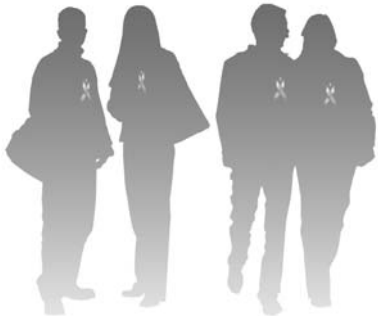
Водич за рад на терену

како приближити превенцију ХИВ-а рањивим групама

Подршка
у борби против ХИВ/АИДС-а

ВОДИЧ ЗА РАД НА ТЕРЕНУ



ВОДИЧ ЗА РАД НА ТЕРЕНУ
како приближити превенцију ХИВ-а рањивим групама

Уредница
Проф. др Викторија Цуцић

Аутори
Небојша Барачков, НВО „Превент“
Владимир Вељковић, НВО „Сигуран пулс младих“
Даниел Мешковић, НВО „Сигуран пулс младих“
Нада Мићић, Удружење особа угрожених ХИВ–ом „Q–Клуб“
Ненад Петковић, Удружење особа угрожених ХИВ–ом „Q–Клуб“
Татјана Стаматовић, НВО „Веза“
Драган Стаменовић, НВО „Веза“
Проф. др Викторија Цуцић, НВО „ЈАЗАС“

Издавач
Пројекат Министарства здравља Републике Србије
„Јачање националног одговора на ХИВ/сиду
децентрализацијом кључних здравствених услуга“
који финансира Глобални фонд за борбу против сиде, туберкулозе и маларије

За издавача
Катарина Митић,
директорка пројекта „Јачање националног одговора на ХИВ/сиду
децентрализацијом кључних здравствених услуга“

Овај водич израђен је у сарадњи с Комисијом за борбу против ХИВ–а Владе Републике Србије

ВОДИЧ ЗА РАД НА ТЕРЕНУ

како приближити превенцију ХИВ-а рањивим групама

Београд, 2010.

САДРЖАЈ

ОПШТИ ДЕО

Викторија Цуцић: РАД НА ТЕРЕНУ (АУТРИЧ) – општи појмови 009

1. Концепт 009

2. Циљеви рада на терену у превенцији ХИВ–а 014

3. Фазе рада на терену 021

4. Ко је радник на терену (аутрич радник)? 025

ПОСЕБАН ДЕО

Викторија Цуцић: РАД НА ТЕРЕНУ (АУТРИЧ) И КОМЕРЦИЈАЛНЕ СЕКСУАЛНЕ РАДНИЦЕ/РАДНИЦИ 039

1.1 Основни појмови у вези с проституцијом 039

1.2 Правни аспекти проституције 042

1.3 Додатне професионалне карактеристике теренског радника за рад с комерцијалним сексуалним радницама/радницима 049

1.4 „Хот спотови“ и извори података за лоцирање 058

1.5 Непосредне припреме за излазак на терен 060

1.6 Евалуација теренског (аутрич) рада 065

1.7 Етички кодекс радника на терену (аутрич радника) 066

Даниел Мешковић, Владимир Вељковић: РАД НА ТЕРЕНУ (АУТРИЧ) И МУШКАРЦИ КОЈИ ИМАЈУ СЕКСУАЛНЕ ОДНОСЕ С МУШКАРЦИМА (МСМ) 069

2.1. Основни појмови у вези с МСМ популацијом 069

2.2 МСМ популација – људска права и легислатива 077

2.3 Теоријски концепт рада на терену и активности 078

2.4 Конкретно спровођење активности у теренском раду 092

2.5 Етички кодекс теренског рада 104

2.6 Евалуација теренског рада 104

Небојша Барачков, Татјана Стаматовић, Драган Стаменовић: РАД НА ТЕРЕНУ (АУТРИЧ) У ПОПУЛАЦИЈИ ИНЈЕКТИРАЈУЋИХ КОРИСНИКА ДРОГЕ (ИКД) 107

3.1 Дефиниција групе, основни појмови и карактеристике 107

3.2 Зависност у свету и у Србији 112

3.3 Законски положај ИКД 112

3.4 Постојеће службе намењене ИКД 113

3.5 Рад на терену у популацији ИКД 116

Нада Мићић, Ненад Петковић: РАД НА ТЕРЕНУ (АУТРИЧ) С ОСОБАМА КОЈЕ ЖИВЕ С ХИВ–ом 135

4.1 Зашто је овај рад потребан 135

4.2 Кога би требало да обухвати рад на терену 138

4.3 Места за рад на терену 139

4.4 Потребе које теренски рад може да задовољи 141

4.5 Неке препоруке за организовање теренског рада с особама које живе с ХИВ–ом 143

Литература 147

ОПШТИ ДЕО

РАД НА ТЕРЕНУ (АУТРИЧ) – Општи појмови[1]

1. КОНЦЕПТ

Рад на терену (аутрич) је превентивна стратегија с дугом историјом у здравственом васпитању и промоцији здравља. Рад на терену данас је стална компонента ХИВ превентивних програма и као алтернатива и/или комплементарна традиционалним стратегијама може умногоме да допри–несе у превенцији.

Шта је рад на терену (аутрич)?

Реч „out reach" значи достићи, досегнути изван нечег, обично се мисли изван институционалних оквира. Код нас се одомаћио посрбљени страни израз (пишемо га српски, а изговарамо енглески) – вероватно зато да га издвоји од других облика рада који такође могу бити „рад на терену".

Рад на терену је значајна превентивна стратегија која обезбеђује:

- Информације и вештине повезане са здрављем и смањењем ризичног понашања које угрожава здравље;

[1] Литература коришћена у изради овог поглавља може се добити од аутора (В. Цуцић ecucic@eunet.rs)

- Одређене здравствене услуге;
- Упућивање појединаца на институције, односно популационе групе које су традиционално лоше покривене услугама званичне здравствене службе и самим тим с већим ризиком оштећења здравља. То је и популација коју, из низа разлога, није лако досегнути и која нерадо залази у институције. И ту се одомаћио страни израз, па се међу стручњацима који се баве овим активностима та популација назива „hard to reach" (тешко доступна).

Рад на терену (аутрич) као превентивна стратегија доноси информацију и савет тамо где одређена група људи ради или живи.

У Европи постоје различити називи за ову стратегију: „рад на улици", „улични социјални рад", „рад на углу улице", „мобилни тим", „теренски рад" и слично. Аутрич није појединачна активност, већ група активности које подразумевају различите приступе – од успостављања контаката до практичне инструктаже. Чини га посебним то што је радни метод базиран УНУТАР циљне групе и њене околине.

Међутим, аутрич као метод нема властиту теоријску основу и порекло који се могу приписати само једној научној дисциплини. У почетку, пре професионализације и дефинисања стандарда, описивао се као комбинација елемената различитих идеологија (моралних, романтичних, религиозних, политичких и других) допуњена снажном професионалном преданошћу. Данас, дефинисаним стандардима рада и етике, коришћењем у различитим околностима, још увек има препознатљиве корене у низу дисциплина.

Мада је познат одавно, аутрич као метод значајно је активиран појавом ХИВ епидемије, а већ постојећим дефиницијама додата је она која се посебно односи на ту област.

Тако се теренски рад или аутрич дефинише као **„активност базирана у заједници с општим циљем да допринесе очувању здравља и смањењу ризика трансмисије ХИВ-а, и то међу појединцима и групама које није лако досегнути постојећим службама и кроз традиционалне едукативне контакте"**. (Rhodes T., 1991)

Центар за контролу болести у Атланти каже да је „рад на терену, који је везан за ХИВ епидемију, дизајниран тако да достави превентивне поруке и материјале до особа које нису обухваћене традиционалним здравственим системом и да их упути на друге нивое заштите".

Традиционални модели рада у конвенционалним институционалним оквирима подразумевају довођење људи у институцију како би добили информацију, обично кроз групни или индивидуални рад. Овакав приступ има предности, али и бројне недостатке.

Најзначајнија препрека да традиционалне методе буду добро прихваћене јесте то што се циљне групе осећају као ђаци које треба подучити, а не као особе које доста знају о проблему о коме је реч, и то што се едукација одвија у дијаметрално различитим оквирима од оних који чине њихово искуство у средини у којој се ризици рађају, постоје и упражњавају. Теренски или аутрич рад информацију ставља у културални контекст, преводи је на језик припадника групе, даје јој хумано лице и последице, оно што жели да каже темељи на ономе што људи већ знају, не третира их као

слушаоце, већ као драгоцене носиоце промена. Осим тога – у институцију се улази као индивидуа, с властитим проблемима и ризицима, док аутрич доноси информацију на места где се припадници група скупљају, комуницирају, деле заједничка искуства и ризике. Досегнути људе унутар мреже коју су створили, заједничког живота који су креирали, појава које утичу на ризично понашање, велика је предност теренског или аутрич рада.

Неки историјски подаци

Аутрич се као систематски метод рада појавио после Другог светског рата и произашао је из потребе да се непосредно контактира с младима који су се нашли на маргинама друштва.

Као метод приласка и комуникације с људима аутрич се јавља још у XIX веку. Вилијам Бут (William Booth), који је радио у предграђу Лондона, организовао је 1865. године „Армију спаса", с циљем да помогне алкохоличарима који су живели и умирали на улицама. Основно начело Бутовог рада било је да се људске потребе морају задовољавати кроз љубав и солидарност, али не самарићански, већ професионално, на начин регулисан одређеним стандардима рада и понашања. Рад мисионара, патронажних сестара у здравственом систему Велике Британије, породичних лекара, па чак и свештеника и учитеља, садржао је неке елементе аутрича.

Развој тог рада може се пратити кроз историју:

- Покрета у јавном здрављу (програми ерадикације и имунизације);
- Развоја медицинских услуга за одређене болести и одређене пацијенте (туберкулоза);
- Социјалних промена и покрета ка развоју заједнице и њеног активирања;

- Здравственог васпитања и организације заједнице;
- Антипсихијатрије.

Период после Другог светског рата у Европи значајно је изменио друштво у целини, породицу, вредносне системе и начин живота. Посебно су тиме били погођени млади људи, који су на проблеме и социјалне кризе реаговали било побунама, било бекством у алкохол и дрогу. Потреба да се превентивно делује међу младима или да им се понуди непосредна помоћ на терену, где бораве, била је јасно препозната најпре у САД и у скандинавским земљама. На улицама Чикага, шездесетих година деловали су, као активисти, бивши зависници који су конзументе дроге подстицали да се укључе у неке од превентивних програма. Многе земље Западне Европе користиле су тај приступ.

Појава епидемије ХИВ–а донела је промене у раду на терену и захтевала је преиспитивање ефикасности сваког превентивног приступа и развој нових.

Рани чикашки рад на терену, модел из 1986, обогаћује се епидемиолошким приступом за упознавање „социјалног система базираног на улици" и карактеристикама циљне популације. Јавља се потреба да се у оквиру здравствено промотивних активности посебно објасни и дефинише теоријска основа рада на терену.

ХИВ епидемија оснажује развој професионализма у теренском раду и његову широку распрострањеност. У различитим земљама појављују се нове иницијативе.

Фокус се помера од особа под ризиком на приступ „harm reduction“ (смањење штете), чији је основни задатак био да умањи штету од већ насталих проблема и тако допринесе смањењу ризика преноса ХИВ–а. Рад на терену постаје важно средство да се успостави контакт међу особама с понашањем које може да повећа ризик преноса ХИВ–а.

Данас је рад на терену широко распрострањен у Европи, као значајна активност на превенцији ХИВ–а али и стратегија смањења штете. Термин има различита значења у различитим земљама. Заједнички садржај рада на терену је директна и флексибилна услуга која прати потребе клијента и грађена је на знањима из здравственог васпитања и промоције здравља. То је значајан приступ за идентификацију и приступ групама до којих је тешко доћи, идентификацију њихових потреба, перцепцију стања и позиције као и здравствених служби које махом не користе.

2. ЦИЉЕВИ РАДА НА ТЕРЕНУ У ПРЕВЕНЦИЈИ ХИВ–а

Стратегија рада на терену има за циљ да у једној заједници:

- ◊ Превенира пренос ХИВ–а унутар и изван циљне групе за коју је развијен;
- ◊ Превенира развој ХИВ–а, морбидитет и морталитет од ове болести;
- ◊ Превенира утицај инфекције на околину.

Кредо аутрича, усвојен у највећем броју пројеката и тимова који раде на терену и његов најзначајнији циљ је:

Немој да чекаш да угрожени дођу, ти иди до њих, буди сигуран да си их запазио и да су они запазили тебе.

Дакле:

– досезање оних који су недоступни традиционалним методама рада, најзначајнији је циљ овог рада.

