje trend porasta sa minimumom od 0,4 (1985) i dva pika: od 13,3 (1995) i 13,9 AIDS slučajeva na 1.000.000 stanovnika (1998), a u poslednje tri godine je ustaljena sa oko 10 AIDS slučajeva na milion stanovnika, pri čemu od nas u centralnoj Evropi (Albanija, BiH, Bugarska, Hrvatska, Češka, Makedonija, Mađarska, Poljska, Slovačka, Slovenija, Turska) višu stopu ima samo Rumunija.

Kada je reč o distribuciji po uzrastu, najveći broj AIDS slučajeva pripada kategoriji od 15 do 49 godina (86,1 odsto), pri čemu muškarci najviše obolevaju u dobnoj grupi od 35 do 39 godina (skoro četvrtina svih obolelih muškaraca), dok žene obolevaju najviše u dobu od 30 do

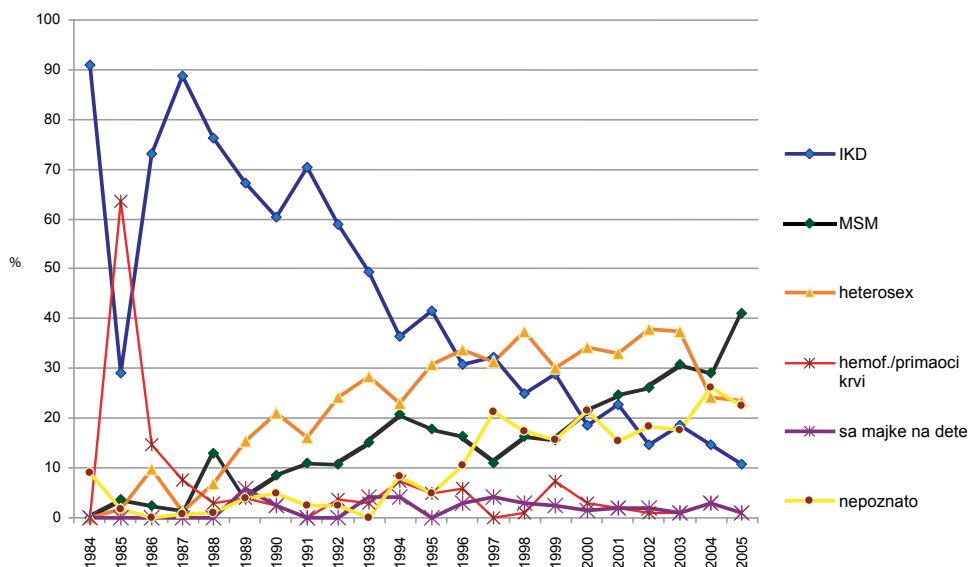
34 godine (27,2 odsto svih obolelih žena). Mladi od 15 do 24 godine učestvuju sa 5,3 odsto svih obolelih, dok je obolevanje u uzrastu manjem od 15 godina retko (2,8 odsto).

Vodeći načini transmisije HIV-a među obolelima u Srbiji su skoro podjednako: krvna transmisija - 44 odsto (što u ovoj situaciji podrazumeva korišćenje zajedničkih igala i špricova među intravenskim narkomanima) i seksualna transmisija - 39 odsto (i to kako heteroseksualna (23 odsto) tako i homo/biseksualna (16 odsto), gde se u potpunosti odnosi na seksualne odnose bez kondoma, na promiskuitetne osobe ili partnere HIV pozitivnih osoba). Uz ove dve grupe, značajan broj obolelih je među osobama kod kojih nije poznat način transmisije (10 odsto), ili su se inficirale kao primaoci krvi i produkata krvi - oko pet odsto (gde je najveći broj sa dijagnozom hemofilije). Vertikalna transmisija učestvuje sa znatno nižim procentom - dva odsto (17 slučajeva).

Na grafikonu 3 uočava se, iz godine u godinu, trend pada obolevanja od AIDS-a među intravenskim narkomanima, hemofiličarima i primaocima krvi i krvnih derivata, a trend porasta u grupi homoseksualaca, heteroseksualaca, kao i među osobama sa neutvrđenim načinom transmisije, što epidemiološku situaciju čini nepovoljnom.

U grupi homo/biseksualaca uočava se lagani porast obolevanja od AIDS-a, kao i u grupi „nepoznato“, gde slede slične pretpostavke kao i za HIV infekciju.

**Grafikon 3: AIDS slučajevi po transmisivnim grupama**



## SMRTNOST OD AIDS-A U SRBIJI

U Srbiji je do 1987 godine do 2006. registrovano 897 osoba umrlih od AIDS-a (674 muškaraca i 223 žena), a odnos polova je 3:1.

Većina umrlih pripada regionu centralne Srbije (oko 90 odsto), dok je 10 odsto registrovano na području Vojvodine (gde je odnos muškaraca i žena 7,2:1). Na području Beograda je umrlo 711 osoba (blizu 80 odsto).

Na grafikonu 1 prikazan je broj umrlih iz godine u godinu u Republici Srbiji (bez Kosova i Metohije). Mortalitet beleži najvišu vrednost 1996. godine (1,2 na 100.000), a od 1997. godine beleži se kontinuiran pad mortaliteta od AIDS-a, da bi najniža vrednost bila registrovana 2002. i 2003. godine (0,3 na 100.000 stanovnika), što se svakako može objasniti efektima ART<sup>6</sup>, premda i dalje visok procenat HIV infekcije biva otkriven u trenutku postavljanja dijagnoze AIDS (preko 65 odsto na području Beograda, prema podacima GZZZ Beograd).

<sup>6</sup> ART -antiretroviralna terapija

Prema podacima Instituta za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, od januara do novembra 2006. godine 21 osoba je umrla u Srbiji od AIDS-a (17 muškaraca i četiri žene, odnos polova m:ž je 4:1); 71 odsto umrlih je iz Beograda, skoro polovina je AIDS dobila seksualnim kontaktom (48 odsto), a trećina su bili intravenski korisnici droga (33 odsto).

## IZRAČUNAVANJE I MONITORING TRENTA HIV INFEKCIJE U SRBIJI

Na osnovu broja registrovanih HIV infekcija i broja umrlih od AIDS-a izračunata je prevalencija HIV infekcije koja je 128 osoba inficiranih HIV-om na milion stanovnika Srbije (bez Kosova i Metohije, računato na populaciju po poslednjem popisu iz 2002. godine).

Ako bi se prevalencija HIV infekcije računala na populaciji od 15 do 49 godina (po preporukama SZO<sup>7</sup> i UNAIDS<sup>8</sup>), onda bi ona u Srbiji krajem 2003. godine bila 222 na milion stanovnika ovog uzrasta.

Na osnovu dostupnih podataka i pomoću softverskog paketa, koji je kreirao SZO za zemlje s niskom prevalencijom HIV infekcije, urađene su minimalna i maksimalna procena prevalencije HIV infekcije u Srbiji.

*Za procenu prevalencije za minimalno i maksimalno procenjenu veličinu visokorizičnih grupa (IVK<sup>9</sup>, homo i biseksualci, seksualne radnice i njihovi klijenti), kao i grupa s nižim rizikom (seksualne partnerke biseksualaca i IVK) korišćeni su dostupni podaci (npr. minimalna veličina grupe IVK je 15 odsto od procenjenog broja korisnika droge u Srbiji - dok su za ostale veličine grupa korišćene preporuke i procene SZO). Tako su dobijene veličine grupa homo/biseksualaca (dva-pet odsto muške populacije do 15 do 49 godina), seksualnih radnica (0,5-0,8 odsto žena od 15 do 49 godina), klijenata seksualnih radnica (5-20 odsto muškaraca od 15 do 49 godina), partnerki IVK (trećina grupe IVK), kao i partnerki biseksualaca (30-50 odsto grupe homo/biseksualaca). Za minimalnu i maksimalnu vrednost*

<sup>7</sup> SZO - Svetska zdravstvena organizacija.

<sup>8</sup> UNAIDS - (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) - Zajednički program Ujedinjenih nacija za HIV i AIDS.

<sup>9</sup> IVK - intravenski korisnici droga.



*seroprevalence HIV infekcije korišćeni su dostupni rezultati ispitivanja HIV infekcije u grupama stanovništva sa rizikom na teritoriji Srbije od 1994. do 2002. godine. Ovi rezultati dobijeni su dobrovoljnim poverljivim ili anonimnim testiranjem, pri čemu su za grupu seksualnih radnica i njihovih klijenata uzete vrednosti seroprevalence u grupi testiranih heteropromiskuitetnih osoba, dok su seroprevalence HIV infekcije među partnerkama IVK i biseksualaca rađene na osnovu preporuka stručnjaka SZO (1/3 ili 1/2 seroprevalence među IVK i homo/biseksualcima).*

Procenjena minimalna prevalencija HIV infekcije za na primer 2003. godinu je 1.400 na milion populacije od 15 do 49 godina (odnosno, procenjeno je da je minimalno 5.017 osoba ovog uzrasta živelo sa HIV-om i AIDS-om krajem 2003. godine, pri čemu je 10,75 odsto žena), dok je procenjena maksimalna prevalencija HIV infekcije za 2003. godinu 2.600 na milion populacije od 15 do 49 godina (odnosno, procenjeno je da maksimalno 9.612 osoba ovog uzrasta živelo sa HIV/AIDS-om krajem 2003. godine, pri čemu je 17,35 odsto žena).

Procenjene prevalencije su od 6 do 11 puta veće od registrovanih.

Iz svih dosada predstavljenih epidemioloških podataka može se zaključiti da je epidemiološka situacija HIV-a i AIDS-a u našoj zemlji neizvesna, s mogućom daljom tendencijom pogoršanja, te je potrebno uložiti napor i integrisati što veći broj preventivnih aktivnosti, koje bi podrazumevale saradnju i podršku društva u celini (pre svega zdravstva, prosvete, pravosuđa i medija) jer se rizici koji vode HIV infekciji i problemi koji su vezani za nju ne mogu prepoznavati, rešavati i sprečavati SAMO u zdravstvenoj delatnosti ili u lekarskoj ordinaciji.

## LITERATURA

- Izveštaj o epidemiološkoj situaciji HIV infekcije u Srbiji Instituta za zaštitu zdravlja Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“ - novembar-decembar 2006. godine
- Izveštaj Republičke komisije za borbu protiv side Ministarstva zdravlja Republike Srbije (2005. godina)
- Izveštaj Zavoda za zdravstvenu zaštitu studenata Beograd (2005. i 2006. godina)
- Izveštaj UNAIDS-a (iz decembra 2004. i januara 2005. godine).
- Weekly Epidemiological Record, WHO novembar 2005.

VIOLETA ANĐELKOVIĆ

## ISTORIJAT DOBROVOLJNOG I POVERLJIVOG SAVETOVANJA I TESTIRANJA NA HIV (DPST)

Pre više od dvadeset godina programski pristupi HIV testiranju razvijali su se u kontekstu velikog straha od HIV-a i straha vezanog za njegovo prenošenje.

Kako su se metode HIV testiranja razvijale, ono je zauzimalo veliku ulogu najpre u praćenju epidemije, a kada je lečenje postalo dostupno, razvilo se individualno testiranje za kliničke svrhe.

S razvojem nacionalnih odgovora na HIV, za mnoge vlade i države obavezno testiranje onih koji pripadaju „rizičnim grupama“ bio je argument u prilog očuvanju javnog zdravlja. Takođe, primenjivalo se i mandatorno testiranje i obaveštavanje članova porodica, kolega i prijatelja onih koji imaju HIV o njihovom HIV statusu. U ovakvim uslovima, diskriminacija i nepoštovanje ljudskih prava sprečavalo je ljude da donesu odluku da saznaju svoj HIV status i, nesvesni svog HIV statusa, oni koji su živeli s njim prenosili su ga dalje.

Neuspeh da se epidemija kontroliše i neprestano kršenje ljudskih prava mandatornim testiranjem i otkrivanjem HIV statusa dovelo je do toga da su oni koji se bave ljudskim pravima počeli više da se interesuju za razvoj novog pristupa u HIV testiranju. Oni su sugerevali da, radi očuvanja ljudskih prava i povećanja broja onih koji će želeti da saznaju

svoj HIV status, svako testiranje treba da bude **dobrovoljno i stvar odluke pojedinca**, a da uz testiranje treba ponuditi i razgovor koji bi pojedincu omogućio da takvu odluku donese (minimum informacija o HIV-u).

Negde između onih koji su, zainteresovani za javno zdravlje, promovisali HIV testiranje i onih koji su, zainteresovani za ljudska prava, promovisali lične potrebe i slobodu nastalo je dobrovoljno savetovanje i HIV testiranje kao jedna od najefikasnijih preventivnih metoda u borbi protiv HIV-a.

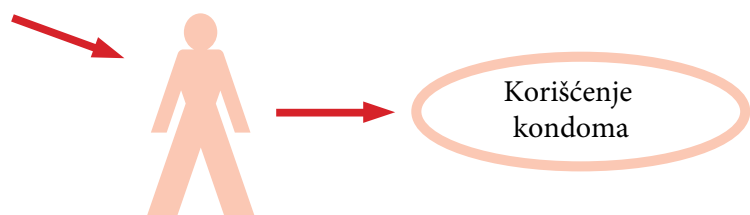
## POČETAK

Još kad je HIV epidemija otkrivena osamdesetih godina HIV je prepoznat kao virus za čije prenošenje je odgovorno rizično ponašanje. To znači da je za smanjenje epidemije najvažnije menjati ljudsko ponašanje vezano za HIV.

U početku se naivno verovalo da će ljudi menjati svoje ponašanje rizično za HIV samo ako imaju dovoljno informacija o HIV-u, što je na neki način odredilo dobrovoljno savetovanje i testiranje i definisalo savetovanje kao tehniku davanja neophodnih informacija klijentu o HIV-u, načinima prenošenja i zaštite.

Rani preventivni naponi izgrađeni oko ovog verovanja nisu dali dobre rezultate i doveli su do nikakve ili nedovoljne promene u ponašanju.

Informacije o HIV-u i AIDS-u



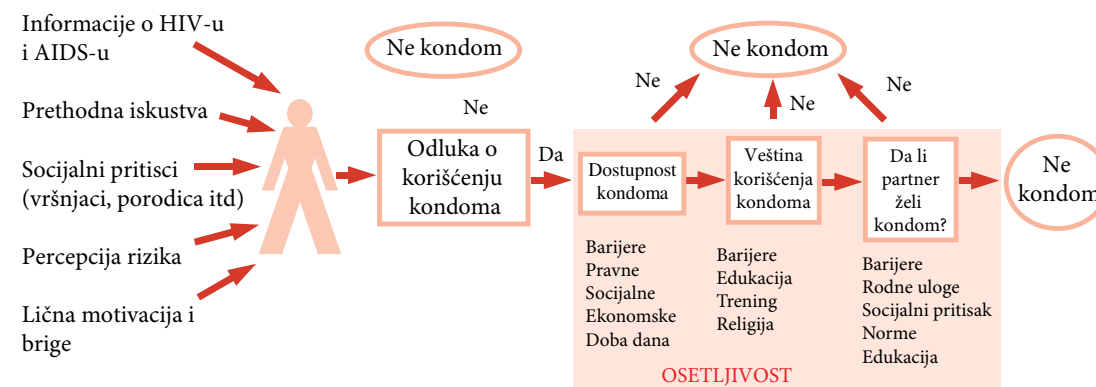
Tokom narednih deset godina uvidelo se da na efikasnost preventivnih mera utiču mnogobrojni faktori. Prepoznato je da su ljudi vrlo retko u stanju da kontrolišu svoje rizično ponašanje i da ga menjaju, a da promena ponašanja ne zavisi samo od informacija koje imamo.

Novi model ponašanja vezanog za HIV stavio je naglasak na individualni pristup i uzeo u obzir socijalne, kulturalne i ekonomske kontekste u kojima se ponašanje odvija. Pojedinaac donosi odluke o rizičnom ponašanju ne samo na osnovu informacija koje ima, već i u odnosu na druge brojne faktore. Mnogi od ovih faktora su deo okruženja u kojima se rizično ponašanje odvija. Oni odlučuju o individualnoj osetljivosti i sposobnosti pojedinca da kontroliše svoje ponašanje i donosi odluke vezane za zaštitu.

Kao *primer* možemo da uzmemo korišćenje kondoma, koji se vrlo često predstavlja kao jedan od najboljih načina zaštite od HIV-a.

Mnogobrojne barijere mogu da postoje kad je reč o dostupnosti kondoma: u mnogim zemljama seksualni radnici neće nositi kondom sa sobom jer je to dokaz za policiju da se bave seksualnim radom. Takođe, za veliki broj ljudi kondom može da bude skup, a nije retko da se ljudi stide da ga kupe zbog socijalnih barijera. Na kraju, ljudi vrlo često nemaju kondom sa sobom kad stupaju u seksualne odnose - zato što je kasno noću, pa ne mogu da ga kupe, ne nose ga sa sobom jer postoji pritisak vršnjaka da se ne koristi. Slične barijere mogu se sresti i kad intravenskih korisnika droga - težak, vrlo često i nelegalan pristup sterilnim iglama i špricima.

Ako su kondomi dostupni, sledeće pitanje je da li pojedinac zna da ga pravilno koristi; da li je dostupna edukacija o korišćenju kondoma, kakav je stav škole prema tome. Seksualni radnici često ne znaju da koriste kondom. Religiozne vođe vrlo često su protiv korišćenja kondoma, što otežava edukaciju i pozitivan stav prema njemu. Na kraju, korišćenje kondoma nije samo pitanje mehaničke veštine, već i veština pregovaranja s partnerima.



I poslednje, važno je koliko je partner spreman da koristi kondom. Ovaj deo je vrlo često zanemaren u preventivnim programima, a često je povezan s polnim razlikama i nedostatkom moći (najčešće kod žena) da pregovaraju o sigurnom seksu.

Ovaj primer pokazuje faktore koji utiču na rizično ponašanje, a koji nisu pod direktnom kontrolom pojedinca. To znači da menjanje rizičnog ponašanja nije jednostavan proces i da preventivni programi treba da uzmu u obzir, pored individualne sposobnosti menjanja ponašanja, i sve ove faktore.

Najraniji model VCT-ja<sup>10</sup> je razvijen u San Francisku, na Univerzitetu Californija (UCSF), 1985. godine. U to vreme 20 odsto testiranih klijenata, najviše homoseksualaca, imalo je HIV pozitivan rezultat. Kao rezultat toga, VCT je bio orijentisan na razjašnjavanje značaja rezultata testa za prognozu bolesti. Kada je 1991. Medžik Džonson priznao da ima HIV, broj testiranih u Americi se udvostručio, a heteroseksualci s relativno malim rizikom preplavili su centre za testiranje. Potreba za testiranjem je ostala relativno ista do sada, i HIV test je postao rutinski u kliničkoj praksi. Ipak, i dalje je najveći broj heteroseksualaca s malim rizikom za HIV koji žele da se testiraju. Iako je HIV testiranje postalo rutina, malo se znalo o kvalitetu i obimu savetovanja ako ga je iko i primenjivao u takvom setingu.

Kako je odgovor bio dosta slab (ljudi su se testirali, ali nisu menjali rizično ponašanje), CDC<sup>11</sup> je 1993. godine napravio novi vodič za VCT. Novi vodič je zahtevao od savetnika da zauzmu personalizovani, „klijentom usmeren” pristup i da „pregovaraju plan za redukovanje rizičnog ponašanja” sa svakim klijentom. Novi, „klijentom usmeren” pristup ponudio je nekoliko praktičnih sugestija o tome kako angažovati klijente u mnogo više interaktivnoj diskusiji.

Dobrovoljno savetovanje i testiranje najpre je bilo korišćeno za postavljanje dijagnoze HIV-a kod onih koji su imali neke od simptoma da bi se olakšalo donošenje odluka u vezi sa lečenjem ljudi, a samo testiranje je bilo ponuđeno uz minimum savetovanja.

Razvoj ove prakse nije bio sistematičan i tekao je sporo. Uspešni projekti povećavali su dostupnost servisa za HIV testiranje većem broju

ljudi, ali nedostatak resursa i podrške nije povećao razmere korišćenja servisa. Uz minimum savetovanja koje se nudilo uz HIV testiranja, a koje je uglavnom imalo za cilj davanje informacija i pomoć u donošenju odluka vezanih za HIV testiranje, postojale su mnoge barijere za HIV testiranje kod ljudi povezane sa stigmom i diskriminacijom koju HIV dijagniza nosi, kao i nedostatkom servisa i intervencija za one koji su testirani kao HIV pozitivni.

Osim toga, HIV testiranje uvek ima mnogobrojne psihološke, pre svega, emotivne posledice na svakog pojedinca. Saznavanje HIV statusa veoma često je povezano sa strahom od dobijanja HIV pozitivnog rezultata, strahom od smrti, strahom od odbacivanja prijatelja i rođaka, strahom od gubitka pozicije u društvu i od prenošenja HIV-a drugima. Poštovanje ljudskih prava u HIV testiranju je bilo proklamovano, ali se u praksi nisu u potpunosti poštovala.

Razvoj na polju terapije HIV-a, smanjenje troškova testiranja na HIV i pojednostavljivanje ove metode, kao i razvoj servisa za one koji žive sa HIV-om napredovali su kada je reč o HIV-u (dali su optimističnu sliku) i dali su novi okvir za razvoj savetovanja i testiranja. Činjenica da se epidemija nije smanjivala, kao i uvid da je njeno širenje vezano za ljudsko ponašanje doveli su do toga da se savetovanje uz HIV testiranje promoviše kao preventivna mera, koja ima za cilj smanjenje rizičnog ponašanja za dobijanje HIV infekcije, a ne samo emocionalnu podršku i davanje neophodnih informacija. Najpre se otvaraju servisi za savetovanje i HIV testiranje za mlade, uglavnom vezani za centre za planiranje porodice i savetovališta za mlade, kao i centre za posebno osetljive grupe - seksualne radnike, zatvorenike i intravenske korisnike droga.

Analizirajući zašto je broj HIV testiranih - bez obzira na dostupnost antiretroviralne terapije i ostalih pozitivnih promena na ovom polju - i dalje tako mali, UNAIDS i SZO dolaze do tzv. 3 Cs modela. On podrazumeva da svako HIV testiranje treba da bude:

1. Poverljivo (**confidential**);
2. Da ide uz savetovanje (**counselling**);
3. Da je zasnovano na saglasnosti klijenta posle dobijanja osnovnih informacija (**informed consent**).

<sup>10</sup> VCT - Voluntary Counselling and Testing, (tj. Dobrovoljno savetovanje i testiranje)

<sup>11</sup> CDC - (Centre for Diseases Control) - Centar za kontrolu bolesti

UNAIDS i WHO govore o četiri vrste testiranja:

1. Dobrovoljno savetovanje i testiranje;
2. Dijagnostičko HIV testiranje, indikovano u situacijama kad osoba pokazuje simptome side ili bolesti koje su obično povezane sa HIV-om. Na primer, ovo uključuje HIV testiranje za sve obolele od tuberkuloze;
3. Rutinsko nuđenje HIV testiranja u nekim klinikama (npr. klinike za polno prenosive bolesti, porodilišta);
4. Mandatorno testiranje u centrima za transfuziju krvi.

UNAIDS i SZO ne podržavaju mandatorno testiranje u javnom zdravlju i zalažu se za proširivanje savetovanja i HIV testiranja jer ono ne samo da omogućava saznavanje HIV statusa već poštuje ljudska prava, dajući ljudima slobodu da kreiraju svoje ponašanje i menjaju ga u skladu sa sopstvenim kapacitetima i znanjima.

## RAZVOJ DPST

Čak i ako je dobrovoljno savetovanje i HIV testiranje prepoznato kao prioritet u borbi protiv HIV-a, njegov razvoj zavisiće od prevalencije u jednoj zemlji, raspoloživih sredstava za njegov razvoj, načina na koji donosioci odluka gledaju na DPST, kao i od zdravstvenog i ostalih sistema namenjenih za pomoć klijentima u jednoj zemlji. U zemljama s niskom prevalencijom, logično je da se DPST razvija tako da bude dostupan onim grupama ljudi koji su posebno pogođeni HIV-om, ali i u tom slučaju treba posebno imati u vidu da ovakav razvoj može da poveća stigmę i diskriminaciju prema tim grupama ljudi. Zato se DPST uglavnom razvija na generalnom nivou i nisu retke zemlje u kojima se on, bez obzira na koncentrovanu epidemiju, razvija najpre u generalnoj populaciji.

DPST servis, u svakom slučaju, ne treba razvijati u izolaciji, a najbolje je ako se to radi u sklopu već postojećih servisa za one koji se testiraju kao HIV pozitivni, kao i u okviru servisa za HIV prevenciju.

DPST, takođe, treba da se razvija uz odgovarajuće sisteme podrške, a treba da postoji i veza između HIV edukativnih programa u zajednici. Ako je dominantno verovanje među ljudima da je „HIV=AIDS=smrt” i

„tu ne možeš ništa da uradiš” ili da je HIV bolest promiskuitetnih ljudi, interesovanje za DPST servise u ovakvoj zajednici biće malo. Ljudi baziraju svoje odluke o HIV testiranju na balansu između prednosti i nedostataka znanja HIV statusa. Ukoliko zajednica prihvata da saznavanje HIV statusa ima prednosti za pojedinca, zajednicu i parove, utoliko će DPST servisi biti prihvaćeniji. DPST servis treba da se gradi na činjenici da su HIV i ponašanje rizično za dobijanje HIV infekcije teme o kojima se može razgovarati.

U zajednicama koje nisu dovoljno spremne za sistematičan odgovor na HIV otvaranje DPST centara može da utiče pozitivno na povećanje otvorenosti zajednice za HIV.

Za efikasnost svakog DPST centra najbitnije je da ih prepoznaju državne institucije. Čak i ako ne postoji politički komitent za DPST, NVO<sup>12</sup> mogu da lobiraju za takvo prepoznavanje i da organizuju projekte koji će pokazati dobrobiti DPST i potrebu za takvim servisima. Tako je Crveni krst napravio „Anonimnu kliniku”, DPST servis u Bangkoku u julu 1991. godine kada je mandatorno testiranje široko primenjavano, a HIV bila preteća epidemija za zemlju. Uspeh „Anonimne klinike” je promenio zakon mandatornog testiranja u Bangkoku. Šest meseci posle toga, otvoren je prvi DPST centar na Tajlandu.

## SAVREMENI NAPORI

Iako je antiretroviralna terapija postala dostupnija, ne koristi se onako kako bi trebalo. Jedna od prepreka u napretku kad je reč o antiretroviralnoj terapiji jeste slaba pokrivenost servisima za HIV testiranje, koja je bila pravdana u velikoj meri niskim potrebama za HIV testiranjem, povećavajući stigmę i diskriminaciju povezanu sa HIV-om. Kao odgovor na ovo postoji rastući pritisak od nekih zdravstvenih radnika da primoravaju na HIV testiranje na mnogo čvršći način nego što je to činila dobrovoljnost koja je do sada bila norma. Argument za ovo je da bi to osiguralo korišćenje servisa brige i tretmana onih koji saznaju da imaju HIV, smanjilo stigmę i, kao rezultat, programi prevencije, brige i podrške postali bi efektivniji.

<sup>12</sup> NVO - nevladine organizacije

Nekoliko globalnih inicijativa imaju direktnu vezu i uticaj na povećanje dostupnosti savetovanja i HIV testiranja. To su obaveze Globalnog fonda, Svetske banke UNGASS i američke administracije sa fondom od od 15 milijardi dolara. SZO aktivno radi na povećanju dostupnosti savetovanja i HIV testiranja. Neke zemlje, takođe, ulažu sve više napora da bi stvorile klimu u kojoj bi se broj onih koji žele da saznaju svoj HIV status povećao.

Najsavremenije rasprave idu u pravcu tretiranja HIV testiranja kao rutinske prakse koja će se dešavati u okviru zdravstvenih servisa. Argumenti za primenu rutinskog testiranja su da će na taj način veći broj ljudi znati svoj HIV status, da će biti motivisani da menjaju svoje rizično ponašanje, da će veći broj onih koji žive sa HIV-om pristupiti lečenju i tretmanu (ako su dostupni). Iako ljudska prava mogu da budu ograničena, njihove implikacije mogu da se posmatraju u okviru različitih formi rutinizacije testiranja ili različitih elemenata HIV testiranja.

## LITERATURA

- Centers for Disease Control and Prevention, Recommendations for HIV testing services for inpatients and outpatients in acute-care hospital settings; and technical guidance on HIV counseling. MMWR. 1993; 42 (RR-2):1-17.
- Family Health International, VCT Toolkit, HIV Counseling and Testing: Skills Training Curriculum, January 2005.
- Centers for Disease Control and Prevention, Revised Guidelines for HIV Counseling, Testing and Referral and Revised Recommendations for HIV Screening of Pregnant Women; MMWR 2001.
- UNAIDS Global Reference Group on HIV/AIDS and Human Rights, Issue Paper:
- Current Debates on HIV Testing and Counseling; 2nd Meeting, 25-27 August 2003.
- UNAIDS, The impact of Voluntary Counseling and Testing - A global review of the benefits and challenges; 2001.
- UNAIDS; Tools for evaluating Voluntary Counseling and Testing; 2000
- Family Health International, Effective prevention strategies in low HIV prevalence settings; 2001.

- Hrvatski zavod za javno zdravlje, Organizacija službe za dobrovoljno HIV savetovanje i testiranje - Priručnik; 2005.
- UNAIDS, Voluntary Counseling and Testing (VCT) - technical update; 2000.
- Family Health International, Voluntary Counseling and Testing for HIV; A strategic Framework; September 2003.
- International HIV/AIDS Alliance Asia and Eastern Europe team, Voluntary Counseling And Testing - Emerging approaches from Asia and Eastern Europe; April 2004.
- WHO, Increasing access to knowledge oh HIV status: conclusions of a WHO consultation; 3 - 4 December 2001.

MILA PAUNIĆ, DRAGAN ILIĆ,  
VIOLETA ANĐELKOVIĆ,  
NATAŠA CVETKOVIĆ- JOVIĆ I  
GORDANA JURIČAN

## DOBROVOLJNO POVERLJIVO SAVETOVANJE I TESTIRANJE NA HIV

Dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje na HIV predstavlja jednu od osnovnih karika u službama za prevenciju HIV/AIDS-a u opštoj populaciji, a posebno za osetljive (vulnerabilne) grupe koje imaju povećan i/ili visok rizik za dobijanje HIV infekcije. Istovremeno, može pružiti zaštitu i podršku osobama koje žive sa HIV/AIDS-om, njihovim partnerima, porodicama i prijateljima.

Dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje na HIV podrazumeva poverljiv razgovor klijenta i savetnika da bi se klijent izborio sa sopstvenim dilemama, brigom, stresom i/ili strahom koji je povezan sa HIV infekcijom i da bi doneo ličnu odluku vezanu za HIV. Ovaj interaktivan proces omogućava osobama da prepoznaju sopstveni rizik za prenošenje HIV infekcije, pomaže u donošenju odluke (da li se testirati ili ne) i obezbeđuje podršku u trenutku dobijanja rezultata testa na HIV.

*Proces savetovanja bi trebalo uvek da se sastoji od savetovanje pre i posle testiranja na HIV, ali i od kontinuiranog savetovanja dokle god postoji potreba za njim.*



*Efekat* razgovora savetnika i klijenta, u kome su najdominantnije komponente podrška, verovanje i bezrezervno poverenje, ima velike mogućnosti da kod klijenta izmeni ponašanje od rizičnog ka bezbednom.

## CILJEVI I PREDNOSTI DPST

Ciljevi dobrovoljnog poverljivog savetovanja i testiranja su:

- Podsticanje promene rizičnog ponašanja klijenta ka ponašanju bez rizika za HIV infekciju;
- Prevencija transmisije HIV infekcije;
- Pomoć osobi da sazna svoj HIV status, uz podršku, rani pristup tretmanu i istinskoj brizi za klijenta;
- Obezbeđivanje psihološke podrške onima koji su već inficirani (i za one koji su im bliski).

DPST ima dobrobit kako za pojedince i parove, tako i za čitavo društvo.

Saznavanje HIV statusa omogućava pojedincu da:

- Menja ponašanje rizično za HIV infekciju ka manje rizičnom ponašanju i ponašanju bez rizika;
- Ranije pristupi lečenju, podrži i drugim servisima koji pomažu promenu rizičnog ponašanja;
- Ima pristup intervencijama koje smanjuju rizik prenošenja HIV-a sa majke na dete;
- Razume i bolje se nosi sa HIV infekcijom;
- Planira svoju budućnost.

Takođe, DPST pomaže zajednici da:

- Smanji stigmju i diskriminaciju koja okružuje obolele od HIV-a;
- Mobilise podršku za odgovarajuće servise;

## OSNOVNI PRINCIPI DPST

### Testiranje je dobrovoljno i zasnovano na informisanoj saglasnosti klijenta

Svako ima pravo da zna ili ne zna svoj HIV status.<sup>13</sup> Osoba sama donosi odluku o tome da li želi da sazna svoj HIV status. HIV testiranje treba da bude dobrovoljno, a saglasnost klijenta za HIV test (zasnovana na minimumu informacija o HIV-u koje klijent ima, ili ih je dobio tokom savetovanja) jeste ključna. Informacije o dobrovoljnosti mogu da se predoče klijentu pismeno ili tokom razgovora (bez korišćenja pismene forme), uvek na način da ih klijent razume. Prihvatanje ili odbijanje HIV testa ne mora da ima nikakve veze s kvalitetom usluge koja mu se nudi u DPST centru ili posle testiranja.