И још:

– да се угроженој циљној групи пружи непосредна помоћ и информација како да избегне највеће ризике за добијање ХИВ–а који произлазе из начина живота, врсте посла и окружења и како да на њих реагује;

– да корисницима обезбеди неопходне услуге да би се смањио ризик, снабде их потребним превентивним средствима (кондоми, стерилни шприцеви и игле, лубриканти и слично), да их поверљиво саветује и тестира;

– да повеже чланове циљних група с другим организацијама и институцијама и пружи информације о постојећим ресурсима, где и коме могу да се обрате;

– да кроз рад у заједници створи услове за смањење маргинализације, дискриминације, различитих облика насиља;

– да обезбеди доносиоцима одлука „опипљиве“, актуелне информације, виђене очима припадника вулнерабилних групација, које су прибављене уз њихово учешће.

Врсте теренског рада

Постоје варијације у томе шта теренски рад подразумева. Оне се односе на разлике у циљним групама, улоге радника на терену, образовање радника на терену; трајање рада; место где се рад одвија; услуге које се обезбеђују; организацију или институцију која организује и спроводи рад; методе које се користе; начин евалуације и слично.

Постоје и бројне поделе и класификације рада на терену, чак и бројне терминолошке конфузије.

Вероватно је најједноставнија класификација која дели теренски рад према местима где се обавља. Та подела подразумева:

Издвојен рад – у затворима, полицијској станици, болницама, центрима за рехабилитацију. Теренски радник у оквиру неког пројекта, или из неке институције, одлази у другу институцију где се корисници налазе и тамо обавља активности.

Теренски рад на сталном месту – у оквиру одређеног пројекта или институције тиму који ради на терену обезбеђује се стално место где чека припаднике циљне групе. Таква места су комби на улици, означено место које се пригодно опреми, у близини боравка циљне групе и слично.

Улични рад даље се може гранати у поткатегорије:

- ◊ „Drop off" (остави, испусти) најједноставнији је и најмање захтеван рад, где радници прошетају и поделе едукативне материјале, кондоме и слично тамо где циљна група борави. Посете су кратке и понављају се у размацима који се сматрају довољним за редовно обнављање залиха материјала;
- ◊ Активни рад на терену је планирана, дуготрајна акција, која се не завршава једним сусретом и контактом. Теренски радник идентификује места на којима ће радити, идентификује клијенте и остварује дугу и квалитетну комуникацију с њима. У даљем тексту, рад на терену односиће се заправо само на ову врсту рада.

Теоријска основа теренског рада

Најзначајнији и најкомплекснији циљ теренског рада је да покрене на размишљање и промени понашање циљне популације.

Циљ се реализује применом различитих активности и процедура које чине теренски рад. То су: комуникација, иновација, посредовање, заговарање, учење вештина самоефикасности и самопоуздања, саветовање и слично. Свака од тих активности има теоријску основу.

Постоје и стално се евидентирају докази да добро дизајнирана и правилно циљана интервенција у оквиру теренског рада може довести до промене понашања.

Понашање се не мења тренутно, не при једном контакту, не после једне информације. Теоријска основа промене понашања налази се у транстеоретском моделу или теорији фазних промена. Разумевање тог модела важно је за рад теренског радника јер му омогућава да схвати зашто је неопходно да развије и одржава дуготрајан и квалитетан однос с припадницима ризичних циљних група. Само серија континуираних сусрета може резултирати променама понашања од ризичног ка оном које чува здравље.

Модел фазних промена

Модел је развијен и примењен деведесетих година у области одвикавања од неких облика зависности и одмах је показао да промене понашања нису тренутне, да понашање није „све или ништа", већ да се процес промена одвија у фазама. Центар за контролу болести у САД је, нешто касније, овај модел назвао транстеоретски, јер се у њему могу препознати поставке и из других модела промоције здравља.

Основне поставке модела су да промене понашања пролазе кроз низ фаза и да успех сваке следеће фазе зависи непосредно од онога што

је постигнуто у претходној. При том се идентификују пет фаза промена понашања:

Преконтемплација – особа нема никакву идеју да би требало да промени понашање. Чак и не размишља о томе или то чини „необавезно". („Ја заиста имам велики број сексуалних партнера али ми се сви међусобно познајемо.")

Контемплација – особа препознаје везу између ризичног понашања и могућности да се зарази. Размишља да би променом понашања могла смањити ризик. („Иако сам навикла на такав стил живота, то сада постаје опасно, можда би нешто у вези с тим требало урадити, мада то неће бити лако.")

Припрема – особа се спрема да промени понашање у скорој будућности. Чини неке припреме у вези с тим, али још није изменила понашање. („Е, добила сам неке кондоме, спремам се да их користим.")

Акција – особа предузима акцију како би променила понашање и има намеру да ту акцију усвоји као трајну. („Јуче сам донео одлуку, више никада нећу имати сексуалне односе без кондома.")

Одржавање – особа је успоставила одређено понашање и због тога се осећа добро, мада није сасвим сигурна колико ће моћи то да одржи, јер су притисци околине велики.

Радник на терену у контактима с појединцима, припадницима циљне популације или групама мора да рачуна на временску поступност назначених фаза, на немогућност да одреди време кад ће се прећи у следећу фазу, на стрпљење да остане и понавља поруке намењене једној фази, све док не процени да је особа спремна да пређе из једне у другу фазу.

Чак и кад се стигне до фазе акције, дакле кад је особа спремна и већ је урадила нешто да своју спремност реализује, не сме се прекидати контакт с њом, напротив, треба је стално подржавати да у томе истраје.

За сваку фазу „путовања кроз промене понашања" потребно је осмислити нове садржаје на којима ће се инсистирати, здравствено васпитне поруке, које ће се преносити и нове активности у окружењу које ће олакшати промене.

При том, све мора да се ради уз поседовање информација о појединцима, припадницима циљних популација и група. Те информације требало би да обухвате одговоре на следећа питања:

- Да ли је особа свесна негативних последица свог понашања?
- Да ли код ње постоји размишљање да промени понашање?
- Да ли је особа предузимала нешто да промени понашање, шта и с каквим резултатом?
- Који су проблеми и препреке у окружењу који отежавају особи да предузме или одржи неке промене у понашању?

Студије које се баве евалуацијом ефикасности рада на терену нису бројне, али се у њима истиче потреба да се теренски рад схвати као значајна превентивна стратегија унутар мултикомпонентног програма, а не као самостална активност.

Истиче се, такође, да је теренски рад несумњиво ефикасан у преношењу информација, повезивању популације коју је тешко досегнути с институцијама и програмима, упућивању на друге нивое помоћи, међутим, колика је ефикасност у промени понашања од ризичног ка оном које чуве здравље, још увек је тешко закључити на основу досадашњих доказа у литератури.

3. ФАЗЕ РАДА НА ТЕРЕНУ

Теренски рад, како је већ истакнуто, није једнократна активност, већ низ планираних активности које се развијају у фазама и наслањају једна на другу. Као и у фазама промене понашања, прелазак из једне фазе у другу директно зависи од резултата постигнутих у претходној фази.

Без обзира на врсту теренског рада, на циљну групацију, на садржаје који су у средишту рада, неопходно је да се он планира у организационом и комуникационом смислу. Без тога, теренски рад биће само испуњење форме, без садржаја и сврхе.

Фазе кроз које би теренски рад требало да пролази су:

◊ Идентификација и планирање;
◊ Успостављање и одржавање поверења;
◊ Развој стеченог поверења, формулисање трајнијег односа, улога, поља деловања;
◊ Процена потреба;
◊ Активности: учење, подучавање, мотивисање;
◊ Упућивање на друге нивое, враћање.

Идентификација, планирање

Идентификација подразумева:

- Јасно дефинисање циљева теренског рада: кога и шта тиме желимо да обухватимо и зашто;
- Које су карактеристике популације коју желимо да обухватимо;
- Дефинисање плана како желимо да обухватимо ту популацију и у ком обиму;
- Идентификовање „кључних особа" у заједници чија помоћ је неопходна;
- Идентификовање техника и метода које могу да се користе у развоју доброг рада на терену;
- Идентификовање других неопходних ресурса за сваку потребну, откривену ситуацију (помоћ, упућивање, реаговање у ванредним стањима, комуникација);
- Дефинисање основних правила рада (безбедност, етика, комуникација, шта се ради, шта се не ради).

Успостављање и одржавање поверења

Ова фаза у развоју и имплементацији програма подразумева низ активности при првом изласку на терен и/или при првом контакту с циљном групацијом. Обухвата прве контакте, редовно појављивање, изградњу поверења, упознавање, поделу првих едукативних материјала, средстава за превентиву, успостављање првих договора и слично.

Развој стеченог поверења, формирање трајнијег односа, улога, поља деловања

Градња поверења није тренутни процес, поверење је, на известан начин, на проби докле год траје рад. Али, први контакти су пресудни и од њих зависи даља градња односа. Припадници циљне групе у овој фази морају да препознају суштину односа и улоге теренског радника. Он је ту да донесе одговарајућа знања, вештине и превентивна средства и да помогне у формирању и доношењу одлуке која води здрављу. Припадници ризичне групе су фактори промене, а теренски радник треба у томе да им помаже. Наравно, могу се очекивати отпор, неприхватање, одбијање. Теренски радник с тим не мора да се сложи, али одлуку морају да донесу припадници циљне групе. То је њихов живот и њихово право. Инсистирање и условљавање нису начин, али јесу аргументи.

Теренски радник мора да развије слух за непосредне потребе угрожених на улици, на основу њиховог исказа, и да понуди одговор, да пружи обавештење о томе где још може да се потражи помоћ, где још могу да се реше одређени проблеми који су важни за појединца и читаву циљну групу.

Процена потреба

Процена потреба је истраживачко оруђе (збир истраживачких поступака и процедура) које се користи да би се упознала заједница или групација за коју се програм или интервенција планира. Да би рад на терену заиста био одговор на потребе и проблеме у испитиваној популацији, неопходно је, пре доношења одлуке о садржају, проценити:

- Ризичне и протективне факторе понашања на које треба утицати, степен и природу тог понашања и факторе који могу допринети редукцији ризика. То обезбеђује информацију о људима, местима и социокултуралном процесу ризика на ХИВ, али и одговоре на питања ко је вулнерабилан, који ризик је најзаступљенији, зашто, када, како, где;
- Контекстуалне факторе, односно оне који описују околину и њен утицај на људе, места и време ризичног понашања. То су и фактори одговорни за постојање, односно, непостојање појединих услуга;
- Интервенције које су постојале или постоје у заједници или групацији у којој се теренац спрема да ради, циљеви и резултати тих интервенција.

За спровођење ових активности радник на терену требало би да прође кроз додатну обуку.

Учење, подучавање, мотивисање

Процена потреба омогућава да се од општих информација, које су дистрибуиране у почетној фази рада, пређе на фокусиране, конкретне информације које произлазе из истраживања. Ово, исто тако, утиче и на избор

едукативних техника. Од информисања прелази се на изградњу вештина и мотивацију за доношење одлуке о промени понашања.

Упућивање на друге нивое

И ова активност произлази из идентификованих потреба и омогућава раднику да дефинише области у домену његовог деловања и оне за које мора да потражи помоћ изван ужег домена рада.

Одржавање односа

Фаза која подразумева трајност и постојаност у контактима, избегавање рутине, стално трагање за новим интересовањима и потребама појединаца у циљној групи и у групи као целини. Рутинско и формално спровођене активности резултирају брзим осипањем чланова групе.

4. КО ЈЕ РАДНИК НА ТЕРЕНУ (АУТРИЧ РАДНИК)?

У литератури нема дефинисаних стандарда ко може, а ко не може да буде радник на терену, али се препоручује пажљив одабир особе. Могућност да се искажу у раду подједнака је за волонтере, професионално запослене на том задатку, здравствене и социјалне раднике, особе које поседују слично искуство, тзв. „парњачки теренски радници“ (бивши наркомани, сексуални радници/це и сл.). При том је важно да:

– сви који желе да се баве теренским радом морају да поседују одређене карактеристике;
– морају да прођу добру едукацију и да буду спремни да стално уче;
– морају да поштују етичке принципе.

Карактеристике значајне за доброг радника на терену

Поред тога што добар радник на терену то постаје учењем и искуством, особа која жели да се бави тим послом треба да поседује и одређене карактеристике које ће јој помоћи да учи и ради. Најзначајније су:

Емпатија – разумевање онога што друге особе мисле или осећају. Описује се као осетљивост за осећања клијента и способност показивања осетљивости. То је покушај да се свет и живот клијента сагледају његовим очима. То није само одговор на неки захтев клијента, мада и одговор може бити емпатијски. Емпатија значи „бити са“ или „бити уз“ клијента, ићи поред њега, с њим, кроз све фазе кроз које он/она пролази у покушају да разуме себе. Емпатија је једно од најмоћнијих приступа у раду који маргинализованог клијента враћа у свет „људских бића“. Бити схваћен значи припадати.

Поштовање – препознавање достојанства и вредности људског бића и прихватање чињенице да свака индивидуа има право да донесе властите одлуке и управља својим животом.

Природност – способност особе да буде оно што јесте, без претварања, „глуме“, арогантног или одбрамбеног става.

Конкретност – способност да се клијенту омогући да схвати шта се од њега очекује, где, како, шта и колико треба да уради, измени, постигне. Само ако радник на терену има способност да пренесе поруку конкретно, разговор се неће удаљити од циља.