### Poverljivost

Mnogi ljudi se plaše da dođu na savetovanje i testiranje zbog stigme i diskriminacije. Zato DPST treba da poštuje individualne potrebe za poverljivošću. Poverljivost podrazumeva da podaci koje klijent ostavlja savetniku tokom razgovora nikad neće biti upotrebljeni, zloupotrebljeni, saopšteni javno ili bilo kojoj drugoj osobi, čak i ako podrazumeva najbliže članove porodice (roditelje, decu, bračnog ili seksualnog partnera), policiji, vojnom odseku... Poverenje između savetnika i klijenta povećava spremnost klijenta da se obrati i drugim nivoima zdravstvene i socijalne zaštite. Poverljivost je posebno važna u situacijama kad klijenti dobijaju HIV pozitivan rezultat, kao i u situacijama savetovanja parova. Poverljivost u terminima savetovanja ima i dodatno značenje. Poverljivost se vezuje za odnos između savetnika i klijenta i znači da je klijent spremniji da savetniku i sebi otkriva činjenice vezane za svoje rizično ponašanje i spremniji da smanji rizik ukoliko ima više poverenja u savetnika.

### Anonimnost

Anonimnost znači da niko nema pristup podacima klijenta, niti rezultat testa onih koji su se testirali anonimno može da poveže na bilo koji način s podacima o toj osobi. Iako je ovo jedna od važnih kom-

<sup>13</sup> Right to know, New Approaches to HIV Testing and Counselling, WHO, 2003

ponenti savetovanja i HIV testiranja koja u najvećoj meri poštuje ljudska prava i smanjuje stigmatu i diskriminaciju (posebno za one koji se testiraju kao pozitivni), u našoj zemlji anonimnost je ograničena samo na one čiji je rezultat HIV testa prilikom skrining testiranja negativan. Ukoliko je rezultat ELISA testa pozitivan, osoba se upućuje na potvrdno testiranje, koje ne može da bude anonimno, kao ni dalje lečenje.

## KO SVE MOGU BITI SAVETNICI?

*Savetnici* su edukovane osobe za rad sa različitim klijentima, pažljivi slušaoci, vešti u komunikaciji i podstrekivanju razgovora i osobe koje iskreno žele da rade na dobrovoljnom poverljivom savetovanju i testiranju na HIV. Mogu biti različitog obrazovnog profila: lekari, zdravstveni ili socijalni radnici, zdravstveni saradnici, ali i nastavnici, vođe neke zajednice ili sveštena lica, radnici koji rade s mladima.

Sticanje veština savetovanja je proces i on nikako ne bi trebalo da se završi jednim treningom, ne samo zato što savetnici dolaze iz različitih profesija, već i zato što klijenti imaju različite životne istorije, različita zdravstvena i socijalna ubeđenja i dolaze iz različitih miljea. Osim toga, rad sa vulnerabilnim grupama (npr. seksualnim radnicima, korisnicima droga ili Romima) zahteva ne samo više znanja i veština nego stavlja na probu jedan od osnovnih zahteva koji se postavljaju pred savetnike: prijateljski, neosuđujući stav prema svim klijentima. Koliko god da su savetnici prijateljski i neosuđujući, svaka nova situacija, svaki novi klijent zahteva rad na sopstvenim predrasudama i emocijama i na neki način „troši savetnika”. Zato trening treba da bude kontinuiran bilo kroz superviziju ili povremene dodatne, posebno dizajnirane treninge za savetnike.

Osnovni trening treba da obuhvati osnovne informacije o HIV-u, načinima prenosa, rizičnim faktorima, mogućim i dostupnim intervencijama, kao i uloge i procese pre savetovanja i posle savetovanja. Postoje različiti modeli treninga, ali kakav god da je trening u pitanju, koliko god on trajao, ne treba zaboraviti važnost dodatnih kurseva i konstantnu edukaciju savetnika koja treba da bude imperativ svakog DPST centra.

Mnogi savetnici su u prilici da prisustvuju treninzima za DPST, ali nisu u prilici da se oprobaju u praktičnom radu, uglavnom zato što njihove kolege i organizacije ne prepoznaju savetovanje pre i posle testiranja na HIV kao važno. Često savetnici rade posao savetovanja povremeno, jer su zaposleni na drugim radnim mestima, pa ih obaveze ograničavaju. Ovakve situacije treba imati u vidu prilikom odabira savetnika i planiranja edukacija i supervizija.

Postoje neke veštine i znanja koja savetnici treba da imaju i razvijaju da bi efikasno obavljali svoj posao. Da bi savetnik bio efikasan u obavljanju svog posla, trebalo bi da:

- Ima osnovni trening iz savetovanja pre i posle HIV testiranja;
- Veruje da savetovanje može da donese promene;
- Posедуje i razvija veštine aktivnog slušanja;
- Poseduje i razvija veštine postavljanja pitanja, otvorenih i zatvorenih;
- Poseduje sposobnost da podrži klijenta i izgradi klijentovo poverenje;
- Ima interesovanje za sticanje novih veština i tehnika u savetovanju;
- Ima dovoljno znanja o HIV-u i sidi i spreman je da uči;
- Oseća se komforno da diskutuje seksualne teme;
- Poseduje sposobnost da fokusira savetovanje na rizike i smanjenje rizika;
- Usavršava svoj rad i traži superviziju.

## SAVETOVANJE PRE TESTIRANJA

DPST proces se sastoji od savetovanja pre testiranja, testiranja i savetovanja posle testiranja.

HIV savetovanje se može prilagoditi potrebama klijenta i može da bude: individualno, savetovanje parova i grupno savetovanje, kao i savetovanje uz prisustvo članova porodice ili prijatelja. Osim ovoga, sadržaj savetovanja i pristup određuju i neke druge karakteristike klijenata: pol, seksualna orijentacija, godine, kao i neke specifične grupe klijenata - pacijenti s tuberkulozom i trudnice.



Savetovanje uključuje dve sesije: savetovanje pre testiranja i savetovanje posle testiranja (ako je klijent odlučio da se testira). Postoje situacije u kojima je neophodno nekoliko sesija pre savetovanja (ukoliko nije prošao period prozora ili klijent nije spreman za donošenje odluke), kao i situacije u kojima je neophodno nekoliko savetovanja posle testiranja (ako je rezultat pozitivan, ili ako klijent ima potrebu da dodatno razmotri svoj plan smanjenja rizičnog ponašanja).

Savetovanje pre testiranja na HIV (sinonimi: „pre test savetovanje“ ili „pre savetovanje“) - predstavlja razgovor savetnika i klijenta pre odluke i odlaska na testiranje.

U toku tog savetovanja savetnik bi trebalo da:

- obezbedi dovoljno vremena za ovaj razgovor jer on često može da bude vrlo detaljan i da dugo traje;
- obezbedi poverljivost podataka o klijentu;
- razgovara s klijentom o razlozima za testiranje i o rezultatima koje očekuje;
- razgovara s klijentom o njegovom rizičnom ponašanju i mogućim opcijama smanjenja rizika;
- proveri klijentovo razumevanje HIV-a i kako se infekcija dešava;
- ponudi tačne informacije o HIV-u koje mogu da mu pomognu da donese ispravnu odluku o testiranju;
- objasni značenje HIV testa;
- objasni proceduru testiranja.

U toku savetovanja savetnik bi trebalo da izbegava da: bombarduje klijenta informacijama, interpretira, umanju važnost određene teme o kojoj klijent želi da razgovara, da predviđa mogući rezultat testiranja, da donosi odluku umesto klijenta ili preuzima odgovornost za njegovo ponašanje i nikada ne sme vrednovati klijenta ili njegove postupke ili da morališe.

Elementi savetovanja pre testiranja su:

## 1. Predstavljanje i upoznavanje

Upoznavanje klijenta sa DPST procedurom;  
Smanjenje klijentove anksioznosti.

## 2. Procena rizika

Pomoć klijentu da razume sopstveno rizično ponašanje;  
Pomoć klijentu da razume faktore koji doprinose njegovom rizičnom ponašanju.

Razgovor vezan za rizike za HIV je važan element pre test savetovanja, posebno zato što je to najčešće prvi put da klijent na takav način razmišlja o HIV-u i sopstvenim rizicima. Cilj razgovora o rizicima je da *svaki klijent razume kako ulazi u rizične situacije i koji su faktori koji utiču na njegovo ponašanje koje ga stavlja u rizik za dobijanje HIV-a*. Diskusija o rizičnom ponašanju i procena rizika obično počinje od ispitivanja poslednjeg rizika koji je klijent imao jer tako klijent najbolje može da razume kako se njegovo rizično ponašanje dešava. Svakom klijentu se čini da je poslednji rizik bio akcident, ali se on tokom razgovora obično razvija u seriju okolnosti koje doprinose njegovom razumevanju da se rizično ponaša.

Za razliku od predstavljanja i upoznavanja, gde je savetnik više govorio, tokom procene rizičnog ponašanja, razgovor postaje interaktivniji: savetnik aktivno angažuje klijenta u istraživanju rizičnog ponašanja i pomaže mu da razume faktore koji utiču na njegovo rizično ponašanje. Da bi klijent i savetnik razumeli rizično ponašanje, potrebno je da razumeju:

- Rizične okolnosti - situacije u kojima je klijent sklon da uđe u rizično ponašanje;
- „Okidač“ rizika - događaj koji navodi klijenta da se ponaša rizično;
- Osetljivost - emocionalno i psihološko stanje koje vodi klijenta rizičnom ponašanju.

## Istraživanje opcija za smanjenje rizika

Pod istraživanjem opcija za smanjenje rizika podrazumeva se:

- Pronalaženje klijentovih veština, mogućnosti i izazova u smanjenju rizičnog ponašanja;

- Razmatranje mogućnosti za smanjenje rizika;
- Sticanje veština neophodnih za smanjenje rizika (veštine pregovaranja, korišćenje kondoma, rešavanje problema...).

Savetnik i klijent razgovaraju o mogućim opcijama smanjenja rizika, specifičnim za klijenta i njegovu situaciju.

### **Priprema za HIV testiranje**

Cilj pripreme je da klijent razume značenje i posledice saznavanja rezultata HIV testa.

Klijent sam donosi odluku o tome da li želi ili ne želi da se testira, a savetnik mu u tome pomaže naglašavajući dobiti od saznavanja HIV statusa i dajući mu relevantne informacije. Takođe, tokom pripreme za HIV testiranje savetnik i klijent razgovaraju o potencijalnim implikacijama saznavanja rezultata za tog klijenta.

### **Osnovne informacije**

Ono što klijent treba da dobije tokom savetovanja pre testiranja su informacije o:

- HIV-u i sidi;
- HIV testiranju i dobrobiti od saznavanja HIV statusa;
- vrsti testova i njihovoj osetljivosti u konkretnoj laboratoriji;
- načinima prenošenja i kako se prenošenje može sprečiti;
- značenju rezultata testa, bilo da je pozitivan ili negativan;
- mestima na kojima klijenti mogu da dobiju dodatne informacije i podršku.

U nekim DPST centrim klijenti mogu da dobiju i druge informacije: o drugim polno prenosivim infekcijama i ispravnom korišćenju pribora za ubrizgavanje droga. Da bi ih klijenti razumeli, informacije treba da budu prilagođene jeziku klijenta, seksualnom opredeljenju i godinama.

## **TESTIRANJE**

### **Kako se radi test na HIV?**

Test na HIV se može uraditi na više načina. Najčešća metoda je da se uzme mali uzorak krvi iz vene na ruci. Krv se šalje na analizu u laboratoriju, gde je predmet procedure, koja obučenom laboratorijskom osoblju omogućava da brzo detektuju sadrži li anti HIV antitela. Ako serum pokaže negativnu reakciju pri prvom testiranju, sigurno je da anti HIV antitela nisu prisutna u krvi i da klijent nije inficiran. Ukoliko serum pokaže pozitivnu reakciju na proceduru testiranja, radi se ponovni test iz istog uzorka krvi, istom metodom. Ako je i tada test pozitivan, radi se potvrdni test drugačijom, osetljivijom metodom dijagnostike. Tako potvrđeni pozitivan test se dostavlja lekaru, savetniku u savetovalištu.

Rezultat testa, bez obzira na to da li je pozitivan ili negativan, uvek se lično saopštava klijentu. Rezultati testa se ne smeju dati telefonom, niti slati poštom. Prilikom uručivanja rezultata testa, bez obzira na njegov ishod, ponovo se obavlja razgovor s klijentom.

### **Koliko dugo se čeka rezultat testa na HIV?**

Rezultati testa na HIV čekaju se dan ili više, u zavisnosti od institucije gde se test radi.

### **Da li testom na HIV može da se utvrdi kada se infekcija dogodila?**

Uobičajeno testiranje na anti HIV antitela ne daje nikakve informacije o tome kada se dogodila infekcija, osim ako ne postoji prethodni negativan rezultat. Postoje posebni testovi kojima je moguće utvrditi kada je došlo do infekcije HIV-om.

### **Osetljivost testa na HIV**

Osetljivost je sposobnost testa da stvarno inficirane označi kao pozitivno inficirane.

Osnovni ELISA test na HIV može biti vrlo osetljiv, što znači da, ako su prisutna anti HIV antitela, sasvim sigurno će ih otkriti. Takođe, vrlo je jeftino da se ovaj test izvede na velikom broju uzoraka, što ga čini veoma pogodnim za prvobitno proveravanje HIV infekcije.

Komercijalni testovi obično uključuju niz antitela i pokrivaju i HIV 1 i HIV 2. Najnovija preporuka SZO je da se ELISA test ne koristi ako ne može otkriti 100 odsto poznatog pozitivnog uzorka na referentnoj pločici od 203 HIV 1 i/ili 60 HIV 2 uzorka.

Glavno ograničenje osjetljivosti testa na antitela jeste da on u kratkom periodu „vodi” telo da podigne imunološki odgovor na bilo koju infekciju jer vezuje postojeća antitela za reagense. Takođe, tokom prvih nekoliko nedelja antitela mogu biti na niskom nivou u krvi i možda ne mogu dobro da se privežu, kao što mogu antitela proizvedena kasnije, u toku infekcije, čime ostaju neotkrivena (takozvani „period prozora“). Ova ograničenja su delimično prevaziđena poboljšavanjem antigena korišćenim u HIV ELISA testovima.

Korišćenjem modernih testova najnovije generacije za otkrivanje antitela, ljudi koji su inficirani HIV-om većinom će biti pozitivni već posle šest nedelja od infekcije, mada mogućnost perioda prozora i do tri meseca (izuzetno i duže) ipak ostaje.

### **Specifičnost**

Specifičnost testa je vezana s brojem koji pokazuje da su seronegativni uzorci krvi tačno identifikovani kao negativni. SZO ne preporučuje upotrebu testova sa specifičnošću manjom od 95 odsto kada se testira na pločici afričkog seruma, ali u praksi većina komercijalnih testova je mnogo bolja od toga. Primer je test opisan kao „98,8 odsto specifičan”. To znači da će 1,2 odsto uzorka – ili 12 uzoraka na hiljadu biti pozitivno na testu a da to zaista nisu.

Takav test se mora koristiti sa drugim testom, uz upotrebu različitih antigena, da bi se dobila potvrda. Taj drugi test ne treba da je specifičniji (mada pomaže ako jeste) da bi se šanse za duplo-lažno-pozitivan rezultat svele na zanemarljivo mali nivo. Najčešći način da se ovo postigne jeste da se upotrebe Western Blot test ili IFA test.

### **Lažno pozitivni i lažno negativni rezultati testiranja na HIV**

#### **Lažno pozitivni rezultati testiranja na HIV**

Postoje dva razloga za lažno pozitivne rezultate: ukrštena reakcija antitela i ljudska greška. Treba naglasiti da su takvi rezultati veoma retki.

Ponekad antitela mogu biti prisutna u krvi nevezano za HIV, što neće umanjiti pozitivan rezultat testa na HIV. U početnim godinama testiranja na HIV ovakva vrsta lažno pozitivnih rezultata bila je mnogo češća. Neke od bolesti mogu da izazivaju lažno pozitivne rezultate. Danas je to veoma retko, budući da se koristi raznovrsnost pribora (testova) za testiranje. Naročito se ukrštene reakcije dešavaju kod jedne vrste testova, ali ne i kod druge, tako da laboratorije za testiranje obično koriste dve ili tri različite vrste testova da bi potvrdile pozitivan rezultat.

Međutim, u svakom laboratorijskom testu postoji prostor i za ljudsku grešku. To je razlog što se krv obično podeli na dva dela onda kada se uzima, tako da, ako je test pozitivan, test za potvrđivanje može biti urađen na drugom uzorku. Ovo je način da se eliminišu šanse da pozitivan rezultat bude posledica laboratorijske greške.

### **Neodređeni ili slabo pozitivni rezultati testiranja na HIV**

Neodređen rezultat je onaj koji pokazuje slabu pozitivnu reakciju zbog neke forme nepoznatih ukrštenih reakcija antitela ili zbog tehničke greške, ili zato što je prisutan vrlo mali nivo anti HIV antitela. U ovom poslednjem slučaju, slabo pozitivan rezultat može se pojaviti odmah posle infekcije i to zahvaljujući činjenici da je virus sastavljen od različitih proteina, a da se antitela formiraju na bilo koji od ovih proteina. U slučaju HIV-a, neki proteini postaju lako otkriveni u krvi, mnogo brže od drugih. Ako su antitela otkrivena na jedan protein, a ne na spektar proteina, rezultat će biti slabo pozitivan.

### **Bolesti koje izazivaju lažno pozitivan, odnosno lažno negativan rezultat testiranja na HIV**

*Da li neke bolesti mogu izazvati lažno pozitivan rezultat testiranja na HIV?*

U malom broju slučajeva – da. Vakcinacije protiv hepatitisa B i gripa mogu verovatno privremeno dati lažne rezultate. Takođe, može i infuzija imunoglobulinom dati lažno pozitivan rezultat. Ne postoje podaci da sama infekcija influence može izazvati lažno pozitivan rezultat. Lažno pozitivni rezultati su, takođe, primećeni i kod malog broja pacijenata s lupusom, cističnom fibrozom, hroničnim oboljenjima jetre i kod onih koji su na dijalizi.

*Može li bolest prouzrokovati i lažno negativan rezultat?*

Osoba sa jakim imunološkim nedostatkom (verovatno sa izraženom HIV infekcijom na prvom mestu) možda neće biti u stanju da formira antitela. U ovakvoj situaciji verovatno će biti posmatrani klinički simptomi i znaci side ako je njihov imuni nedostatak povezan.

### **PCR<sup>14</sup> testiranje ili „viral load” testiranje**

PCR znači testiranje polimernom lančanom reakcijom (*polymerase chain reaction*). To je forma testa koji otkriva genetski materijal HIV-a. Moguće je otkriti prisustvo virusa u telu čak iako nije kopiran (replikovan). To je vrlo osetljiv test koji može prouzrokovati probleme pri korišćenju, budući da je veoma osetljiv na kontaminaciju.

Metode PCR testiranja se razvijaju, a lažni rezultati su veoma retki. PCR se obično koristi pri otkrivanju HIV infekcija kod novorođenčadi čije su majke HIV pozitivne jer je uobičajen ELISA test neadekvatan zato što će identifikovati majčina anti HIV antitela koja se nalaze u organizmu deteta u prvim mesecima života. Ne koristi se kao rutinsko HIV testiranje kod odraslih.

### **HIV genetski (genomski) test**

HIV genetski test traga za proviralnim DNK. Iako se mogu javiti lažna očitavanja, test se može koristiti za identifikovanje primarne HIV infekcije.

### **P24 antigensko testiranje**

P24 je antigen HIV-a koji se otkriva u serumu otprilike dve do tri nedelje posle HIV inficiranja, prosečno nedelju pre nego što se otkriju HIV antitela. Test p24 je skup i ne koristi se rutinski. Ipak, uključivanjem p24 antigena u „četvrtu generaciju” ELISA testova na anti HIV antitela ovi testovi postaju uobičajeniji.

<sup>14</sup> PCR - Polymerase chain reaction

## **SAVETOVANJE POSLE TESTIRANJA**

Savetovanje posle testiranja na HIV (sinonimi: „post test savetovanje” ili „post savetovanje”) jeste razgovor savetnika i klijenta u kome savetnik klijentu saopštava rezultat testiranja.

Savetnik u toku savetovanja posle testa treba da obezbedi dovoljno vremena za razgovor o rezultatu testa kakav god on bio i da rezultat saopšti jasno i jednostavno, bez okolišanja i kašnjenja.

### **Klijenti s HIV negativnim rezultatom**

#### **Izdavanje HIV negativnih rezultata**

Pomoći klijentu da razume rezultat;

Pomoći mu da razmišlja o smanjenju rizika ako želi da ostane HIV negativan.

#### **Pravljenje plana za smanjenje rizika**

Razvijanje za klijenta realističnog plana smanjenja rizika.

#### **Identifikovati podršku za smanjenje rizika**

Pomoći klijentu da identifikuje resurse koji će mu pomoći da realizuje plan za smanjenje rizika.

#### **Zatvaranje i upućivanje partnera u savetovanište**

Ohrabriti klijenta da razgovara o svom HIV statusu sa sadašnjim i budućim partnerima i upućivanje partnera i drugih u DPST centar.

Ako je rezultat negativan, savetnik treba da podseti klijenta na period prozora i da obezbedi klijentu mogućnost razgovora o tome kako može nadalje da izbegne rizik za dobijanje HIV infekcije.

Veoma je korisno demonstrirati pravilnu upotrebu kondoma, a to je posebno važno kod osoba koje nemaju mnogo iskustva.

### **Klijenti sa HIV pozitivnim rezultatom**

#### **Izdavanje HIV pozitivnog rezultata**

Pomoć klijentu da razume svoj rezultat;  
Podrška klijentu u suočavanju s rezultatom testa;  
Razgovor s klijentom o pozitivnom pogledu na život.

#### **Identifikovati izvore podrške**

Pomoć klijentu da pronađe osobe s kojima će da podeli znanje o svom HIV statusu i koji će ga podržati u suočavanju sa HIV-om;  
Upućivanje na medicinsku, psihosocijalnu i ostale vrste pomoći koje se klijentu nude.

#### **Zatvaranje i upućivanje partnera u savetovalište**

Pomoć i podrška klijentu da o svom HIV statusu razgovara s partnerima;  
Upućivanje partnera.

#### **Smanjenje rizika**

Pomoć klijentu da smanji rizik prenošenja HIV-a na svoje partnere.

Ako je rezultat pozitivan, savetnik treba da obezbedi klijentu vreme i mesto koje mu je potrebno da prihvati rezultat i da na njega odreaguje. Veoma je važno proveriti da li klijent ima nekog kod koga želi da ode kad čuje rezultat i gde planira da ode pošto napusti sobu (savetovalište). Potrebno je da klijent i savetnik o ovome naprave zajednički plan. Takođe, savetnik treba da kaže svom klijentu da to što je HIV pozitivan neće nikako promeniti savetnikov odnos prema njemu, jasno mu pokazati da je uvek dobrodošao i ponuditi mu mogućnost ponovnog susreta.

## **OSOBE POSEBNO OSETLJIVE NA SAVETOVANJE I TESTIRANJE ZA HIV**

HIV ne pogađa sve delove društva podjednako, niti na isti način unutar jedne zemlje ili čak istog mesta. Neke grupe su posebno ranjive na HIV zbog više razloga: godine starosti, profesije ili specifičnih rizičnih ponašanja. DPST servisi koji su prihvatljivi za jednu grupu (na primer, osobe koje plaćaju seksualne usluge) mogu biti nepristupačne drugoj (na primer, komercijalnim seksualnim radnicima). Procene potreba klijenata su ključne u kreiranju efektivnih servisa savetovanja i testiranja na HIV.

Koncepti kao što su „vulnerabilnost“ i „rodne razlike“ datiraju pre saznanja o HIV infekciji. No, tek je danas sida kao bolest, sa svim svojim fatalnim posledicama, intenzivirala rasprave o njima, proširila njihovo značenje, povezala oba koncepta i dokumentovala povezanost sa HIV infekcijom. Vulnerabilna, odnosno osetljiva osoba je ona kojoj nedostaju mehanizmi podrške i odbrane na državnom nacionalnom nivou, lokalnom, kao i na nivou porodice (Cucić V. 2005).

## **DPST SA MLADIMA**

### **HIV testiranje osoba mlađih od 18 godina**

Pitanje savetovanja maloletnih osoba najveći broj savetnika ne dovodi u pitanje i ono se preporučuje uvek, bez obzira na to da li je maloletna osoba koja je došla u savetovalište došla sama ili je u pratnji roditelja, prijatelja.... i bez obzira na to koliko godina ima. Međutim, kada je reč o testiranju maloletnih osoba na HIV, otvara se veliki broj pitanja i rađaju se brojne dileme.

Ako pokušamo da sagledamo sve okolnosti, prednosti i nedostatke koje nosi testiranje na HIV maloletnih osoba, uvek je potrebno proceniti koliko se uslugom testiranja dobija i da li je to u najboljem interesu deteta. Uz odgovornu procenu zrelosti, psihičkog stanja i stepena ranjivosti maloletne osobe, savetnik može sam ili sa još jednim savetnikom doneti odluku o važnosti kompletnog DPST procesa. U skladu s tim donosi se odluka o potrebi za testiranjem.

Prema vežećem zakonu o zdravstvenoj zaštiti, dete koje je navršilo 15. godinu života i koje je sposobno za rasuđivanje može samo dati pristanak na predloženu medicinsku meru. U svakom slučaju, dete treba samo da bude uključeno u donošenje odluke o pristanku na predloženu medicinsku meru, u skladu s njegovom zrelošću i sposobnošću za rasuđivanje.

U toku savetovanja i testiranja maloletnih osoba važno je imati pisanu dokumentaciju i beleške o samom toku savetovanja. Uvođenje još jednog savetnika u ceo DPST proces je višestruko dobro, kako za objektivnost i nepristrasnost prvog (primarnog) savetnika, tako i zbog eventualnih nepredviđenih događaja.

U skladu sa do sada navedenim činjenicama, preporuka UNICEF-a<sup>15</sup> je da klijenti od 16 do 18 godina (starije maloletne osobe) mogu obaviti savetovanje i testiranje bez obaveštavanja roditelja. U toku savetovanja pre testiranja poželjno je ohrabriti mladu osobu da sa jednim roditeljem (ili starateljem) podeli rezultat testa i, ukoliko je test na HIV pozitivan, da ga uključi u proces savetovanja i brige. Ohrabrenje ne podrazumeva uslovljavanje i mora se voditi pažljivo i uz poštovanje ličnosti klijenta.

## SPECIFIČNOSTI DPST-A SA MLADIMA

Svi ljudi, uključujući i mlade, imaju pravo da znaju svoj HIV status. Međutim, savetovanje i testiranje za mlade mora da uzme u obzir neke specifičnosti mladih ljudi koje mogu da utiču i da određuju proces savetovanja i testiranja.

Može se reći da je jedan od najosetljivijih momenata u savetovanju mladih prvi kontakt. Jedno od osnovnih neizgovorenih pitanja mlade osobe koja dolazi u savetovanište je: „Da li sam ja tebi prihvatljiv“. Odgovor na ovo pitanje je ključan za uspostavljanje savetodavnog odnosa sa mladom osobom. Odgovor je često, kao i pitanje, neverbalan ili prećutan. Nalazi se u telesnom stavu, pogledu, načinu na koju mladu osobu uvedemo u savetovanište.

U literaturi koja se bavi savetovanjem mladih često se nalazi mišljenje mladih da im najviše prija da razgovaraju sa osobama koje se po godinama, odnosno uzrastu nalaze između njihovog godišta i godišta njihovih roditelja.

Mladi često u savetovanište dolaze s najboljim prijateljima. Osoba koja je s njima često je veoma dobro upućena u sve detalje života klijenta. Neretko će i prijatelji, uz odobrenje klijenta, lakše ispričati o problemu koji muči mladu osobu.

Mladi ljudi su u velikoj meri osetljivi na HIV, posebno mladi intravenski korisnici droga, mladi koji prodaju seksualne usluge, odnosno seksualni radnici. Treba ohrabriti mlade ljude da koriste usluge DPST centara. Čak i ako ne žele da se testiraju odmah, treba ih pozvati da ponovo dođu kad budu spremni. Da bi DPST servis bio efikasan i za mlade ljude, savetnik treba da uzme u obzir emocionalni i socijalni kontekst života mlade osobe - veliki pritisak vršnjaka (da koriste drogu ili alkohol) i razvoj seksualnog i društvenog identiteta. Za mlade je posebno značajno da se savetovanje ponudi u sigurnom, lako dostupnom okruženju. Termini i primeri koje se koriste u savetovanju treba da budu adekvatni godinama klijenta, bez tehničkih termina i lako razumljivi. Pored psihološke ranjivosti, mlade devojke su i fiziološki osetljivije na HIV infekciju.

Treba iskoristiti prednosti savetovanja jer se može desiti da je to jedina prilika da s tim klijentom razgovaramo o sigurnijem seksu i da mu se daju informacije koje nije imao, a od značaja su za smanjenje rizičnog ponašanja. Takođe, treba osigurati da dobiju edukativni materijal, za slučaj da se ne vrate, i preporuke za odlazak u neke druge servise (vršnjačka podrška), gde mogu da dobiju dalje informacije i dodatnu podršku.

Svim osobama koje žive sa HIV-om potrebna je podrška da bi živeli zdravije i pozitivnije. Podrška porodice i bliskih prijatelja može biti od velikog značaja za mlade ljude. Oni ovu podršku mogu da dobiju samo ako otkriju svoj HIV status. Savetovanje treba da im pomogne da razumeju koristi od otkrivanja svog HIV statusa. Međutim, ne treba zaboraviti da otkrivanje HIV statusa u nekim slučajevima gde osoba nema ničiju podršku - nije preporučljivo (na primer, nasilje u porodici).

<sup>15</sup> UNICEF (United Nations Children's Fund) - Dečji fond Ujedinjenih nacija

### **Posebna pitanja tokom DPST-a za gej osobe**

DPST sa muškarcima koji imaju seks sa muškarcima u našoj zemlji ima posebnu težinu. Zbog velike stigmatizacije ove seksualne orijentacije postoje teškoće kako za same gej muškarce da o tome pričaju tokom DPST-a, tako i za savetnike da prevaziđu svoje kulturološki utemeljene predrasude. Očekivana i često iskušena stigmatizacija i diskriminacija ovih ljudi često je razlog zbog čega se gej ili biseksualni muškarci ne javljaju zdravstvenoj službi, pa time ni DPST centru ili to čine sakrivajući svoju seksualnu orijentaciju. Pozitivna iskustva u sve većem broju centara, uključujući i naše iskustvo, brzo se šire vršnjačkim/parnjačkim kanalima i time utiču na povećanje broja onih koji žele da saznaju svoj HIV status.

Savetovanje homoseksualnih parova, kao i heteroseksualnih može predstavljati probleme za poverljivost, na primer, ako jedan od partnera (naš primarni klijent) nije rekao drugom partneru neke aspekte svoje seksualne istorije. Partnere treba ohrabriti da zajedno potraže savetovanje posle negativnog ili pozitivnog rezultata da bi bili sigurni da imaju pravu predstavu o implikacijama rezultata na njihovu vezu.

Za neke gej i biseksualne muškarce, pogotovu one na početku seksualne aktivnosti, bilo bi korisno da se naglasi da test na anti HIV antitela ne treba smatrati standardnim delom monitoringa na isti način na koji se sprovode testovi krvi na sifilis i hepatitis B. Istraživanja centra za prevenciju AIDS-a Univerziteta Kalifornija iz San Franciska pokazuju da gej muškarci posle izvesnog broja ponovljenih negativnih rezultata ulaze u visokorizična ponašanja za dobijanje HIV-a. Rutinsko testiranje može biti psihološki poražavajuće za neke gej muškarce jer može ukazivati da je HIV infekcija neizbežna za njih i može podsvesno ohrabriti fatalizam.

Poseban izazov za savetnika je praksa rutinskog testiranja koju nije nametnuo medicinski autoritet već klijent. Pretpostavka savetovanja je da klijent dolazi s nekom dilemom ili problemom koji želi da reši i oko koga se gradi savetnički odnos. Kod klijenta koji traže rutinsko testiranje ovakva dilema se ne donosi. Individualizovana sesija i građenje odnosa koji je osnov za planiranje smanjenja rizika je onemogućena. U ovakvim situacijama testiranje možda neće dati rešenje na pitanja kako mogu zaštititi sebe ubuduće. Ipak, često se iza zahteva za rutinskim testiranjem krije strepnja koja je povezana s konkretnim događajem, a koju klijent ne želi da kaže.