Отвореност – подразумева потребу да се, у неким ситуацијама, кад клијент за то покаже интересовање, открију и неке личне информације, да се с клијентом поделе лична убеђења, ставови, осећања, искуства.

Промптно реаговање на ситуацију – способност теренског радника да одмах, на лицу места, процени карактер односа који се развија између њега и клијента и да коригује тај однос ако се укаже потреба.

Преданост послу – прихватање одговорности према послу, пројекту, а посебно према клијенту и усмереност на достизање промена, без обзира на проблеме.

Дисциплинованост – понашање у складу с датим упутствима, саветима, договорима, инструкцијама.

Харизма – динамичка снага и висок квалитет комуницирања, сигурност у себе и сопствени рад, способност самоконтроле и способност да се утиче на друге.

Шта треба да зна теренски радник

Природа теренског рада, циљна група и област за коју је рад на терену планиран, одређују шта радник на терену треба да зна на нивоу информација, а шта на нивоу практичних вештина. Основна знања су неопходна за све.

Када је реч о ХИВ–у/AIDS–у и факторима ризика за ту инфекцију, без обзира с којом ће вулнерабилном групом теренски радник да комуницира, потребно је да поседује знања, ставове и вештине из следећих области:

1. Рад на процени потреба – основе истраживачког рада;
2. Основе за познавање људског понашања;
3. Познавање проблема за који је рад на терену организован;
4. Непосредан рад на терену.

1. Рад на процени потреба – основе истраживачког рада

Иако теренски рад не укључује обавезно истраживање, процена потреба је најчешће прва етапа у планирању интервенција на терену. Ова активност реализује се применом истраживачких метода и техника.

Потребно је стога располагати:
Знањима из:

- Познавања и разумевања научноистраживачке терминологије (узорак, базични подаци, квалитативна и квантитативна истраживања).

Вештинама за:

- Објашњење метода истраживања (интервју, фокус групе, структурални интервју), како би се клијент придобио да учествује у истраживањима;
- објашњење основних етичких принципа истраживања („пристанак након информисања", поверљивост и тајност истраживачких података и сл.);
- извођење семиструктурираних и структурираних интервјуа на терену;
- инструирање клијента за попуњавање упитника.

Ставом:

- Да је интервенцију могуће ефикасно планирати само уз познавање „локалне ситуације".

2. Основе за познавање људског понашања

Да би успео да објасни, разуме, предвиди, реакције клијената на терену, теренски радник треба да располаже:

Знањима о:

- Основним теоријама и моделима људског понашања: модел здравствених убеђења, теорија социјалног учења, фазне промене и друге, и основним психосоцијалним детерминантама људског понашања.

Вештинама за:

- Препознавање детерминанти актуелног понашања клијента које могу бити промењене интервенцијом;
- Примену адекватне интервенције за промене понашања.

Ставовима о:

- Значају познавања људског понашања.

3. Познавање конкретних проблема

Овде се очекује да се за сваку вулнерабилну групу будући теренски радник наоружа довољним знањем, вештинама и адекватним ставовима који ће га чинити квалификованим за теренски рад у датој области.

4. Област непосредног рада на терену

Рад на терену није једносмерна интервенција, већ позитивна интеракција која настаје између клијента и радника. Као резултат интеракције клијент треба да се осећа што је могуће лагодније и природније док разговара с радником. Теренски рад обухвата низ активности, од идентификовања и успостављања контаката с циљном групом (појединцима из ње), на њиховом терену, преко преношења информација и обуке о вештинама за смањење ризика, до поделе едукативног материјала и превентивних средстава.

4.1. Опште способности

Знање о:

- Теренском раду и његовој улози;
- Карактеристикама циљне групе и начину рада;
- Техникама успостављања првих контаката на терену.

Вештине:

- Обављања рада на терену;
- Презентације проблема на адекватан, за клијенте прихватљив начин;
- Показивања емпатије и разумевања;
- Демонстрирања превентивних техника и њихове употребе;
- Успостављања контаката с другим актерима на терену.

Ставови о:

- Неопходности поштовања клијента;
- Потреби повезивања и сарадње с другим професионалцима који раде на терену;
- Одржавању прихватљивих односа с другим „актерима“ у интересу клијента;
- Неопходности професионалног односа и објективности према особама, ситуацији и проблемима;
- Неосуђивању, критиковању, предлагању готових решења.

4.2. Културална осетљивост као способност

Свака средина има заједничке карактеристике, традицију, групне норме, вредности и обичаје. Но, поједине популационе групе често креирају суб–

културу с властитим законима, обичајима и специфичним жаргоном. То је посебно карактеристично за групе које су тешко доступне. Због тога је задатак теренског радника да с тим буде упознат. Потребно му је:

Знање о:

- Нормама, обичајима, вредностима и правилима у датој средини;
- Утицају који локалне норме имају на понашање и доношење одлуке сваког појединца који припада циљној групи.

Вештине за:

- Прилагођавање интервенција да одговарају локалним условима;
- Преношење порука и инструкција језиком жаргона.

Ставови о:

- Потреби неосуђивања и неконфронтирања с локалним правилима;
- Развијању атмосфере у којој се свако, са својих позиција, може одредити према циљевима превенције.

4.3. Особине неопходне за добру комуникацију

Комуникација је основна стратегија теренског рада. Због тога теренски радник треба да располаже:

Знањима о:

- Пригодним комуникационим стратегијама које се могу користити у различитим околностима теренског рада, њиховим слабостима и предностима;
- Могућностима да прилагоди поједине стратегије локалним условима.

Вештинама за:

- Имплементацију различитих стратегија у циљну групу, уз њено укључивање;
- Демонстрирање писаних и вербалних комуникација;
- Коришћење комуникације у обуци припадника групе да савладају вештину решавања проблема.

Ставовима о:

- Комуникацији као резултату интеракције свих актера, а не једносмерног преношења информација.

4.4. Особине које обезбеђују сигурност теренског радника

Сигурност на терену неопходна је претпоставка за теренски рад. За ово су раднику потребна:

Знања о:

- Карактеристикама територије на којој ради, прилазним путевима, најближим саобраћајницама, станицама превоза и слично;
- Потреби да увек ради у пару;
- Бројним актерима који се на терену могу јавити и њиховој потенцијалној улози;
- Детаљима о томе шта радник на терену ради и не ради;
- Особама, институцијама, телефонима које користи у случају непредвиђене ситуације.

Вештине за:

- Сналажење на терену без тешкоћа;

- Процену безбедности терена и особе;
- Тражења излаза и помоћи у непредвиђеним ситуацијама.

Став о:

- Потреби да не излази из својих овлашћења, задатака и безбедносних инструкција;
- Потреби поштовања тимског рада и улоге сваког члана тима.

5. Област теренских интервенција

Овде ће се посебно разрадити интервенције за сваку вулнерабилну популацију.

6. Област стицања поверења и етика професије

Обавеза сваког теренског радника је да се придржава општих етичких принципа, као и специфично дефинисаних етичких стандарда своје професије. Потребна су му:

Знања о:

- Основним етичким принципима рада на терену;
- Правним прописима који регулишу или имају додирне тачке с теренским радом.

Вештине за:

- Доношење одлука утемељених на етичким принципима;
- Очување поверљивости информација у различитим околностима;
- Објашњење значаја и улоге етичких принципа клијенту.

Ставове о:

- Потреби да се поштују права клијента на приватност и поверљивост;
- Потреби да се властита морална убеђења и предрасуде ставе по страни како би се достигао најбољи резултат у раду с клијентима.

7. Област подршке клијенту

Подршка клијенту потребна је у различитим ситуацијама. Најзначајније је клијенту помоћи да донесе одлуку о свом здрављу. Због тога је потребно имати:

Знања о:

- Институцијама здравствене и социјалне заштите које постоје на територији;
- Условима који су потребни за остваривање заштите у свакој институцији;
- Тешкоћама и препрекама које постоје за сексуалне раднике.

Вештине за:

- Успостављање формалних и неформалних веза да би се помогло клијенту;
- Директно помагање клијенту да се снађе у систему здравствене и социјалне заштите;
- Јавно залагање за клијента;
- Праћење да ли су контакти остварени.

Ставове о:

- Значају развоја добре сарадње у интересу клијента.

8. Област самопомоћи и међусобне помоћи

Сигурност и психофизичка спремност и стабилност теренског радника предуслови су за успешан рад. Рад на терену је тежак, одговоран и захтеван посао који може да изазове замор и сагоревање. Стога је потребно располагати:

Знањима о:

- Факторима који воде сагоревању;
- Стратегијама које превенирају сагоревање.

Вештинама за:

- Препознавање раних, упозоравајућих знакова сагоревања;
- Тражење помоћи за себе или неког члана тима.

Ставу о:

- Неопходности очувања доброг психофизичког здравља теренског радника и читавог тима.

ПОСЕБАН ДЕО

РАД НА ТЕРЕНУ (АУТРИЧ) И КОМЕРЦИЈАЛНЕ СЕКСУАЛНЕ РАДНИЦЕ/РАДНИЦИ

1. АУТРИЧ И КОМЕРЦИЈАЛНЕ СЕКСУАЛНЕ РАДНИЦЕ/РАДНИЦИ

1.1. Основни појмови у вези с проституцијом

Проституција, односно комерцијални секс, означава универзални феномен, присутан у скоро свим људским заједницама, с дугом историјом, али још увек недовољно познат и најчешће нелегалан. Последњих година говори се о порасту проституције, што се приписује социјалноекономским, политичким и другим условима и миграцијама.

Од кад постоји, проституција је увек била високо стигматизована појава, а особе које се њом баве, махом жене, високо стигматизована група, лоцирана на маргинама заједнице, прогањана и злостављана. То се, по правилу, није односило на кориснике услуга.

Поред јавног мнења, такав став широко су прихватили и неки професионалци.

У терминолошким речницима бројних светских језика, као и у екстензивној литератури, дефиниција проституције најчешће укључује обезбеђивање сексуалних услуга за новац. У речницима правне терминологије томе се додаје и повезаност с криминалом.

Термин „сексуални радник/радница“ новијег је датума и ушао је у употребу на иницијативу самих проститутки. Сматрало се да он не садржи одреднице које описују социјалне и психолошке карактеристике, већ усмерава на специфичну активност која омогућава зараду. Осим тога, нови назив који укључује „рад“, требало је да буде прелиминарни предуслов да особе које се баве проституцијом остваре људска права и права на рад.

Појединци који сматрају да је промена назива неадекватна, истичу да је „сексуални рад“ далеко шири појам од оног што се сврстава у проституцију и да укључује, рецимо, особе на „секс телефонима“, стриптизете, еротске играчице, порно моделе и још много тога.

Предлагачи промене назива дефинисали су „сексуалног радника/радницу“ као „одрасле жене, мушкарце и трансвестите као и младе људе који примају новац или друга материјална добра за сексуалне услуге, било регуларно или повремено и који могу, али не морају, ту активност дефинисати као извор зараде“.

У последњем, још увек радном материјалу из 2006, УНАИДС се залаже да термин „проституција“ буде резервисан за малолетничку проституцију, а да се за све друге облике користи „сексуални рад“ или „комерцијални секс“ односно „сексуална радница/радник“.

Преглед литературе показује да се још увек оба термина равноправно користе.

Организовану проституцију чине:

Клијент – особа која користи сексуалне услуге и за њих плаћа. Највећи број клијената су мушкарци.

Посредници или организатори посла називају се макрои (pimps, енг.), најчешће мушкарци, повезани с уличном проституцијом, или мадаме, особе женског пола, повезане с проституцијом у јавним кућама.

Разликујемо три основне врсте проституције, мада постоји и низ других прелазних или комбинованих облика. С аспекта ризика и превенције, ове врсте су значајне, јер су повезане са социјалним статусом сексуалне раднице.

Улична проституција, где се клијенти чекају на улици, карактеристична је по томе што у њој раде особе најнижег образовног и економског статуса, којима је то једини извор средстава за живот. Услови у којима раде далеко су најнесигурнији и најтежи.

Проституција иза затворених врата (јавне куће, други простори специјално резервисани за ове активности) има нешто виши стандард „радне средине“, али и он је често испод сваког хигијенског и безбедносног нивоа. Особе могу бити нешто вишег образовног нивоа.

Пословна пратња, агенцијска проституција, резервисана је за особе вишег социјалног статуса, које долазе по позиву и то им најчешће није једини извор средстава за живот. Раде у најповољнијим условима.

Говорећи о проституцији у Београду, Д. Спасић (15), бележи следеће облике проституције: улична, агенцијска, хотелска, путем интернета и проституција високог нивоа. Подаци говоре да је у Београду регистровано 900 особа које се баве проституцијом, али се претпоставља да је око 5000 особа укључено у различите облике проституције на подручју Београда. За друге градове нема озбиљних процена.

1.2. Правни аспекти проституције

Правни аспект проституције вишеструко је значајан у активностима веза–ним за ХИВ превенцију и рад на терену.

Стручњаци су давно утврдили да ће свака здравствена политика бити безуспешна ако почива на забранама проституције и кажњавању других који су у њу укључени.

Поред тога, стручњаци се залажу да се у светлу постојања једне тако опасне и фаталне болести као што је ХИВ, преиспитају традиционалне методе одговора на комерцијални секс. Потребно је да се ургентно успоставе дуготрајне мере нове политике стога што је ХИВ/AIDS много већи проблем за друштво него сама проституција.

Законска регулатива која санкционише сексуалне раднице, како истичу стручњаци, само повећава њихову вулнерабилност, као и вулнерабилност клијената и шире заједнице на инфекцију.

Данас може да се говори о четири основна облика легислативног одговора и о неколико варијанти.

Аболиција

Овај приступ почива на јединственом ставу да „проституција мора да нестане“, међутим, како и зашто то треба учинити различито је у различитим срединама.

Разликују се два приступа:

- Проституција је неморална те стога проститутке и њихове клијенте треба законски гонити и кажњавати. Овај приступ заступљен је у муслиманским земљама и у највећем броју држава у САД;
- Проституција је тужна реалност у којој су проститутке експлоатисане (и стога њих не треба гонити) и то од клијената или макроа које треба кажњавати (Шведска).

Регулација

Овај приступ различито се тумачи у различитим срединама. То најчешће подразумева непостојање посебних закона који забрањују проституцију, она се схвата као неизбежно зло које може бити мање ако се регулише посебним прописима као што су издавање дозвола за рад, прописивање обавезе здравствених прегледа, услова где се може обављати професија и слично. Овде се говори и о грађанској регулацији, насупрот правној, као и о развоју механизама саморегулације, односно дефинисања рада и начина живота које одређују саме проститутке. Овакав приступ постоји у Немачкој, Швајцарској, Новом Зеланду и Холандији.

Легализација

За овај приступ везује се највећи број контроверзи, почев од тога да ли уопште има смисла да се за легализацију залаже, и у ком облику, као и шта она заправо обухвата и значи.

У литератури не постоји ни једна званична дефиниција легализације, али се под тим најчешће подразумева постојање система који допушта неки облик проституције, укида све облике криминализације који се примењују на проституцију, а оставља да низ аспеката појаве буде регулисан општим законима (насиље, статус малолетних лица и слично).

У оваквом схватању легализације, проституција се третира као сваки други облик запошљавања у коме проститутке плаћају порез на остварене приходе (Француска, Шпанија, Португалија).

Присталице легализације истичу да су њене главне предности садржане у престанку кривичног или прекршајног гоњења проститутке и да држава остварује профит.

Исте аргументе користе и они који су против легализације, истичући да се таквим приступом од проститутке одузима свака контрола над властитим животом и радом и преноси на државу, која региструје проститутке, чува податке о њима, издаје дозволе, прописује услове рада, прикупља порезе. У социолошком смислу легализација је недвојбено систем успостављања државне контроле, где проститутке добијају дозволу за рад у специфичним, најчешће лимитираним оквирима. У многим системима где постоји легализација, полиција је управо та која регулише и контролише проституцију.

Генерално се може рећи да се легализација јавља у два основна облика:

- Легализација, под одређеним условима, лиценцама и дефинисањем услова рада. Овај облик је најчешћи и његове предности могу да се сагледају у извесном систему контроле и могућностима за спровођење здравствено–васпитних мера. Недостатак овог приступа је, поред већ поменутих, да особа која има и жели да задржи лиценцу за рад, мора да пристане на све предложене мере, јер ће у противном да је изгуби;
- Легализација, где је проституција једноставно схваћена као појава која није против закона, што постоји превасходно као могућност, а мање као пракса.

Свако залагање за легализацију, које је често праћено и помињањем људских права, требало би да буде утемељено на познавању свега што је с њом повезано и шта тај систем значи.

Декриминализација

Овај приступ ушао је у литературу појавом ХИВ инфекције и махом су га иницирале организације које се баве правима проститутки. Полазећи од тога да договорени сексуални однос између две одрасле особе није кривично дело, било да је реч о комерцијалном или некомерцијалном сексу – овај приступ подразумева потпуну или селективну суспензију свих закона против проституције. Приступ се исказао најпре по отвореном истицању да свака криминализација проституције води појаву у илегалу и не доприноси јавноздравственим мерама. Предност овог приступа је вишеструка:

- Проститутке, односно сексуални радници оба пола, пред законом имају исти статус као и њихови клијенти;
- Закони о раду и сигурности могу се отворено и слободно примењивати;
- Превентивне и здравствено–промотивне мере и све друге мере заштите здравља примењују се отворено и плански.

Како је већ истакнуто, легислативне мере анализиране су овде превасходно с аспекта могућности за спровођење здравствено–васпитних активности међу сексуалним радницима, јер у тој области постоји скоро универзални консензус професионалаца и при том се истиче да је спровођење јавноздравствених интервенција утолико лакше и ефикасније уколико постоји већа правна толеранција.

1.2.1. Правна регулатива у области комерцијалног секса у земљама Централне и Источне Европе и Централне Азије (ЦИЕ/ЦА)

Према извештају који је урадила мрежа за програме смањења штете у земљама ЦИЕ/ЦА, постоји потреба да се укаже на разлику која постоји између закона и политике у области сексуалног рада и стварне регулативе у области индивидуалног сексуалног рада. У многим земљама ЦИЕ/ЦА, где сексуални рад сам по себи није криминализован, пракса проституције је онемогућена због рестрикција везаних за организацију, оглашавање и друге процесе сексуалног рада. Акције које су повезане с овим рестрикцијама често су праћене незаконитим хапшењима, експлоатацијом и другим облицима кршења права.

Индивидуална проституција

Постоје значајне разлике у правној регулативи индивидуалне проституције у земљама ЦИЕ/ЦА. Могу се издвојити три основна приступа:

1. Директна забрана, где је индивидуална проституција илегална и сматра се кривичним делом (Албанија, Румунија, Украјина) или прекршајем (Арменија, Белорусија, Босна и Херцеговина, Хрватска, Литванија; БЈР Македонија, Русија, Србија, Црна Гора, Узбекистан).
2. Недостатак законске регулативе јавља се у неким земљама ЦИЕ/ЦА, односно не постоји ни један закон који директно брани или дозвољава индивидуалну проституцију. На основу тога проституција се може сматрати „нерегулисаном“ или „декриминализованом“ (Азербејџан, Бугарска, Чешка Република, Естонија, Грузија, Казахстан, Киргистан, Пољска, Словачка, Словенија).
3. Дозвола и регулација индивидуалног сексуалног рада. Само две земље у региону имају експлицитну дозволу индивидуалне проституције под одређеним условима. То су Мађарска и Литванија.

Организована проституција (макрои и јавне куће)

Постоји далеко строжији законски оквир у свим земљама ЦИЕ/ЦА, према организованом сексу него према индивидуалној проституцији, чак и у земљама где је она дозвољена. Маркои су свуда ван закона, као и јавне куће. Тиме се заправо затвара круг и повећева парадокс у практичној примени закона – проститутке веома ретко раде без макроа, тамо где су правне рестрикције веће, већа је и потреба за тражењем неке заштите,

а полиција, у спровођењу својих мера, увек рађе гони проститутку него макроа.

1.2.2. Стање у Србији

Према нашим законима проституција је нелегална, забрањена, с успостављеном разликом у правном регулисању врбовања, посредовања, наговарања и намамљивања женских лица на проституцију и самог бављења истом.

Основни Кривични закон (члан 251) дефинише посредовање у вршењу проституције (делатност макроа) као кривично дело које се кажњава затвором од три месеца до пет година, а ако је реч о малолетном лицу и до 10 година. Закон о јавном реду и миру (члан 14) одавање проституцији дефинише као прекршај који се кажњава казном затвора до 30 дана.

Карактеристично је да се мушка проституција нигде не спомиње.

Као и у другим земљама где постоји криминализација проституције и где су поступања полиције честа, могу се регистровати идентичне последице (недостатак личних докумената, живот у „илегали", избегавање контакта са службама, неповерење, дискриминација и стигматизација, насиље) које значајно отежавају спровођење програма за ову групацију.

Према подацима полиције, проститутке на улицама Београда кажњавају се 30-40 пута и сваки пут се врате на улицу. Са страхом од полиције и њеног деловања срешће се сваки радник на терену.

1.3. Додатне професионалне карактеристике теренског радника за рад с комерцијалним сексуалним радницама/радницима

Како је већ истакнуто, комерцијални секс је сложена активност с много актера и с многоструким ризицима који симултано постоје, преклапају се, произлазе један из другог.

Осим актуелних прилика, у свакој средини постоји и низ контекстуалних фактора од значаја за појаву. Задатак теренског радника је да све то упозна и овлада знањима, ставовима и вештинама у вези с проблемом сексуалног рада, и да пружи специфичне интервенције.

1.3.1. Проблем сексуалног рада

Неколико области су од посебног значаја у упознавању сексуалног рада и то:

Познавање природе комерцијалног секса

Потребна су знања о:

- Комерцијалном сексу и факторима окружења који дефинишу појаву;
- Врстама и местима обављања сексуалних активности;
- Улогама које у појави имају различити актери (даваоци услуга, макрои и други посредници);
- Људским правима давалаца услуге;
- Законским актима и другим регулативима који се тичу појаве.

Вештине за:

- Преношење информација циљним групама о наведеним проблемима.

Став о:

- Посебној вулнерабилности особа које пружају сексуалне услуге.

Превенција ХИВ-а међу сексуалним радницама

Потребна су знања о:

- Начину преношења, епидемиологији, дијагностици, праћењу, терапији, нези и животу с ХИВ–ом;
- Улози инјектирајућег коришћења дрога у трансмисији ХИВ–а;
- Незаштићеним сексуалним односима, врстама ризичних сексуалних односа и ХИВ ризику;
- Вертикалној трансмисији;
- Добровољном и поверљивом саветовању и тестирању и местима где се оно може обавити;
- Местима где ХИВ позитивна особа може да добије помоћ.

Вештине за:

- Објашњења и демонстрацију превентивних техника и преношење превентивних порука клијентима;
- Процену врсте ризика и улогу понашања у томе;
- Процену могућности за смањење ризика;
- Спровођење превентивних стратегија у разним начинима преношења ХИВ–а.

Став о:

- Потреби дуготрајног ефикасног деловања на промену људског понашања.

Зависност од дрога, посебно инјектирајућа употреба дрога

Потребна су знања о:

- Врстама дроге, начину узимања (уношења) и непосредним и дугорочним последицама. Посебно о дрогама које се уносе инјектирањем;
- Местима (институцијама) где се може указати помоћ акутно интоксикованој особи и где се може лечити;
- Вези инјектирајућег коришћења дрога и ризика за ХИВ;
- Сигурном сексу;
- Програмима смањења штете и интервенцијама.

Вештине за:

- Препознавање физичких, бихејвиоралних и социјалних последица узимања дроге;
- Препознавање симптома предозирања и брзо реаговање у тражењу помоћи;
- Преношење информација у вези с дрогом, ХИВ–ом и програмима смањења штете.

Став о:

- комплексности и тежини проблема зависности од психоактивних супстанци и неопходности њеног лечења и интервенција за превенцију ХИВ–а

Полно преносиве инфекције (ППИ)

Потребна су знања о:

- Врстама и природи болести које се преносе полним путем;

- Симптомима (или њиховом недостатку) појединих болести код мушког и женског пола;
- Институцијама где се ППИ могу дијагностиковати и лечити;
- Вези ППИ и ризика од ХИВ инфекције.

Вештине за:
- Преношење знања о ППИ на клијенте/клијенткиње;
- Процену ризика код клијената/клијенткиња.

Став о:
- Неопходности контроле и праћења ППИ у превенцији ХИВ–а.

Други здравствени проблеми карактеристични за ову групацију

Потребна су знања о:
- Здравственим потребама сексуалних радника у области опште хигијене, сексуалној хигијени, менструацији, трудноћи, контрацепцији, порођају, нерегуларном животном стилу, самомедикацији, пирсингу, пушењу, алкохолизму, проблемима менталног здравља и слично;
- Врстама насиља, насилницима и последицама насиља по здравље сексуалних радница/радника;
- Законској регулативи у области насиља;
- Институцијама где се сексуалним радницима може помоћи;
- Ниској здравственој култури сексуалних радника.

Вештине за:
- Преношење знања из наведених области на сексуалне раднике/раднице на њима прихватљив начин, који не угрожава њихову сигурност у условима у којима раде.

Став о:
- Томе да се здравствене потребе сексуалних радника не могу свести само на бригу о сексуалној сфери, већ да их треба посматрати као целовите личности.

Кондом и његова употреба

Потребна су знања о:
- Значају кондома као најсигурније превентивне стратегије у овој области;
- Врстама кондома који постоје на тржишту;
- Специфичним сексуалним техникама и релевантним кондомима;
- Проблемима који настају код неадекватне употребе кондома;
- Алтернативним, непенетрантним сексуалним техникама;
- Лубрикантима и њиховој употреби.