Kao i kod drugih ljudi koji su osetljiviji na HIV, oslanjanje na programe koje organizuju gej asocijacije je višestruko korisno. Promovisanje značaja DPST kroz asocijacije i saradnja s njima je ključna za dobijanje poverenja i veći broj onih koji žele da saznaju svoj HIV status.

O homoseksualnim odnosima među ženama relativno malo se priča pri „uobičajenim” (rutinskim) posetama lekaru. Zato je prilika da se tokom savetovanja koje DPST podrazumeva pruži podrška i ohrabri razgovor kod žena koje imaju seksualne odnose sa ženama. Ovde je potrebno naglasiti praktične primere i konkretne mere zaštite jer je ovo oskudno navedeno u postojećoj literaturi na našem jeziku (npr. korišćenje sopstvenog kondoma kod razmene seksualnih igračaka, korišćenje barijere, femidon, nakvašen celofan...)

### **POSEBNA PITANJA TOKOM DPST-A ZA ŽENE**

Mnogobrojna literatura govori o jasnoj povezanosti između ženine osetljivosti i raširenosti i porasta HIV infekcije među ženama. Socijalna osetljivost predstavlja barijeru za žene da uzmu kontrolu nad svojim zdravljem i da prihvate mere koje su im na raspolaganju. Na taj način socijalna osetljivost povećava i biološku za koju postoje mere sigurnog seksa. Ženino seksualno ponašanje se ne može sagledavati odvojeno od sociokulturne tradicije, rodne nejednakosti i drugih faktora.

Neke od naših klijentkinja nisu potpuno svesne rizika za HIV. One će učestovati u rizičnom ponašanju (nezaštićen odnos s muškarcem), nesvesne rizičnog ponašanja njihovog partnera (seks sa osobama van veze, korišćenje seksualnih usluga, razmena opreme prilikom ubrizgavanja droge...). Ideja da se žena testira može poteći i od muškarca, praćena uverenjem da se na taj način može saznati HIV status oba partnera, a izbeći za muškarca neprijatan razgovor o njegovim rizicima. U toku savetovanja važno je pojasniti značenje testa, odnosno činjenice da se par ne može testirati kroz jednu osobu.

Zbog specifičnog položaja koje žene imaju u društvu, razgovor o sigurnom seksu, HIV-u s muškim partnerom može biti kulturološki neprihvatljiv. Razgovor s partnerom o prošlim rizicima ili seksualnim odnosima van trenutne veze može imati kao posledicu psihičko ili

fizičko nasilje. Dobar savetodavni proces podrazumeva traženje rešenja o sigurnom seksu u okviru mogućnosti koje su za klijentkinju prihvatljive (Kakva je njena pregovaračka pozicija u vezi? Šta su za nju dobra ili loša iskustva u prošlosti? Postoje li neke dodatne teškoće, zlostavljanje i nasilno ponašanje partnera?)

Uspešna primena nacionalne strategije za prevenciju vertikalne transmisije u našoj zemlji dovela je do porasta interesovanja za testiranje u trudnoći. U toku savetovanja pre testiranja, pored razmatranja mogućih rezultata testa, treba razmotriti rizike od prenosa virusa sa majke na dete, opcije koje omogućavaju da se umanjí rizik prenosa i način porođaja. Ukoliko žena traži testiranje da bi saznala svoj status pre nego zatrudni, važno je da i budući otac razmotri testiranje na HIV. Ukoliko savetnik proceni kao adekvatno i sa drugim ženama u reproduktivnom periodu koje se javljaju u savetovašite, razmatraju se implikacije eventualne infekcije HIV-om na potomstvo.

## **POSEBNA PITANJA TOKOM DPST-A ZA KORISNIKE DROGE**

Samo zato što je klijent ubrizgavao drogu u prošlosti ili je sada ubrizgava ne znači automatski da je bio pod rizikom vezanim za HIV. Prvi korak je da se s klijentom veoma specifično vrednuje rizično ponašanje pre nego se dođe do zaključka o rizicima vezanim za drogu ili seks.

Kao i kod drugih klijenata, važno je da se osnaže strategije koje klijent već primenjuje, a odnose se na siguran seks i sigurnu upotrebu droge. Lakše je graditi na postojećim strategijama nego da se uradi potpuno nova strategija.

Da li je klijent preterano drogiran ili pijan da bi mogao da primi informaciju? Da li bi bilo bolje da se pomeri savetovanje za neki drugi dan?

Pažljivo bi trebalo proveriti razloge klijenta za testiranje na HIV. Da li se testira zbog pritiska spolja ili je to slobodan izbor? Pritisak može doći od partnera ili porodice. To može biti najizraženije u bolničkom ili zatvorskom okruženju.

Često se kao uslov za ulazak u program rehabilitacije postavlja testiranje na HIV. Testiranje u ovom slučaju nije potpuno dobrovoljno, pa klijent nije u prilici da slobodno razmotri svoju odluku o saznanju HIV statusa. Zbog specifičnosti i težine rehabilitacionog procesa, kao i psiholoških posledica koje saznavanje HIV statusa nosi sa sobom, preporučuje se da se dozvoli klijentu da se ustali na novom režimu pre testiranja na HIV.

Za mnoge ljude informacije koje su im date tokom savetovanja pre testiranja mogu biti zbunjujuće i složene, dopunjene nervozom i faktorima povezanim sa drogom i alkoholom. Često je od pomoći da se osnaži usmena informacija tako što će se ključne tačke napisati ili nacrtati, predlažući da ih klijent sam napiše, ili pomoću lifleta. Trebalo bi pitati klijenta kome namerava da se poveri dok čeka rezultat testa na HIV. Mnogi ljudi se preterano otvore očekujući negativan rezultat. Ovo može proizvesti ozbiljne probleme s poverljivošću ako je rezultat testa na HIV pozitivan.

## **DPST NA TERENU - OUTREACH RAD**

Radi obezbeđivanja bolje dostupnosti DPST-a ljudima posebno osetljivim za HIV infekciju, kao što su komercijalni seksualni radnici, intravenski korisnici droga, muškarci koji imaju seks sa muškarcima ili teže dostupnim, kao što je romska populacija, može se organizovati DPST i izvan prostorija centra, na mestima gde oni žive ili rade ili u njihovoj blizini.

Ova aktivnost može biti organizovana u „drop in centru”, u posebnoj prostoriji u kojoj je obezbeđen poverljiv ambijent i prijatna atmosfera za klijenta, ili u mobilnoj, posebno opremljenoj medicinskoj jedinici.

Neophodno je posebno obratiti pažnju, tokom savetovanja pre testiranja, na moguću udruženost rizika koja se često sreće kod posebno osetljivih grupa za HIV infekciju.



## Prednosti outreach DPST-a

Prednosti outreach DPST-a su mnogobrojne:

- lakša dostupnost za DPST većeg broja osoba koje se nalaze u posebnom riziku za HIV;
- mogućnost da se DPST obavlja kontinuirano u okviru redovnih outreach aktivnosti;
- uspostavljeno poverenje na terenu između savetnika i klijenata;
- veća pouzdanost podataka;
- mogućnost brze intervencije - edukacije, dalje dijagnostike i terapije;
- mogućnost uticaja na promenu ponašanja - višestruki susreti po obavljenom prvom DPST-u;
- mogućnost stupanja u kontakt i sa drugim osobama iz okruženja - vršnjacima/parnjacima, klijentima seksualnih radnika;
- mogućnost uspostavljanja sistema koji povezuje klijente sa drugim vladinim i nevladinim organizacijama radi pružanja podrške.

## Slabosti outreach DPST-a

Pored nabrojanih prednosti, outreach DPST ima i svoje slabosti i ograničenja:

- nekomforni uslovi za rad;
- korišćenje samo jedne vrste testova - brzi testovi;
- ograničeno vreme za savetovanje i testiranje;
- prisustvo straha od eventualnog saznanja osoba iz okruženja ili npr. „kolega sa posla” kod CSW o HIV statusu;
- gubitak ili zabrana rada u slučaju pozitivnog rezultata kod CSW;
- povećanje troškova rada zbog organizovanja terenskog rada i nabavke mobilne opreme.

## NAŠE ISKUSTVO U SAVETOVANJU I TESTIRANJU NA TERENU

Posle godinu dana razvoja modela dobre prakse savetovanja i HIV testiranja i uspostavljanja DPST centra u Studentskoj poliklinici, shvatili smo da je centar, koliko god je dobro organizovan, ostao nedostupan za mnoge ljude. Radi približavanja što većem broju korisnika, naše akcije smo usmerili u nekoliko pravaca:

1. produženje radnog vremena, odnosno organizovanje savetovanja i testiranja u večernjim satima od 20 sati do 24 sata - „noćno savetovanje i testiranje“;
2. organizovanje savetovanja i testiranja na terenu za intravenske korisnike droga i seksualne radnice za koje se pokazalo da retko dolaze u centar - outreach savetovanje i testiranje.

### Noćno savetovanje i testiranje

Noćno savetovanje i testiranje organizovali smo u skladu s raspoloživim sredstvima jednom ili dva puta mesečno, petkom, i ovaj termin se pokazao kao posebno prikladan za klijente iz nekoliko razloga (do kojih smo došli tokom savetovanja):

1. osećaju se slobodnije da dođu noću kad nijedna služba u Studentskoj poliklinici ne radi i kad je manja šansa da će sresti nekog poznatog;
2. osećaju se komfornije jer znaju da su svi koje će sresti u savetovalištu došli iz istog razloga;
3. termin im više odgovara jer su zauzeti poslom ili nekim drugim obavezama tokom dana (radno vreme centra od 9 do 17 sati poklapa se s radnim vremenom mnogih organizacija i institucija kod nas).

Poredeći podatke o klijentima koji su došli na savetovanje i testiranje tokom noćnih akcija i onih koji su došli u toku regularnog radnog vremena, videli smo razlike koje su za nas bile značajne:

1. tokom noćnih savetovanja i testiranja veći je broj klijenata koji žele da ostanu anonimni;
2. veći je broj onih koji dolaze sami (ne u paru), ali često dolaze u grupi;
3. u proseku su nešto stariji i nižeg obrazovanja;
4. veći je broj muškaraca;
5. manji je broj klijenata koji dolaze na savetovanje i testiranje zbog

potvrda za odlazak u inostranstvo, vizu, nema trudnica ni klijenata koji dolaze zbog planiranih medicinskih intervencija;

6. manje je studenata;

7. mnogo je više klijenata koji dolaze u periodu prozora i nisu čuli za taj termin;

8. mnogo je više korisnika psihoaktivnih supstanci.

Noćno savetovanje i testiranje nije postavljalo nove zahteve pred savetnike. Iako postoje male razlike u klijentima koji su dolazili, služba je bila organizovana na isti način kao i u DPST centru. Nije bilo velikih razlika u proceduri i načinu rada.

Iako se na osnovu ovih podataka može reći da su klijenti koji dolaze tokom noćnih akcija savetovanja i testiranja u nešto većem riziku za HIV, do sada nije bilo nijednog pozitivnog rezultata.

Zbog toga smo odlučili da za one koji su u najvećem riziku za dobijanje HIV-a organizujemo savetovanje i testiranje na terenu.

### **Savetovanje i testiranje na terenu - outreach DPST**

U saradnji sa dve nevladine organizacije, JAZAS<sup>16</sup> i Veza, organizovali smo savetovanje i testiranje za seksualne radnike i intravenske korisnike droga. Savetovanje i testiranje seksualnih radnika se obavlja u kombiju, na terenu, na mestima na kojima ima najviše seksualnih radnika. Za intravenske korisnike droga savetovanje i testiranje organizovano je u Drop in centru, nevladine organizacije Veza.

Bez obzira na to o kojoj je ciljnoj grupi reč i koji je outreach model primenjen u skladu s potrebama ciljne grupe, outreach savetovanje i HIV testiranje se u iskustvu mnogih, pa i našem, pokazalo kao veoma efikasno. Najpre, na ovaj način dolazimo brže i efikasnije do onih koji ne mogu da nađu nas. Zatim, usmereni smo na pojedince koji su u većem riziku za HIV infekciju, a istovremeno su van sistema zdravstvene i socijalne zaštite (seksualni radnici, intravenski korisnici droga, Romi, muškarci koji imaju seks sa muškarcima...). Na ovaj način aktivnosti usmeravamo direktno, tamo gde su naši klijenti, ne gubeći vreme na organizovanje u okvirima institucija i sistema, čija sporost i neumljivost (rigidnost) neretko otežavaju pružanje adekvatnih usluga onima kojima su programi namenjeni.

<sup>16</sup> JAZAS - Jugoslovenska asocijacija za borbu protiv side

Outreach je grupna podrška i rad s pojedincem i kao takav predstavlja važan činilac u procesu destigmatizacije ljudi kojima se obraćamo. On je i preduslov za intervenisanje na principima uspostavljanja konteksta poverenja i sigurnosti. Na ovaj način se savetnik brzo prilagođava kulturnom kontekstu grupe na spontan, empatičan i autentičan način, što umnogome doprinosi boljim rezultatima. Naše iskustvo govori da outreach može da postane agens promene i da pomogne pojedincu da mobilize svoje snage, minimalni doživljaj kompetentnosti i repertoar nekih mogućih rešenja koja se nude u zajedničkom traganju.

Savetovanje i HIV testiranje za seksualne radnike i intravenske korisnike droga ima specifičnosti u odnosu na savetovanje u DPST centru. Specifičnosti su rezultat ne samo činjenice da se savetovanje i testiranje obavlja van centra, već i zbog toga što je reč o ljudima koji su u drugačijem riziku za HIV i van su svih postojećih sistema podrške i zaštite.

Osim problema koji se odnose na HIV rizična ponašanja, mnogi drugi problemi s kojima se ovi ljudi suočavaju utiču na proces savetovanja i testiranja: siromaštvo, nizak obrazovni status, mnogi drugi zdravstveni problemi, neinformisanost, složeni porodični problemi (alkoholizam u porodici, izmenjena dinamika). Osim ovoga, jedan od velikih problema jeste visoka diskriminacija, vrlo često kombinovana sa auto-diskriminacijom koja ih čini još osetljivijim i nepristupačnijim. Većina seksualnih radnika, na primer, izložena je (ili je bila izložena) nekoj vrsti nasilja: fizičko i psihičko nasilje u porodici, nasilje u zatvoru, zlostavljaju ih policija, klijenti ili makroi, pripadnici šire društvene zajednice. Takođe, većinu intravenskih korisnika droga porodica je odbacila, pokidane su prijateljske veze i ceo život organizovan im je oko nabavke i upotrebe droga.

Fokusiranje na prevenciju HIV-a tokom savetovanja pre i posle HIV testiranja je poseban zahtev jer su potrebe seksualnih radnika i intravenskih korisnika često mnogo veće nego što su potrebe klijenata u DPST centru. I jednima i drugima je obično potrebna zdravstvena zaštita (prevencija i lečenje), finansijska podrška, pravna pomoć, pomoć za članove porodice, zaštita od nasilja, psihološka podrška, a za seksualne radnike nekad i sklonište (sigurne kuće), pa nije retko da probleme vezane za HIV ne percipiraju na pravi način i nemaju potrebu da saznaju više niti da menjaju svoje rizično ponašanje. Osim toga, često imaju hepatitis C ili hepatitis B (ili oba), naročito intravenski

korisnici droga, pa dobar deo podrške tokom savetovanja i rad na menjanju rizičnog ponašanja mora da bude povezan sa hepatitisom C i B.

Za savetnika, čiji je cilj da se fokusira na rizično ponašanje za HIV i s klijentom radi na pronalaženju alternativnih manje rizičnih ili nerizičnih formi ponašanja, razumevanje klijenata, načina na koji žive i ponašaju se od krucijalnog je značaja. U slučaju savetovanja seksualnih radnika i intravenskih korisnika droga, čija su rizična ponašanja često udružena u teško promenljive obrasce ponašanja, savetnici se suočavaju s novim izazovima. Sigurno je da su potrebne dobro razvijene savetničke veštine za ovakvu vrstu savetovanja, a empatija i razumevanje, odnosno rad na sopstvenim predrasudama je preduslov.

Jednom rečju, ovo savetovanje više „troši“ savetnike i stavlja ih u situaciju u kojoj mogu da se osećaju nesigurnim, uplašenim i nekompetentnim.

Jedan od problema s kojim se savetnici suočavaju tokom rada na terenu je uspostavljanje granica. Radeći ovaj posao postojala je opasnost od gubitka realnog uvida u sopstvene mogućnosti, gubitka lične autonomije i intervenisanja iz sopstvenih osećanja, što je jednako štetno kako za savetnike tako i za klijente. Često su savetnici preplavljeni bespomoćnošću, ljutnjom i tugom. Koliko god da su profesionalno upućeni na ljudske probleme, mnogi savetnici su prvi put čuli ovakve ljudske priče.

Problem s granicama, empatija, višestruki problemi ovih klijenata kao faktori koji su otežavali savetovanje i pred savetnika stavljali nove zahteve bili su udruženi sa činjenicom da je savetovanje i testiranje obavljano van DPST centra, u novom setingu, u kome su se savetnici osećali manje sigurno i zaštićeno.

Lična perspektiva i verovanja nas kao pomagača su važna za razumevanje procesa rada s našim klijentima. Rad na terenu i komunikacija koja prevazilazi granice „formalnog“ učinila je da sagledamo sopstvene sisteme vrednovanja, sopstvene predrasude i taj proces je delo lične, socijalne, profesionalne i etičke odgovornosti. Tako među članovima našeg tima, može se slobodno reći, ne postoji osuda.

## RAZVOJ DPST SLUŽBE - IZAZOVI

Iako su prednosti razvoja dobre prakse savetovanja i testiranja jasne i promovišu se iz godine u godinu, mogu da postoje mnogobrojne prepreke koje otežavaju razvoj centara za dobrovoljno savetovanje i testiranje.

Najpre treba reći da se DPST centri mogu organizovati na nekoliko načina:

1. DPST centar specijalizovan samo za savetovanje i HIV testiranje i nije vezan za druge institucije;
2. DPST centar nije vezan ni za jednu instituciju, ali, osim ove usluge, pruža i neke druge usluge (savetovanje za polno prenosive bolesti, savetovanište za mlade...)
3. DPST centar kao deo zdravstvene ili neke druge institucije;
4. DPST na terenu.

Postoji nekoliko izazova povezanih sa otvaranjem i razvojem DPST servisa:

### 1. Ograničena dostupnost DPST službi

DPST u mnogim zemljama nije prioritet i nije široko dostupan. Razlozi za to mogu biti različiti:

- a. Složenost intervencije;
- b. Relativno visoki troškovi;
- c. Nedostatak saznanja o njegovoj ulozi u prevenciji HIV-a.

Ponekad je teško meriti značaj DPST za promenu rizičnog ponašanja zbog složenosti seksualnog ponašanja i veza, i faktora koji na to utiču kao neravnopravnost polova. Takođe, u zemljama u kojima donosioci odluka ne prepoznaju značaj DPST neće biti dovoljno podrške za njihov razvoj. Zemlje koje su najviše pogođene HIV-om obično si i najsiromašnije. Otvaranje centra za savetovanje i testiranje obično se ne postavlja kao prioritet zbog troškova, loše infrastrukture medicinskih ustanova i malo edukovanih savetnika. Tako centri nisu dostupni ljudima u većini zemalja s visokom prevalencom HIV-a.

Iako je važnost DPST u prevenciji HIV-a prepoznata u našoj zemlji i postoje medicinski preduslovi za uspešno uspostavljanje ovih centara, kontinuirana edukacija i supervizija savetnika koji obezbeđuju kvalitet usluge koja se pruža često nisu prioritet.

## 2. Povećanje efikasnosti centra

Čak i ako je DPST prepoznat kao prioritet, nedostatak fondova, infrastrukture, edukovanih ljudi i jasnih procedura mogu da otežaju otvaranje i razvoj servisa. Savetnici obično imaju druge uloge u okviru institucije, što im smanjuje vreme koje mogu da odvoje za savetovanje. Bez procedura i obučanih savetnika koji garantuju dobru praksu savetovanja, efekti savetovanja neće biti isti. Edukacija i briga za savetnike je od ključnog značaja za postizanje kvaliteta savetovanja koji je neophodan da bi ono imalo ulogu u prevenciji HIV-a.

Neadekvatna priprema setinga za organizovanje službe takođe može da bude problem. To može da rezultira u nedovoljnoj privatnosti tokom savetovanja, neodgovarajućem radnom vremenu ili teškoći da klijenti dođu do njega.

Emocionalna iscrpljenost i stres savetnika, kao i neprepoznavanje profesije od strane autoriteta može dovesti do toga da savetnici napuštaju ovaj posao. Ovo je posebno zabeleženo u zemljama visoke prevalencije, gde se dešava da savetnik ima više HIV pozitivnih klijenata tokom dana. Dobra DPST služba bi trebalo da obezbedi stalnu podršku i superviziju za savetnike i da im pomogne da se suoče sa stresom i da zadrže motivaciju za posao.

Inovativni načini za smanjenje troškova vezanih za otvaranje i razvoj centra, kao što su jeftinije metode HIV testiranja, treba da budu podržani. Poboljšanje u informisanju i edukaciji stanovništva o dobiti savetovanja i testiranja mogu da skrate vreme neophodno za pre savetovanje. Integracija DPST u zdravstvene ili socijalne sisteme takođe može da redukuje troškove.

## 3. Prevazilaženje barijera vezanih za testiranje

Iako DPST postaje dostupan u razvijenim i srednje razvijenim zemljama, i dalje postoje razlozi zbog kojih ljudi ne žele da se testiraju. Postoji nekoliko mogućih razloga za to:

### a. Stigma

HIV je visoko stigmatizovan u mnogim zemljama i ljudi koji žive sa HIV-om mogu da iskuse socijalno odbacivanje i diskriminaciju. U zemljama niske prevalencije, kao što je naša zemlja, na HIV se gleda kao na problem „osetljivih grupa“, pa je česta pojava da inficirane HIV-om članovi porodice ili zajednica odbacuju. Strah od odbacivanja ili stigmatizacije može biti jedan od razloga odbijanja da se sazna HIV status.

### b. Rodna nejednakost

Potreba da se zaštite i podrže žene koje žive sa HIV-om treba da bude razmotrena tokom planiranja razvoja DPST službe. Mnoga istraživanja su pokazala, naročito u Africi, da je jedan od osnovnih razloga zbog kojeg se žene ne odlučuju na testiranje upravo nedovoljna moć koju imaju u odnosu na muškarce, a koja može biti povezana s nemogućnošću da se ostane u porodici, da se zadrže deca ili nekad strah od nasilja.

### c. Diskriminacija

Ljudi koji žive sa HIV-om često su diskriminirani na poslu ili u školi. Nedostatak pravnih regulativa koje bi regulisale prava na školovanje i rad ljudi koji žive sa HIV-om često odbija ljude od odlaska u DPST centar. Uplašeni da će izgubiti posao ako saznaju da imaju HIV, ili da će biti izbačeni iz škola ili sa fakulteta, odbijaju da saznaju svoj HIV status.

## 4. Promocija dobiti od DPST

Jedna od teškoća u uspostavljanju efektivne DPST službe može da bude i nepostojanje razumevanja dobiti koje takva služba može da ima za pojedince, parove, porodice i zajednicu. Zato je neophodno da se tokom razvoja DPST centra razmotri mogućnost i načini promocije dobiti od savetovanja i HIV testiranja. Ova promocija treba da bude usmerena ne samo na potencijalne klijente već i na donosioce odluka i donatore. Osim toga, ako je DPST služba dobro povezana s medicinskim i ostalim službama koje mogu da budu na raspolaganju onima koji saznaju da imaju HIV, broj ljudi koji će želeći da se testira biće veći.

## 5. Razumevanje potreba specifičnih grupa

HIV ne pogađa sve slojeve društva podjednako, niti na isti način sve delove zemlje i postoje ljudi koji su posebno osetljivi na HIV. Ovu činjenicu treba uzeti u obzir tokom uspostavljanja DPST službe i organizovati je tako da zadovolji potrebe onih koji su posebno osetljivi na HIV. Na primer, u regionu bivšeg Sovjetskog Saveza najveći broj ljudi koji žive sa HIV-om su intravenski korisnici droga, dok je prevalenca u opštoj populaciji niska. U tom smislu, mnogo je bolje organizovati DPST službu za intravenske korisnike droga pre nego za opštu populaciju. Ne treba zaboraviti da centri koji su prihvatljivi za jednu grupu ljudi (na primer, seksualne radnike) mogu biti neprihvatljivi za drugu.

### Rešavanje problema vezanih za teškoće uspostavljanja DPST službe

Izazovi otvaranja DPST službe mogu da budu veliki, ali ne i nerešivi. Zato ih treba dobro razmotriti pre nego što se planira otvaranje jednog centra i planirati akcije koje će uticati na njihovo smanjenje.

Postoje brojni svetski primeri o tome kako su se neki od izazova koje smo nabrojali rešavali.

Za razvoj DPST službe je važno da HIV dokumentuje i objavi njegova uloga u:

1. Prevenciji transmisije HIV-a;
2. Povećanju dostupnosti službama medicinske i socijalne zaštite za klijente;
3. Podršci za ljude koji žive sa HIV-om;

Nekoliko studija pokazuje kakvu ulogu DPST služba može da ima za prevenciju transmisije HIV-a među parovima u kojima je jedna osoba imala HIV. Takođe, neke studije pokazuju i značajnu promenu rizičnog ponašanja ka ponašanju bez rizika za one koji dolaze u DPST centre. Jedna od takvih je studija rađena u Keniji, Tanzaniji i Trinidadu o ulozi DPST službe u HIV prevenciji i njegovu isplativost u poređenju sa drugim preventivnim intervencijama. Ova studija je pokazala da DPST značajno smanjuje rizično seksualno ponašanje s partnerima koji nisu primarni, kod seksualnih radnika i parova koji su zajedno došli na savetovanje i HIV testiranje.

Nekoliko je primera koji pokazuju kako DPST služba pomaže ljudima koji žive sa HIV-om da lakše pristupe antiretroviralnoj terapiji i medicinskoj nezi. U industrijalizovanim zemljama DPST pomaže ljudima da ranije pristupe ovoj terapiji i smanjuju smrtnost od AIDS-a.

Postoji i nekoliko primera i preporuka kako smanjiti troškove otvaranja DPST službe. Veliki troškovi mogu da se smanje ukoliko se koriste brzi testovi, za čiju upotrebu nisu potrebni skupi laboratorijski uslovi, ako se organizuje grupna edukacija savetovanja pre testiranja, ako se kao savetnici angažuju i volonteri koji nisu profesionalci zaposleni u zdravstvenim i drugim institucijama. Jedan od dobrih načina je i integrisanje DPST servisa u druge već postojeće. U Ugandi, na primer, DPST služba postoji u okviru AIDS informativnog centra, i klijenti plaćaju savetovanje i testiranje. Jedan dan u nedelji je savetovanje besplatno da bi se omogućilo i onima koji ne mogu da plate da dođu na testiranje. Kad je ovo uvedeno, nije se smanjio broj klijenata.

Jedan od načina da se prevaziđu problemi vezani za visoku stigmiju i diskriminaciju jeste da se ljudi koji žive sa HIV-om uključuju u razvoj i promociju DPST-a. Lobiranje i zagovaranje za pravnu regulativu, koja bi regulisala pravo ljudi na rad i školovanje, takođe, može da bude zadatak ove službe ili makar uključivanje i podrška ovih akcija.

## LITERATURA

- UNAIDS. The impact of voluntary counselling and testing, a global review of the benefits and challenges. Geneva:UNAIDS Best Practice Collection, 2001.
- Centar za prevenciju side u PPI ZZZZ studenata Univerziteta u Beogradu „Protokol rada CENTRA za DPST”, Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata Univerziteta u Beogradu, Beograd 2005.
- UNAIDS. Voluntary counselling and testing (VCT). Geneva:UNAIDS Technical update, 2000.
- D. Ilić, M. Paunić, Dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje na HIV, Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata Beograd, Beograd 2004.
- Family Health International. Models of VCT Service Delivery (<http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/FactSheets/vctmodels.htm>).
- WHO. Voluntary Counseling and Testing for HIV infection in VCCT Centers; Practical considerations for implementation. Geneva: WHO, 2004.

- Byrne A. Practical considerations for implementation of VCT. EMRO Regional Consultation, Cairo, 2003.
- UNAIDS. Tools for evaluating HIV voluntary counselling and testing Geneva:UNAIDS Best Practice Collection, 2000.
- Thorvaldsen J. European guideline for testing for HIV infection, Procedural Aspects. International Journal of STD&AIDS 2001;12 (Suppl. 3).
- WHO: HIV/AIDS Testing and Counselling (<http://www.who.int/hiv>).
- UNAIDS. HIV Voluntary Counselling and Testing: a gateway to prevention and care.UNAIDS Case Study, 2002.
- H. Homans, S. Koso, Izveštaj o službama orijentisanim na potrebe mladih u SR Jugoslaviji/Srbiji,. WHO,UNICEF, UNFPA, 2002.
- Vlada REPUBLIKE Srbije, Ministarstvo zdravlja Srbije,UNICEF, Strateško planiranje unapređenja zdravlja i razvoja mladih. Goč, 2002.
- Spina,M.e altri:Infezione da HIV in 403 prostitute in Italia, in “Giornale italiano dell AIDS”, 1991
- Associazione LULE:” Vite di strada”, 1996
- Brussa,L.: Citta e prostituzione Progetto europeo TAMPEP,1998
- UNAIDS. HIV Voluntary Counselling and Testing: a gateway to prevention and care.UNAIDS Case Study, 2002.

**NATAŠA CVETKOVIĆ-JOVIĆ I VIOLETA ANĐELKOVIĆ**

## **KLIJENTOM USMERENO SAVETOVANJE KAO TEORIJSKA OSNOVA DOBROVOLJNOG SAVETOVANJA I HIV TESTIRANJA**

### **UVOD**

Kad je postalo jasno da savetovanje koje podrazumeva samo davanje informacija i emocionalnu podršku ne dovodi do promene u rizičnom ponašanju ljudi, počelo je traganje za tehnikama koje takvu promenu mogu da obezbede. Vrlo brzo se došlo do saznanja da individualni pristup ima najviše prednosti, a da savetovanje usmereno na specifične okolnosti svakog klijenta ponaosob mora da bude ključno u procesu koji će obezbediti promenu rizičnog ponašanja.

Rodžersova klijentom usmerena teorija pružila je teorijski okvir za savetovanje za HIV testiranje.

U ovom članku pokušaćemo da predstavimo osnovne teorijske pojmove klijentom usmerenog savetovanja, kao i promene koje ona trpi da bi se prilagodila specifičnim uslovima koje sa sobom nosi dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje na HIV. Iako su specifičnosti DPST-a brojne, poznavanje osnova tehnike savetovanja na kojoj se

bazira, njenih osnovnih hipoteza i pretpostavki otvara vrata boljem razumevanju klijenata i većoj efikasnosti u radu.

Pokušaćemo da pokažemo kako se mogu koristiti osnovni pojmovi klijentom usmerenog savetovanja da bi razumeli šta se dešava u nekim tipičnim situacijama tokom savetovanja pre i posle testiranja na HIV.

Na kraju ćemo predstaviti i neke od tehnika koje se koriste u savetovanju ilustrujući ih primerima iz naše prakse.

## KLIJENTOM USMERENO SAVETOVANJE

Klijentom usmerena teorija je jednostavna, elegantna i univerzalna. Kao što nam poznavanje atoma omogućuje da spoznamo čitav fizički svet, tako nam i klijentom usmerena teorija pomaže da razumemo kompleksno ljudsko ponašanje i doživljavanje.

Danas kada se govori o savetovanju u kontekstu testiranja na HIV govori se o klijentom usmerenom savetovanju.

Klijentom usmerena terapija nastaje na osnovu humanističke tradicije u psihologiji. Humanistička psihologija je dobila svoje ime iz verovanja u bazičnu dobrotu ljudi i poštovanju ljudskog roda. Koreni humanističke psihologije su u egzistencijalističkoj filozofiji i psihologiji, odnosno u razumevanju i prihvatanju sopstvenog postojanja i sopstvene odgovornosti. Dva američka psihologa Abraham Maslov (Abraham Maslow) i Karl Rodžers (Carl Rogers) začetnici su ovog pristupa u razumevanju ličnosti.

Klijentom usmerenu terapiju razvijao je humanistički psiholog Karl Rodžers tokom 40-ih i 50-ih godina prošlog veka. Sam Rodžers je radije upotrebljavao izraz klijentom usmereno savetovanje (client centred counselling). On je verovao da odnos klijenta i terapeuta<sup>17</sup> nije odnos pacijenta i doktora, u kome se pacijent pasivno prepušta

<sup>17</sup> Rodžers je govorio o odnosu „terapeut-klijent“ a ne „savetnik-klijent“. U ovom tekstu, kada se citira Rodžers ili se parafraziraju njegovi postulati, govori se o terapeutu, a u drugim slučajevima govori se o savetniku.

postupku lekara. Suprotno tome verovao je da odnos terapeuta i klijenta treba da bude odnos osobe-sa-osobom, u kome terapeut razgovara s klijentom. Koristeći termin „klijent“ umesto „pacijent“ Rodžers je želeo da istakne da klijent nije bolestan u organskom smislu te reči.