Вештине за:
- Обуку сексуалних радника да правилно употребљавају кондоме и лубриканте у различитим сексуалним техникама и у различитим условима;
- Обуку сексуалних радника да преговарају с клијентом о коришћењу кондома;
- Објашњења како решити проблеме с кондомима (пуцање и слично);
- Обуку за хигијенско одбацивање коришћених кондома.

Став о:
- Непроцењивој важности правилно коришћеног кондома у сваком сексуалном контакту;
- Потреби да сексуални радници увек имају одређени број кондома код себе.

1.3.2. Област теренских интервенција

Рад на терену (аутрич), превасходно на улици, подразумева пружање појединачно, или „у пакету“, неколико интервенција за сексуалне раднике/раднице.

Иако те интервенције нису специфично дизајниране за ову групацију, услови у којима се оне спроводе чине их специфичним. У зависности од расположивог времена, као и темељећи избор интервенција на резултатима процене потреба, радник се опредељује за једну од могућих и може је примењивати вишекратно или комбиновати различите интервенције у различитим периодима и околностима.

Пружање информација и демонстрирање вештина

Пружање информација је почетна тачка сваке интервенције. Већ од првог контакта, након што представи себе и своју организацију, радник пружа неке информације а касније се усредсређује на здравствене.

За тај процес, наоко једноставан, потребне су исто тако значајне стручне карактеристике.

Радник би требало да поседује и знања о:

- Неопходном квантуму и врсти информација за сваку подгрупу сексуалних радника (место рада, пол, ранија изложеност информацијама, језичке баријере и слично);
- Карактеристикама, предностима, недостацима, тешкоћама, могућим проблемима у вези с коришћењем сваке од понуђених информација;

- Карактеристикама, симптомима, дијагностици и терапији као и могућим компликацијама које настају као последица најчешћих обољења код сексуалних радника;
- Условима за остваривање права на здравствену заштиту, институцијама које пружају одређене услуге и како до њих стићи, алтернативним могућностима за особе без осигурања.

Вештине за:

- Преношење информација тако да сексуални радници то могу да прихвате;
- Демонстрирање превентивних стратегија.

Став о:

- Праву сексуалних радника на знање и информацију како да се заштите од ризика.

Процена и редукција ризика

Активности у овој области део су непрекидног процеса кроз који радник утиче на промену понашања сексуалних радника. Способности за њих укључују знања о:

- Повезаности сваког облика ризичног понашања са степеном ризика (врсте сексуалних контаката, употреба кондома, начин уношења дроге итд.);
- Заблудама и погрешним концепцијама које сексуални радници имају о појединачним ризицима;
- Врстама непенетрантних и алтернативних сексуалних техника.

Вештине за:

- Демонстрирање алтернативних сексуалних техника и мање ризичних облика понашања;

- Процену објективне ситуације у којој сексуални радник може или не може да примењује одређене технике.

Став о:

- Неопходности поштовања права сексуалних радника да прихвате или одбију поједине предлоге и алтернативе без последица по даље односе с аутрич радником.

Упућивање на тестирање, тражење додатне медицинске помоћи, тумачење резултата тестирања, лабораторијских и медицинских налаза

Поред информација о здравственој заштити и институцијама којима треба да се обрате, што сексуални радници добијају од здравствених радника у мобилној јединици, они ће увек имати потребу да о томе поразговарају и с теренским радником.

Теренски радник није здравствени радник и стога нема обавезу да располаже комплетним медицинским знањем. Но, некада је на терену тешко, и није препоручљиво, да теренски радник одбије да пружи информацију сексуалном раднику за коју је у датом тренутку витално заинтересован.

Зато теренски радник треба да има знања да:

- Објасни зашто је значајно обављати тестирања на ХИВ;
- Објасни зашто је значајна контрола здравља;
- Упути сексуалног радника/радницу на релевантну здравствену установу;
- Констатује да ли је неки налаз позитиван или негативан;
- Упути клијента с позитивним налазом лекару мобилног тима или одређеном лекару;

- Објасни клијенту зашто треба да узме своје резултате;
- Прокоментарише и разјасни клијенту, ако он тражи, налазе и резултате које је добио од лекара;
- Пружи клијенту додатне информације у вези с понашањем.

Вештине за:

- Пружање подршке клијенту у свим фазама његовог активирања за властито здравље;
- Разговор о проблемима који се тичу здравља;
- Разговор о проблемима у вези са сексуалним здрављем.

Став о:

- Неопходности активног укључивања сексуалног радника у бригу о здрављу.

Интервенисање у кризним ситуацијама

Знање о:

- Препознавању кризних ситуација и њихових потенцијалних узрока;
- Органичењима и могућностима аутрич радника у кризној ситуацији.

Вештине за:

- Препознавање непосредне угрожености клијента;
- Деловање унутар своје компетенце и мандата.

Став о:

- Јасним границама мандата и могућности;
- Потреби да не осуди и не окриви клијента у кризним ситуацијама.

1.4. „Хот спотови“ и извори података за лоцирање

Комерцијални сексуални рад подразумева места где се сексуална активност уговара или обавља на терену (популарно названа „врућа места“ – „хот спотови“) као и социјалну мрежу унутар које је процес размене секса за новац организован.

Када је реч о уличном сексуалном раду, говори се о спољашњим локацијама, док су код облика „иза затворених врата“ („in door“) то барови, хотели, јавне куће, салони за масажу и слично.

Природа, видљивост и величина спољашних места условљена је низом фактора, пре свега законодавством, локалним прописима, понашањем полиције и присуством, на истим локацијама, других активности, које су такође најчешће „ван закона“.

„Хот спотови“ су обично добро успостављене, константне „тачке“ у сваком граду и најчешће познате онима који користе услуге, или су за њих заинтересовани, становницима околних насеља, полицији, често и широј јавности. Ређе су то привремене, краткорочне локације, које се стварају у посебним околностима.

Локација може бити у стамбеној четврти, забаченим местима, отвореној или затвореној улици, близу или далеко од саобраћајница, осветљена или мрачна. На једном „хот споту“ обично „раде“ исте особе, најчешће идентичне сексуалне оријентације, креирајући само њима знана правила. Поред географске локације, „хот спот“ има и друге константе, као што су: доба дана када се ту могу наћи чланови групе који раде, као и непосредна одредишта где се сексуална активност најчешће обавља.

Поред сексуалних радника/радница, на „хот споту“ се налазе и други актери: клијенти (скоро увек мушкарци) или потенцијални клијенти, макрои, заштитници, посредници, некада чак и чланови породице. Повремени посетиоци су полиција, воајери, активисти неке организације и слично.

Теренски радник може доћи до свих информација о „ хот спотовима“ на два начина:

1. Коришћењем извора информација које већ постоје

Постојећи извори информација су:

- Преглед штампе за одређени период;
- Разговори с полицијом, познаницима који станују у близини назначених места, припадницима других групација, власницима и радницима у локалима, кафићима, баровима, киосцима, таксистима, здравственом службом која ради на терену (хитна и неодложна помоћ, патронажа), социјалним радницима;
- Успостављање контакта са сексуалним радницима/радницама;

2. Властитим посматрањем и мапирањем

Под овим се подразумева снимак терена с аспекта:

- безбедности (приступачно, осветљено, лако се одлази и долази, присуство кафана, пумпи или пусто место),
- објеката који се налазе на терену и њихове намене,
- особа које се најчешће налазе на терену, дужина задржавања и активности које обављају,
- начина на који се остварује контакт с клијентом (да ли клијент

долази колима, пешке, из ког правца, да ли сексуална радница с њим комуницира сама или преко посредника),
- ○ места где се сексуални чин обавља,
- ○ места која се могу сматрати подесним за обављање разговора с индивидуом или групом сексуалних радница,
- ○ других аспеката који се аутрич раднику учине значајним у датом тренутку.

1.5. Непосредне припреме за излазак на терен

Након што су завршили едукацију, прошли завршну селекцију и формирали тим, радници су спремни за теренски рад. Неизвесност и недовољна сигурност су сасвим нормалне, очекиване реакције, које сведоче о томе да је тим озбиљно схватио своје задатке. Искуство и сигурност стећи ће се постепено.

Пре првог изласка на терен потребно је обавити низ припрема које су, једним делом, у делокругу рада руководећег тима, а делом самих теренских радника.

Руководство тима:

- Пошто је претходно добило све дозволе од надлежних министарстава, непосредно пре почетка рада обавештава полицију (по потреби и друге надлежне из локалне заједнице: здравствену службу, центар за социјални рад, НВО) о томе да ће екипе теренских радника боравити на терену;
- Развија, у писаној форми, безбедносно–сигурносни протокол кога се придржавају сви чланови тима и који разрађује начин међусобног комуницирања, одјављивања с терена, шта се на терен носи, а шта не;

- Осигурава, код осигуравајућег завода, чланове тима за случај опасности на послу, евентуалне повреде и несреће;
- Обезбеђује идентификационе беџеве за чланове тима и неку врсту униформе;
- Обезбеђује довољне количине едукативног и превентивног материјала за терен;
- Развија систем извештавања;
- Развија мрежу помоћи за решавање конкретних здравствених или социјалних проблема на терену.

Сваки радник на терену:

- Прикупља детаљне информације о територији на коју је распоређен;
- Проверава знања из области о којима ће разговарати, као и вештине за технике које треба да демонстрира;
- Спреман је да мисли на властиту сигурност и то:
  - да увек иде у пару,
  - да увек носи идентификацију,
  - да увек поштује договоре и дефинисана теренска упутства,
  - да никад не прекорачује своја овлашћења,
  - да обавештава руководиоца о поласку на терен и напуштању терена;
- Носи довољно превентивног и едукативног материјала на терен.

1.5.1. Како могу да се успоставе први контакти на терену

Након што су прикупљене информације о „хот спотовима“, пред тим се поставља сложен задатак изласка на терен, успостављања првих контаката, склапања првих познанстава.

У литератури о теренском раду описане су бројне могућности како се то ради, које су ситуације из којих касније лако произлазе даљи контакти.

Најједноставнија стратегија је „контакт грудве снега“, која захтева претходне припреме. Припреме обухватају познанство с бар једном сексуалном радницом. Могућности да ту особу познаје неко кога зна и члан тима су бројне. То може бити радник из НВО, комшија, пријатељ, здравствени радик, припадник друге вулнерабилне групе која борави на истом терену – било ко, сем ПОЛИЦАЈАЦ. Једна особа којој неко препоручује теренског радника довољна је да покрене „снежну грудву“. Ако је стекао поверење те особе – она ће га препоручити другој, трећој. То је почетак.

Постоје и друге стратегије али оне су мање ефикасне. Рецимо:
Хладан контакт – подразумева ситуацију када пар теренских радника долази на „хот спот“, прилази једној сексуалној радници или групи и започиње разговор, објашњавајући своју мисију. Овај начин успостављања контакта може бити добар ако радник испољи довољно сензитивности у избору времена кад прилази (никад док је сексуална радница заузета преговарањем с клијентом или слично), ако поштује одбијање („не могу сада да причам, дођи сутра“), ако има самопоуздања.

Званично представљање – радници долазе на терен с активистом или теренским радником организације која је већ боравила на терену. Они их представљају сексуалним радницима. Овај начин је ефикасан и адекватан ако су контакти сексуалних радница с ранијом организацијом били добро прихваћени.

Самојављање – пар теренских радника борави на терену, често шета, почиње временом да се јавља сексуалним радницама, да их поздравља,

започиње необавезне разговоре и чека да буде питан о правом разлогу боравка на терену. Овај начин скопчан је с бројним опасностима и требало би га избегавати.

1.5.2. Први контакт

Први контакт је од изузетног значаја за све што даље треба да се дешава на терену. Да би се теренски рад развио у очекиваном правцу, важно је да теренски радник започне свој рад ваљано.

Очекује се да теренски радник:

- Објасни суштину пројекта и његове циљеве (ако то није раније урађено);
- Скрене пажњу да на терену разговара о питањима у вези са здрављем;
- Истакне да је најзначајније питање смањење ризика на послу, односно превенција ХИВ–а/сиде и полно преносивих инфекција;
- Обезбеди прву (не велику) количину превентивних средстава (кондома, лубриканата) и пригодног едукативног материјала;
- Процени потребу за облицима здравствене заштите и започне договоре о могућностима упућивања на друге нивое (мобилну медицинску јединицу, уговорену здравствену установу или слично).

Први контакт може да се развије у серију динамичних догађаја различитог карактера, који зависе највише од самог радника, али и од присуства других особа на терену (клијената, макроа, евентуално полиције), места одигравања сусрета (улица, кафана), времена одигравања (дан, вече) и других фактора.

Садржај првог контакта тешко је дефинисати, њиме заправо почиње интеракција која би требало да траје дуго.

Важно је да теренски радник схвати да је контрола тих збивања његов задатак.

Први сусрет остварује се на један од могућих, поменутих начина, или комбинацијом више начина.

У свакој ситуацији први сусрет подразумева:

- *Представљање радника и организације за коју ради;*
- *Дефинисање области деловања (шта ћемо радити, о чему ћемо разговарати, чиме ћемо се бавити);*
- *Непосредно преношење прве, ударне поруке за дату област (на пример „РАДИ СИГУРНО“);*
- *Остављање кондома и едукативног материјала на терену;*
- *Краће задржавање, најављивање наставка рада, нових сусрета и уговарање следећег сусрета.*

1.5.3. Наредни контакти

Први контакт је почетак успостављања поверења, сваки следећи је његова градња. Контакти се остварују у договореним интервалима и изузетно је значајно да се аутрич радник придржава договора.

Наредни контакти планирају се не само временски него и садржајно. Шта ће бити тема наредног сусрета, о чему ће се разговарати, које ће се информације преносити, које вештине ће бити уграђиване, зависи од низа елемената:

- Плана који направи теренски радник;
- Интересовања које покаже сексуална радница;
- Актуелних догађаја на самом „хот споту“.

Наравно, биће ситуација да ће сексуална радница бити индиспонирана да било шта „прими“ као информацију или обуку. Тада, наравно, не треба инсистирати. Треба оставити кондоме, показати да је раднику важно како се она осећа, саслушати је ако жели да разговара о нечем другом и заказати следећи састанак. Никада не треба инсистирати на испуњењу планираног. Важно је да сексуална радница/радник увек осети да је аутрич радник ту због ње, а не само да би „одрадио“ своју обавезу.

1.6. Евалуација теренског (аутрич) рада

Важно је да теренски радник води теренске белешке, да попуњава договорене извештаје, да прати збивања на свом терену.

Тако ће моћи да направи темељ за евалуацију рада и успеха постигнутог у укупном пројекту, чији рад на терену је само један део.
За евалуацију се могу користити две врсте података:

Квантитативни:

1. Укупан број остварених контаката по пункту (месту на терену):
   - женски пол,
   - мушки пол,
   - трансцендер.
2. Број подељених кондома/број контаката односно просечан број кондома подељених по клијенту;

3. Број других материјала подељених по клијенту (лубриканти, агитке...);
4. Просечан број нових клијената по пункту месечно;
5. Број упућених на друге нивое по пункту:
   - код лекара мобилне јединице,
   - на тестирање у мобилну јединицу или у неки центар,
   - у друге установе, ван мобилне јединице и које установе;
6. Број реализованих упућивања у друге установе (сазнање о одласку);
7. Број откривених болести и стање дијагностикованих у мобилном тиму или у другој установи:
   - полно преносиве инфекције,
   - друге.

Квалитативни:
1. Искази о коришћењу кондома;
2. Пријављивање проблема у вези с кондомима;
3. Пријављивање проблема у вези с алкохолом и дрогом;
4. Пријављивање проблема у вези с општим здрављем;
5. Пријављивање проблема у вези с полно преносивим болестима;
6. Пријављивање других проблема;
7. Искази о користи коју радници виде од теренског рада, значају који се придаје тиму, оствареној вези, поверењу – а све поткрепљено примерима/студијама случаја.

1.7. Етички кодекс радника на терену (аутрич радника)

- Понашај се према клијентима онако како би желела/желео да се они понашају према теби. Ово се не односи само на клијенте већ и на сараднике, супервизоре, сараднике из других институција и организација који се налазе на терену, руководиоце и слично;

- Увек имај на уму основно начело: НАЈВАЖНИЈЕ ЈЕ ДА НЕ НАНЕСЕМО ШТЕТУ;
- Понашај се према сексуалним радницама с поштовањем и са–осећањем и обезбеди компетентну помоћ и заштиту;
- Поштуј их – зато што тако осећаш, а не зато што је то средство да би нешто постигао;
- Никад не експлоатиши сексуалне раднике, посебно не да би пости–гао неке циљеве у раду;
- Уздржи се од коментара религијских, политичких, моралних или других убеђења са сексуалним радницима;
- Буди увек природан и љубазан;
- Уздржи се од емоционалних или социјалних веза са сексуалним радницима ван терена, не позивај их у кућу, никад не користи услуге сексуалних радника;
- Не примај новац и поклоне, не дај властити новац и поклоне;
- Одржавај однос објективности, избегавај да судиш;
- Поштуј жељу сексуалног радника за приватношћу и потребу да чува своје тајне;
- Буди упоран, али не нападан у свом раду;
- Негуј однос поверења;
- Држи дату реч, буди поуздана особа;
- Научи и развијај свест о узроцима, облицима проституције као и о искуствима приласка проблему у другим срединама;
- Стално усавршавај знања о здравственим проблемима у вези с проституцијом и о социјалним и другим проблемима;
- Не покушавај да говориш или интервенишеш у областима за које ниси квалификован;
- Образуј сексуалне раднике о облицима понашања који могу да угрозе њихово здравље, који их чине пријемчивим за болест и који

могу да угрозе здравље других. Образуј их и како могу да очувају и унапреде своје здравље;

- Пружи сексуалним радницима пуну информацију о томе где могу да добију здравствену и социјалну помоћ и који је најједноставнији начин;
- Буди свестан да твој рад захтева физичку, интелектуалну и емоционалну зрелост и стално ради на развоју и неговању тих својстава;
- Не користи дроге и алкохол;
- Не носи оружје;
- Развиј праксу самозаштите и међусобне заштите на терену;
- Све етичке дилеме и проблеме који израстају из твог рада идентификуј и о њима разговарај са супервизорима и с колегама.

Даниел Мешковић
Владимир Вељковић

РАД НА ТЕРЕНУ (АУТРИЧ) И МУШКАРЦИ КОЈИ ИМАЈУ СЕКСУАЛНЕ ОДНОСЕ С МУШКАРЦИМА (МСМ)

2.1. Основни појмови у вези с МСМ популацијом

2.1.1. Појмовно одређење сексуалне оријентације и истополно оријентисаног сексуалног понашања

Шта је сексуална оријентација?

Сексуална оријентација је једна од четири компоненте сексуалности. Карактерише је стално присутна емотивна, романтична, сексуална, љубавна привлачност у односу на особе одређеног пола. Остале три компоненте сексуалности су: биолошки пол, родни идентитет (психолошка феминишт/маскулиност) и друштвено полна улога (норме понашања које друштво прописује за припаднике женског и мушког пола).

Најшире прихваћено становиште је да постоје три релевантне сексуалне оријентације:

Хомосексуалност – привлачност у односу на особе истог пола;
Хетеросексуалност – привлачност у односу на особе супротног пола;

Бисексуалност – привлачност у односу на особе мушког и женског пола.

Сексуална оријентација може бити искључиво хетеросексуална до искључиво истополна и укључује бројне варијанте бисексуалности (или друге типове сексуалности, зависно од теорија). Бисексуалци могу осећати сексуалну и/или емотивну привлачност како у односу на особе истог, тако и у односу на особе различитог пола. Истополно оријентисана особа најчешће се назива геј (може да се односи и на жене и на мушкарце) и лезбејка (термин важи само за жене).

Сексуална оријентација је, за разлику од сексуалног понашања, у нераскидивој вези како са сексуалном привлачношћу тако и с осећањима, и код ње је заступљено начело самоодређења (сопственог концепта), односно сексуална оријентација сваког појединца може имати јединствене одлике. Особе својим понашањем могу и не морају испољавати сексуалну оријентацију.

Важно је имати у виду да постоје бројни чиниоци и разлози који одређују било чију сексуалну оријентацију и да се разликују од особе до особе.

Да ли је сексуална оријентација нечији избор?

Људи не могу да бирају каква ће да буде њихова сексуална оријентација. Код већине, сексуална оријентација почиње да се формира и/или испољава у раној адолесценцији и без претходног сексуалног искуства. Иако можемо да бирамо шта ћемо да радимо у односу на оно што осећамо, савремена психологија сматра да сексуална оријентација не може бити свестан избор и да не може да се промени чак и уколико бисмо то желели.

Зашто геј особе обзнањују своју сексуалну оријентацију?

С обзиром на то да се у већини друштава хетеросексуалност подразумева, обзнањивање (аутовање) и разговор о сексуалној оријентацији важан је пре свега за ментално здравље геј особа. Као и сви појединци у друштву и геј особе на тај начин желе да у друштвеним контактима поделе ствари из живота које су за њих значајне, а свакако су повезане с једним од кључних елемената идентитета као што је сексуална оријентација. Често, истополно оријентисане особе не осећају слободу да говоре о својој сексуалној оријентацији, због предрасуда и притисака друштвених образаца.

Под истополним сексуалним понашањем *подразумевамо сексуалне контакте међу особама истог пола, праћене сексуалним узбуђењем.* Ова дефиниција укључује како хомосексуалност мушкараца и жена, тако и особа које упражњавају искључиво истополне сексуалне односе, као и особа које, поред истополних, ступају и у хетеросексуалне односе (бисексуалци).

Према истраживањима бројних аутора, код људи нема оштрог разграничења између хетеросексуалаца и хомосексуалаца, зато Кинси (Kinsey) у својим пионирским студијама уводи скалу са 7 степени (0 – искључиво хетеросексуалци; 7 – искључиво хомосексуалци), а касније Бел и Вајнберг (Bell и Weinberg) праве додатну градацију између хетеросексуалних и хомосексуалних тенденција (с обзиром на то да хомоеротске тенденције имају и поједине особе које се одричу хомосексуалног понашања). Савремене теорије сексуалности и рода даље разлажу категоризацију особа које имају истополне сексуалне односе на бројне поткатегорије, формирајући популациону групу коју на нашим просторима означавамо термином LGBTIQ

заједница (LGBTIQ је скраћеница од „lesbian/gay/bisexual/transgender/transexual/intersexual/queer“, што се односи на заједницу лезбејки, геј, бисексуалних, трансродних, транссексуалних, интерсексуалних и квир особа). Да бисмо разумели савремене теорије (у мери у којој је то неопходно теренском раднику при сусрету с LGBTIQ особама), морамо објаснити појмове с којима смо принуђени да се сусрећемо у свакодневном животу и раду: пол, род, сексуална оријентација, родна/полна улога и др.

Биологија и пол

Пол у смислу физичких карактеристика особе при рођењу, у медицинској пракси најчешће се одређује на основу телесне морфологије (најчешће је одређена хромозомском структуром XY или XX). Хромозом с ознаком Y садржи X–Y антиген који активирањем усмерава развој заметка у правцу мушке диференцијације. Пол се „приписује“ особи након рођења, тако што се у процесу „одређивања“ пола новорођенчета он утврђује на основу неког од поменутих критеријума.

Полни идентитет би, сходно томе, требало да буде индивидуално идентификовање пола и полне припадности, што не зависи од пола који је приписан рођењем.

Род је друштвени конструкт пола који, по дефиницији, одређује само друштвене улоге мушкарца и жене, то јест особа мушког и женског пола. То је и индивидуални конструкт сопственог идентитета/изражавања који потврђује, негира и/или превазилази друштвено задате и формиране полне и родне улоге мушкарца и жене, као и бинарну основу „мушког“ и „женског“.

Родни идентитет је индивидуални осећај себе и самосвесност као полног/родног друштвеног људског бића, који не зависи од пола приписаног рођењем. Подразумева сопствени концепт/конструкт који може бити у складу с друштвено прописаним дефиницијама пола/рода или може да их негира, превазилази и мења.

Родно изражавање је визуелна и спољна презентација особе која се огледа кроз одевање, одевне или телесне ознаке, фризуру, понашање и говор тела.

2.1.2. Истополна сексуална оријентација као јавноздравствени концепт; појам MCM популације

MCM је скраћеница синтагме „мушкарци који имају секс с мушкарцима“ (енг. „Men who have sex with man“). Термин је скован с циљем да има неутрално значење и обично се користи у контексту јавног здравља, епидемиологије и праћења понашања. Међутим, треба имати у виду да у овој циљној популацији у теренском раду термин није препознат (заправо, истополно оријентисане особе недовољно се препознају у њему). Штавише, с аспекта родне и квир (queer) теорије идентитета, чини се да термин MCM не укључује све друштвене димензије сексуалности и сексуалног понашања, што има утицај и на наш рад (нпр. приликом идентификовања клијената у теренском раду, могли бисмо бити у дилеми да ли термин MCM обухвата и трансродне и транссексуалне особе, које свакако припадају популацији важној у нешем пољу рада). Ипак, употреба овог термина у приручнику условљена је његовом заступљеношћу у свету и код нас, имајући у виду да је сврха приручника јачање капацитета теренских активиста, као јавноздравствене превентивне мере међу тешко доступним и осетљивим популацијама.

У раду треба имати у виду да МСМ популација није хомогена група, већ је чини широк спектар појединаца, стилова живота и здравствених потреба, од припадника средње и више класе, преко сиромашних слојева друштва, сексуалних радника, корисника дрога, до особа које живе на улици. Припадници МСМ групације имају мноштво различитих идентитета и облика понашања. Када је реч о сексуалном понашању, неки од њих носе ризик везан за ХИВ/AIDS и полно преносиве инфекције (ППИ). Имајући у виду да је питање ХИВ–а и ППИ повезано с кључним аспектима живота припадника популације МСМ, њиховим здравственим проблемима и заштитом, везивањем и интимношћу, сексуалним и емотивним потребама, као и људским правима, хомофобијом, дискриминацијом, насиљем, уцењивањем, злоупотребом и употребом дрога, програми превенције морају узети у обзир међуутицај поменутих чинилаца.