Prema Rodžersu, u osnovi humanističkog modela savetovanja je pretpostavka da svaka osoba ima organski kapacitet za razvoj i promenu. Uloga savetnika nije da procenjuje i vrednuje klijenta, već da podstiče njegov prirodni kapacitet za promenu kroz empatiju i bezuslovno prihvatanje. Klijentom usmereno savetovanje se koristi da bi se kreiralo okruženje u kome osoba može postići lični razvoj ili se izboriti sa specifičnim događajem ili problemom koji ima. Terapeut ohrabruje klijenta da izrazi svoja osećanja i pomaže mu da samostalno istraži i razume sebe. Klijenti su tada u mogućnosti da odluče kakvu vrstu promene žele da naprave i tako doprinesu ličnom razvoju.

## OSNOVNI POJMOVI RODŽERSOVE KLIJENTOM USMERENE TERAPIJE

### 1. Kontakt između dve osobe

Osnovni preduslov svakog savetovanja je uspostavljanje psihološkog kontakta s klijentom. Psihološki kontakt podrazumeva građenje osnovnog, kognitivnog i emotivnog kontakta sa drugom osobom.

Na početku smo svesni prisustva druge osobe i ona je svesna našeg prisustva: „Znam da si ti tu i ti znaš da sam ja tu“ (osnovni kontakt). Međutim, mi ne priznajemo da smo u kontaktu s nekim sve dok se ne predstavimo jedno drugom na neki način (kognitivni kontakt).

Uspostavljanje osnovnog kontakta savetnika s klijentom određeno je, pre svega, kulturalnim normama i nije retko da savetnik uspostavlja kontakt s klijentom na način koji mu obezbeđuje da se oseti socijalno prihvatljivim. Ljudi često misle da će pokazati da prihvataju druge samo ako su ekstremno ljubazni, ako se ne ljute i ne plaše, ako uspešno rade svoj posao. Dalje, to zavisi i od toga ko su ljudi s kojima savetnik uspostavlja kontakt, da li savetnik ima predrasude prema njima, kako se oni ponašaju, da li su ljuti, nervozni, da li ga ignorišu, da li su dosadni. Savetnika u uspostavljanju kontakta s klijentom može da

blokira osećanje neprijatnosti u prisustvu te osobe, ljutnja, patnja klijenta ili strah od njega.

Takođe, klijent može da bude nespreman za uspostavljanje osnovnog kontakta ako je ljut, uplašen ili preplavljen nečim što mu se dešava, ako je pod dejstvom alkohola ili droge, ako je umoran ili depresivan.

Kognitivni kontakt uključuje mentalne procese - razmišljanje o drugoj osobi i razumevanje načina na koji se ponaša i živi. Da bi savetnik mogao da razume svog klijenta i njegovo ponašanje, da bi mogao da ga prihvati takvog kakav jeste, a ne takvog kakav bi trebalo da bude, on mora, takođe, da razume sebe, način na koji on razmišlja i živi, svoje vrednosti i verovanja. Sa druge strane, klijent treba da bude otvoren i da dozvoli savetniku da ga razume.

Jedna od uloga savetnika jeste da razume i emotivno doživljavanje klijenta, emocije koje klijent pokazuje i one koje ne pokazuje i o kojima ne govori. Ukoliko savetnik nije u stanju da uspostavi emotivni kontakt s klijentom, neće biti u stanju da empatiše s njim. Kao i kod kognitivnog kontakta, gde savetnik mora da razume sebe da bi razumeo klijenta, tako i uspostavljanje emotivnog kontakta i razumevanje klijentovih emocija zavisi od toga koliko je savetnik u stanju da razume sopstvene emocije i bude svestan kako one utiču na njegovo ponašanje.

## 2. Bezuslovno prihvatanje

Da bi se stvorila atmosfera psihološke sigurnosti unutar savetodavnog odnosa, Rodžers je verovao da savetnik treba da poseduje bezuslovno pozitivan stav prema klijentu - da ne osuđuje klijentovo ponašanje ili karakter. Ako klijenti osećaju da se njihov karakter procenjuje, on ili ona će dati lažnu sliku o sebi ili možda odustati od savetovanja. Nisko samopoštovanje ili niska kongruentnost je rezultat toga što je klijent u prošlosti bio procenjivan i osuđivan. Roditelji, nastavnici i drugi autoriteti često postupaju tako kao da dete nema intrinzičku vrednost (vrednost po sebi), osim ako ne postupuje onako kako oni smatraju da treba. To znači da će oni biti prihvaćeni samo ako se ponašaju onako kako se od njih očekuje.

Savetnik u klijentovom usmerenom savetovanju daje bezuslovno pozitivno prihvatanje, kao parcijalnu protivtežu klijentovim ranijim iskustvima.

Kada govorimo o bezuslovnom prihvatanju, govorimo o kvalitetima odnosa koji savetnik treba da uspostavi s klijentom. Najčešće se govori o „prihvatanju“, „neosuđujućem stavu“, „poštovanju“, „prihvatanju druge osobe kao podjednako vredne“. Bezuslovno prihvatanje se ne nalazi u formi reči koje koristimo već u načinu na koji ih koristimo (Tolan, 2003). Ista izjava savetnika može se protumačiti kao prihvatajuća, odnosno osuđujuća u zavisnosti od tona kojim je izrečena i „govora tela“ kod savetnika.

## 3. Empatija

Empatija se može definisati i kao „razumevanje tako intimno da se osećanja, misli i motivi osobe bez teškoće shvataju od strane druge osobe“<sup>18</sup>. U svojoj osnovi empatija je parafraziranje tuđih reči da bismo osobi pokazali da je čujemo i razumemo. U bogatom značenju, uključuje neustrašivo istraživanje unutrašnjeg sveta druge osobe, osećajući smisao onog što je neizgovoreno, saosećajno imenovanje bola, patnje i poniženja, tendencije da povrede druge, pa i radosti (Tolan, 2003).

Može se reći da samo zamišljanje kako je biti drugi bez emocionalne rezonance nije empatija. Sa druge strane, ne može se reći da se empatični savetnik izgubi u svetu druge osobe. Koliko god da je duboko zahvaćen osećanjima beznadežnosti od strane klijenta, svestan/a je vlastite nade. Kada se oseća povređenim, empatišući s bolom klijenta oseća i zna da to nije njegov/njen bol.

Empatija uključuje dva procesa: percepciju i komunikaciju (Tolan 2003). Ova dva procesa su uzajamno povezana:

sama percepcija nije dovoljna da podstakne promenu;  
komunikacija bez adekvatne percepcije nije od pomoći.

U svakodnevnom životu se vrlo često dešava da kad čujemo loše vesti, recimo od komšinice ili kolege, ne odgovorimo na njih, ne zato što smo ravnodušni prema njima već zato što ne znamo šta bismo rekli. Savetnik može čuti, razumeti i duboko osećati za klijenta, ali ako je ta percepcija zaključana iza drvene i neresponzivne maske, klijent ne može imati koristi od nje. Isto tako možemo požuriti s pitanjima i da ne čujemo šta druge osobe žele da nam kažu. Ovo se obično dešava

<sup>18</sup> *American Heritage Dictionary*. It is: „understanding so intimate that the feelings, thoughts and motives of one are readily comprehended by another.”



kada smo nervozni zbog onoga što je rečeno ili onog što bi osoba mogla da nam kaže. Štitimo se od dalje strepnje, blokirajući drugu osobu sopstvenim rečima. Kad se to desi tokom savetovanja, klijent oseća i zna da ga nismo u potpunosti čuli i razumeli.

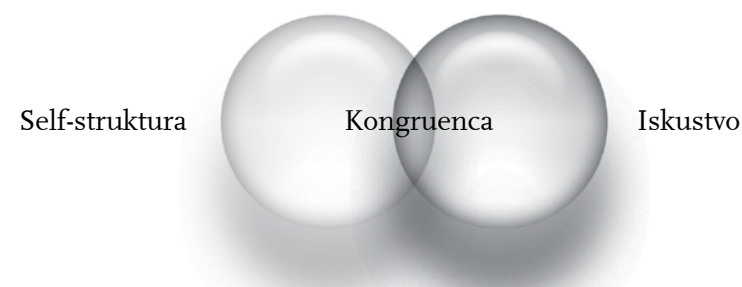
## 5. Kongruentnost

Rožers je smatrao da savetnici mogu relativno brzo naučiti da budu osetljiviji i empatičniji slušaoci. Ovo je delom veština, a delom stav. Ali da bi bili autentičniji i brižniji, savetnici moraju da se menjaju kroz iskustvo, što je sporiji i kompleksniji proces. Moderniji teoretičari u klijentom usmerenom savetovanju govore o kongruenci<sup>19</sup>, kao onom delu nas koji je otvoren, fleksibilan i nije podložan poricanju i iskrivljenjima. Naša ličnost, kao i ličnost našeg klijenta je interakcija između iskustva našeg organizma i naše self-strukture. Iskustva našeg organizma podrazumevaju sve ono što čujemo, vidimo, dotaknemo, ono što osećamo unutar nas - sopstvenu sreću, tugu, smirenost, bes. Self-struktura je sve ono što osoba smatra o svetu oko nje i o sebi. Naša iskustva su po prirodi neutralna, ni zdrava ni nezdrava, ni dobra ni loša. Ono što ih kvalifikuje i daje im značenje jeste naša self-struktura. Ona se gradi na osnovu onoga što smo tokom razvoja dobili od, pre svega, roditelja, autoriteta i društva, kao sistema vrednosti i stavova o nama samima i svetu oko nas.

Tako se može reći da je kongruenca onaj deo nas u kome nema konflikta, odnosno sukoba između naših iskustava i self-strukture.

U savetovanju to je onaj deo nas koji na jedan otvoren i neodbrambeni način stoji na raspolaganju našim klijentima. On opisuje deo ličnosti koji je svestan i otvoren za klijenta. Pogled na klijenta nije fiksiran ili baziran na predrasudama.

<sup>19</sup> Rodžers je smatrao da postoje tri osećaja sebstva (selfa) kod svakog od nas: ja-koncept, stvarno ja i idealno ja. Ja-koncept je način na koji osoba vidi samu sebe. Idealno ja je ono što bismo voleli da budemo ili smatramo da treba da budemo. Stvarno ja je ono što zaista jesmo. Kongruenca je stepen slaganja između ja-koncepta, stvarnog ja i idealnog ja. Što je veća kongruentnost, veći je stepen psihološkog zdravlja klijenta. Ako je ideja osobe o tome koje ona/on nosi veće slaganje o tome ko bi želela/o da bude, ta osoba će biti relativno samo prihvatajuća.



Kada smo u stanju kongruentnosti, svesni smo i svojih unutrašnjih odgovora na klijenta. Ovo ne znači da bi trebalo da ozvučimo sva svoja osećanja prema klijentu, već da imamo izbora da to uradimo, zavisno od procene toga šta bi pomoglo u tom trenutku. Što je savetnik kongruentniji, on je i autentičniji i može više pružiti svom klijentu.

Sa aspekta klijenta cilj savetovanja jeste da poveća kongruentnost kod klijenta, odnosno klijenti traže pomoć savetnika kada su njihova iskustva u sukobu s njihovom self-strukturom.

### Uslovi za pozitivnu promenu kod klijenta

Rodžers je 1959. godine predstavio šest uslova koji su nužni i dovoljni za terapijsku promenu:

1. Dve osobe su u kontaktu;
2. Prva osoba (klijent) u stanju je nekongruentnosti, ranjiva ili anksiozna (strepni);
3. Druga osoba (savetnik) je kongruenta u odnosu;
4. Terapeut oseća bezuslovno pozitivno prihvatanje za klijenta;
5. Terapeut ima empatijsko razumevanje za klijentov unutrašnji referentni okvir;
6. Klijent percipira makar u minimalnom stepenu uslove 4 i 5, bezuslovno pozitivno prihvatanje i empatičko razumevanje savetnika.

### Savetovanje u DPST-u

Savetovanje u DPST procesu je ključni mehanizam koji dovodi od oslobađanja prirodnog potencijala za psihološki razvoj kod klijenta, odnosno potencijala za zdrave izbore i smanjenje rizika za dobijanje i prenošenje HIV infekcije. Prema svojoj definiciji, savetovanje podrazumeva pomažući odnos u kome klijent, koji je prepoznao problem ili brigu, traži pomoć od profesionalca iz oblasti mentalnog zdravlja.

DPST se fundamentalno razlikuje od ostalih savetodavnih odnosa na dva načina (Centar za kontrolu bolesti, SAD - Dobrovoljno savetovanje i testiranje na HIV):

1. Većina savetnika, i u razvijenim i u nerazvijenim zemljama, nisu profesionalci iz oblasti mentalnog zdravlja. Klinički kontekst je uslovio da većinu DPST savetnika<sup>20</sup> čine medicinske sestre ili tehničari, osobe koje rade na terenu sa grupama u riziku, volonteri i paraprofesionalci. DPST savetnici, po pravilu, imaju minimalni formalni trening iz savetovanja i bazična znanja o HIV infekciji.

2. Savetnički odnos u DPST-u nastaje ne na zahtev klijenta, kao kod drugih vrsta savetovanja, već se postavlja kao vrsta uslova za samo testiranje na HIV. Neki klijenti koji dolaze u DPST savetovanište primarno traže test na HIV i nisu potpuno spremni da uđu u savetodavni odnos.

Kao ilustraciju ove specifičnosti daćemo deo prikaza savetnika u superviziji.

*„Na kraju, pre test savetovanja, bila sam zaista potresena i ljuta. Umesto savetovanja, sesija je više ličila na raspravu - klijent je želeo da uradi test dok sam ja insistirala da sačekamo još jedan mesec s obzirom na to da je klijent bio u periodu prozora. Činilo mi se da moram da biram između dve loše opcije. U jednu ruku mogla sam da završim svoj posao, rekavši mu da rezultat testa ne uključuje poslednja dva meseca i ostavim klijenta da koristi rezultat na koji god način želi. Sa druge strane, rekao mi je da njegov partner želi da se on testira, tako sam razmišljala da bi je mogao ugroziti pokazujući negativan rezultat koji može biti lažan (to se moglo desiti jer je klijent u periodu prozora)... Iako mnogi klijenti dolaze i traže da urade test u periodu prozora, nikada nisam imala ovakvu dilemu. Prvi put mi se činilo da bi neko mogao da zloupotrebljava i manipuliše rezultatom testa i nisam želela da u tome učestvujem....Preporučila sam mu da proba da razgovara sa drugim savetnikom jer nismo uspeali da napravimo radni savez. Osećala sam da nisam neki savetnik jer je veći deo našeg razgovora bio usmeren na testiranje umesto na klijentovo ponašanje i osećanja i kreiranje plana za redukovanje rizika”.*

**Kako nam osnovni teorijski pojmovi iz klijentom usmerenog savetovanja pomažu da razumemo šta se dešava u nekim situacijama kod savetovanja pre i posle testiranja na HIV?**

<sup>20</sup> U našoj zemlji ovo nije u potpunosti tačno s obzirom na to da najveći broj savetnika čine lekari specijalisti epidemiologije

## Kongruenca

### Kongruenca kod klijenta

Jedan od važnih aspekata kod DPST može biti iznenađan jak strah kod klijenta u trenutku kada donese odluku da uradi HIV test ili kada mu se izvadi krv da bi se test obavio<sup>21</sup>.

Testiranje na HIV obično rezultira pojavom velike količine strepnje. Klijenti koji procenjuju da su imali rizično ponašanje vezano za HIV infekciju mogu godinama držati svoju anksioznost daleko od svesti sve dok ne urade test ili se ne pojave neki znaci bolesti. Da bismo razumeli ovu situaciju, možemo se poslužiti pojmom „kongruenca”. Klijenti, ne mogavši da svoje iskustvo uklope sa self-strukturom, pribegavaju odbranama od strašne mogućnosti da su se možda inficirali HIV-om tako što poriču tu mogućnost. Na primer, ako je klijent porodični čovek, a povremeno ima nezaštićene seksualne odnose s nepoznatim muškarcima, njegovo iskustvo se ne uklapa u sliku koju ima o sebi kao uspešnom heteroseksualnom muškarcu. Klijent tada može zbog velikog sukoba između svog iskustva i slike o sebi tj. self-strukture otcepiti iskustvo, skloniti ga u stranu i poricati da ono postoji jer je previše bolno misliti o njemu. U trenutku kada je uzeta krv da bi se uradio test na HIV, može se pojaviti skrivena zastrašujuća pretnja. Kako je osoba prinuđena da čeka na rezultat (kod laboratorijskih testova od nekoliko sati do više dana pa i nedelja), ovaj period može biti užasavajući. Odbrane poricanjem su naglo prekinute i klijent je preplavljen mogućnoću da je HIV pozitivan (Pery i saradnici, 1990).

### Kongruenca kod savetnika

Bez obzira na činjenicu da većina DPST savetnika nisu profesionalci iz oblasti mentalnog zdravlja, da bi ostali u ulozi savetnika, potrebno je da ulože napore i da rade na svojim predrasudama i očekivanjima.

Tri grupe koje su najjače pogođene AIDS-om u našem društvu - intravenski korisnici droga, seksualni radnici i gej muškarci - oduvek su bile žrtve društvenih predrasuda. Savetnici su, kao i klijenti u svom razvoju i formiranju self-strukture pod direktnim ili indirektnim uticajem društva, s obzirom na to da društveni stavovi postaju u manjoj

<sup>21</sup> U tom smislu se preporučuje da i laboratorijsko osoblje dobije bazična znanja o procesu savetovanja ili upotreba brzih testova koje aplicira savetnik.

ili većoj meri i stavovi njenih članova<sup>22</sup>. Važno je naglasiti da, pored stavova i vrednosti kojih smo kao savetnici svesni, postoje i uverenja kojih nismo svesni, a koji umnogome boje naš odnos s klijentima. Veća kongruentnost kod savetnika podrazumeva i dobro praćenje sopstvenih stavova i osećanja koja u nama bude klijenti, uključujući i ona osećanja koja nisu u skladu s onim što su dobre osobine savetnika.

Ljudi koji žive s HIV-om, takođe, u nama mogu pobuditi različita teška osećanja. Kao primer možemo uzeti strah od toga da ćemo kao savetnici radeći s HIV-om biti zaraženi. Ovaj strah je podjednako čest koliko je i iracionalan. Govoreći o analitičarima koji rade s pacijentima koji žive s HIV-om, Skaffner kaže: „Ne znam

nijednog analitičara koji radi sa AIDS pacijentom koji nije imao makar kratkotrajni strah od zaražavanja, bilo od toga da dotakne kvaku koju je pacijent dotakao, bilo koristeći isto kupatilo, ili na neki drugi način, bez obzira na to koliko su jaki dokazi da se tako ne može zaraziti. Analitičar može koristiti ovakve strahove da bi postigao empatiju sa iskustvima koje mogu imati članovi porodice pacijenta, ali ovakve reakcije je najbolje istraživati privatno, ako je moguće; pacijent koji živi sa AIDS-om doživljava i sam strahove i samootkrivanje bez potrebe je dodatni teret koji mu analitičar dodaje” (Schaffner, 1990). Iako dolazi iz drugog teorijskog okvira ovaj tekst nam može pomoći da razumemo da DPST savetnik nije usamljen u osećanjima koje ima radeći sa HIV-om. Stav da je potrebno osvestiti svoje strahove može se razumeti i koristeći pojam kongruentnosti, gde savetnik istražuje svoja osećanja prema klijentu i odlučuje da ih podeli ili ne podeli s klijentom zavisno od procene korisnosti takve intervencije za klijenta.

U procesu postizanja što veće kongruence kod savetnika prvoklasnu ulogu igra redovna supervizija savetnika.

Bezuslovno prihvatanje i empatija u situaciji DPST-a postizanje empatije i bezuslovnog prihvatanja predstavlja poseban izazov kada je i iskustvo drugog previše bolno ili ako je u suprotnosti s našim etičkim stavom ili s našim očekivanjima.

<sup>22</sup> Pored predrasuda koje savetnik koji nije pripadnik neke od navedenih grupa može imati i sami pripadnici grupe mogu imati predrasude prema pripadnicima sopstvene grupe.

## Očekivanja

Savetnikova procena o tome šta je preterani strah od AIDS-a, odnosno nedovoljan strah od AIDS-a često nas stavlja u situaciju bolne svesnosti o kulturalnim razlikama. Mnogi intravenski korisnici droga ili seksualni radnici ne dele „uobičajeno viđenje” o tome šta je adekvatan strah. Ako je osoba u situaciji neprekidne ugroženosti od uličnog kriminala, siromaštva, bolesti, odbačenosti, gde su nade da će biti bolje prilično male, procenjuje ugroženost od AIDS-a na drugi način (Blechner, 1993).

Kao ilustracija poslužiće nam iskustva savetnica u radu sa intravenskim korisnicima droga i seksualnim radnicima:

*„Savetovanje sa intravenskim korisnicima droge i seksualnim radnicima je izazovno i u neku ruku se razlikuje od savetovanja klijenata u savetovalištu Studentske poliklinike. Uspostavljanje radnog saveza je bilo teže u poređenju s klijentima koji dolaze u savetovalište iz nekoliko razloga. Životne priče intravenskih korisnika droga i seksualnih radnika se razlikuju od iskustava koje srećemo u svakodnevnom radu, tako da je potrebno biti veoma otvoren i bez predrasuda da bismo mogli da razumemo i da slušamo klijente bez vrednovanja njihovog iskustva...”*

*Većina intravenskih korisnika droga je poricala da je u bilo kakvom riziku od HIV infekcije. Bilo je teško motivisati klijente da razumeju aspekte ponašanja koji su rizični i motivisati ih da promene svoja ponašanja. Takođe, kada klijenti „znaju” da su u riziku, nemaju ili ne žele da podele emocionalne sadržaje koji su vezani za samo testiranje na HIV...”*

*Klijenti (seksualni radnici) često nisu imali znanja o HIV-u... nisu izražavali emocije koje su vezane za situaciju testiranja...”*

## Etički stav

Jedna od najtežih situacija za savetnika je kada se klijent koji živi sa HIV-om poveri savetniku da ima nezaštićene seksualne odnose, a partneru govori da je HIV negativan. Zdravlje partnera je na taj način ugroženo i kod savetnika se javljaju veoma jaka osećanja. Ovakva osećanja se mogu pojaviti i kada savetnik osnovano ili neosnovano sumnja da klijent ima nezaštićene seksualne odnose. Ne postoji lako rešenje za ovu situaciju. U najboljem slučaju savetnik treba da napravi kombinaciju suočavanja klijenta sa značenjem njegovog/njenog

ponašanja, ne udaljavajući klijenta iz savetodavnog odnosa. Neki savetnici osećaju da je takvo pritvoreno seksualno ponašanje pokušaj ubistva druge osobe i osećaju da se moraju snažno usprotiviti klijentu. Rizik kod ovakvog stanovišta je da će se klijent osetiti ugroženo ovom osudom, da će prekinuti kontakt sa savetnikom, a svedjedno nastaviti sa svojim ponašanjem. Alternativni pristup je da savetnik pokuša da radi s klijentom na motivima takvog ponašanja. Ne tako retko motiv je izuzetan bes zbog činjenice da je klijent inficiran i želja da inficira druge koji su imali više sreće. Ponekad se iza ovakvog ponašanja krije užasan osećaj usamljenosti i želja da s nekim ko im je blizak zajednički proživljava fizički i psihički bol. Nekada je to iracionalno uverenje da nezaštićen seks s drugom osobom može izlečiti HIV.<sup>23</sup>

Prema teoriji klijentom usmerenog savetovanja, savetnik treba da obezbedi bezuslovno pozitivno prihvatanje za klijenta, ali ne znači da treba bezrezervno da prihvati svako klijentovo ponašanje, posebno kada je ono u suprotnosti s osnovnim ciljem DPST-a prevencijom prenošenja HIV-a. Bezuslovno pozitivno prihvatanje se odnosi na celokupnu ličnost klijenta koju ne treba procenjivati i osuđivati, a ne na svako ponašanje klijenta. Ako savetnik odluči da suoči klijenta s posledicama njegovog/njenog ponašanja, osuda se mora odnositi na PONAŠANJE, a ne na ličnost klijenta.

Kao što smo rekli na početku, humanistički metod Karla Rodžersa počiva na humanističkim i egzistencijalističkim pretpostavkama u kojima je svaka osoba odgovorna za sebe i svoje ponašanje, pa tako i naši klijenti. Odgovornost eventualne transmisije virusa na drugu osobu je klijentova, a ne savetnikova. Prevedeno u situaciju DPST-a ne znači da treba podržavati klijenta ako donese odluku da partnerima prećuti svoj HIV status. Naša odgovornost kao savetnika je da s klijentom razmotrimo mogućnosti do čega takvo ponašanje može dovesti. Ponekad je klijentima teško da s partnerima razgovaraju o novoootkrivenom HIV statusu (dalje u tekstu ćemo razmotriti i moguće razloge) i savetnik se može ponuditi da razgovara zajedno s klijentom i njegovim partnerom. Da bi se ovo izvelo, a osnovni postulat o poverljivosti bio sačuvan, klijent mora da pristane na to - slično kao kod testiranja kada klijent sam donosi odluku.

<sup>23</sup> Ovo uverenje je često u nekim delovima Afrike, gde se smatra da seks sa devicom može izlečiti osobu od HIV-a.

### Previše bolno iskustvo

Saopštavanje HIV pozitivnog rezultata, iako je preliminarni, može izazvati izuzetno jake i teške emocije kod klijenta. Doživljaj da su dobili HIV pozitivan rezultat se doživljava kao da su oboleli od AIDS-a (što može i ne mora biti tačno), odnosno kao da im je saopštena smrtna presuda. Za razliku od drugih epidemija u prošlosti, većina žrtava HIV-a je na vrhuncu svog života, kada se obično živi punim plućima. Klijentima je ukradena njihova budućnost, planovi koje su imali za sebe.

Kubler-Ros je opisala pet stadijuma kroz koje prolaze ljudi oboleli od terminalne bolesti: **poricanje, bes, cenjkanje, depresija i prihvatanje**. Klijenti mogu imati sva ova iskustva koja se pojavljuju u različitom redosledom i ne nužno kao odvojeni entiteti (pojave). Često je prva reakcija na saznanje da je klijent inficiran HIV-om kombinacija poricanja i depresije. Obično se preporučuje da savetnik ne pokušava da prekine fazu poricanja suočavajući klijenta sa značenjem rezultata, već da se ponudi kao izvor podrške. Kada je klijent spreman, važno je da i savetnik bude spreman da s klijentom razgovara o realnosti koju nosi AIDS<sup>24</sup> i bude upoznat s mrežom koja u toj sredini postoji za podršku ljudima koji žive sa HIV-om, kao što su dostupna medicinska nega, udruženja ljudi koji žive sa HIV-om...

Još jedan od korisnih modela koji opisuju psihološka iskustva vezana za AIDS dao je Nikols (Nichols 1986,1987). Posle početne krize, koja se može opisati kao poricanje, nastupa, kako je Nikols nazvao, stanje tranzicije. „Ono se javlja posle krize, kada poricanje i nonšalantnost počinju da blede. Kod pacijenta se smenjuju različita osećanja: ljutnja, bes, užas, depresija i samoubilačke misli. Ovo je zaista buran i veoma opasan stadijum. Pacijenti su, budući da su tako otvoreni, podložni intervenciji u ovom stadijumu...”

S obzirom na to da su potrebe klijenata u ovakvoj krizi velike, važno je naglasiti da DPST savetnik aktivno saraduje sa ostalim profesionalcima

<sup>24</sup> Danas realnost AIDS-a je da postoji velika nesigurnost kada je u pitanju tok bolesti za svaku osobu, da je moguće živeti sa HIV infekcijom bez pojave simptoma 10 godina, pa i više da neki ljudi izgleda iako imaju HIV ne obole od AIDS-a ali da velika većina oboli, da se sa AIDS-om, takođe, može živeti više godina, da je potrebno da zauzmu aktivan stav tokom svog lečenja itd. Ovde ćemo citirati prof. dr Đorđa Jevtovića, načelnika odeljenja za tretman HIV/AIDS-a „...rezultati lečenja antiretrovirusnom terapijom pokazuju da klijentima treba preneti umereni optimizam...”

ili volonterima koji čine mrežu podrške ljudima obolelih od HIV-a. Prema Nikolsu, posle stadijuma tranzicije, dolazi stanje koje je on nazvao „prihvatanje” ili „supported denial”. Klijenti u ovoj fazi mogu funkcionisati relativno dobro. Ne poriču svoju bolest, već upravljaju njome, dok nastavljaju sa svojim životom, nekada slično kao ranije, nekada usvajajući nove načine života sa drugačijim ciljevima i prioritetima, koji uključuju osećaj skraćenog vremena i zbog toga mogu biti realističniji.

Opisali smo teške emocije i stanja kroz koje prolaze klijenti koji su saznali svoj HIV status i neretko, pogotovo u našoj sredini, da se kod njih razvio AIDS. Takva iskustva je teško čuti.

Da bi se savetnik odbranio od težine emocija koje klijent donosi u savetovališta, često mu je nepodnošljivo da ostane u svojoj ulozi. Jedan od načina da se savetnik odbrani od ovako teških osećanja jeste da krivi klijenta za infekciju, odnosno bolest. Ovo je čest manevar kada se u kombinaciji sa težinom emocija javlja osuđujući stav prema korišćenju droge, seksualnom radu ili homoseksualnosti. Ovakav stav savetnika je destruktivan za odnos koji je uspostavljen između klijenta i savetnika i svakako bi se trebalo uzdržavati od izražavanja tog stava u odnosu s klijentom.

Drugi, takođe čest način je da savetnik izađe iz svoje uloge i da se direktno umeša u život svog klijenta. Jedna od asistentkinja Elizabet Kibler-Ros-ove opisala je svoju potpunu ličnu posvećenost pacijentu koji je umirao (Kubler-Ross 1986, prema Schafner...). Ovakva vrsta posvećenosti, iako može imati velike koristi za klijenta, ne može postati model rada jer predstavlja velike zahteve za savetnika koji bi doveli do „izgaranja”. Još jednom bismo naglasili važnost mreže za podršku ljudima koji žive sa HIV/AIDS-om, kao i važnost supervizije za savetnika.

Kada govorimo o saznavanju HIV pozitivnog rezultata ili dijagnoze AIDS, korisno je imati u vidu i pozitivni efekat dijagnoze koji je, takođe, opisao Nikols. „Paradoksalno, AIDS može neke pacijente voditi poboljšanju njihovog života. Neki terapeuti nalaze da AIDS prisiljava neke korisnike droga da po prvi put u životu uzmu u razmatranje svoj život i svoje odnose sa važnim ljudima”. (Nichols,1987)

## TEHNIKA SAVETOVANJA

Na kraju članka daćemo pregled tehnika koje se koriste u savetovanju. Savetovanje je veština koja se stiče iskustvom, a gradi i izgrađuje na treninzima i kroz supervizije. Tehnika savetovanja se, dakle, uči iskustvom. Međutim, smatrali smo da bi jedan od mogućih opisa tehnike mogao biti od koristi kako DPST savetnicima tako široj zajednici. Za prve da bi se podsetili ili na drugi način čuli ono što su već usvojili, a za druge da bi imali jasnu sliku o tome kako u praksi izgleda rad savetnika.

Ovde se možemo podsetiti Rodžersove definicije uslova za uspostavljanje terapijskog odnosa. Prvi uslov je da su dve osobe u kontaktu. Već smo u tekstu definisali značenje ovog uslova, a ovde ćemo pokušati da pokažemo šta je u praksi od pomoći savetniku.

### *Biti prisutan*

Kroz kontakt očima, pozu koju zauzimamo i naše gestove - možemo mnogo toga „reći” našem klijentu. Postoji pet koraka kojim možemo pokazati klijentu da smo „prisutni” u seansi.

1. Sesti nasuprot osobi;
2. Telesni stav treba da bude otvoren;
3. Blago se nagnuti prema klijentu;
4. Održavati kontakt očima;
5. Biti relaksiran.

### *Veština postavljanja pitanja*

#### Otvorena pitanja

Da bismo pokazali klijentu da smo spremni da ga čujemo i razumemo od prvoklasne važnosti je veština postavljanja pitanja. Pored pitanja koja su deo pojašnjavanja i sumiranja, centralna pitanja u savetodavnom procesu su **otvorena pitanja** koja seansu usmeravaju na klijenta i njegovo individualno iskustvo. Otvorena pitanja imaju prednost nad zatvorenim jer pomažu klijentu da govori i razmišlja o sebi na način na koji možda do tada nije razmišljao. Često savetnici koriste zatvorena pitanja jer veruju da o nekim detaljima ne mogu drugačije saznati osim ako klijenta pitaju na takav način.

U tabeli 1 prikazana su otvorena pitanja koja olakšavaju savetovanje i alternativna zatvorena pitanja tipična za DPST.

**Tabela 1**

Otvorena pitanja	Zatvorena pitanja
Zbog čega mislite da postoji šansa da ste inficirani?	Da li ste imali nezaštićene seksualne odnose?
Šta trenutno radite što vas stavlja u rizik za dobijanje HIV-a?	Da li imate više seksualnih partnera?
Ispričajte mi kad ste poslednji put sebe izložili riziku.	Da li imate siguran seks?
Koliko često koristite kondom prilikom seksualnog odnosa? Kad imate seksualni odnos bez kondoma?	Da li koristite kondom s vašim stalnim partnerom? Da li koristite kondom kad prvi put imate seksualni odnos?
Koliko često uzimate alkohol? Kako uzimanje alkohola utiče na vaš rizik za HIV?	Da li pijete? Da li ste ikada imali seks pod uticajem alkohola?
Šta trenutno radite da biste zaštitili sebe od HIV-a?	Da li ste u stanju da smanjite broj seksualnih partnera?
Ko može da vas podrži u smanjenju rizika? Kako ta osoba može da pomogne?	Da li imate nekog ko može da vam pomogne da smanjite rizično ponašanje?
Recite mi o vašim brigama vezanim za partnerovo rizično ponašanje?	Da li vaš partner ima HIV?

Kada govorimo o tehnikama savetovanja, govorimo pre svega o dvema komponentama empatijskog odgovora. Da se podsetimo, Dženet Tolan o empatiji u osnovnom obliku govori kao o parafraziranju reči klijenta da bi pokazali da ga čujemo i razumemo. Ovde ćemo pokazati nekoliko primera iz naše prakse:

### Parafraziranje

Parafraziranje je ponovno iznošenje poruke koju je osoba dala, obično u nešto manje reči. Parafraziranjem proveravamo da li smo dobro

razumeli ono što nam osoba govori i pokazujemo osobi da se trudimo da razumemo bazičnu poruku koju osoba šalje.

#### *Primer*

*Klijent: „Prosto ne razumem, devojka mi čas govori da je najbolje za nas oboje da se testiram, čas mi govori da se ne testiram jer je to ionako bezveze jer smo već spavali zajedno”.*

*Savetnik: „Zbunjeni ste njenim izjavama”.*

### Klarifikacija

Klarifikacija ili pojašnjavanje je proces kojim pokušavamo da nejasnom materijalu damo jasniji fokus. Klarifikacija nam služi da bismo dobili više informacija, da bismo pojasnili nejasne ili porgešne pretpostavke i da bismo pomogli klijentu da prepozna i druga gledišta; da se ponovo potvrdi izrečeno.

#### *Primer*

*„Ispričali ste mi dosta stvari. Hajde da vidimo da li sam sve shatila/o”.*

*„Malo sam zbunjen/a, recite mi da li sam ispravno shvatio/la da...”*

### Sumiranje

Sumiranje je prikupljanje i organizovanje najvažnijih aspekata dijaloga. Treba obratiti pažnju na različite teme i emocionalni ton. Sumiranjem se ključne ideje i osećanja stavljaju u šire izjave ne dodajući nove ideje. Svrha sumiranja je da pruži osećaj da razgovor teče i da uspostavi osnovu za dalji razgovor.

#### *Primer*

*„Rekli ste mi da ste u protekla tri meseca više puta imali brzi seks s nepoznatim partnerima, ali da vas je najviše uplašilo kada ste pre mesec dana kod jednog partnera videli izražene limfne čvorove na leđima”.*

Definišući empatiju, Dženet Tolan dalje kaže da u svom bogatom značenju empatija uključuje neustrašivo istraživanje unutrašnjeg sveta druge osobe, osećajući smisao onog što je neizgovoreno, saosećajno imenovanje bola, patnje i poniženja, kao i tendencije da povrede druge i radosti. Navešćemo jedan od primera kako se može postići bogatiji empatijski odgovor. Zbog ograničenosti ovakvog članka, zadržaćemo

se samo na osnovnoj tehnici reflektovanja sadržaja i osećanja, dok za opis sofisticiranih tehnika, kao što je korišćenje metafora, humora, upućujemo čitaocima na knjigu Dženet Tolan „Person - Centered Counselling and Psychotherapy“.

### Reflektovanje sadržaja i osećanja

Reflektovanje sadržaja i osećanja kod nekih autora se zove i „primarni empatijski odgovor“. Reflektujući klijentove sadržaje, savetnik pokazuje da je razumeo klijentovo iskustvo. Na ovaj način omogućavamo klijentu da u atmosferi empatijskog razumevanja razmišlja o svojim osećanjima, situaciji koja ga dovodi u rizik i izborima koje ima.

*Klijent: „Stvarno ne znam šta da radim. Baš sam se radovala ovoj trudnoći i sve mi je bilo pozitivno dok nisam čula da bi trebalo da radim test na HIV. Mislim da nisam imala nikad nekog dečka koji je bio rizičan, a za muža ko zna. Ako ja njega pitam, sigurno će i on pitati mene. Šta da mu kažem?! On je tako ljubomoran, taman se sve smirilo kako sam ostala trudna i sada treba ponovo da prolazim kroz to. Kad pomislim, stegne me u grlu i zaboli me glava“.*

*Savetnik: „Kao da ste u zamci, bojite se da ćete pokvariti odnose s mužem ako razgovarate o ranijem seksualnom životu“.*

### ZAKLJUČAK

Kroz ovaj kratak tekst pokušali smo da damo osnovni pregled teorije koja se nalazi u osnovi tehnike rada kod savetovanja pre i posle testiranja na HIV. Nadamo se da kroz primere iz prakse u kojima smo se fokusirali na teškoće i dileme kroz koje prolaze savetnici, nismo obeshrabrili sadašnje i buduće kolegice i kolege. Pored teškoća i izazova koje DPST stavlja pred savetnika, to je i jedna visokogradivajuća profesija. Brojni su primeri u kojima su klijenti uspeli da kroz zaista kratko vreme rada sa svojim savetnikom istraže motive i osećanja koja ih čine ranjivim na HIV i promene svoje ponašanje. Posebno važni klijenti su nam i oni koji su kod nas saznali za svoj HIV status. Iako izazovno, savetovanje sa ovim klijentima, takođe, nosi i veoma snažna

osećanja zadovoljstva i postignuća kada klijenti osete i vrate nam brigu i podršku koju smo imali za njih.

Na kraju, kroz ilustraciju tehnika koje se koriste u savetovanju i kroz primere iz naše prakse želeli smo da na izvestan način posle teorije „prizemljimo“ situaciju savetovanja.

### LITERATURA

- Basch, M.F. 1983 Empathic Understanding: A Review of the Concept and Some Theoretical Considerations *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 31:101-126.
- Blechner, J.M. (1993) Psychoanalysis and HIV Disease Contemporary Psychoanalysis, 29:61-80.
- Blechner, J.M. Hillsdale, N.J. (1997) A Review of Hope and Mortality: Psychodynamic Approaches to AIDS and HIV: *The Analytic Press*, 258 pp.
- Bruno, Frank J. (1977). Client-Centered Counseling: Becoming a Person. *Human Adjustment and Personal Growth: Seven Pathways*, pp. 362-370. John Wiley & Sons.
- Golberg, A. (1983) On the Scientific Status of Empathy (1983). *Annual of Psychoanalysis*, 11:155-169.
- Koić, E.: EMPATIJA. (prema V. Gruden: Psihoterapija, Med.naklada, Zagreb, 1992.)
- Kondić, K. and Popović, T. (1988) Klijentom usmerena terapija [Client oriented therapy]. Beograd: Savez društava psihologa Srbije.
- Nichols, S. 1986 Psychotherapy and AIDS In: T. Stein and C. Cohen (eds.). *Contemporary Perspectives on Psychotherapy with Lesbians and Gay Men* New York: Plenum, pp. 209-239.
- Nichols, S. E. 1987 Emotional aspects of AIDS: Implications for care providers *Journal of Substance Abuse Treatment* 4:137-140.
- Perry, S. W., et al. 1990 Psychological responses to serological testing for HIV AIDS 4:145-152.
- Schaffner, B. 1991 Psychotherapy with HIV infected persons In: S. Goldfinger, (ed.), *New Directions in Psychiatry and Mental Health Services* San Francisco: Jossey Bass.
- Sheon, N. (2006), Theory and Practice of Client-Centered Counseling *Testing Centre for AIDS Prevention Studies*, University of California San Francisco.
- Counselling and HIV/AIDS 1997 UNAIDS Technical Update UNAIDS Best Practice Collection.

Tolan, J. (2003) Skills in Person -Centred Counselling & Psychotherapy.  
London SAGE Publications.  
Wolman, B. B. (1960) Contemporary Theories and Systems in Psychology  
New York: Harper.

SLAVKO MAČKIĆ

## **SUPERVIZIJA I BRIGA ZA SAVETNIKE KOD DOBROVOLJNOG I POVERLJIVOG SAVETOVANJA I TESTIRANJA NA HIV**

Ima jedan period u toku gotovo svih edukativnih procesa koji je od posebne osetljivosti i značaja.

To je ono vreme kada je učenik, student, EDUKANT prošao kroz sve one faze procesa učenja koje su podrazumevale usvajanje teorijskog znanja, često i neki oblik praktičnih vežbi i primene naučenog, ali se još nije upustio u potpuno samostalni rad. Edukant je, dakle, dovoljno naučio, pa sada drugi, ali i ona/on očekuju da se to znanje i veština primeni u praksi na dovoljno dobar način.

Naše iskustvo je da, koliko god dobro osmišljena neka edukacija bila i ma koliko dobro predviđala bitne probleme koji će se u samostalnom radu pojaviti, uvek ostane još onoga što se samo kroz konkretan rad može iskusiti i naučiti. Ovo se pogotovo odnosi na obuke za neki vid veštine rada s ljudima i sve one beskrajne probleme koje možemo napraviti sebi i drugima.

Uopšte, učenje i primena neke veštine uvek u nekoj meri (često i u odlučujućoj) zavisi od ličnosti onoga koji je primenjuje, od njegove razvijenosti širine i elastičnosti, personalnog stila i iskustva.



U ovom prelaznom periodu savetnik se može naći kako osciluje negde između izraženijih osećanja visokog samopouzdanja i sumnji i samo-preispitivanja, između aktivne ambicioznosti i pasivnog prepuštanja, između osećanja „da zna sve” i da „to nikada neće biti dovoljno” i slično.

Da bi se donekle olakšao ovaj period označen krajnostima i potpomoglo bolje postavljanje stručnjaka u odnosu prema sebi, svom znanju i dometima istog, i sa manje neizvesnosti i dilema završilo oblikovanje profesionalnog identiteta, većina edukacija, u nekom periodu, uključuje neku formu supervizijskog rada kao specifičan dodatak ili produžetak usavršavanja, koji je obično smešten pri kraju edukacije.

### Šta je supervizija?

Supervizija je jedan od metoda učenja. Postoji više teorija kvalitetnog učenja, a meni se kao najbliža suštini supervizijskih ciljeva čini ona koju je Wilfred Bion, engleski psihoanalitičar, nazvao učenjem iz iskustva. On je smatrao da jedino ovakvo učenje, koje pretpostavlja emocionalno učešće, obezbeđuje razvoj i rast ličnosti.

Ovo pogotovo važi ako se uči za rad sa ljudima. Jer, iako učenje veštine rada na kompjuteru npr. nikako ne isključuje neku količinu osećanja (znamo svi za bes, tugu, razdraženost, nemoć), ipak je razumljivo drugačije kada se od nas očekuje najbolje što je moguće da izađemo na kraj sa ljudskim problemima i svim osećanjima koje naš klijent, i mi u vezi s njim, može da ima.

Supervizije zato uključuju izlaganje, posmatranje, studiranje i proveravanje onoga što smo uradili, nekog posla iz našeg profesionalnog iskustva: kako smo razumeli problem, kako smo pristupili problemu tj. kakvu akciju smo preduzeli, kakve efekte je ova akcija imala na klijenta i njegov problem, kao i predviđanje posledica i budućih akcija.

Ovaj, nesumljivo zahtevan zadatak uvek uključuje posmatranje i pokušaj razumevanja ovih „konkretnih kategorija”, ali i analiziranje čitavog niza manje vidljivih, a opet vrlo prisutnih i važnih aspekata koji se povezuju sa ličnošću edukanta - stil, sećanja, dileme, brige, zadovoljstva, inhibicije, nameravano a neučinjeno, učinjeno a neplanirano i sl.

Po formi, supervizije se dele na individualne i grupne, odnosno prikazivanje rada samostalno pred supervizorom ili izlaganje pred grupom, najčešće kolega, koji se bave istim poslom.

Može biti direktna ili indirektna. U direktnoj superviziji (ređe) je supervizor prisutan tokom rada supervizanta s klijentom, iza dvostrukog ogledala i slično, ili indirektna (češće) kada se u nekoj formi kasnije (pisani prikaz ili snimljen materijal) izlaže pred supervizorom ili grupom.

Supervizor je osoba koja obavlja superviziju. Ona se nalazi u specifičnoj ulozi onoga ko je dovoljno involviran, koji je dovoljno u samom poslu, ali koji je i dovoljno van njega, što je neophodno da se postigne dovoljna objektivnost koja je ponekad potrebna da se kreativno razreše izvesni problemi koji se mogu javiti u radu ili supervizijskom procesu.

Poželjno je da je supervizor prošao istu ili sličnu edukaciju, kao i supervizirani, da je sam bio superviziran, ukratko - da je na svojoj koži osetio sve domete i ograničenja, dobiti, ali i teškoće tokom perioda učenja i otpočinjanja rada, da ima iskustva i da je učio iz iskustva.

Preporučljivo je, ako je moguće, da supervizor ne bude ona osoba koja je učila supervizirane jer, ako smo supervizirani od onoga koji nas je učio, veće su šanse da usavršimo to što smo naučili, ali smo lišeni uvida u drugačije metode i stilove rada.

Supervizija je dinamičan proces, pa uključuje specifične faze, ne uvek jasno ograničene, koje imaju svoje osobine, i gde se izdvajaju početak supervizije, aktivna supervizija i završna faza supervizije.

Početak se karakteriše „zagrevanjem” (navikavanje grupe na supervizora i supervizora na grupu, usaglašavanje metodologije i osnovnih procedura, formiranjem kulture grupne komunikacije i atmosfere (demokratska, autoritarna). Obično je ovo period sa dosta traženja, odmeravanja, napetosti, anksioznosti, nesigurnosti i uzdržanosti. Ako se uspešno prođe, prelazi se u središnji, radni deo supervizije, koji najduže traje i koji je najplodotvorniji sa gledišta supervizijskih ciljeva. On se u najvećem delu sastoji iz uočavanja, prepoznavanja, definisanja i prorade problema. I završna faza u kojoj se postiglo što se postiglo u kojoj se često sumira postignuto, u kojoj su edukanti završili i formalno i suštinski svoju obuku i osećaju se spremnim za samostalni rad, a dalje prisustvo supervizora se ne oseća potrebnim ili se pak oseća kao višak. Odlikuje se mešavinom tuge i zadovoljstva. Tuge zbog završetka i odvajanja, a zadovoljstva zbog individuacije.

## Supervizija u Centru

Kreatori Projekta<sup>25</sup> su potpuno, u skladu sa specifičnom složenošću posla savetnika za dobrovoljno i poverljivo savetovanje i testiranje na HIV, predvideli organizovanje i sprovođenje supervizijskog procesa za savetnike.

On se još uvek obavlja u dva osnovna oblika:

a. Supervizija koju je vodio britanski psiholog Džim Simons u formi regularnih višednevnih radionica prilikom njegovih poseta centru sastoji se od:

1. Teorijskih predavanja;
2. Grupne supervizije;
3. Individualne supervizije.

U grupnim supervizijama koriste se metodologija prikazivanja protokola u grupi, multimedijalna sredstva edukacije, kao što je igranje uloga i sl. Individualno su supervizirani savetnici koji su iznosili protokole s radom, sa za njih najzanimljivijim situacijama i klijentima.

Vanserijsko znanje, iskustvo, veština i harizmatičnost supervizora, u kombinaciji s koncentrisanim radom tokom radionica, omogućio je brzo, a opet kvalitetno sazrevanje savetnika i njihovo odvažnije uključivanje u rad s klijentima.

b. Supervizijska grupa, s elementima vršnjačke supervizije, uz facilitaciju autora članka Slavka Mačkića u Centru, u trajanju od dve godine.

## Grupna supervizija u centru

O grupama kao fenomenima se puno razmišljalo i pisalo i ovde ću govoriti samo o nekim osnovnim elementima, onoliko koliko oni mogu pomoći sadržajnijem opisivanju onoga što se dešavalo u našoj supervizijskoj grupi.

Grupe mogu biti formalne („formirane odozgo”, obično oko nekog projekta) i neformalne (spontano organizovane od strane članova grupe, „odozdo”, obično oko nekog cilja), homogene (svi članovi grupe imaju jednu dominirajuću zajedničku osobinu, npr. grupa ljudi obo-

<sup>25</sup> „Dobra praksa u dobrovoljnom savetovanju i testiranju na HIV u Srbiji” - zajednički projekat IAN i Studentske poliklinike.

lelih od epilepsije) i heterogene (šarolikih dimenzija), demokratske (podstiče se sloboda akcije i izražavanja), autoritarne (dominira vođa grupe, disciplina i povinovanje članova grupe vođi ili ideji), grupe sa vođom i grupe bez vođe (tzv. vršnjačke grupe), otvorene i zatvorene (primaju se ili ne novi članovi) velike i male itd.

U zavisnosti od cilja oko kojeg se grupa okupila, grupa može biti radna (dominira funkcionalna ujedinenost, aktivnosti prema postizanju cilja), grupa u konfliktu, inhibirana grupa, grupa u rasulu i sl.

Sve ove karakteristike mogu zavisno od intenziteta i prirode da utiču na sudbinu grupe, pojedinca u njoj, zajedničkog ili individualnog cilja svakog člana grupe.

Dve važne osobine svake grupe su unutrašnji odnosi (dominantna kultura odnosa u grupi, atmosfera, osećanja i stavovi u grupi i niz izrečenih i neizrečenih pravila) i odnos grupe prema drugima. U druge spadaju i supervizor (na početku procesa kasnije eventualno postane član grupe), radna i profesionalna okolina, klijenti, institucije i društvo u celini.

Svaka grupa teži da se odnosi prema drugima kao jedinstvena celina.

Postoji složena dinamičnost u trouglu odnosa u grupi, odnosa grupe prema drugima i odnosa grupe prema cilju svog okupljanja. Ovi dinamični mehanizmi mogu biti konstruktivni i destruktivni. Ako su kreativni, oni jačaju grupni, a time i profesionalni identitet svakog člana, pojačavaju osećaj pripadnosti grupi, povećavaju razvoj osećanja individualnog i grupnog samopouzdanja, kompetentnost i sl.

Kada su destruktivni, onda se mogu razvijati u pravcu rasta grupnog narcizma („mi smo najbolji, najposvećeniji” i sl, a „drugi nemaju pojma”, „ne daju nam, koče nas, ne prepoznaju našu vrednost”) ili grupnog samoobežvređivanja („ovo što mi radimo ionako nema nikakav uticaj”, „... „šta god radili ništa se neće promeniti”, „pre ili kasnije će nas ugušiti” i sl).

Unutrašnja nepovoljna dinamika vodi cepanju grupe na veće ili manje subgrupe koje su najčešće u sukobu ili stvara niz alijeniranih pojedinaca, a najveći deo grupne energije se troši na kreiranje i pokušaj razrešenja konflikata u grupi, pa malo preostane za rešavanje problema i postizanje cilja. Pojednostavljeno i ukratko rečeno, od toga kakva je grupa mnogo zavisi šta će i kako pojedinac uraditi.

## O osobinama supervizijske grupe savetnika

Grupa savetnika o kojoj je reč je poluotvorena grupa, s jasno definisanim ciljem, izuzetno heterogena po mnogim osobinama članova grupe. U grupi su različito hijerarhijski postavljeni ljudi s različitim stepenom vlasti (šefovi, direktor, projekat koordinatori, zaposleni, „obični članovi” grupe), imaju različitu profesionalnu istoriju i bazičnu edukaciju (psiholozi, medicinske sestre, lekari), različitog životnog doba profesionalnih karijera i ambicija. Takođe, ne manje važno, savetnici su zaposleni u različitim organizacijama i institucijama te postoje mogućnosti sukoba interesa i lojalnosti i drugih konfrontacija.

Dakle, na prvi, teorijski pogled bila je to grupa s priličnim brojem potencijalno neuralgičnih tačaka i izvora sukoba.

No, sasvim suprotno i ne bez izvesnog pozitivnog iznenađenja facilitatora, koji je psihijatar i grupni psihoterapeut sa iskustvom u supervizijama i radu s različitim grupama, u ovoj grupi je od samog početka bila prisutna zavidna radna atmosfera. Grupnom kulturom dominiraju demokratičnost, tolerantnost, otvorenost i visok stepen razmene. Zavidna je bila sklonost savetnica/ka da u eventualnim dilemama i nesavršenostima znanja drugih prepoznaju vlastite, pa da onda zajedno krenu u potragu za mogućim odgovorima i rešenjima.

Intrigantno je pokušati naći odgovor na ovo zapažanje i utisak je da se on krije, s jedne strane u pozitivnom zbiru pojedinačnih osobina svakog savetnika, a s druge u svesnosti o specifičnosti, složenosti i težini posla kojim su prihvatili da se bave i dovoljno prisutnoj spremnosti okupljanja oko zajedničke misije usled shvatanja njene važnosti.

## Metodologija i tok grupne supervizije u centru

Supervizija se obavljala u formi sastanaka od sat i po dva puta mesečno u istom terminu, gde je jedan savetnik/ca dolazio s pripremljenim protokolom rada s klijentom u centru. Savetnik prikazuje rad čitajući protokol, a grupa i facilitator su pozvani na slobodnu diskusiju, uključivši refleksije na izloženo, ali i na vlastita iskustva iz rada.

Pisanje protokola je strukturisano na određeni način, u kome se, osim osnovnih istorijskih podataka, anamneze problema klijenta i elemenata intervencija savetnika i strukture i toka samog savetovanja, posebna pažnja posvećuje osećanjima, razmišljanjima, samorefleksijama i

varijantama mogućih oblika intervencija i njihovih posledica na savetnika, klijenta i dalji tok savetovanja. Iako prilično zahtevno, pisanje protokola je dobro pomoćno sredstvo jer ponovno prisećanje na sadržaj i akcije klijenta i savetnika pokreće ponovni dijalog sa samim sobom i klijentom. Uključuje se i treći (grupa i facilitator), što može dati novu dimenziju razumevanja onoga što se desilo ili moglo desiti tokom savetovanja, a što se često previdi i predstavlja novi oblik prakse. Ovako organizovanje prikazivanja omogućuje dublji uvid u rad drugih i u vlastiti rad, a opet i bolje samosagledavanje i osmatranje svakog člana supervizijske grupe.

## Tok grupne supervizije

Grupa savetnika o kojoj govorimo je prošla i još uvek prolazi kroz ranije navedene faze supervizijskog procesa.

Početak je, kako je očekivano, obojen ispitivačkim stavom i napetošću i grupe i supervizora/facilitatora. Grupa je bila napeta jer u svoj svet prima nekoga sa strane, s pretpostavljenim a nedokazanim autoritetom, nekoga ko možda ne deli grupne stavove, vrednosti i ciljeve.

Niko ne voli da bude suočen sa nesavršenošću svoga znanja i sa ovim je na svoj način trebalo da se iznesu i facilitator i grupa.

Značajnom relaksiranju atmosfere i brzom prelasku u radni period doprinelo je obostrano prepoznavanje i prihvatanje činjenice da su savetnici izuzetno kvalitetno već usvojili potrebne veštine i teorijsko znanje o elementima savetovanja.

Zatim spremnosti za učenje. I facilitator i grupa su shvatili da imaju još toga da nauče, a da to novo učenje nije samo dokaz prethodnog neznanja, već pre proširenje postojećeg.

## Srednja ili radna faza

Ova faza se odlikovala razigranijom atmosferom i sadržajem. Praktično iskustvo je sada veće, iskustvo iz supervizije je veće, savetnici prepoznaju moguće načine i manje se drže krutih doktrinarnih stavova, uviđaju da ovakav pristup ostavlja više prostora i klijentu i savetniku, a sa smanjenjem straha od greške, akumulira se prepoznavanje elemenata vlastitog stila i njegovo prihvatanje i dorada.

Postalo je jasno da se sve manje govori o tipičnom savetovanju jer su svi članovi grupe ovladali ovom veštinom, a sve se više govori i prikazuju specifični slučajevi. Oni se izdvajaju po težini i delikatnosti rada, po graničnom položaju jer omogućuju raspravu i razmišljanje o nekim važnim doktrinarnim stavovima, ili po tragu (najčešće osećajnom) koji je rad ostavio na savetnika.

Raditi ovaj posao znači raditi jedan od težih poslova s ljudima i potpuno je normalno što su se i u samoj supervizijskoj grupi pojavljivale snažne emocije (preplavljenost, nemoć, strah, briga, iscrpljenost) i govoriti, misliti o njima i deliti ih s drugim je postao važan deo funkcije grupe koja često ima kapacitete sadržavanja ovih osećanja, njihovu preradu i vraćanje članovima grupe u jednoj prihvatljivijoj formi.

Kraj supervizijske grupe još uvek nije formalno na vidiku, ali je utisak facilitatora da su osnovni pokazatelji profesionalne zrelosti već sasvim vidljivi.

## LITERATURA

- Bion, W. (1993) *A Theory of Thinking*. In: Bion, W., (Ed.) *Second Thoughts: Selected papers on psychoanalysis*, pp. 110-119. London: Karnac: Maresfield Library.
- Bion W.R. (1962) *Learning from Experience*. London: Karnac, Marsfield Library.
- Gunderson, L. (2001) *Physician Burnout*. *Annals of Internal Medicine* 135, 145-148.
- Volmer, G.A.B.R. (1996) *The Multiple Function of the Supervisor*, *International Journal of Psychoanalysis* 77, 813-818.
- Vučo, A. and Štajner-Popović, T. (2004) *Savetnici IAN-a u Grupnoj superviziji*. In: Z. Spirić, G. Knežević, V. Jović, G. Opacić (Ed.) *Tortura u ratu, posledice i rehabilitacija*. Beograd: IAN.
- Windholz, E. (1970) *The Theory of Supervision in Psychoanalytic Education*. *International Journal of Psychoanalysis* 51, 393-406.
- Yalom, I. (1984) *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.

NATAŠA CVETKOVIĆ-JOVIĆ I VIOLETA ANĐELKOVIĆ

# DOBRA PRAKSA U DOBROVOLJNOM SAVETOVANJU I TESTIRANJU NA HIV U SRBIJI

opis projekta

## UVOD

U ovom kratkom članku predstavimo zajednički poduhvat tri različite organizacije koje je spojila želja da zajednički promene način razmišljanja i rada prilikom testiranja na HIV u našoj zemlji. CAFOD,<sup>26</sup> Studentska poliklinika<sup>27</sup> i IAN<sup>28</sup> zajednički rade na projektu Najbolja praksa u savetovanju pre i posle testiranja na HIV u Srbiji od 2004. do 2007. godine.

Predstavimo kako smo počeli, način na koji je projekat sproveden i naša zapažanja o ključnim tačkama u razvoju projekta. Prikazaćemo rezultate koje smo postigli i izazove koji su pred nama.

<sup>26</sup> CAFOD - Catholic Agency for Overseas Development [www.cafod.org.uk](http://www.cafod.org.uk)

<sup>27</sup> Studentska poliklinika - Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata Beograd [www.studpol.org.yu](http://www.studpol.org.yu).

<sup>28</sup> IAN - International Aid Network - Međunarodna mreža pomoći [www.ian.org.yu](http://www.ian.org.yu).

## BEOGRAD 2003 - POČECI

IAN i CAFOD su saradivali od 1997. godine na projektima podrške izbeglim i raseljenim i postali su više od donatora i poslovnih partnera. Sve više smo učili jedni od drugih. CAFOD je godinama duboko posvećen misiji da zajedno sa svojim lokalnim partnerima učestvuje u odgovoru na HIV infekciju, ohrabrujući IAN u pokušaju da razume izazove koje HIV stavlja pred našu zajednicu. Verujući da jedino objedinjeni naponi u prevenciji HIV-a i brizi i podršci ljudima koji žive sa HIV-om mogu doneti trajnu pozitivnu promenu za zdravlje i pravednije društvo, svoje početke smo pronašli u ideji o unapređenju savetovanja pre i posle testiranja na HIV. U toku 2003. godine u IAN-u je formirana HIV sekcija i zajedno sa CAFOD-om počela da traži saradnike i partnere.

U Studentskoj poliklinici našli smo pravog partnera. Epidemiološko odeljenje Poliklinike se već godinama bavilo HIV prevencijom i u svom savetovalištu gajilo ideju o podršci i razumevanju kao neraskidivo vezanim za medicinske aspekte HIV testiranja. Poliklinika je sa UNICEF-om promovisala integrativni pristup, pokušavajući da preko državnih zdravstvenih centara u Srbiji kroz seminare i edukacije promoviše VCCT -Voluntary Confidential Counselling and Testing, odnosno Dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje. Ovakav stav je bio redak, za IAN i CAFOD dragocen budući da je dominirajuća tema među nosiocima odgovora na HIV epidemiju kod nas bilo samo **testiranje**.

Srbija je u to vreme bila na dnu evropske lestvice po broju ljudi koji su odlučili da se testiraju na HIV. Preko 60 odsto ljudi koji žive sa HIV-om saznalo je za svoj HIV status tek kada su razvili jasne simptome AIDS-a. Osiromašen i preopterećen zdravstveni sistem nadzora i praćenja kretanja HIV epidemije oslanjao se na grube procene. U ovakvom okruženju o VCT-u -Vouluntary Counselling and Testing, odnosno DSPT-u Dobrovoljnom poverljivom savetovanju i testiranju se govorilo i razmišljalo kao o VCT-u. DPST nije bio prepoznat kao preventivna metoda u borbi protiv HIV-a, a proces savetovanja i HIV testiranja na prvo mesto stavljao je testiranje. Nije se govorilo o značaju savetovanja za promenu rizičnog ponašanja klijenata i dobiti saznavanja HIV statusa za klijenta.

Naša ideja je bila da zajedno radimo na unapređenju prakse dobrovoljnog savetovanja i HIV testiranja u skladu s preporukama UNAIDS i WHO.

## PARTNERSTVO

Način na koji smo osmislili projekat je odražavao posvećenost sve tri organizacije suštinskom partnerstvu. Koristili smo snage i iskustvo svih partnera.

CAFOD je bio nosilac obuke i supevizije savetnika. Obuka i supervizija su bile prilagođene potrebama Poliklinike i IAN-a i odvijaju se konstantno tokom trajanja projekata. CAFOD je, takođe, naš prvi i najverniji donator.

Poliklinika je bila i ostala domaćin i središte naših aktivnosti, nudeći svoje savetovalište, savetnike, laboratoriju, njihovo iskustvo, posvećenost direktora i zaposlenih u Centru za prevenciju polnopenosivih infekcija u okviru kojeg savetovalište postoji.

IAN je doneo sa sobom godine iskustva u psihološkom savetovanju sa posebno ranjivim grupama,iskusne savetnike, znanja iz upravljanja projektima, iskustvo u razvoju politika i procedura, praćenja i evaluacije rada.

## APRIL 2004 - APRIL 2005.

Savetnici koji su angažovani u DPST centru dolaze iz različitih profesija (psiholozi, lekari, medicinske sestre) i različitih iskustava i edukacija kad je reč o savetovanju i HIV testiranju. Zato smo projekat započeli inicijalnim treningom, gde smo savladali i obnovili osnovne tehnike savetodavnog procesa.

Radi obezbeđivanja kvaliteta rada, povećanja efikasnosti centra i kreiranje uslova za njegovu evaluaciju, formalizovali smo procedure rada tako što smo zajedno napisali Protokol rada centra, koji opisuje čitavu

proceduru savetovanja i testiranja, neka od prava i obaveza savetnika i klijenata. Kreirali smo i bazu podataka da bismo znali ko su najčešće naši klijenti, kako dolaze kod nas i koliko ih je bilo. Na osnovu podataka iz baze mogli smo da usmeravamo naše akcije na način koji najbolje odgovora potrebama naših korisnika.

Već postojeći prostor savetovališta bio je dodatno uređen, tako da omogućava primenu osnovne postulate dobre prakse u DPST-u u kome savetnik i klijent sede okrenuti licem u lice bez barijera u vidu uniformi i stolova. Privatnost tokom savetovanja je, takođe, obezbeđena.

Mešoviti tim savetnika iz Poliklinike i IAN-a krenuo je da radi. Počeli smo kao šestočlani tim, a već kod prve supervizije održan je dodatni trening za još tri savetnika.

Radno vreme centra je produženo, a uz pomoć volontera Poliklinike i Jazas-a telefon je bio otvoren od jutra do večeri.

Prvu superviziju smo iščekivali sa malo zebnje u želji da pokažemo koliko znamo i kakvi smo prema klijentima, da bismo svaku sledeću superviziju i trening očekivali s nestrpljenjem da što više unapredimo odnos između nas i klijentata, učili koliko o klijentima toliko i o svojim problemima i teskoćama koje osećamo u toku savetovanja.