2.1.3. Процена бројности МСМ популације

Методолошки је готово немогуће исправно одредити проценат оних који осећају привлачност према истом полу, нити проценат оних који остварују истополне сексуалне односе. С обзиром на осуђивачки став средине у којој живе, многе истополно оријентисане особе избегавају да реализују своју сексуалност. У свим социокултурним срединама има више оних који осећају привлачност према истом полу него оних који такве односе и успостављају.

Према највећем броју релевантних истраживања у свету, проценат истополно оријентисаних особа у сваком друштву износи **3–10%**. С обзиром да број хомосексуалаца зависи од тога како дефинишемо хомосексуалност, присутна је разлика између броја оних који су икад у животу осећали неку врсту привлачности према особи истог пола и оних који су икад у животу упражњавали неки вид истополног сексуалног односа. У нашој култури хомосексуалност је традиционално високо стигматизована, а била је и кажњива према Кривичном законику до 1994. Током 2006, у оквиру бихејвиоралног истраживања знања, ставова и понашања МСМ популације у односу на ХИВ/AIDS (које је спровео Економски институт, уз подршку Глобалног фонда за борбу против ХИВ/AIDS–а, туберкулозе и маларије) вршена је процена бројности МСМ популације у Београду. На основу резултата истраживања процењено је да број МСМ популације, узраста 15–49 година, у Београду износи од 3.745 до 10.691 (тј. од 1,2% до 3,4%). Важно је истаћи да је то само онај део МСМ популације у Београду који посећује места на којима се њихови припадници окупљају.

2.1.4. ХИВ/AIDS епидемиолошка ситуација међу МСМ популацијом

У првој декади ХИВ епидемије 70% ХИВ позитивних случајева било је повезано с интравенским корисницима дрога (ИДУ), док је од 1994. већина познатих случајева ХИВ–а заражена сексуалним путем. У последњим годинама забележено је повећање преноса ХИВ–а сексуалним путем код новодијагностикованих ХИВ позитивних особа тестираних на ХИВ (63% у 2003, 54% у 2004, 64% у 2005, 79% у 2006) за разлику од смањеног броја новодијагностикованих ХИВ позитивних особа међу ИКД (18% у 2003, 15% у 2004, 11% у 2005) (8). „Непознат начин заразе“ (11% у 2006) заступљен је углавном међу мушкарцима чији је ХИВ статус позитиван, што указује на то да се један део трансмисије ХИВ–а међу МСМ не пријављује, вероватно због стигматизованости и

дискриминисаности ове групе (9). Од свих пријављених особа које живе с ХИВ–ом у периоду 1985–2006, мушког пола је 73%. Додатно, према искуствима из других земаља, многи млади припадници МСМ који живе с ХИВ–ом нису били свесни ХИВ статуса, те су, не знајући, изложили своје партнере ХИВ–у (10,11). Томе треба додати да су у 39% новорегистрованих случајева ХИВ инфекције у 2005, 52% у 2006. и 40% у 2007. (*прелиминарни подаци за 2007*), особе пријавиле пренос ХИВ инфекције (8) хомосексуалним путем.

Проценат особа које живе с ХИВ–ом тестираних у центрима за добровољно и поверљиво саветовање и тестирање на ХИВ (табела 1) у последњих пет година, одговара налазу био–бихејвиоралног истраживања које је 2007/2008. урађено у координацији Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић – Батут", и износи **6,1%**.

Табела 1. Тестирани на ХИВ у МСМ популацији у центрима за тестирање на ХИВ

Година	Број тестираних	Број позитивних	Проценат позитивних
2003.	156	5	3.2
2004.	277	24	8.7
2005.	829	40	4.8
2006.	412	38	9.2
Укупно	**1674**	**107**	**6.4**

2.2. МСМ популација – људска права и легислатива

Почетком деведесетих година прошлог века у српским законима избрисана је одредба која је забрањивала „противприродни блуд" између два мушкарца, а 2006. изједначено је доба сагласности за ступање у сексуални однос међу хетеросексуалним и истополно оријентисаним особама. Након промена у појединим областима законодавства 2005. и 2006. године, закони о раду, радио–дифузији, јавном информисању и основној и средњој школи почињу да препознају сексуалну оријентацију као основ дискриминације, док Закон о породици не препознаје заједништво особе истополне оријентације. У Србији је недавно усвојен Закон о забрани дискриминације који експлицитно спомиње сексуалну оријентацију као основ кршења људских права. Треба, међутим, скренути пажњу да закон даје оквир за заштиту људских права особа с којима радимо, а да је на теренским радницима да покажу да се клијенти могу ослонити на њих. Иницијатива невладиног LGBTIQ сектора допринела је да се промене ставке из упитника Завода за трансфузију крви, које су истополне сексуалне односе сврставале у ризично понашање.

Поред хомофобије, бројни други фактори воде вишеструкој дискриминацији МСМ особа. Ови фактори изазивају ризично понашање, сексуалну агресивност, занемаривање сигурног секса као опције и употребу дрога. То је посебно карактеристично за ситуације у којима се општи дискриминаторни услови повезују са специфичним социокултуролошким контекстом. Тако се, рецимо, МСМ Роми суочавају с немогућношћу да се интегришу како у општу тако и у МСМ популацију, а у случајевима лошег економског статуса, често бивају принуђени на сексуални рад, док се немогућност да се заштите од ХИВ–а и ППИ огледа како у недостатку средстава, тако и у социокултуролошком аспекту.

2.3. Теоријски концепт рада на терену и активности

2.3.1. Потреба за радом на терену

Рад на терену подразумева пружање неопходних социјалних, здравствених и других услуга које пружа локална заједница популацијама у алтернативним и нетрадиционалним окружењима. Иако те интервенције нису дизајниране само за ову групацију, услови у којима се имплементирају, обим и врста активности, као и аспекти којима се приликом извођења теренског рада придаје посебна пажња, чине их специфичним за ову популацију.

Како бисмо боље разумели неопходност теренског рада с МСМ популацијом у Србији, неопходно је да се сагледа њен статус са становишта људских права и здравља. Мушкарци који имају односе с мушкарцима и даље су обележени у Србији и самим тим великим делом скривени. Закључујемо да је главни изазов у превенцији ХИВ–а, која за циљну групу има МСМ, налажење начина да се допре и пружи пријатељска подршка популацији коју је тешко досегнути. У нашој земљи, као и у многим другим регионима (12), није на прави начин схваћено у којој мери ризично сексуално понашање код МСМ особа има улогу у појави, току и ширењу ХИВ/AIDS епидемије. Где год такво неразумевање преовладава, рађа непријатељство и дискриминацију, праћене маргинализацијом МСМ особа, што додатно отежава превентивне активности. Хомосексуалност у Србији још увек наилази на нетолеранцију, што доводи до тога да многе геј особе не желе да обзнане своју сексуалну оријентацију чак ни најужем кругу ближњих, нити су у могућности да сексуалну и емотивну оријентацију реализују на начин на који оне теже да се испоље. Због притисака друштва, поготово у мањим срединама, честа је појава да МСМ особа живи у

хетеросексуалној вези или је ожењена, иако неке од њих спорадично или редовно упражњавају истополне сексуалне односе. Сексуална оријентација понекад бива и разлог за миграцију МСМ особа из мањих у веће средине, односно градове као што су Београд или Нови Сад, где се последњих година формирала одређена социјална структура истополно оријентисаних особа. Међутим, и у већим срединама, због већ поменутих облика стигме, ди–скриминације и насиља над особама истополне оријентације, велики број припадника принуђен је да живи у сталном страху и тајности. Ово чини МСМ популацију слабије видљивом и тешко доступном у друштву. Такво стање многе од њих чини подложнијим одређеним облицима ризичног понашања, и самим тим посебно рањивим по здравственој основи.

Важно је имати у виду и поједина популацијска преклапања, као што су МСМ особе које користе дроге (и друге психоактивне супстанце). Многи од њих граде идентитет пре као корисници дрога него као LGBTIQ особе, или се изјашњавају као хетеросексуални. Употреба опојних супстанци може бити окидач или изговор за ризично понашање, а многе особе користе дроге управо ради постизања сексуалног задовољства, и стога овом питању мора да се посвети посебна пажња при пружању услуга на терену, на темељу начела смањења штете.

Информације о сексуалности МСМ особе најчешће добијају у медијима где наилазе само на стереотипне, непотпуне или дезоријентишуће податке (нпр. странице интернета порнографског садржаја). Самим тим, МСМ особе суочавају се с додатним искушењима када уче о својој сексуалности и сексуалном односу, интимности, формирању веза и другом, а проблеми и недоумице о сексуалној оријентацији најчешће воде у ризично понашање. Због обележености и дискриминације, МСМ особе нису у могућности да

потраже нити добију све потребне информације о здрављу, како у породици тако и у околини и здравственим службама, било због страха да обзнане сексуалну оријентацију (аутовање), било због лоших искустава које су имали с несензибилисаним здравственим радницима. Ово је посебно проблем у мањим срединама у унутрашњости земље, где постоје искуства ширења информација о корисницима, што се дешава и у здравственим службама (6,12).

На крају, можда и најважније, будући да и социјални пресек припадника МСМ популације указује на појединце различитог социоекономског и социокултурног статуса, постаје видљива додатна димензија проблематике доступности информација и услуга здравствене заштите. Тачније, нису сви појединци наше циљне групе у могућности да приступе потребним сазнањима у области превенције ХИВ–а и AIDS–а те сексуално преносивих инфекција. Разлози за то могу бити различити: живот у неразвијеним или срединама удаљеним од већих урбаних центара, нижи ниво образовања, снижена економска моћ, недоступност медија попут телевизије, интернета и прикладне литературе као и недоступност услуга здравствених служби или услуга невладиних организација које се баве ХИВ–ом.

2.3.2. „Хот спотови“ као места за рад на терену

Основни концепт рада на терену, који је и његова главна вредност, јесте у томе да, за разлику од класичног модела организације здравствене службе, пружалац здравствене услуге није позициониран на одређеном месту и чека да му се потенцијални клијенти сами јаве, већ одлази на већ препозната места (популарно названа „врућим местима“ – **„хот спотови“**) где се потенцијални клијенти налазе и на одговарајући, посебно за

њих прилагођен начин, поштујући начела квалитета рада, пружа одређену услугу/интервенцију/информацију.

Неколико истраживања спроведених међу МСМ популацијом у Србији у последњих неколико година (у чијој је имплементацији учествовала и НВО „Сигуран пулс младих“), као и искуства у раду, показали су да је од суштинског значаја посвећивање пажње особама које се окупљају на „отвореним хот спотовима“ попут јавних простора, с обзиром на то да њих најчешће посећују особе које немају приступ информацијама о заштити здравља и права. Због принуђености да се окупљају на „хот спотовима“, у страху од дискриминације, физичког насиља хомофобичних особа или интервенције полиције, МСМ особе остварују брзи сексуални однос, углавном без заштите или уз неодговарајућу употребу презерватива.

Слично као код „хот спотова“ релевантних за комерцијални сексуални рад, „хот спотови“ за МСМ популацију обично су добро успостављене, константне „тачке“ у сваком граду и најчешће су познате тој популацији, полицији, а понекад и широј јавности. Ређе су то привремене, краткорочне локације, које се стварају у посебним околностима. Карактеристике „хот спотова“ за МСМ припаднике имају места где могу да остваре контакт с другим особама исте сексуалне оријентације, ради упознавања односно сексуалног односа, а да се при том не изложе опасности да неко из опште популације сазна разлоге окупљања. Природа, видљивост и величина јавних места и/или затворених простора условљена је низом фактора, као што су тренутна актуелност и атрактивност локације, информисаност МСМ популације о том месту, процењена безбедност, искуства других припадника МСМ популације у вези с датим местом и сл. Поред географске локације „хот спот“ има и друге константе: време у току

дана, односно ноћи, када се тамо могу наћи припадници МСМ популације, одређена „групна правила понашања“, као и непосредна одредишта где се сексуална активност најчешће обавља (уколико се обавља на том „хот споту“).

Најпре, полази се од мапирања „хот спотова“ за МСМ популацију. Актуелност тих места је променљива, и мора се пратити кроз стални контакт с клијентима на тим местима.

Теренски радник до потребних информација о „хот спотовима“ може доћи на два начина:

- Коришћењем постојећих извора информација (социјална мрежа, ранија истраживања и сл.);
- Властитим посматрањем и мапирањем, при чему се сакупљају подаци следеће врсте: безбедност, доступност и видљивост места, особе које су најчешће присутне и активности које се ту обављају, начин међусобног остваривања контаката, места где се евентуално обавља сексуални чин (ако се обавља на самом „хот споту“), места која се могу сматрати подесним за обављање разговора с индивидуом или групом МСМ особа, временски период кад је место најпосећеније, одређене карактеристике простора или организације простора које потенцијално могу отежавати рад на терену и друге информације које се теренском раднику учине значајне.