Iskusvo savetnice Milene Blagojević posle održanog treninga i supervizije:

*„Moram da priznam da sam na početku imala izvesnu tremu zbog Džimovog dolaska, donekle zbog reputacije koju je imao kod ostalih savetnika (toliko reči hvale obavezuje!), a donekle zbog zabrinutosti o tome kako ću biti „procenjena kao savetnik”... Tada, održana je prva supervizija i ja sam bila fascinirana. Tu je bio čovek koji nije tražio greške, ko nije prosuđivao, ko čak nije pokušao da zauzda moj prilično živahni temperament, čovek koji je prosto SLUŠAO i ukazivao na određene stvari, a ja sam sam učila o svojim greškama kada ih je bilo... Nestrpljivo sam čekala sledeći trening. Odgađanje godišnjeg odmora i preraspored planaova je vredeo. Trening je za mene bio neprocenjiv. Sada učim da slušam. Učim da prepoznam osećanja kod svog klijenta. Da prepoznam govor tela. Da govorim sporije. Da govorim jasnije. Da kažem mnogo u nekoliko reči. Da izbegnem pretpostavke. Da ohrabrim klijenta. Da im pomognem da donesu sopstvene odluke. I opet da ih slušam, slušam, da osećam... a da ipak ne sagorim... Nadam se da će ova saradnja (i dalja nadgradnja znanja) nastaviti sa Džimom. Dugujem mu iskrenu zahvalnost”.*

Posle šest meseci rada dobili smo i kodonatora - Kanadsku agenciju za međunarodni razvoj (CIDA).

Tokom prve godine rada pokušali smo da svoj pristup i način na koji je partnerstvo ostvareno prikažemo, pre svega, zajednici koja kod nas čini okosnicu odgovora na HIV, državnim zdravstvenim ustanovama, nevladinim organizacijama i posebno ljudima koji žive sa HIV-om. Pokušali smo da napravimo dobru saradnju i omogućimo svojim klijentima pristup informacijama o drugim projektima i programima za koje su pokazali interesovanje.

Takođe, radili smo na unapređenju sistema upućivanja koji bi obezbedio jedan od osnovnih ciljeva DPST centra - da se poboljša dostupnost službi za one koji saznaju da imaju HIV u našem centru. Organizovali smo seriju sastanaka s relevantnim institucijama i organizacijama na koje možemo da upućujemo naše klijente, predstavili smo program i objasnili njihovu ulogu u DPST procesu.

## APRIL 2005 - APRIL 2006.

Druga godina je bila obeležena, pre svega, pojačanim naporima da dopremo do ljudi s povećanim rizikom za HIV infekciju. Počeli smo od osnovnog treninga i kroz grupne i individualne supervizije gradili smo svoje savetničke kapacitete. Izgradili smo i svoju grupu u zaista kompaktan tim. Pored neizmerne podrške CAFOD-a i našeg trenera i supervizora Džima Simonsa, dvonedeljno su se odvijale i naše vršnjačke supervizije. Vršnjačke supervizije su, takođe, evoluirale i timu savetnika se priključio i facilitator grupe i supervizor Slavko Mačkić.

Tokom druge godine naše saradnje kroz aktivnosti na samom projektu, ali kroz učešće savetnika iz Centra na drugim programima, radimo sve više van prostorija Savetovališta, na mestima gde se okupljaju ljudi s povećanim rizikom od infekcije. Kao aktivisti JAZAS-a, troje savetnika se uključilo u savetovanje pre i posle testiranja na HIV sa seks radnicama i radnicima. Savetovanje i testiranje se obavljalo u terenskom vozilu JAZAS-a na mestima gde se obavlja prodaja/kupovina seksualnih usluga.

Decembar 2005.

Savetovanje i testiranje  
na HIV seksualnih radnika  
u JAZAS-ovom terenskom  
vozilu



Iskustvo savetnice Gordane Juričan sa savetovanja na terenu

*„Izazovi ovog posla su restriktivni fizički uslovi rada - provođenje savetovanja u kombiju, nekada po jako hladnom vremenu. Takođe, većina klijentkinja je u periodu prozora i skoro nijedna klijentkinja nema siguran seks sa svojim redovnim partnerima, koji su često i njihovi makroi, i takođe upražnjava nezaštićen seks sa drugim devojkama. Mnogi od komercijalnih seksualnih radnika su višestruko ranjivi (npr. komercijalni seksualni radnik i Rom, i/ili intravenski korisnik droge), što je izazov za savetnika. Ponekad je policija prisutna na mestima gde seksualni radnici pružaju svoje usluge, što predstavlja pretnju za seksualne radnike, s obzirom na to da su njihove aktivnosti u našoj zemlji nezakonite. Ovakvi uslovi zahtevaju dodatne napore savetnika da bi pružio savetovanje standardnog kvaliteta. Ovakvi uslovi, takođe, utiču na samopouzdanje savetnika”.*

Tokom druge godine usluge DPST centra proširili smo nakratko u IAN. Zbog potreba istraživanja o prevalenci HIV-a i modelima rizičnog ponašanja kod ljudi koji ubrizgavaju drogu i ljudi iz seks industrije, koje je sprovedeno u prostorijama IAN-a, organizovali smo DPST službu za one učesnike istraživanja koji su želeli da saznaju svoj HIV status pošto im se uzme uzorak krvi. U ovoj studiji su prvi put korišćeni brzi testovi za preliminarno utvrđivanje HIV statusa, a i činjenica da se sve dešavalo van medicinskog setinga bila je novina u našoj sredini.

Iskustva koja su savetnici stekli tokom savetovanja za intravenske korisnike droga i seks-radnike bilo je od velike koristi kasnije za poboljšanje kvaliteta našeg savetovanja i testiranja na terenu.

Kroz učešće našeg trećeg donatora Geneva Global - Ženeve Global<sup>29</sup> iz SAD, pod čijim pokroviteljstvom se izdaje ova publikacija, omogućeno nam je i da unapredimo akcije savetovanja i testiranja na HIV u večernjim i noćnim satima i tako se još više približimo svojim klijentima. Organizovanje savetovanja u večernjim i noćnim satima, pored toga što je nekim klijentima to jedino slobodno vreme, ohrabruje ljude, koji inače osećaju distancu i nepoverenje u institucije, da saznaju svoj HIV status.

Model saradnje vladine i nevladine organizacije i rezultati koje smo zajedno postigli inspirisali su i druge. Bliske veze su uspostavljene sa savetovaništem koje funkcioniše u okviru Zavoda za javno zdravlje u Novom Sadu i, pre svega, sa savetovaništem u Podgorici. Savetovanište u Podgorici je nastalo kao zajednički projekat CAZAS-a<sup>30</sup> i Instituta za javno zdravlje Podgorica. Zbog sličnosti upotrebljenih modela, protokol o radu DPST savetovaništa IAN-a i Poliklinike, kao i aplikacija baze podataka se koristi u svakodnevnom radu kolega iz Podgorice. Savetnici sa trenerskim iskustvom iz Poliklinike i IAN-a bili su pozvani da organizuju obuku i superviziju za savetnike u Podgorici.



Maj 2005.

Trening za DPST  
savetnike u Podgorici,  
metod igranja uloga

<sup>29</sup> Geneva Global -www.genevaglobal.com

<sup>30</sup> CAZAS - Crnogorska asocijacija za borbu protiv side.

Ovo je značilo da je naš model razvoja dobre prakse u savetovanju i HIV testiranju počeo da se replikuje i na ostale delove naše zemlje, a uspešna replikacija je još jednom pokazala uspešnost naših napora.

## APRIL 2006 - SADA

Sada smo u trećoj godini naše saradnje. Naš tim je narastao na 15 savetnika, savetovanište Poliklinike dobija svoju treću sobu za rad s klijentima. Naši saradnici koje smo zajednički sticali tokom prethodnih godina sada postaju naši partneri. Na početku ove godine IAN je uspostavio radno partnerstvo i sa Gradskim zavodom za zaštitu zdravlja Beograd, po sličnom modelu saradnje sa Poliklinikom. Savetnici iz IAN-a obavljaju pre i posle savetovanje radeći paralelno sa savetnicima iz Gradskog zavoda.

Uz podršku nacionalne kancelarije za borbu protiv HIV-a IAN, i CAZAS, kao dve nevladine organizacije koje su radile na razvoju DPST, zajedno sa Studentskom poliklinikom, Gradskim zavodom za zaštitu zdravlja Podgorica i mnogim profesionalcima iz ove oblasti, a uz pokroviteljstvo CAFOD-a, organizuju seminar, a zatim i pripremaju „Vodič za dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje na HIV”. Ovaj vodič opisuje principe dobre prakse koje preporučuju Svetska zdravstvena organizacija i UNAIDS kao i iskustva domaćih organizacija u organizaciji službe za DPST. Vodič je u septembru 2006. godine usvojila Republička komisija za borbu protiv HIV-a kao zvanični, nacionalni dokument i preporuka.

## REZULTATI

Na osnovu podataka iz projektne baze mogu se izvesti brojni statistički parametri koji opisuju populaciju naših klijenata, naše intervencije, rezultate testiranja i slično. Mi smo se odlučili da prikazemo samo neke od rezultata kao ilustraciju dve ključne teze iz postavke projekta.

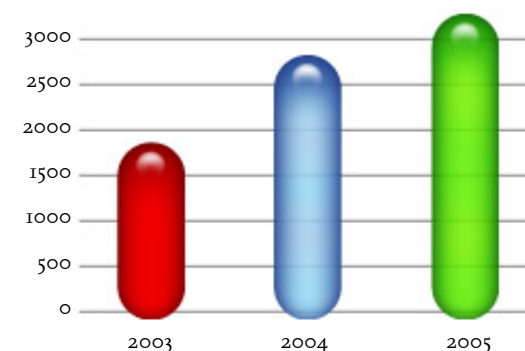
Pre svega strpljenjem i znanjem CAFOD-a koji nas je podržavao i usmeravao, a i podrškom naših donatora CIDE i Geneva Global naši

klijenti su počeli da prepoznaju i odgovaraju na naše dublje razumevanje savetovanja kao odnosa između klijenta i savetnika.

### 1. Povećanje broja klijenata je u direktnoj vezi s kvalitetom savetovanja

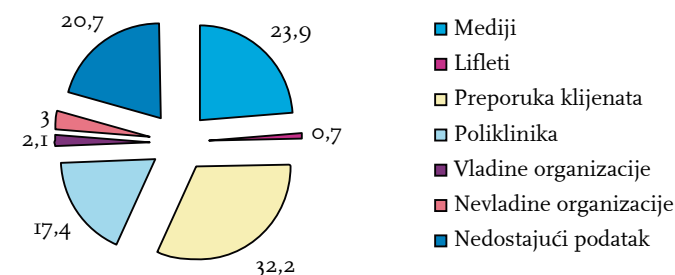
Ukupan broj klijenata se od početka projekta znatno uvećao. Ako uporedimo broj klijenata u savetovaništu Studentske poliklinike pre početka projekta 2003. godine i posle dve godine rada (grafikon 1) videćemo da se taj broj udvostručio. Ovakav porast broja klijenata ne može se objasniti samo povećanjem dostupnosti servisa kroz produženje radnog vremena već i kroz podizanje kvaliteta savetovanja.

Grafikon 1 Oglašavanje rada savetovaništa



Veliki broj klijenata je u savetovanište došao na osnovu preporuke starih korisnika, što nam govori o tome da su klijenti prepoznali savetovanište u Poliklinici kao mesto dobre prakse. Ako pogledamo Grafikon 2 videćemo da je najveći procenat klijenata 32,2 odsto u 2005. godini došao u savetovanište posle razgovora s prijateljima koji su već bili.

Grafikon 2 Oglašavanje rada savetovaništa





Ako naše rezultate uporedimo s rezultatima postignutim u Južnoj Africi, koje su objavljeni u publikacijama UNAIDS-a, videćemo da pokazuju istu stvar. **Dobrovoljnost, poverljivost, kvalitetno savetovanje pre i posle testiranja na HIV, a ne samo testiranje na HIV, dovodi do povećanja broja ljudi koji se odlučuju da saznaju svoj HIV status.**

Dobri rezultati pokazuju da DPST treba da zameni dpsT pristup

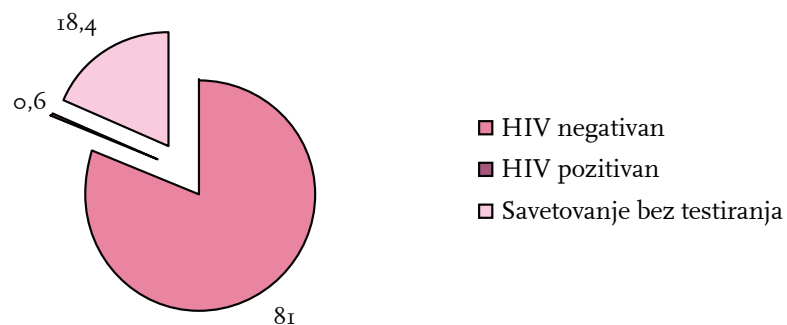
Pored prava na pouzdan rezultat testa, ljudi imaju pravo i na dobar kvalitet savetovanja. Dobar kvalitet savetovanja je određen dobrom obukom, a pre svega kontinuiranom podrškom i supervizijom za savetnike. Funkcionalan DPST u dobroj meri zavisi i od posvećenosti upravljačkih struktura organizacije i njihovoj posvećenosti i razumevanju principa ove dinamične i zahtevne prakse.

## 2. Savetovanje mora biti dostupno ljudima u riziku na mestima gde se inače okupljaju

Uprkos značajnom povećanju broja klijenata s povećanim rizikom za HIV infekciju u samom savetovaništu većina klijenata su mladi ljudi (84,4 odsto klijenata je bilo mlađe od 35 godina od toga je bilo 59,3 odsto studenata), heteroseksualne orijentacije (7,1 odsto ukupnog broja korisnika su se izjasnili kao homoseksualci ili biseksualci).

Rezultati HIV testiranja u 2005. godini, prikazani na grafikonu 3 su očekivani.

Grafikon 3 Rezultati testiranja na HIV



Potreba za organizovanjem savetovanja van prostorija zvanične medicinske ustanove, na mestima gde se okupljaju ljudi sa povećanim rizikom za HIV infekciju potpuno je opravdana što pokazuju i naši rezultati. Prednosti rada na terenu najlakše ćemo ilustrovati podacima iz naše baze. U redovnom radu savetovaništa 0,6 odsto klijenata u je dobilo HIV pozitivan rezultat, poredeći sa 2,9 odsto klijenata koji su učestvovali u istraživanju na intravenskim korisnicima droga i seksualnim radnicima.

Ono što je naše iskustvo pokazalo, a što brojke dokazuju jeste da DPST mora biti podjednako negovan u svim svojim aspektima, da ljudi imaju pravo da slobodno odluče da li žele da urade test na HIV, da imaju pravo na savetovanje gde ce u poverljivoj atmosferi bezrezervnog prihvatanja izgraditi odnos sa svojim savetnikom, i pokušati da razumeju kako da zaštite sebe i druge od HIV-a. Imaju pravo na pouzdan i brz rezultat testa na HIV.

## IZAZOVI

Projekat „Dobra praksa u dobrovoljnom savetovanju i testiranju na HIV u Srbiji” bliži se kraju. U aprilu 2007. godine CAFOD, Poliklinika i IAN će završiti zajedničke aktivnosti na projektu. CAFOD će uskoro napustiti ovaj region, a Poliklinika i IAN ostaju da, zajedno sa drugim aktivistima, odgovore novim izazovima u našoj zemlji.

Bez podrške CAFOD-a nesumnjivo najveći izazov će predstavljati održavanje kvaliteta savetovanja na postignutom nivou i dalje unapređenje veština savetnika. Kao profesionalci koji su imali koristi od prisustva CAFOD-a u našoj zemlji osećamo odgovornost i potrebu da s drugim kolegama u Srbiji podelimo naša znanja i iskustvo. Povećanje broja DPST savetovaništa u Srbiji i njihova dostupnost, pre svega, za osobe u povećanom riziku za HIV infekciju je naša buduća misija.

Kako DPST predstavlja preventivnu metodu, ali i način pružanja nege i podrške, nedostatak programa koji su usmereni na potrebe ljudi koji žive sa HIV-om ostaje kritična tačka. Pored toga što je nega i podrška ljudima koji žive sa HIV-om neophodna sama po sebi, nedostatak ovih programa predstavlja i kočnicu naporima u prevenciji prenošenja

HIV-a. Svi naši budući napori moraju odslikavati ovu činjenicu i, kako god izgledali naši budući projekti, moraju uzeti u obzir ovu realnost. Kroz jačanje programa podrške ljudima koji žive s HIV-om i borbom protiv stigme i diskriminacije, pored postizanja primarnog cilja poboljšanja kvaliteta života ljudi koji su inficirani i njihovih partnera, porodice i zajednice u isto vreme će se postići veća efikasnost preventivnih programa.

## PRIKAZI TOKA SAVETOVANJA

U dobroj tradiciji literature koja se bavi savetovanjem, u ovom delu knjige prikazaćemo nekoliko slučajeva, odnosno delove razgovora koji se vodio u savetovalištu, odnosno u terenskom vozilu.

Zahvaljujemo se klijentima koji su dali svoj pristanak da se delovi razgovora s njima objave. U nekim studijama slučaja pristanak nije tražen zbog nepostojanja mogućnosti da se klijent/klijentkinja kontaktira. Podaci o klijentima - uključujući i one koji su dali svoj pristanak bitno su izmenjeni u cilju zaštite poverljivosti.

### SAVETNICA: MARINA STOJANOVIĆ

Devojka ulazi u centar sa drugaricom i odlučuje da sama uđe u savetovalište. Mlada je, sitne građe i uplašenog pogleda.

SAVETNICA u daljem tekstu **S**

KLIJENT u daljem tekstu **K**

PRIJATELJICA u daljem tekstu **P**

**S:** *Izvolite, izaberite mesto. Ja sam Marina, savetnica.*

**K:** *Drago mi je, ja sam Ivana.*

**S:** *Da li ste se nekada već testirali?*

**K:** *Nisam, ovo je prvi put.*

**S:** U redu. Objasniću vam onda sve što treba da znate o proceduri testiranja. Možemo započeti tako što ćete mi reći nešto više o vašim razlozima za testiranje?

**K:** Evo reći ću vam. Imala sam rizik...Zbog toga sam i došla, jer ne mogu više da izdržim, moram to da uradim. Imala sam nezaštićeni odnos, kada sam bila na moru sada u avgustu. Kada sam se vratila, imala sam neke tegobe i morala sam da idem kod ginekologa i tako sam saznala da sam dobila herpes... I onda sam pomislila da... treba i da se testiram.

**S:** Imali ste nezaštićen seksualni odnos, i to i jeste jedan od načina da se prenese virus HIV-a. Možete li mi reći nešto više o tome?

**K:** Upoznali smo se tamo na moru. Pa mislim da jeste rizičan. Sada to vidim. To je dečko koji radi u Turskoj, tamo živi već nekoliko godina. Stariji je, ima 32-33 godine. Inače je Brazilac i sigurno je imao devojke turistkinje...

**S:** Da li ste razgovarali o zaštiti?

**K:** Pitala sam ga da stavi kondom, ali on je rekao da ne brinem, da mu ne treba kondom. Pitao me je: „Zar sumnjaš?“ I videla sam da vodi računa o higijeni, i da ima zdrave navike...

**S:** Ako sa vama nije koristio kondom, vrlo je verovatno da ga ne koristi ni s drugim partnerkama. Osim toga, često osobe koje imaju HIV ne možemo da prepoznamo na osnovu spoljašnjeg izgleda. Test krvi na HIV je jedini način da utvrdimo HIV status.

**K:** Znam, znam. Ali tada nisam razmišljala o tome. (oči su joj zasuzile, i glas joj je zaškrupao). Ne znam kako sam dopustila da se to dogodi. Ja uvek sa svojim dečkom koristim kondom, a već smo godinu i po dana u vezi. A sa ovim na moru... Ne znam, delovao mi je zdravo, i pretpostavljam da sam mu verovala. Pričali smo dosta, čak mi je pokazao i sliku svoje devojke iz Brazila, sa njom je tri godine...

**S:** Kako ste se tada osećali?

**K:** Znala sam da ima devojku, nije me lagao. Ostali smo u kontaktu putem imejla, i rekla sam mu da ću se testirati, ali je on rekao da je sa njim sigurno sve u redu. Kada sam mu rekla za herpes iznenadio se.

**S:** Meni izgleda kao da ste osetili bliskost s njim, to i jesu trenuci kada možda nismo dovoljno oprezni. Međutim, niko ne može da tvrdi sa sigurnošću da je sve u redu ako nije nikada uradio test, a bio je u riziku. Razumela sam da niste znali njegov HIV-status, ili grešim?

**K:** Nije mi rekao, mislim da nije radio test na HIV.

**S:** Možete li mi reći da li se radi o jednom ili više nezaštićenih odnosa, kako bismo bolje procenili rizik?

**K:** Bila su tri nezaštićena odnosa.

**S:** Nekoliko stvari utiče na to kako ćemo proceniti rizik, u principu veći broj odnosa povećava rizik od uzimanja HIV-a, prisustvo neke druge infekcije, krvarenje, kao i tip odnosa - vaginalni, analni ili oralni

**K:** Znam, pročitala sam... bio je i jedan taj... rizičan analni odnos. Bilo je i krvi. (gleda u pod).

**S:** Razumem Vašu zabrinutost. Analni odnos jeste najrizičniji, jer je češće praćen povredicama.

**K:** (pogled joj luta po savetovalištu) Ranije sam koristila kondom... i moj dečko mi je bio prvi, i zbog njega se loše osećam. On ne zna za to što se desilo na moru.

**S:** Dobro je da imate naviku da koristite kondom, samo je važno biti dosledan i pogotovu s partnerima čiji HIV status ne poznajemo, naročito s njima. Možete li mi reći kada je bio poslednji nezaštićeni odnos?

**K:** Da... znam da treba da prođe neko vreme, mislim da je bilo pre... mesec i po dana, otprilike.

**S:** Zbog testa koji koristimo i koji predstavlja test na antitela potrebno je da prođe dva meseca da bi nam rezultat bio potpuno validan. Jako je važno da razumete da nije prošlo dovoljno vremena da bi vam rezultat bio potpuno pouzdan. Treba da prođe najmanje dva meseca od poslednjeg nezaštićenog seksualnog odnosa, ili nekog drugog rizika. U vašem slučaju, to znači da, ako sada uradite test, treba da ga ponovite za dve nedelje.

**K:** Znam, ponoviću ga sigurno, ali želim i sada ako mogu da se testiram?

**S:** Možete, vidim da ste uznemireni i da vam znači da što pre saznate. Napisaću vam uput. U slučaju da je rezultat nereaktivan ili negativan znači da je u redu, samo ćete ga ponoviti. U slučaju da je reaktivan ili pozitivan, uvek radimo još jedan potvrđni test. Da li ste to razumeli?

**K:** Jesam. Doći ću ponovo da ga uradim.

**S:** Naravno, to znači i da ne treba u međuvremenu ulaziti ponovo u rizik.

**K:** Ne - to sigurno neću, s dečkom koristim kondom. I znam da nikada neću dozvoliti da mi se desi nešto slično.

**S:** Sada možete otići u laboratoriju da izvadite krv. Sutra dođite po rezultat, pa ćemo imati još jednu priliku da se vidimo i razgovaramo.

**K:** U redu. Doviđenja.

### Savetovanje posle testiranja

**K:** *Može li i moja prijateljica da uđe?*

**S:** *Ako to vi želite, izvolite.*

Sedamo.

**S:** *Vaš je rezultat nereaktivan-negativan.*

**K:** *(kreću joj suze).*

*Ustaje i grli se s prijateljicom.*

**P:** *Ma znala sam, dobro je što si to uradila, jer on je stvarno rizičan...*

*Pričala vam je o njemu, i te kako rizičan..*

**S:** *Kako se sada osećate? (obraća se klijentkinji)*

**K:** *Uh, lakše je, nadala sam se da će biti negativan... Ali znam da je moglo biti i drugačije.*

*Hmm, sad znam da to ipak nije sigurno, doći ću ponovo sigurno da proverim.*

**S:** *Postoji velika verovatnoća da je vaš rezultat zaista negativan. Ali pričekajmo sledeći test.*

**K:** *U redu, vidimo se. Hvala vam.*

### Komentar

Klijentkinja je lako prihvatila razgovor i stekla poverenje u savetnicu. Kada klijent saraduje, kao u ovom slučaju, i ima kapacitet za promenu, delotvorna je odmerena intervencija, kao i da klijent ne oseti osuđivanje.

**Ivana** je još dva puta uradila re-test, nakon dva i šest meseci. Njen poslednji dolazak u savetovanište bio je u svojstvu podrške prijateljici koja je došla na testiranje.

## SAVETNICA: MILENA TOMAŠEVIĆ

Na posao stižem desetak minuta pre početka radnog vremena i dok prilazim Centru vidim momka podignutih ramena, zavučene glave u kragnu jakne kako cupka i čeka. Otključavam vrata i osmehujući se kažem: „Vi ste baš poranili. Želite kod nas?“ Klimnuo je glavom u znak odobravanja. „Hajde, izvolite“. U hodu, palim svetla, nudim mu da sedne, ostavljam svoje stvari, vidim, jutro će početi bez kafe, nema veze... Za minut obavljam sve i vraćam mu se.

SAVETNICA u daljem tekstu **S**

KLIJENT u daljem tekstu **K**

PRIJATELJ u daljem tekstu **P**

**S:** *Ja sam Milena.*

Dok ustaje iz fotelje i uzvraća mi pozdrav rukovanjem, kratko reče: Nikola.

**S:** *Dobro, Nikola, šta je razlog da ste ovako poranili?*

**K:** *Da sam mogao došao bih još noćas. Nisam ni spavao... (ćutanje)*

**S:** *Zabrinuti ste?*

**K:** *Najblaže rečeno. Ja sam očajan!*

**S:** *Želite li da popričamo o tome?*

**K:** *(gleda u svoje ruke)*

**S:** *Šta je to što vas tako puno brine?*

**K:** *Sinoć me je pozvao jedan prijatelj... U stvari, ja sam s njim bio u vezi pre nekih devet meseci (sada me je pogledao krajičkom oka, kao da se pita da li ja njegovu seksualnu orijentaciju odobravam, osuđujem). Rekao mi je da je juče bio ovde kod vas i da je pozitivan.*

**S:** *Koliko dugo ste bili u vezi s tim momkom, Nikola?*

**K:** *Vidali smo se nekih šest meseci i uglavnom smo koristili kondom...*

**S:** *Razumem. A da li možete da se setite da li je nekada bilo krvarenja pri odnosu?*

**K:** *Ne, bar vidljivog, sigurno ne. Celu noć sam pokušavao toga da se setim. Mi smo u stvari imali samo dva-tri nezaštićena odnosa. Ali šta vredi. Dovoljno! Ne mogu da verujem, ja prosto ne mogu da verujem...*

**S:** *Tu sam, slušam vas.*

**K:** *Nisam spavao čitavu noć. Ne mogu da verujem da mi se to dešava. Želim da što pre završim sa tim.*

**S:** *Vidite, Nikola, prošlo je dovoljno vremena i, ako želite, možemo uraditi test.*

**K:** *Sada više nemam izbora. Samo nemojte mi pričati da postoji mogućnost da sam negativan. Ne želim lažne nade. Uostalom, kolika je verovatnoća za to?*

**S:** *Postoje osobe koje godinama imaju nezaštićene odnose a da ne dođe do infekcije. U drugim slučajevima HIV se može uzeti i kroz jedan nezaštićen odnos. Da biste saznali da li ste se inficirali, treba uraditi test.*

**K:** Ne, ne, neću da se nadam... A šta bih dao... Evo, kunem vam se, ne bih više u životu bez kondoma, samo da mi je sada rezultat okej.

**S:** Recite mi, kako je sada? Šta se dešavalo u poslednja dva meseca?

**K:** Znam zbog čega me to pitate, zbog onog prozora. Ranije sam imao, ali sam se testirao pre dve godine. Sada nisam imao odnose već dugo. Mislim, imao sam poslednji put pre šest meseci sa jednim momkom... Užas! Ja mu to ne bih mogao reći, mislim, ako jesam... Ne verujem šta mi se dešava!

**S:** Dobro, hajde da popričamo i o tome. Ukoliko bi vaš rezultat bio pozitivan, jeste li razmišljali, imate li nekoga s kim biste to mogli da podelite?

**K:** Ne znam. Ja ne bih mogao to nikome da kažem. Ne bih podneo da beže od mene ili da me sažaljevaju, šta je gore?

**S:** S kim, inače, kada vam je teško, volite da razgovarate? Ko vas najbolje razume?

**K:** Nisam siguran. Za sada, ipak, nikome ne bih rekao. Majku bi to ubilo. Čale bi ubio mene, on ne živi s nama. Jednom mi je rekao da sam se ošišao prokleta pederski, kad bi samo znao da u stvari to i jesam.

**S:** A da li sada neko zna da ste ovde?

**K:** Samo Ivan, taj moj prijatelj. Njemu svaka čast, on je imao petlju, da ne gubim vreme, kaže, da počnem s lečenjem ako treba... Ali ja ne bih mogao da kažem nikome. Čak, ne znam, ni njemu...

**S:** U redu. Pričaćemo o tome još ako budete želeli. Ja ću biti ovde za vas.

A sada ću vam objasniti tehnički postupak testiranja... Rezultat može biti reaktivan ili nereaktivan...

*Da li još uvek želite da uradite test?*

**K:** Ja ovako ne bih mogao da živim više ni sata, u ovoj prokleskoj neizvesnosti. Dajte da to uradim, da skratim muke. Mada znam... Koliko mi je još vremena ostalo? Koliko još mogu da živim sa ovim?

**S:** Vidim da imate još puno pitanja, kao da ste već dobili pozitivan rezultat.

**K:** Nemam čemu da se nadam. Moram da uradim test.

**S:** Šta planirate da radite dok čekate na rezultat testa?

**K:** Ne znam, biće gotov u dva. Biću tu, u kraju. Samo da se to završi.

### Savetovanje posle testiranja

U tačno zakazano vreme pojavljuje se Nikola sa još jednim momkom. Bled je i malo je reći da je uplašen.

**K:** Jesu li gotovi?

**S:** Jesu. Izvolite, uđite.

**P:** Možemo zajedno?

**S:** Samo ako to Nikola želi. Nikola?

**K:** Da, zajedno ćemo.

U ovakvim trenucima osećam da su i za klijenta i za mene sekunde kao sati. Zatvaram vrata, sedam i odmah mu čitam rezultat

**S:** Nikola, vaš rezultat je nereaktivan, što znači da niste inficirani.

Nikola me otvorenih usta gleda, onda počinje da plače - ne da plače, on rida. Na sav glas. Njegov prijatelj stavlja šake na lice, mislim da i on plače, ali on se smeje i on na sav glas. Prilazi i tapše ga po leđima. Nikola ne reaguje. Onda se obraća meni:

**P:** „Ne znate koliko ste me usrećili. Da sam mu ja preneo, ubio bih se. Strahovao sam danas čini mi se više nego juče kad sam se ja testirao“.

Shvatila sam da je to Ivan.

**S:** Vi ste sada pokazali da ste hrabri i odgovorni. Ali nemojte razmišljati o tome kako ste vi nekoga inficirali jer ni vi niste znali svoj HIV status. Svako je odgovoran za svoje postupke.

Nikola je polako prestajao da jeca.

**N:** „Hvalav vam... Ne mogu da verujem. Vi ste sjajni, mada ono „sa HIV-om se živi“, priznajte da je obična fraza. Ovako je mnogo bolje!“

**S:** Ne, Nikola, nije fraza, sa HIV-om se danas živi

### Komentar:

Razmišljala sam o različitim potrebama koje moj klijenti imaju. Nikola je želeo da se raduje i slavi. Sa druge strane, bila sam paralisana zbog Ivana, razmišljala sam kako povređujuće Nikolina izjava može delovati na njega. Na kraju savetovanja sam imala dva klijenta svakog sa različitim osećanjima i potrebama, na koje je trebalo odgovoriti. Završila sam post savetovanje s potrebom da naglasim da se sa HIV-om sada živi.

## SAVETNICA: MILENA PRVULOVIĆ

Una ima 26 godina, doterana je i vrlo simpatična.

SAVETNICA u daljem tekstu **S**  
KLIJENTKINJA u daljem tekstu **K**

**S:** Dobar dan. Ja sam Milena, ja sam savetnica. Izvolite sedite.

**K:** Dobar dan. Ja sam Una.

**S:** Da li ste nekada bili na testiranju ili vam je ovo prvi put?

**K:** Nisam, ne bih ni sada, nego sam došla onako, bez veze, da proverim.

**S:** Možemo početi vašim razlozima dolaska na testiranje i imaćete priliku da me pitate ono što vas interesuje vezano za HIV. Sve o čemu budemo razgovarali ostaje između nas.

**K:** Nisam ja iz nikakvih rizičnih grupa, nego me brine bivši dečko, pa sam došla da se proverim.

**S:** Šta vas brine vezano za bivšeg dečka?

**K:** Mi nismo u vezi već pet godina i ja sam u međuvremenu imala još tri dečka, a sada me taj bivši zove i hoće da me vidi... Ja sam sada u vezi i super mi je sa ovim dečkom. Ne znam zašto me on zove. (ćuti)

**S:** Kako vas je taj poziv doveo na ideju da se testirate na HIV?

**K:** Pa, sada kada ja razmislim, on je bio promiskuitetan. Mi smo bili u vezi dve godine, a ja sam posle čula od drugih da je on imao puno devojaka pre mene i nisam sigurna da nije bio s drugima i dok je bio sa mnom. Ne znam zašto me sada zove. (ćuti)

**S:** Zabrinuti ste da je mogao da vam prenese HIV?

**K:** Da, ja se inače čuvam. Nisam se nikada drogirala, ne pijem puno kada izađem, ne menjam stalno partnere, nađem nekog proverenog i onda budem sa njim.

**S:** Na koji još način vi sebe štitite od HIV-a?

**K:** Pa, ja sam uvek u vezi s ljudima koje znam. Jedino se za tog kasnije ispostavilo da nije sve baš kao što sam ja mislila.

**S:** Da li ste sada u vezi?

**K:** Jesam, već dva meseca sam sa ovim dečkom i super nam je zajedno.

**S:** Kako se štitite od HIV-a?

**K:** On neće da koristi kondom. Kaže da mu nije isti osećaj. Ali on je proveren, on je drug mog kolege sa faksa.

**S:** Kako je tekao vaš razgovor sa njim vezano za rizik od HIV-a?

**K:** Pa, vodim ja računa o tim stvarima. U početku smo koristili kondom, a kasnije više nismo. Već smo dugo zajedno... Njemu se ne sviđa, a ja mislim da je on fin dečko i da nije toliko bitno.

**S:** Ako sam dobro razumela, vi na početku veze koristite zaštitu, a kasnije ne. Kako odlučujete kada ćete da prestanete?

**K:** Kada veza postane ozbiljna, kada smo već dugo zajedno, upoznamo se.

Objašnjavam načine prenošenja HIV-a, da nema rizičnih grupa, već rizičnog ponašanja, kao i faze u razvoju HIV infekcije.

**K:** Stvarno se ništa ne vidi kod onoga ko ima HIV?

**S:** U prvoj fazi ne postoje simptomi, jedini način da se utvrdi je da osoba uradi test i da sazna. Zato većina ljudi koja ima HIV ne zna da ga ima.

**K:** (zamišljena)... Ko zna s kim je on bio. A koliko ima zaraženih u našoj zemlji?

**S:** Nešto preko dve hiljade registrovanih, ali većina ljudi koji sada imaju HIV još uvek to ne znaju. Čini mi se da vas je ova priča zabrinula...

**K:** Da... U stvari... Dobro je da sam došla, sada tek vidim da imam razloga. Kada mogu da uradim test?

**S:** Čim završimo razgovor, samo je bitno još nekoliko stvari pre nego što odete da date krv.

**K:** A jel' se krv uzima iz vene?

**S:** Da.

**K:** Jao, ja se toga mnogo bojim. Jel' ne može iz prsta?

**S:** Uzima se iz vene, ali tehničarke imaju puno iskustva, brzo će biti gotovo.

**K:** Uf, volela bih što pre da uradim test. Kako nisam razmišljala, a on je bio sa ko zna kom, ja ga nisam dovoljno poznavala...

**S:** Zvučite zabrinuto...

**K:** Da... U stvari sa svim tim s kojima sam bila... retko ko je koristio kondom, a ja nisam nešto navaljivala. Uvek mislim da poznajem nekoga, da je on fin dečko...

**S:** Izgleda mi da mislite da je izbor da li će seksualni odnos biti sa zaštitom zavisi od vašeg partnera.

**K:** Ne, ali ako ja tražim, onda će on da se pita zašto ja to tražim, šta sam ja radila... a oni obično neće da koriste kondom. Ko još koristi kondom stalno?

**S:** Svako ima lične razloge zašto koristi ili ne koristi kondom. Čini mi se da je vama bitno da budete u dužoj vezi, da poznajete partnera odranije, da imate poverenje u partnera...

**K:** Jeste, ali to opet ne mora da znači da on nije pre mene dobio HIV.

**S:** Da li možete da se setite još nekog načina da smanjite rizik, a da ne koristite uvek kondom?

**K:** Pa... Ako ja sada uradim test i ako nagovorim njega da uradi test, onda ne moramo da koristimo kondom.

**S:** To jeste jedan od mogućih načina zaštite. Ako imate stalnog partnera i ako se oboje testirate i nemate HIV, onda možete da imate nezaštićene odnose bez rizika od HIV infekcije. Naravno, potrebno je da razgovarate sa partnerom o drugim seksualno prenosivim infekcijama i trudnoći i da obe strane budu verne. Jeste li razgovarali sa vašim sadašnjim partnerom o ovom testiranju?

**K:** Nisam, nisam mu rekla da me zove bivši. Ali mi smo već dugo zajedno i ako ja budem negativna, onda je i on.

**S:** To ne mora da bude tako. Kod većine parova jeste, ali kod manjeg broja parova može da se desi da je jedan od partnera zaražen, a drugi nije, iako dugo imaju odnose bez zaštite. Zato kažemo da HIV status jednog od partnera ne govori ništa o HIV statusu drugog partnera. Ako vaš rezultat bude negativan, onda bi trebalo da se zašтите, da ne dobijete HIV.

**K:** A, jel' mogu ja ponovo da uradim test?

**S:** Kako to mislite?

**K:** Pa, da razgovaram s njim o HIV-u i da mu predložim da dođemo zajedno da uradim test. Vi nećete njemu da kažete da sam ja već bila?

**S:** Naravno, sve o čemu razgovaramo ostaje između nas. Vi odlučujete da li ćete reći partneru da li ste već bili ovde ili ne. Da li mislite da možete da razgovarate sa svojim partnerom o testiranju?

**K:** Ja mislim da i on i ja imamo razloga da se testiramo. Nije ni on sa svim bivšim koristio kondom. Mislim da je to normalno da se ljudi testiraju.

**S:** Recite mi da li ste razmišljali o mogućnosti da test bude pozitivan?

**K:** Nisam, nisam ja valjda toliki baksuz. Imam drugarice koje svašta rade, a ja baš vodim računa. Neće baš mene.

**S:** Kako bi činjenica da ste HIV pozitivni uticala na vaš život?

**K:** Ne mogu sada da mislim o tome. Kada će biti gotov rezultat testa?

**S:** Sutra posle jedan. Ja ću vam izdati rezultate i razgovaraćemo još malo o tome šta znači taj rezultat. Još jedna stvar je bitna pre nego što uradimo test. Kada ste imali poslednji nezaštićen odnos?

**K:** Ima već neko vreme, on je bio na putu... pre desetak dana.

**S:** Dobro, ono što je bitno za test koji sada radimo je da on ne obuhvata rizike koji su se desili u poslednjih mesec dana. To se zove period prozora i moguće je da u tom periodu došlo do infekcije, ali da test još uvek pokaže negativan rezultat.

**K:** Ja sam bila samo s ovim dečkom u tom periodu, ako i njega dovedem onda je to u redu.

**S:** Jeste. Da li vi imate neko pitanje za mene?

**K:** Ne.

**S:** Dobro. Postoje neki podaci koje treba da vam uzmem, vezano za testiranje. Da li želite da se testirate anonimno ili sa podacima?

**K:** Kakva je razlika?

**S:** Ukoliko se testirate anonimno, reći ćete neku šifru i tako ćete biti upisani u našu bazu podataka i ta šifra će pisati na rezultatu testa. Ukoliko se testirate s podacima, u bazi i na rezultatu će pisati ime, prezime i ostali lični podaci.

**K:** Meni je svejedno. Neka bude sa podacima.

**S:** (posle uzimanja podataka) Sada možete da odete kod koleginice da vam izvadi krv i vidimo se sutra.

### **Savetovanje posle testiranja**

**S:** Dobar dan, Una. Sedite. Razultat vašeg testa je negativan.

**K:** Znala sam! Ne znam šta mi je bilo da se tako zabrinem. Onaj bivši me je samo zvao jer hoće da me vidi, a ja sam mu rekla da imam dečka i da neću da se viđam s njim. Znači, to je to?

**S:** Jeste, izuzev za nezaštićene odnose koje ste imali u poslednjih mesec dana pred testiranje.

**K:** Znam za to. Dovešću ja njega da se testira, na početku mi je bilo važno samo ono odranije. Sada to gledam drugačije i hoću da bude drugačije.

**K:** Misli da možete da razgovarate sa svojim partnerom o zaštiti tokom odnosa i o testiranju?

**S:** Pa, ako on neće da koristi kondom, onda mora da dođe na testiranje. Drugačije ne može, meni kondom ne smeta, to je on tako hteo.

**S:** *To je bitno. Da li imate neko pitanje za mene?*

**K:** *Nemam, mogu da pitam i kad dođem ponovo. Nije ovo bilo tako strašno.*

**S:** *Dobro, vidimo se.*

**K:** *Doviđenja.*

### **Komentar**

Savetovanje ove klijentkinje je bilo izazov zato što ona vidi sebe kao osobu koja „se čuva“ i ne prepoznaje rizike u koje ulazi. U jednom trenutku tokom razgovora (posle davanja informacija o HIV-u) klijentkinja je skretala fokus razgovora na statistiku, vađenje krvi i slično. To je bilo mesto kada se zapravo zamislila nad svojim rizicima i htela da završi savetovanje. Pitanje koje je ostalo otvoreno je osnaživanje klijentkinje da pregovara sa partnerom o upotrebi zaštite, ali je savetnica odlučila da ne produbljuje tu temu jer je klijentkinjin glavni kriterijum za prestanak korišćenja zaštite „ozbiljna“ veze te je savetovanje teklo dalje u tom pravcu. Takođe, iako je na početku objašnjena poverljivost savetovanja, u trenutku kada postane važno da li će partner klijentkinje saznati za razgovor, ponovo se postavlja pitanje poverljivosti samog dolaska i sadržaja razgovora. U situaciji savetovanja, koja je za klijente potpuno nova i stresna, pitanje poverljivosti je često jedna od formalnih stvari, dok ne shvate da je njima lično vrlo važno.

## **SAVETNICA: MARIJANA PEŠIĆ**

Iako po rasporedu toga dana ne radim u savetovaništu zovu me da ja razgovaram s klijentkinjom koja je došla sa svojom tetkom. Tetka je predhodno dolazila kod mene i ukratko mi iznela svoju zabrinutost za sestričinu. U tom razgovoru sam naglasila da, ukoliko devojka želi da razgovara, može doći u Centar kada bude mogla (rečeno mi je da je hospitalizovana). Kad sam ušla u Centar, klijentkinja i tetka su već sedele u jednom savetovaništu i vodile razgovor koji je ličio na svađu.

SAVETNICA u daljem tekstu S

KLIJENT u daljem tekstu K

TETKA u daljem tekstu T

**S:** *Dobar dan, ja sam Marijana.*

**T:** *Dobar dan, ja sam dovela Sandru da se testira, da se reši dete te bede.*

**K:** *Dobar dan, ja sam Sandra.*

**S:** *Drago mi je Sandra. (potom se obraća tetki) Ja bih vas zamolila da izađete i sačekate dok ja popričam sa vašom sestričinom.*

**T:** *Mi smo kao jedno. Sve što pričate s njom možete i sa mnom. Ja sam je i dovela da pomognem detetu, zamislite, tamo nisu hteli da je testiraju.*

**S:** *Razumem da vi brinete za Sandru, ali ja bih popričala sa njom, a ako ona bude želela, pozvaćemo vas da uđete.*

**T:** *(izlazeći) Samo da stignemo da uradi test. Žurimo na autobus. Čeka nas Sandrina baka. Zna, one sada žive zajedno.*

**S:** *Sada smo ostale same. Možete li mi reći vaš razlog da dođete danas?*

**K:** *Dovela me je tetka.*

**S:** *Ne moramo danas da razgovaramo ako vi to ne želite, bez obzira na to što vas je tetka dovela. Koliko imate godina? Da li želite da razgovaramo danas?*

**K:** *Imam 19 godina i u stvari ja hoću da se testiram. Ja sam to odmah htela.*

**S:** *(prelazi na ti) Šta te je navelo da razmišljaš da se testiraš?*

**K:** *Zna, ja sam malo poludela.*

**S:** *Zašto tako misliš?*

**K:** *Pa, znate, ja sam sada u bolnici. Poludela sam posle svega toga, kada je mama umrla i ti ljudi koji su je iznosili kroz prozor, noću, da niko ne vidi. Ništa mi nije bilo jasno, a i baba mi sada kaže, valjda da bi me utešila, da nemam sidu, da mi otac nije otac.*

**S:** *Polako, kažeš da si sada u bolnici. Kako si sada ovde, da li si izašla za vikend?*

**K:** *Da, izašla sam za vikend, idem sa tetkom u Čačak, hoću da nastavim fakultet koji sam započela, da vidim šta ću s tim.*

**S:** *Da li uzimaš nešto od lekova? Kako se sada osećaš? Želiš li o tome da pričamo?*

**K:** *Uzimam litijum i još nešto. Dobro se osećam, ja bih da me puste da nastavim fakultet. Već sam mesec dana tamo, mnogo ću propustiti.*

**S:** *Drago mi je da se dobro osećaš, ali nadam se da redovno uzimaš terapiju i vratićeš se posle vikenda kod svog doktora i sve ćete se dogovoriti za dalje. Kako se zove tvoj leka?*



**K:** Ma, doktorka N.K. Ona je okej, ali neće mnogo da priča sa mnom. Ona kaže da nije tu da sluša priče nego da leči. Dosadna joj je moja baba. Znam i ja da je baba dosadna. Ali ja sam htela da se testiram da znam imam li ja sidu, pošto je mama umrla od toga.

**S:** Ukoliko želiš, pričaćemo sada o tome.

**K:** Ma ja želim da uradim taj test. Kakve su uopšte šanse da ja imam sidu.

**S:** Da li znaš nešto o tome kako se HIV prenosi.

**K:** Ma, zanima me kakve su šanse od mame i to da mi tata nije tata, a on je umro. Baba kaže da je bio narkoman, pa sada kaže da mi je otac neko drugi...

**S:** Razumem da ti je teško da pričaš o mami i da te zbunjuje sve to što si saznala u poslednje vreme. Mi ne možemo sada znati kako se i kad mama inficirala. Ali kada govorimo o mogućnostima da je mama tebe inficirala, one su male. Da ne govorimo sada o tome što ti je baka rekla ko ti je tata. Jer, sama si rekla da ti je baka to rekla pre našeg razgovora, pa ni ne znamo mnogo o tome. Ali, ako uzmemo mogućnost da je mama bila inficirana kad je bila trudna i kad te je rodila, i da je možda tada prenela infekciju tebi.

**K:** Postoji li šansa

**S:** Htela sam reći da postoji mogućnost prenosa infekcije sa majke na dete u toku trudnoće i porođaja, ali prosto je neverovatno da bi ti u tom slučaju živela 19 godina bez ikakvih tegoba. Želim ti reći da su minimalne mogućnosti da te je mama inficirala na taj način. A da li mi možeš reći, ako ti nije teško da o tome govoriš, kako je mama bila pre smrti i da li ste je možda baka i ti negovale?

**K:** Ne, mama i ja smo živeli u drugom gradu. Mama je radila sve dok se nije razbolela. Onda je otišla u bolnicu. Kada se vratila, baka je došla i bila tu neko vreme. Odlazila je i dolazila. Nekako je sve to brzo bilo. I onda ti ljudi... I onda sam saznala da je mama umrla od side.

**S:** Razumem da ti je teško da govoriš o tome, ali želim ti reći da to što si živela s mamom nije način da se dobije sida. Ne prenosi se HIV sudovima, priborom za jelo, korišćenjem istog toaleta.

Ako ste se nekad i zagrlile ili te je mama poljubila, to nije način da se prenese HIV. Ali, ono o čemu bih ja sada malo popričala je kako se još HIV prenosi. Razumem da te je mamina bolest navela na razmišljanje da se testiraš. Ali HIV se prenosi i nezaštićenim seksualnim odnosima.

Da li ih je bilo?

**K:** Pa jeste, ali ne vodim ja loš život kao mama.

**S:** Zašto tako misliš?

**K:** Baka kaže da je mama svašta radila, a ona je izdržavala. Davala joj pare da studira, a ona je putovala i niko ne zna šta je tamo radila.

**S:** To baka kaže. I mama je bila mlada, ali nećemo sada govoriti o njenom životu. Ja bih volela da se vratimo na priču o tvom životu. Rekla si da je bilo nezaštićenih seksualnih odnosa. Mene zanima kada je bio poslednji odnos bez zaštite.

**K:** To je s mojim momkom, on je uvek uz mene. U početku smo uvek koristili kondom, ali desi se i bez. Ja sam samo sa njim bila, a on je dobar i sada je sve vreme uz mene.

**S:** Da li on zna da si danas ovde, da li ste razgovarali o ovome.

**K:** Da on zna da sam se razbolela, ali ne zna od čega je mama umrla. Ne zna da sam sada ovde, ali videćemo se posle podne.

**S:** Znači, niste razgovarali o testiranju na HIV. Da li znaš da li se on testirao?

**K:** Nije se testirao, ali on je dobar.

**S:** A, kad ste imali poslednji nezaštićeni odnos?

**K:** Pa ja sam već mesec dan u bolnici i pre toga nije bilo odnosa, ne znam tačno.

**S:** Ukoliko ti želiš uradićemo test danas, ali trebalo bi da znaš da poslednja dva meseca neće ući u rezultat testa. To znači, ukoliko je rezultat negativan, da je negativan do (savetnica gleda u sat), danas je 9. novembar, znači do 9. septembra. Ova dva poslednja meseca su takozvani period prozora, to je period koji je potreban da se stvore antitela koja mi testom tražimo. U tom periodu, ukoliko je bilo nezaštićenih seksualnih odnosa, mogla je da nastane infekcija, a test to neće pokazati. Da li me razumeš? Ako ti nešto nije jasno slobodno me pitaj.

**K:** Ma sve mi je jasno. Hoću da se testiram, mislim da dva meseca nismo ni imali odnose možda više možda manje, ne znam, ali to nije ni bitno. Hoću da se testiram, pa da idem dalje. Možda ću da tražim oca.

**S:** Da li si razmišljala o rezultatu testa. Razumem zabrinutost zbog mame. Mada je nezahvalno procenjivati stepen rizika, rekli smo da je to minimalan rizik, ali imala si nezaštićene odnose. Da li si imala neki kontakt sa krvlju, možda neki pirsing ili slično? Da li si imala neku operaciju, da nisi primala krv?

**K:** *Ma ništa od toga. Ovo sam se onako ofarbala u roze, došlo mi. A, što se rezultata tiče, volela bih da znam.*

**S:** *Dobro, ali pored tetke, zna li još neko da si danas ovde. U kakvim ste odnosima ti i baka.*

**K:** *Ma, meni i baki nikako ne ide, ali šta ćemo. Živećemo zajedno, jedna drugoj smo ostale. Ona voli sve da zna, u sve se meša. Hoće sve da uradi za mene, daje mi pare. Dala mi je pare za upis godine. Dolazi svaki dan u bolnicu. Krivi sebe što je sve mami dozvoljavala, stalno nešto priča. Ona zna da smo ovde.*

**S:** *Šta planirate sada ti i tetka dok čekate rezultate?*

**K:** *Idemo negde blizu da pojedemo nešto i još nešto da pozavršavamo, jer putujemo po podne.*

**S:** *Ne bih da budem dosadna, ali da li stvarno želiš danas da se testiraš? Da ne bude zbog tetke i bake, ili možda želiš da to uradiš kada izađeš iz bolnice?*

**K:** *Ne, hoću to da uradim, kako god, odmah sam to htela, ali u bolnici nisu hteli da me testiraju.*

**S:** *Ne radi se testiranje na HIV u bolnici, nemoj misliti da namerno nisu hteli to da urade. Reci mi samo da li želiš da se testiraš anonimno ili s podacima?*

**K:** *Sa podacima, nemam šta da krijem.*

**S:** *Dobro, laboratorija je u Ulici prote Mateje. Rezultat možeš podići ovde već u 2, ako slučajno ne bude gotov, to je iz tehničkih razloga, dešava se ponekad problem s aparatom, ali najkasnije do 3 sata će biti gotov (vreme za kontakt sa ordinirajućim psihijatrom). Stići ćete na autobus. Doviđenja.*

**K:** *Doviđenja. Mi ćemo doći oko 2. Možemo tu da sačekamo ako treba?*

**S:** *Naravno. Vidimo se oko 2.*

### **Savetovanje posle testiranja**

Klijentkinja i tetka dolaze zajedno u zakazano vreme

**S:** *Dobar dan. Izvolite. Da li želiš da tetka sačeka ispred?*

**K:** *Ne, želim da uđemo zajedno.*

**S:** *Izvolite, sedite. Sandra, tvoj rezultat je negativan.*

**K:** *Znala sam. Primila sam poruku od Boga.*

**S:** *Dobro, ali ona dva meseca. Možda ti nije prijatno pred tetkom da razgovaramo.*

**K:** *Mogu da uzmem kondome?*

**T:** *Sandra, sine, šta će ti to. Nisi ti kao tvoja majka.*

**S:** *Naravno da možeš. Zatim se obraća tetki. Sandra je odrasla devojka, i dobro je da zna kako treba da se zaštiti.*

**K:** *E, sada mi kaži ko mi je otac.*

**T:** *Imam ja adresu, tvoja majka...*

**S:** *Možda nije mesto da sada razgovarate o tome. Sandra, ako želiš da razgovaraš, ako ti bude bio potreban neki savet, ako razmisliš o ona dva meseca i odlučiš još jednom da se testiraš, mi radimo...*

**K:** *Hvala, ali tetka...*

**T:** *Sine... Treba da stignemo na autobus.*

**S:** *Doviđenja.*

**K:** *Doviđenja.*

**T:** *Hvala vam. Doviđenja. Rekla sam ja trebalo je ranije da rasteretimo ovo dete...*

### **Prikaz toka savetovanja u terenskom vozilu**

## **SAVETNICA GORDANA JURIČAN**

**Zbog dužine razgovora tokom pre test savetovanja, ovaj prikaz nije predstavljen u vidu dijaloga**

Za Anastaziju sam čula na terenu, pre nego što sam je videla jer su je pominjali drugi seksualni radnici/ce dok je ona bila u zatvoru, na odsluženju kazne (dve ili tri spojene prekršajne prijave) od 40 dana.

I ona je od outreach radnika čula za testiranje i za mene, da ćemo uskoro započeti testiranje, tako da smo se već „znale” kada smo se prvi put srele.

Upoznajemo se spontano, ispred kombija, to je uobicajeno za teren, i ona (o sebi govori u ženskom rodu i mi ih tako oslovljavamo), obraća mi se govoreći da je čula za mene i za testiranje koje se te večeri radi na

terenu. Zato je i došla malo ranije. Govori o strahu od testiranja i igle. Ja predlažem da o tome popričamo u kombiju i ona odmah pristaje.

Anastazija je u kombiju otvorena za razgovor. Počinje priču o svom poslu, o zatvoru i lošim uslovima u njemu. Kaže da je veoma često hapse na ovom terenu i razmišlja da promeni mesto na kome će raditi. Ne počinjem još uvek temu o HIV-u jer ona priča o svom iskustvu u zatvoru, sa klijentima i sl. Priča je prilično konfuzna, pa joj postavljam pitanja, vidim da želi da o tome razgovaramo. Posle kratkog vremena procenjujem da Anastazija može da razume informacije i činjenice o HIV-u, uz odgovarajuća pojednostavljenja u razgovoru..

Njena priča je potresna, puna nasilja, brutalnosti: govori o brutalnom odnosu policije, uvredama, iskustvu u zatvoru (silovanje), seksualnom odnosu sa životinjama na koji je pre više godina bila primorana jer je lakomisleno otišla na poziv klijenta. Priča s neprirodnom lakoćom, kao da prepričava sadržaj monotone TV serije. Osećam nelagodu i nakratko, dilemu koliko treba da pitam ili pustim razgovor. Ipak, pitam je da li je nekada o tome razgovarala sa nekim, da li je prijavila te ljude. Nije, jer je tada radila sa makroom, nije smela. Jedino je kasnije o tome razgovarala sa sadašnjim partnerom, mladićem koji ima 26 godine, mlađi je od nje 17 godina, s njim živi godinu dana. Zadovoljna je vezom, zaljubljena je u njega. Misli da to tako mora da se događa ljudima koji, kao ona, rade na ulici. Kaže da su i druge devojke imale slična, ružna iskustva s klijentima, makroima. Ona radi sama i zato postoji veća opasnost da je sada klijenti maltretiraju.

Kaže da je veoma nervozna poslednjih dana, prima hormonsku terapiju već tri godine, sada ponovo nešto jaču i misli da se od nje loše oseća. Grudi je ugradila uz pomoć imućne drugarice (koja je poznata, javna je ličnost), koja je promenila pol i koja njoj i još nekima pomaže novčano da plate tu hirušku intervenciju. Pomogla je *I jednom mladiću u Bosni što je oboleo od side!*

Taj trenutak koristim da je pitam šta zna o sidi, HIV-u, ima li nešto da me pita i kažem da bih nakon razgovora o tome mogla da odluči da li želi da se testira. Opet kaže, sada već manje odlučno, da se boji i rezultata, a i samog vađenja krvi.

Pitam je da li „radi“ s kondomom. Odgovor me je iznenadio:

- *Bojim se side, zbog silovanja, inače ja radim na falš, nemam od čega da dobijem sidu.* Iznenadila sam se do tada nisam čula za rad „na falš“ u

prvi mah nisam shvatila šta to tačno znači i to sam joj rekla. Ona mi je detaljno objasnila da ona polni organ sakrije (steznikom se obavije niže od struka) i da simulira seksualni odnos kao da je žena... Njeni klijenti „ne znaju da ona nije prava žena.“

Rekla sam:

- *Dobro, to je onda zaista zaštita od side. Tako se svakako ne može dobiti ... A šta je sa oralnim seksom?*

Ne koristi kondom, mada je čula, ali nije sigurna da se tako može dobiti sida.

Pošto pokazuje intresovanje, na jednostavan način iznosim informacije o virusu, razlici između HIV-a i side, načinu prenošenja virusa. Razume jer postavlja pitanja i učestvuje u razgovoru:

- *Da, znam, ove što koriste iglu, one mogu da dobiju, ja ništa ne uzimam, bože sačuvaj...*

Pitam je tada da li koristi kondom sa svojim partnerom. Kaže da ne, on to ne bi voleo. Podsećam je da smo već razgovarale o analnom seksualnom odnosu, da je on veoma rizičan, najrizičniji... Pitam da li se on nekada testirao. Misli da nije. Pitam da li bi on, kada bi se ona testirala, možda testirao u kombiju ili u Centru. Misli da bi, zbog nje, zaljubljen je u nju, ona misli „da je vezan za nju zato što je klinac“.

Kažem da to možemo da ugovorimo, ali da bi trebalo i ona da se testira. Hoće, ona je već i mislila, kaže, i zbog tog mladića bi to htela jer, ako ona ima, dobiće i on. Kaže da nikako ne bi volela da nekog zarazi.

Razgovaramo o strahu vezanom za dobiljanje rezultata, ohrabrujem je. Kažem joj:

- *Ono što je dobro, kada se donese odluka da se testirate je što onda znate na čemu ste, zbog sebe i naravno, zbog mladića s kojim ste. Ovo je test na antitela, a to znači ... Zatim, odmah ćete dobiti taj prvi rezultat, ne morate da čekate ceo dan i budete u strahu.* Nakon objašnjavanja rezultata testa kažem joj:

... *Ako je rezultat negativan, to znači da je dobro, da nisu nađena antitela u krvi... Onda možete da pitate mladića da i on dođe, ako je i njegov rezultat dobar, onda ste sasvim sigurni. Ovako ne znate i stalno razmišljate o tome. Samo vađenje krvi je veoma jednostavno...*

Pita me da li bih htela da budem tu kada vadi krv, manje bi se možda bojala (smeje se). Odgovaram potvrdno.

Anastazija se testirala. Rezultat testa je bio gotov odmah (koriste se brzi testovi) i bio je negativan.

### Savetovanje posle testiranja

Posle ulaska u kombi i informisanja o rezultatu, vidno se oraspoložila. Rekla mi je da je bila jako zabrinuta zbog „onog silovanja i drugih stvari“. Pitala sam je da li se te „druge stvari odnose na njen seksualni život. Odgovorila je potvrdno. Naime, kada je bila dečak, veoma mlad, imala je s muškarcima nezaštićene odnose, sve dok nije odlučila da postane devojka. Kao mala se još „gore“ (misli na Vojvodinu, odatle je poreklom) predstavljala kao „Dragana“ i zbog toga su njene roditelje pozivali u školu. Kaže mi tada spontano:

*- Ja se u stvari zovem... ali, uvek sam volela da budem Dragana. Ali, drugarice su je prozvale Anastazija i tako je ostalo... Tako je vrlo rano imala seksualne partnere i menjala je često partnere, pa se i zbog toga bojala. Dalje, nastavlja:*

*- Sada se ne bojim, radim uvek „na falš“, ali oralno ne, to moram u originalu...*

Vraćamo se na temu testiranja njenog partnera.

Ugovaramo susret s njenim mladićem. *Videćemo da li će uspeti, mi izlazimo na teren ...*, kažem ja.

Anastazijin partner se, takođe, testirao u kombiju nakon dve nedelje. Rezultat testa je bio negativan.

Anastazija je zahtevala da se opet testira posle mesec dana. Kada sam je pitala da li se nešto dogodilo, što bi sada moglo da bude rizično, nasmejala se i rekla: *Rekla sam ti kako ja radim. Ali, oral, to nikako ne mogu.*

### Komentar

Savetovanje na terenu nosi sa sobom brojne izazove. Pored podrške za klijentkinju koja je želela da podeli svoja traumatska iskustva, ohrabrenja i podrške tokom samog testiranja, važno je pružiti pomoć i podršku u razumevanju i proceni rizičnog ponašanja. Posebno iza-

zovno za rad na terenu je i pravljenje plana za smanjenje rizika, što je u slučaju seksualnog rada na ulici često van kontrole naših klijenata. Uz izgrađeni dobar savetnički odnos, iako u teškoj situaciji, klijenti se mogu osnažiti da aktivno razmišljaju i rade na zaštiti i unapređenju sopstvenog zdravlja.

## STRANICE KOJE SMO REZERVISALI ZA NAŠE KLIJENTE

Sledeće stranice rezervisali smo za jedan broj tekstova i zapisa naših klijenata zbog kojih danas postojimo. Zahvaljujemo se svima koji su učestvovali u pisanju tekstova. Smatramo da je lični pečat koji su svojim tekstovima dali ovoj knjizi **njena najveća vrednost**.

Veliki doprinos u konačnom izboru tekstova i pomoć u prikupljanju zapisa koji slede pružio je tim mladih ljudi iz Studentskog mobilnog tima, koji volontiraju u Centru za prevenciju side i PPI u Studentskoj poliklinici.

### PRVA PRIČA

*Marko je prvi put došao u naš centar početkom 2006. godine. Sa svojom savetnicom je razgovarao o rizicima koje je imao, pričao je o svojim „vezama“, rekao je da je imao dve „stalne“ devjke i jednu onako, ponekad; bio je s tom „čudnom“ devojkom povremno, pričao je o njoj... O brzom seksu koji je imao s njom, često i u toaletu... Eto, dešavalo se bez kondoma... Volela je da gleda sebe u ogledalu...*

*Marko je student. Živi sa roditeljima i sestrom. Ima kuću. Živi blizu reke. Voli da igra basket. Živi u malom stanu, u prizemlju trošne kuće. Živi jednim običnim životom.*

*Živi sa HIV-om.*

*Na momente je nalik vragolastom detetu, na momente skrhan neizmernim bolom, tužnih očiju, kao u oronulog starca. O „bremenu“ koje nosi sa svojih nepunih dvadeset godina govori:*

*„Ja sam jedan od mnogih koji nisu verovali da im se nešto ružno ili jako, baš jako loše može u životu desiti, a najmanje sida! Ma kakva sida u dvadesetoj godini života?! Ali?!“*

*Strašno sam se prevario.*

*Saznao sam da sam HIV pozitivan pre šest meseci i dugo nisam mogao da prihvatim da je to tačno. Ponavljao sam danima - Ne, to nije moguće, to nije istina! Ja nisam ni narkoman, i ne znam šta... Imao sam samo*

*tri devjke u životu. Pa da li je moguće?*

*Ja želim da živim, želim da se družim, želim da se zabavljam, da izlazim, ja želim još da učim, da studiram, želim da imam devojkicu. Želim da imam porodicu!!!*

*Puno su mi pomogli roditelji. Posebno majka. Pomogli su mi da izađem iz krize, pomažu mi svakodnevno oko hiljadu i jednog problema na koje nailazim, jer pijem lekove kojih momentalno ovde kod nas (u našoj zemlji) nema. Ali, doktori kažu, uskoro mi neće trebati više ti lekovi i bolest će preći u mirnu, kako oni kažu - hroničniju fazu.*

*A moj svetnik, najdivnija žena na svetu, ima strpljenja, razumevanja, topline, snage i volje da mi odgovori na svako moje pitanje, na sve moje brige i pomogne mi da se uspravim kad god pokleknem. Dovoljno je da samo malo porazgovaramo i ja sam odmah mnogo bolje.*

*Ali postoji nešto što ne mogu da rešim i što me jako muči.*

*Svakog dana se lomim da li da kažem mojim najboljim drugarima sa fakulteta da sam HIV pozitivan. Ponekad mi se čini - treba da im kažem, oni su okej, razumeće me, neće me ostaviti na cedilu, a onda desi se neka priča o sidi i priča se, na primer, o nekom pevaču, muzičaru, a neko samo ubaci „...Ma znaš onaj sidaš...“ i ja se sledim.*

*Tada mi se čini - ako bih ikome rekao - da bi me svi napustili.*

*Tek sada shvatam koliko je to strašno kada te neko zove „sidaš“. Pro-  
menio sam se. Puno vodim računa kako se obraćam ljudima i kako koga nazivam.*

*Samo mi je žao što je ovo moralo da mi se desi i da me osvesti.*

*I šta da vam kažem, sada sam se nekako pribrao, živim skoro normalno, shvatio sam - moram i MOGU dalje! Jer, ja sam tek na prvoj godini studija, i imam samo 20 godina! I kako moj savetnik iz Centra za prevenciju side u Studentskoj poliklinici kaže:... Danas se sa HIV-om živi!*

*I zaista je tako. Moja doktorica, savetnik i svi ovi ljudi iz Centra za HIV pomogli su mi DA STVARNO OSETIM DA ŽIVIM.*

## DRUGA PRIČA

*U naš centar, kao i mnogi drugi potaknuti pričom o HIV-u tokom decembra dolazi devojka...*

Dan je lep i sunčan. Sada je 10 sati, a ja sam već završila sa pre-savetovanjem i vađenjem krvi za test na HIV u laboratoriji. Savetnik mi je rekao da po rezultat dođem u 14h u Centar. Do tada, čitava večnost. Znam, nisam imala mnogo partnera. Nisam narkoman, nisam... Osećam kako mi se polako grči želudac i uznemirenost mi obuzima čitavo telo, dok se ponovo prisećam svih mogućnosti da budem inficirana. Da, ja nisam, ali šta ako je jedan od njih? Počinje da mi se odmotava u glavi čitav moj pređašnji život. Gde sam bila, sa kim sam bila, šta sam radila? Gde su bili, sa kim su bili, šta su radili? Možda je neko od njih? Dok se brzim korakom krećem ka kući jer žurim da tamo što pre stignem, poluglasom sugerišem sebi rečenicom:

”Polako, smiri se! Ne paniči unapred! Biće sve u redu! Sada ćeš stići svojoj kućici, skuvaćeš sebi kafu i o svemu dobro razmisliti! Dobro je da je mama na poslu. Bar nju da ne uznemiravam”. Autobus nikako da stigne, dugo ga čekam i gledam na sat. Prošlo je tek sat vremena. Tek sat vremena! Dok čekam autobus vidim poznato lice koje mi se osmehuje, ali ne mogu da se setim ko je to. Mozak mi je u blokadi. Pa da, to je moja koleginica s posla. Vidi da sam zbunjena i pita me da li mi je dobro i gde sam bila. Rekoh joj da mi je dobro i da sam išla da završim neki privatni posao. Osetila sam u svom glasu nervozu, a i ona sama kao da je osetila da ne želim s njom puno da razgovaram, pa sa pozdravila sa mnom i otišla. Kako vreme prolazi, moja nervoza se polako pojačava jer kako ću reći mojoj mami?” Zašto baš ja da joj upropastim život, a do sada sam se trudila da joj ga olakšam i ulepšam? Šta ću s poslom? Ma valjda se neću tako brzo razboleti. Do sada sam imala solidan imunitet. Valjda ću i sada. Pa valjda bih primetila da nešto nije u redu s mojim zdravljam u poslednje tri godine, od kako sam imala onaj rizik sa Predragom. Ali bili je samo jednom. Ma i to je dovoljno da se inficiram. Ali imala sam dobar imunitet i nikakvu ranicu”.

Ušla sam u kućicu i osetila toplinu i sigurnost. Dok sam ispijala kafu, bila sam u dilemi da li da pozovem Jovanu i da s njom sve podelim.

Ipak sam je pozvala. Kao i uvek, kada bih je pozvala za pomoć, odmah je došla. Rekla sam joj gde sam bila i šta sam radila. Osetila sam stid što sam joj to prećutala, ali i odlučila sam iznenada jer me povukao taj 1. decembar. Zamerila mi je što sam kroz sve to krenula sama i što je nisam pitala da mi bude podrška. Što bi ona od srca prihvatila jer bi ona mene sigurno pozvala. Tada sam joj se otvorila i rekla sve moje strahove i dileme. Puno je toga u meni. Strah za porodicu, posao. Sve sam to dovela u pitanje. Kako je naš razgovor odmicao i njen raciono preovladao tako je i moja tenzija i zabrinutost nestajala. U našem razgovoru došlo je vreme da pođem po rezultat. Ali sada, ne sama.

Sve je bilo nekako opušteno do ulaska u Centar. Tada moja tenzija ponovo raste. Posmatram lica ljudi koji su se tu zatekli. Svi su nekako opušteni i nasmejani. Pa valjda s razlogom. Da, s razlogom jer je moj rezultat negativan. Zapitah se: „Zašto se ja sada ne smejem od sreće kada su svi ovi ljudi nasmejani”? Jovana mi je prišla, blago me zagrlila i prošaputala: „Kako sam sada uz tebe kada je sve u redu, tako bih bila uz tebe i da je drugačije”! Samo mi je jedna misao prošla kroz glavu: „Ne smeš više nikada da ugroziš sebe, pa ni druge tebi vrlo drage ljude jer je cena previsoka”!

## OGLEDALO

*Poslednji zapis u ovom nizu je jedna sasvim obična priča, priča odavde, iz našeg komšiluka, sasvim obična priča, jedne od mnogih lepih devojaka. U trenutku kada je pisala ovaj tekst nije imala ni punih 18 godina.*

„Da... Baš tako...

Sećam se...

Sećam se, ne preterano svetle sobe sa dve fotelje i mene u tesnim cipelama, automatski sam i bez mnogo želje da uopšte pričam odgovarala na pitanja žene koja me je pitala zašto želim da se testiram. Rekla sam: „Najradije bih da me niko ništa ne pita”. Želela sam da ćutim, htela sam samo da bude što pre gotovo jer osećala sam se čudno dok smo kao nešto pričale.... A misli su mi odlutale...tamo negde do prvog ogledala, gde je sve izgledalo sasvim normalno.

Tamna kosa. Dugi nokti. Nova suknja.

Kao da nisam celu noc bila u provodu. Jos uvek čujem basove kako odzvanjaju u mojim ušima. Jos uvek vidim Marka kako igra preko puta mene.

Pice u čaši, čaša u njegovoj ruci... Sve je savršeno. Mrak. Dim. Njegova ruka na mom struku. Igramo...

Sasvim je normalno u ogledalu. Bela majica. I jedan trag muške ruke na njoj. On mi je sve blize. Osećam njegove prste, topao dah na vratu... Vidim, on pokreće usne... Ništa ga ne čujem. Časa mi prilazi, vidim providno žuto u njoj. Hladno staklo na mojim usnama, jos hladniji otrov klizi niz jezik. Tako je sve savršeno. Njegov dlan sklanja čašu od mene. Njegove usne zamenjuju čašu.

Sasvim je normalno u ogledalu. Plave oči. Crveni karmin. Malo razmazan. Kao da ga nisam petnaest puta popravljala u WC-u. Oblizujem usne. Sijaju se. Popravljam frizuru. Uvlačim stomak. Krećem se ka izlazu iz WC-a. Neko upada unutra...

Sasvim je normalno u ovom ogledalu. Malo pocepana čarapa.

U WC-u sam s Nenadom. Padaju njegove oči. Padaju, padaju po meni. Ne, nemam želju da ih sklonim, nije mi neprijatno, ne smetaju mi njegove oči. Osmeh na mom licu. Izlazim iz WC-a. S njegovim očima ispod mojih leđa.

Sasvim je normalno u ogledalu. Rupa na čarapi je malo veća. Nenadove oči su svuda po mojoj odeći. Ali ko mari za to.

Opet igramo, jos jedna čaša, pa još jedna, i još jedna... I još jedna... Gledam kroz staklenu čašu. Vidim Kostu kod šanka. On je tako nezainteresovan. Njega niko i ništa ne zanima... Prilazim mu.

Sasvim je normalno u ogledalu. Debelo, crno ispod očiju. Ali šta fali tome.

Kosta ćuti, ali ja znam šta on želi. Čitam njegove misli, i on čita moje. Sedi. I ja sedim. Valjda.

U ovom ogledalu je... Sve sasvim normalno. Moj karmin... Evo ga i na rukavu. I malo na levom obrazu...

Jos jedno piće. Kelner ga donosi. I on ima oči. I njegove oči padaju. Njegove oči padaju na moj zlatni krstić koji visi na dugom lančiću. Jao, zapao mi je malo u majicu... Nisam ni primetila. Kakav čudan čovek...

Mora da je religiozan.

Sasvim je sve normalno... U ovom ogledalu. Pocepane čarape. Slomljena štikla. Pukao mi je nokat.

Još pića. Još. Kako se ludo provodim. Svi su oko mene... Vidim, svuda oko mene vidim Marka, i Nenada, i Kostu... I opet Marka, i opet Nenada, i opet... Kako se beše zove...

E, ovo ogledalo... Je skroz normalno. Imam malo ispucale nokte, i rupa na čarapama je tako velika, i kosa mi je malo čupava, ali sve je normalno...

Ulica. Kiša. Mrak. Kola me izbacuju. Gas. Škripa. Točkovi. Blato. Ulica. Kiša...

Nije mi hladno... Gde je moj stan?

Nije mi hladno. Moj džep. Tražim ključ. Gde je? Moja ruka u džepu. Maramica, žvake, kondom... Dođavola, opet sam zaboravila da sam ga ponela...Ah, da. Evo ključeva.

Sve je normalno u ovom ogledalu. Popucali kapilari u očima, krvava nepca u ustima, maramica u džepu, suze u maramici, bol u grudima, prazno u glavi...

HIV u meni.

Sve je normalno.

U ovom ogledalu”.

## STRANICE KOJE SMO REZERVISALI ZA NAŠE SARADNIKE

Važnu ulogu u razvoju službe savetovanja i testiranja su imali i naši saradnici i partneri iz drugih organizacija. Njihova podrška i aktivna uključenost u promociju našeg rada bila je i ostala od neprocenjive važnosti za razvoj specifičnog modela savetovanja i testiranja na HIV.

**Iz ugla UNICEF-a: Kako i zašto je Centar za sidu i PPI postao primer dobre prakse u zemlji i regionu**

### JELENA ZAJEGANOVIĆ-JAKOVLJEVIĆ

Koordinatorica programa za mlade  
Kancelarija UNICEF-a u Beogradu

Pre skoro pet godina, tačnije sredinom 2002. godine kada su UNICEF i Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata Beograda u partnerstvu sa Institutom za zaštitu zdravlja Srbije započeli program unapređenja kvaliteta rada i dostupnosti službi za dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje na HIV (DPST), mnoga savetovašta za sidu obavljala su testiranje na HIV bez adekvatnog pre and post test savetovanja. Institucije u kojima se obavljalo testiranje na HIV vodile su razgovor s klijentom prvenstveno u cilju prikupljanja osnovnih epidemioloških podataka i njihove dalje obrade, a savetovanje ukoliko se obavljalo, bilo je zasnovano na iskustvu, empatiji i entuzijazmu savetnika pre nego internacionalnim protokolima. Ovakvo saznanje dalo je dodatani podstrek UNICEF-u za organizovanje brojnih internacionalnih i nacionalnih edukacija na temu DPST-a a Zavodu za zdravstvenu zaštitu studenata Beograda potvrdilo potrebu za osnivanjem Centra za sidu i PPI u okviru svoje institucije. Od tada je Centar za mnoge, a i za UNICEF predstavljao instituciju u kojoj se ugradnjom preporuka internacionalnih vodiča, znanja i veština dobijenih u zemlji i inostranstvu, a prvenstveno iskustvom stečenim kroz svakodnevno savetovanje i testiranje na HIV gradi kvalitet DPST-a u Srbiji.

Iako je okidač ovom procesu bilo organizovanje UNICEF-ovog prvog treninga sa internacionalnim učešćem, partnerstvo ostvareno između

Zavoda za zdravstvenu zaštitu studenata Beograda i Međunarodne mreže pomoći IAN u realizaciji rada Centra, kao i višegodišnja stručna podrška CAFOD-a, odnosno trenera Jima Simmonsa presudni su za dostizanje nivoa rada kakav je danas u Centru.

Stručnost, posvećenost i kontinuirano usavršavanje postojećih i novih savetnika i procedura samog Centra, široka saradnja sa vladinim i nevladinim sektorom, medijima, a posebno samim klijentima, jasni ciljevi koje je Centar sebi postavio i odlična organizacija koja uključuje sistematično praćenje i evaluaciju od strane savetnika i korisnika i redovne supervizije komponente su kvaliteta koje zavređuju posebnu pažnju.

Nekoliko dodatnih rezultata rada Centra, koje smatram najzaslužnijim za povećanje dostupnosti zdravstvene zaštite, specifično DPST-a deci i mladima, želim posebno da istaknem.

Još od samog formiranja Centar je prepoznao veoma važnu ulogu rada na terenu koji je rezultirao kako u povećanoj dostupnosti usluge, tako i njenoj većoj prijemčivosti za mlade, koji predstavljaju dominantnu ciljnu grupu Centra. Ova vrsta rada obuhvatila je u početku organizovanje večernjeg i noćnog savetovanja u studentskim domovima, uz izrazitu medijsku promociju, što je značajno povećalo obuhvat savetovanjem i testiranjem studentske populacije u riziku, ali je dodatan pomak trebalo da bude urađen da bi u Centar počeli da dolaze mladi u posebnom riziku za HIV, odnosno najvulnerabilniji mladi. I za to je Centar imao sluha, te je prvo uvedena mogućnost anonimnog testiranja, zatim organizovana i edukovana grupa mladih vršnjačkih edukatora, koja je započela pružanje informacija o HIV-u i testiranju telefonom, ali kao najznačajnije uspostavljena je tesnija veza i izvedene zajedničke obuke savetnika i organizacija koje rade s posebno osetljivim grupama mladih, uz puno učešće samih vulnerabilnih mladih. Prvo su počeli da dolaze mladi homoseksualne orijentacije, zatim mladi koji se prodaju seksualne usluge, pa intravenski zavisnici. Informacija o kvalitetnoj usluzi pruženoj jednoj mladoj osobi iz „grupe” širila se i neretko, mladi su dolazili s prijateljima, kolegama, partnerima sa zahtevom da i oni provere svoj HIV status.

Spremnost Centra da se suoči sa svim izazovima koje nosi vulnerabilnost mladih i sve češći dolazak mladih ispod 18 godina treba posebno biti nagrađena. Suočeni sa nedovoljno jasnom zakonskom regu-



lativom, i praktično nepostojećom organizacijom zaštitne mreže referentnih ustanova Centar je morao doneti sopstevne protokole koji će poštovati prava deteta na punu i kvalitetnu zdravstvenu uslugu, pa i u vezi HIV infekcije. U tome značajnu pomoć pružile su konsultacije sa stručnjacima iz inostranstva, te dokumenta i skupovi koje su organizovali SZO, UNICEF i UNFPA. Rešenja, protokoli i priručnici koje je izradio Centar bili su osnova za izradu Nacionalnih vodiča i protokola u toj oblasti.

Najintenzivnije partnerstvo UNICEF-a i Centra ogleda se u programima koji su omogućili da savetovanje dobije svoju punu formu i postane sastavni deo svakog obavljenog testiranja na HIV širom Srbije, ali i da bude prepoznato kao jedna od ključnih strategija u prevenciji HIV infekcije i preporučiti se, u prilagođenom obliku, u svim službama koje su usmerene na HIV ili oblasti tesno povezane sa HIV-om (npr. reproduktivno zdravlje, bolesti zavisnosti itd). Preuzevši ulogu Trening centra za DPST, Centar je izgradio kapacitete stručnjaka u skoro svakoj instituciji i organizaciji koje se bave zdravljem dece i mladih u Srbiji. Ovim programom mladim osobama omogućeno je da prave, tačne i korisne informacije, savet i podršku u vezi HIV infekcije dobiju na mnogo više mesta i to kako u specijalizovanim savetovalištim za DPST u okviru Zavoda za zaštitu zdravlja (gde se mogu i testirati na HIV), tako i u okviru brojnih savetovališta za mlade formiranih u Domovima zdravlja u Srbiji i putem „outreach” i drugih aktivnosti relevantnih nevladinih organizacija. DPST je i u našoj zemlji, prema preporukama SZO, prepoznat kao jedna od osnovnih komponenti multidisciplinarnih zdravstvenih službi za mlade čije razvijanje predstavlja cilj nedavno usvojene Strategije za razvoj i zdravlje mladih u Republici Srbiji.

Danas je Centar primer dobre prakse kako u našoj zemlji tako i u regionu. UN agencije, prvenstveno UNICEF i UNFPA uvrstile su Centar na listu preporučenih studijskih putovanja. Centar predstavlja primer dobre prakse kako za DPST tako i za mogućnost institucionalizacije ovakve službe, primer službe koja u najvećoj meri zadovoljava kriterijume službe po meri mladih, primer tesne saradnje vladinog i ne-vladinog sektora i posebno premer službe koja je značajno povećala dostupnost kvalitetnog DPST-a najosetljivijim grupama mladih.

Zadovoljstvo je i ponos biti saradnik Centra.

## CENTAR ZA PREVENCIJU SIDE I PPI

**MARIJA RAKOVIĆ**, United Nations Office on Drugs and Crime

Da je Centar za prevenciju side i polnopenosivih infekcija jedno od retkih institucija gde se poštuje princip dobrovoljnog i poverljivog savetovanja i testiranja na HIV, znala sam još 2002. godine kada je u septembru počeo da radi. Koordinator centra, kao i osoblje zaposleno u istom, a sve pod okriljem Studentske poliklinike u Beogradu, bila je dovoljna garancija uspešnog rada. Početkom 2004. godine, Centar je u saradnji sa nevladinom organizacijom IAN (Međunarodna mreža pomoći) iz Beograda i CAFOD-om iz Londona pokrenuo zajednički projekat DPST-a i time otpočeo saradnju institucija i nevladinih organizacija u čitavoj zemlji.

Sticajem okolnosti, u leto 2005. tokom dve nedelje imala sam priliku da volontiram u centru kao jedan od savetnika za DPST (posle završenog DPST treninga, u organizaciji IAN-a i Centra) i uverim se u način rada i poštovanje principa dobrovoljnog i poverljivog savetovanja i testiranja. Nasmejani savetnici, lepo uređene prostorije, više su podsećali na kućnu atmosferu, nego na centar gde ljudi dolaze da provere svoj HIV status i saznaju nešto više o HIV infekciji. Na početku zabrinuti i uplašeni, klijenti su izlazili s olakšanjem, zadovoljni da su imali s kim da podele svoju brigu, čuju informacije o HIV-u od stručnih ljudi, ali kazane razumljivim jezikom, bez zastrašivanja, uz neobavezan i prijateljski razgovor uz poštovanje POVERLJIVOSTI svakog klijenta. Centar za razliku od mnogih institucija poštuje i princip DOSTUPNOSTI pa je radno vreme Centra od 8 do 17 sati prilagođeno studentima, đacima i zaposlenima, a svakog petka organizuje se i noćno testiranje.

Za kratko vreme Centar je postao ne samo dobar primer DPST-a u Srbiji i regionu, već su taj isti model preuzele i zemlje Bliskoistočnog regiona, kao primer dobre prakse.

Nadam se da će centar i dalje nastaviti svoj uspešan rad i promociju DPST-a, kako u zemlji, tako i u regionu. A meni ostaje da budem ponosna što sam makar nakratko bila deo tima koji je uneo velike pomake u oblasti HIV/side u Srbiji.

## O CENTRU OD CAZASA

**VLADAN GOLUBOVIĆ**, savetnik i koordinator

Društvo za borbu protiv side Crne Gore - CAZAS i Međunarodna mreža pomoći - IAN kao dvije nevladine organizacije sarađuju od početka 2005. godine na implementaciji programa VCT (dobrovoljnog povjerljivog savjetovanja i testiranja na HIV - DPST).

Zahvaljujući iskustvu u razvoju modela dobre prakse DPST koji su IAN i Studentska poliklinika iz Beograda razvijali prije toga, CAZAS je imao „recepte“ kako da istu praksu razvija u Crnoj Gori i pozvao IAN i Studentsku polikliniku da u tom razvoju pomognu. Tokom 2005. i 2006. godine realizovano je nekoliko osnovnih i naprednih treninga za savetnike za DPST koje je organizovao CAZAS, a u čijoj uspješnoj organizaciji i realizaciji su značajan doprinos dali IAN i Studentska poliklinika. Upravo zahvaljujući IAN-u i Studentskoj poliklinici, CAZAS i Institut za javno zdravlje iz Crne Gore dobili su prve savjetnike za DPST i otpočeli proces razvoja DPST.

Savjetovalište za DPST je otvoreno 11. jula 2005. godine i u njemu rade tri savetnika - dva iz Instituta za javno zdravlje i jedan iz CAZAS-a.

Stalna edukacija je nastavljena i posle toga i tokom 2005. godine realizovana su tri treninga za volontere CAZAS-a i zdravstvene radnike koji će raditi u Savjetovalištu, a treninge su održali savjetnici iz IAN-a i Studentske poliklinike. Takođe, na jesen iste godine, po prvi put je organizovana supervizija koja je nastavljena i nakon toga - grupna i individualna. Ova prva godina naše zajedničke saradnje je bila izuzetno uspješna i produktivna, a zajednički cilj i interes bio je da saradnju u 2006. godini još više produbimo i pojačamo, kako bismo na taj način imali što bolje i jasnije rezultate.

Iskustva koja smo dobili od IAN-a i Studentske poliklinike bila su od velike koristi, posebno supervizija koja se na ovaj način po prvi put organizuje za savetnike. Imao sam priliku da se uvjerim koliko mi supervizija pomaže da bolje razumem sebe, svoj način rada i klijente, kao i kako da unapredim svoje vještine savjetovanja.

Kao dvije nevladine organizacije koje su radile po istom modelu u razvoju DPST prakse, zajedno s našim partnerima - državnim institu-

cijama (Studentska poliklinika iz Beograda i Institut za javno zdravlje iz Podgorice), napravili smo Vodič za dobru praksu DPST, koji je u Srbiji usvojen na Republičkoj komisiji za HIV, a u Crnoj Gori još uvek čeka na usvojenje.

Ovaj projekat je imao veliki i značajan uticaj na dalje jačanje i širenje DPST programa i u Srbiji i u Crnoj Gori. DPST nastavlja da se razvija u Crnoj Gori. I ove godine je realizovano niz treninga za savjetnike za DPST i nekoliko supervizija njihovog rada.

Sve u svemu, saradnju IAN-a i CAZAS-a smatramo i ocjenjujemo veoma uspješnom, konstruktivnom i efikasnom. Mislimo da je ovakav vid saradnje jedan od najboljih primjera saradnje između dvije NVO, i najbolja preporuke i ostalim NVO koje rade na polju prevencije HIV/AIDS-a da se samo udruženim naporima može doći do opipljivih rezultata i pozitivnih promjena u zdravstvenim sistemima u obje države.

## SAVETOVANJE I TESTIRANJE NA HIV U CENTRU ZA PREVENCIJU SIDE I PPI

**SILVIA KOSO**, savetnica za zdravlje,  
kanadska Agencija za međunarodnu saradnju CIDA

Od nastanka Centra za prevenciju side i PPI imala sam čast i zadovoljstvo da saradujem sa osobama iz centra i pratim njihov. Postoji nekoliko razloga zašto mislim da je centar primer dobre, ako ne i najbolje prakse u oblasti kojom se bavi i zašto služi kao uzor sličnim centrima u zemlji i svetu:

- Saradnja državne institucije i NVO sektora. Formalizovana i standardizovana saradnja stručnih osoba iz Studentske poliklinike i NVO IAN u sprovođenju savetovanja i testiranja, terenski rad NVO JAZAS i Poliklinike sa osobama koje se bave seksualnim radom, te pružanje informacija putem telefona mladih iz mobilnog tima JAZAS-a - sve ove aktivnosti omogućavaju dospevanje do velikog broja osoba i bolju promociju centra među onim kojima su usluge centra najpotrebnije.
- Izlaženje u susret potrebama klijenata. Vrata Centra otvorena su za sve. Svaki klijent i klijentkinja dobijaju ljubaznost i poštovanje, iskrenu podršku i stručnu uslugu. Prijatna atmosfera, radno vreme prilagođeno potrebama klijenata i mogućnost dobijanja usluge bez beleženja ličnih podataka klijenata doprinose da se klijenti osećaju bezbedno i da veruju u pruženu informaciju i uslugu.
- Standardizovana procedura. Protokol i smernice za rad u centru, kodeks ponašanja, uključujući zaštitu podataka klijenata - mehanizmi su koje poštuju svi koji rade u centru. Ovi mehanizmi obezbeđuju kvalitet usluge, tačnost rezultata i zadovoljstvo klijenata.
- Stalno unapređivanje službe. Od nastanka do danas, stručne osobe i rukovodstvo centra prate najnovija dostignuća u svetu u oblasti kojom se bave i ugrađuju ih u rad centra - kako u smislu organizacije službe, unapređenja protokola rada, tako i obuke stručnih osoba i volontera koji rade u centru. Stručne osobe iz Centra učestvuju u kreiranju nacionalnih strategija i standarda u oblasti kojom se bave i prednjače u njihovoj implementaciji. Sa stalnom željom za učenjem i usavršavanjem, stručne osobe u Centru imaju redovne interne i eksterne supervizijske sastanke, gde dopunjuju svoje iskustvo i izoštravaju veštine.

Svi gore navedeni razlozi doprinose da je Centar poznat po dobru među mladima, radnom populacijom, posebno osetljivim populacijama i građanstvom uopšte, i van grada u kojem se nalazi. Saznanje da će biti dočekani s poštovanjem i razumevanjem, da će dobiti precizne odgovore na pitanja i savete kako da zaštite svoje zdravlje i zdravlje sebi dragih osoba, doprinosi njihovom bezbednijem i zdravijem ponašanju. Samim tim, zajednički naponi državnog i NVO sektora u prevenciji i podršci klijentima su uspešniji.

Umesto zaključka na kraju knjige, trener i supervizor Jim Simmons podelio je s nama iskustva o svom sadašnjem radu i načinu na koji je model saradnje nevladine organizacije IAN i vladine institucije ZZZZS „preneo“ u drugi deo sveta.

## EPIDEMIJA BEZ LICA

### JIM SIMMONS

Nedavno sam proveo neko vreme u Kini, razmatrajući situaciju povezanu sa HIV-om i sidom u ovoj ogromnoj zemlji. Tokom 2004. UN su izvestile da je zvanično registrovano 840.000 slučajeva infekcije virusom koji izaziva sidu u populaciji od 1,3 milijardi ljudi. Veruje se da postoji mnogo više inficiranih nego što pokazuju zvanični podaci. U proteklih pet godina zabeležen je porast od 30 odsto u nelegalnom intravenskom korišćenju droga, zavisnosti koja je u tako mnogo drugih zemalja često nađena među mladim ljudima i koja se često održava ulaskom u seks-industriju. U skorijem izveštaju UNAIDS-a, procenjeno je da može biti 10 do 20 miliona slučajeva HIV infekcije u Kini. To je rastuća epidemija, koja nije tako očigledna u tako velikoj populaciji; još uvek nema svoje lice. Vlada Kine je postavila kao zvaničan cilj da zadrži broj infekcija na 1,5 miliona do 2010. godine.

CAFOD, organizacija u kojoj radim, odlučila je da ove godine krene da radi u Kini. U početku, davali smo svoj doprinos radu malom socijalnom centru koji je podržavala crkva iz Šangaja. U radu ovog socijanog centra postoje četiri glavna elementa: medicinska pomoć na terenu, program obučavanja za posao za mlade, snabdevanje hranom za seoska područja pogođena nepogodama i HIV inicijativu. U ovom poslednjem će CAFOD aktivno pomagati kroz obezbeđivanje treninga u narednih 30 meseci. Veoma blizu socijanog centra smeštena je vladina institucija Centar za kontrolu bolesti. Centar za kontrolu bolesti nudi testiranje na HIV lokalnom stanovništvu, ali ne pruža savetovanje pre i posle testiranja. Centri za kontrolu bolesti su jedina mesta koje je vlada zvanično ovlasila i gde se može obaviti testiranje na HIV. Tokom moje poslednje posete Šangaju, sastao sam se sa osobljem Centra za kontrolu bolesti i oni su pozdravili mogućnost da rade zajednički sa Socijanim centrom i mogućnost treninga u savetovanju pre i posle testiranja. Za zemlju kao što je Kina mogućnost

zajedničkog rada jedne vladine klinike i lokalnog socijanog centra koji podržava crkva je veliki korak napred.

Razgovarajući s različitim osobama u Šangaju, živo sam se sećao vremena provedenog u Beogradu s kolegama iz Zavoda za zdravstvenu zaštitu studenata. Nekoliko godina ranije, radeći sa osobljem iz Međunarodne mreže pomoći (IAN) iz Srbije, zajednički smo tragali za mogućnošću da postavimo program Dobrovoljnog savetovanja i testiranja na HIV u Beogradu, i ispitivali mogućnost saradnje s vladinim zdravstvenim institucijama. U to vreme, ova inicijativa nam je delovala pomalo nerealistično; vladine organizacije nisu bile ohrabrivane da rade s nevladinim. Ipak, osoblje Zavoda za zdravstvenu zaštitu studenata, kao vladina institucija, napravila je hrabar korak i pozdravila ideju zajedničkog rada sa IAN-om u osnivanju, prvi put u Srbiji, programa koji pruža kliničko savetovanje pre i posle HIV testiranja. Program je bio usmeren, između ostalog, na mlade ljude za koje je postojalo uverenje da su osetljiviji na HIV zbog povećanja prevalence intravenskog korišćenja droge.

Tokom naredne tri godine, trening radionice u pre i post test savetovanju organizovane su u Beogradu za osoblje Zavoda za zdravstvenu zaštitu studenata i osoblje IAN-a koji su sada radili zajedno u Zavodu na programu dobrovoljnog savetovanja i testiranja. Supervizija osoblja, kao grupe i individualno, takođe se bila redovno organizovana u istom periodu. Broj ljudi koji je dolazio u Centar za savetovanje i testiranje na HIV pri Zavodu značajno je povećao i ovaj trend se nastavio i tokom sledeće dve godine. Centar sada organizuje program na terenu da bi dopreo do mladih koji su uključeni u seks-industriju i koji su često na drogama.

Puno sam naučio od svojih kolega iz Beograda tokom poslednjih godina kroz zajednički rad u razvoju programa dobrovoljnog savetovanja i testiranja i obezbeđivanju redovne podrške i supervizije osoblja. Uveren sam da ću uspeti da prenesem dobar deo naučenog na budući trening osoblja u Šangaju.

Drago mi je da sam mogao da doprinesem sadržaju ove knjige i osećam se veoma privilegovano da sam to i uradio. Kao i uvek, želim svojim kolegama sve najbolje u njihovom vitalnom važnom poslu u Beogradu.

## SAVETOVANJE I HIV TESTIRANJE

*Izdavač*

IAN, Međunarodna mreža pomoći

*Direktor*

Goran Knežević

*Autori*

Nataša Cvetković, Violeta Anđelković,

Mila Paunić, Dragan Ilić

*Dizajn*

Best Assist d.o.o. Beograd

*Prelom*

Best Assist d.o.o. Beograd

Obim: 152 strana

Tiraž: 1.100 kom.

CIP – Каталогизacija y публикацији  
Народна библиотека Србије, Београд

---

616.98 : 578.828(082)

364.692 : [ 616.98 : 578.828(082)

SAVETOVANJE I HIV TESTIRANJE: Dobra praksa u dobrovoljnom savetovanju i HIV testiranju / urednici Nataša Cvetković Jović ... [ et al . ] . – Beograd : IAN Međunarodna mreža pomoći , 2007 (Beograd : Bobo) . – 115 str. : ilustr. ; 24 cm

Tiraž 1.100. - Napomene uz tekst . – Bibliografija uz pojedine radove .

ISBN 978-86-83595-16-7

1. Cvetković Jović , Nataša a) Sida – Sprečavanje – Zbornici

---

COBISS . SR – ID 137824268