Међу „хот спотовима“ разликујемо јавне (отворене) и затворене просторе. Отворени или јавни простори које посећује МСМ популација могу бити паркови, шеталишта, нудистичке плаже, јавни тоалети, а затворени су геј

клубови, барови или кафеи, као и они мешовитог типа (некада се називају и геј френдли /gay friendly/ места). Морамо истаћи да је, посебно када су у питању геј френдли места, веома тешко адекватно приступити припадницима циљне групе, јер их на тај начин можемо нехотице стигматизовати, а при том се упуштамо у незахвалну авантуру процењивања сексуалне оријентације међу присутнима, док је јасно да за то не постоји поуздан метод. Када је реч о јавним просторима попут паркова и тоалета, будући да се поред МСМ популације ту могу наћи и особе других провенијенција, од случајних пролазника до хомофобичних појединаца, комбиновањем знања, вештина и алата добијених на едукацији за теренски рад, изграђује се механизам праћења, процењивања и комуницирања (невербално, говором тела и др.) с клијентима. На тај начин временом ће се створити одређени круг особа које су стекле поверење и које могу помоћи у раду с појединцима које ћемо тек упознавати.

Постоје и **додатне тешкоће у идентификовању потенцијалних клијената** на једном „хот споту“:

1. Прва потешкоћа иде уз степен аутованости одређене особе. Аутованост представља обзнањивање истополне оријентације (први ниво је лични план, а остали нивои су шири или ужи друштвени кругови). Кад истополну сексуалну оријентацију обзнани сам клијент, то недвосмислено указује да је у питању МСМ особа, а раднику ово сазнање служи како би је идентификовао као припадника циљне групе, односно клијента. Међутим, идентитет клијента умногоме зависи од самоперцепције, самоидентификације и самоконструкције. Особе које практикују истополни секс понекад не перципирају себе нити као геј нити као бисексуалне, већ могу да се идентификују као

хетеросексуалне, што је лично право. То их у појединим случајевима може учинити теже видљивим/доступним. Улога активиста огледа се у томе да их идентификују као своје клијенте и да им омогуће коришћење услуга, односно теренски радници морају повезати клијента са службама здравствене заштите.

2. На свим врстама „хот спотова“ могу постојати потешкоће у идентификовању припадника циљне групе с обзиром на нечији полни и родни идентитет и родно изражавање. Да поновимо, полни идентитет је индивидуално одређивање о полу и полној припадности, што не зависи од пола приписаног рођењем, а родни идентитет подразумева лични концепт/конструкт који може бити у складу с друштвено прописаним дефиницијама о полу/роду или их може негирати, превазилазити и мењати. Сходно томе, може се догодити да нисмо сигурни треба ли да идентификујемо као клијенте трансродне и транссексуалне особе које посећују „хот спот“ означен као релевантан за МСМ. Дилема се може јавити услед концепција о роду које сами поседујемо, али и због техничке немогућности да особу препознамо према њеном родном изражавању као припадника циљне групе. Значајно је напоменути да у неким случајевима LGBTIQ особе на подручје „хот спота“ долазе и ради комерцијалног сексуалног рада.

У сваком случају, да би се креирао одговарајући сет услуга које се пружају МСМ особама на терену, неопходно је остати у сталном контакту с припадницима популације у различитим нивоима. Током досадашњег рада на терену, као ефикасан начин показало се спровођење повремених истраживања мањег обима или организовање фокус–група с МСМ особама ради добијања кључних сазнања о њиховим потребама, проблемима и недостајућим информацијама, како би се изабрао најбољи начин да им се изађе у сусрет.

Поред посета „хот спотовима“, значајну улогу у досезању МСМ особа имају и лични контакти, тачније читава мрежа социјалних контаката између кључних контакт особа („key informant“) то јест МСМ особа које смо упознали на „хот споту“ (које имају релевантне информације) и других МСМ особа.

Трећи облик допунског начина досезања МСМ популације је рад на терену путем медија као што су новински огласи или интернет – виртуално окружење које МСМ заједница користи за иницирање и остваривање социјалних контаката (чет /chat/, сајтови с огласима, форуми али и информације о превенцији болести, ризичном понашању и употреби заштите). Будући да је саветовање важна компонента рада на терену, оно се може вршити и путем интернета, где је потребно најпре спровести мапинг виртуалних локација на којима се окупља МСМ популација.

2.3.3. Врсте услуга које се пружају у раду на терену

Из свега наведеног јасно је да теренски рад има бројне квалитете, који га чине високо вредним у концепту ХИВ превенције у маргинализованим и тешко доступним популацијама. С друге стране, да би такав рад заиста био високо квалитетан, морају да постоје одговарајући стандарди који се односе како на сет активности/услуга које се пружају, тако и на одговарајући минимум знања и вештина које теренски радник мора да поседује (о овоме детаљније у наредном поглављу).

Као и за друге вулнерабилне и тешко доступне групе, у зависности од расположивог времена и темељећи избор интервенција на резултатима процене потреба, теренски радник се опредељује за једну од могућих и може је примењивати вишекратно или комбиновати различите интервенције у различитим периодима и околностима:

- Пружање информација и демонстрирање вештина

Пружање информација је полазна тачка сваке интервенције. Већ од првог контакта, од личног представљања и представљања организације, теренски радник пружа одређене информације да би се, касније, фокусирао на здравствене потребе.

За тај наизглед једноставан процес потребне су значајне стручне одлике радника. Он треба да поседује:

1. Знања о:
   - Неопходној количини и врсти информација за различите профиле припадника МСМ популације (узраст, образовање, претходна знања, језичке баријере, родни идентитет/изражавање и слично);
   - Карактеристикама, предностима, тешкоћама, могућим проблемима у коришћењу сваке од понуђених информација;
   - Карактеристикама, симптомима, дијагностици и терапији као и о могућим компликацијама најчешћих обољења која се јављају код МСМ популације;
   - Условима за остваривање права на здравствену заштиту (и заштиту од дискриминације), доступним релевантним институцијама и како до њих стићи и алтернативним могућностима за особе без здравственог осигурања.

2. Вештине за:
   - Преношење информација тако да припадници МСМ то могу да прихвате;
   - Демонстрирање превентивних стратегија.

3. Став о:
   - Праву МСМ популације на знање и информацију како да се заштите од ризика.

- Процена и редукција ризика

Активности у овој области део су процеса кроз који радник на терену утиче на промену понашања МСМ популације. Слично с претходним, радник на терену требало би да поседује:

1. Знања о:
   - Повезаности сваког облика ризичног понашања са степеном ризика (врсте сексуалних контаката, употреба кондома, начин узимања дроге итд.);
   - Заблудама и погрешним концепцијама које припадници МСМ популације имају о појединим ризицима;
   - Врстама непенетрантних и алтернативних сексуалних техника.

2. Вештине за:
   - Демонстрирање алтернативних сексуалних техника и мање ризичних облика понашања;
   - Процену објективне ситуације у којој МСМ особа може или не може да примењује одређене технике.

3. Став о:

- Неопходности поштовања права МСМ популације да прихвати или одбије поједине предлоге и алтернативе без последица по даље односе с теренским радником.

- Упућивање на тестирање, тражење додатне медицинске помоћи, тумачење лабораторијских налаза, тестирања и медицинских налаза

Поред информација које МСМ особа добија од радника на терену о коришћењу здравствене заштите и релевентним институцијама којима би требало да се обрати, она ће увек имати потребу да о томе поразговара с радником. Радник на терену није здравствени радник и нема обавезу да располаже комплетним медицинским знањем. Но, некада је на терену тешко и непрепоручљиво да се одбије пружање информација МСМ особи за коју је она у датом тренутку витално заинтересована. Зато радник треба да има:

1. Знања да:

- Објасни зашто је важно тестирати се на ХИВ;
- Објасни зашто је значајна контрола здравља;
- Упути МСМ припадника у релевантну институцију;
- Констатује да ли је неки налаз позитиван или негативан;
- Упути клијента с позитивним налазом лекару мобилног тима (уколико постоји) или одређеном лекару;
- Објасни клијенту зашто треба да узме своје налазе;
- Прокоментарише и разјасни клијенту, ако он тражи, налаз који је добио од лекара;
- Пружи клијенту додатне информације о понашању.

2. Вештине за:

- Пружање подршке клијенту у свим фазама његовог ангажовања за властито здравље;
- Разговор о проблемима здравља;
- Разговор о проблемима сексуалног здравља.

3. Став о:

- Неопходности активног укључивања појединца у бригу о сопственом здрављу.

- Интервенисање у кризним ситуацијама

И код оваквих интервенција, компетентни радник на терену мора посе–довати минимално:

1. Знање о:

- Препознавању кризних ситуација и њихових потенцијалних узрока;
- Органичењима и могућностима рада у таквој ситуацији.

2. Вештине за:

- Препознавање непосредне угрожености клијента;
- Деловање у границама знања, способности и мандата.

3. Став о:

- Јасним границама мандата и властитим могућностима;
- Потреби за неосуђивањем и неокривљавањем у кризним ситу–ацијама.

Из искуства НВО „SPY“

Партиципаторни приступ у раду на терену; релевантност рода и сексуалне оријентације у процесу рада на терену

На основу искустава које су током пионирског, вишегодишњег рада, када је у питању МСМ теренски рад, стицали активисти невладине организације SPY – Сиуран пулс младих (ЛГБТ организација за заштиту и промоцију здравља и људских права), показало се да је, поред осталих питања којима се бави овај водич, веома важно водити рачуна о партиципаторној (парњачкој) и родној компоненти рада на терену. Да подсетимо, партиципаторни приступ огледа се у чињеници да се теренски рад, као за било коју популацију с посебним карактеристикама и смањеном доступношћу, тако и за МСМ популацију, мора спроводити уз учешће саме популације у том процесу – почев од нивоа испитивања потреба циљне групе, преко увођења „кључних особа“, припадника циљне групе у процес осмишљавања начина рада и активности, све до спровођења активности на терену међу МСМ особама. Ово је значајно с више аспеката, а када је реч о теренском раду, нарочито на „отвореним“, јавним „хот спотовима“ (паркови, јавни тоалети), важно је за радни учинак. Конкретно, једино су се особе мушког рода/пола и истополне (или бисексуалне) оријентације, дакле особе из МСМ популације, показале као успешне у проналажењу и остваривању контаката с МСМ клијентима. Схватамо да је то зато што клијенти на „хот спот“ долазе да би упознали особу истог пола, и зато што особе мушког рода/пола клијенти на прави начин препознају, лакше с њима ступају у контакт ради разговора, саветовања и дељења превентивног и едукативног материјала. Неоспорно, у читавом процесу,

поред наведене предности у приступу клијентима, кључну улогу има могућност остваривања емпатије између клијента и саветника (који су и сами МСМ). Емпатија је, што ћемо касније подробније разматрати у овој публикацији, једна од кључних компоненти теренског рада. Само особа која и сама припада МСМ популацији може на најбољи начин да примени начело емпатије са својим клијентом, будући да с њим дели сложеност друштвеног контекста и статуса у којима се МСМ особе у друштву налазе. На тај начин могуће је постићи висок ниво међусобног разумевања о кључним питањима, али и поверење у релевантност и истинитост информација које клијенту стижу од његовог теренског саветника, што ствара предуслове за промену понашања клијента у жељеном смеру. У прилог подобности МСМ особе за теренски рад иде и чињеница да одређене вештине које је важно савладати пре опробавања у теренском раду (вештина контакта очима, невербална комуникација), имају смисао уколико се у улози теренског радника/саветника налази особа мушког пола из МСМ популације, превасходно због успешног скрининга, односно утврђивања које особе на терену јесу, а које нису припадници МСМ популације. Другим речима, једино су припадници истополне сексуалне оријентације у могућности да стечене вештине и знања примене на прави начин и препознају особу истополне сексуалне оријентације, јер је „немушти језик“ међусобног препознавања њима разумљивији. (МСМ особа у улози радника на терену може најбоље овладати вештинама препознавања и употребе – декодирања и кодирања – елемената невербалног језика који је кључан на терену.) С друге стране, гледано из перспективе клијента, посебно када је реч о првом контакту, корисник ће се заинтересовати за разговор само ако је теренски радник особа мушког пола, с обзиром на то да припада интересној сфери због које и борави на „хот споту“.

За рад у затвореним „хот спотовима“ (геј клубови) успешност теренског радника није условљена припадношћу МСМ популацији и није пресудни фактор, мада је важно да макар део тима, који активности планира и спроводи на терену, ипак буде из МСМ заједнице, с обзиром на претходно споменуте разлоге. Када је реч о онлајн саветовању, као и о раду на инфо или СОС телефонској линији, сматрамо да је такође значајна припадност МСМ популацији.

Напомињемо да је истрајавање на партиципаторном приступу у овој области од изузетног значаја.

Напослетку, с етичког становишта, поред неопходних знања и вештина, за успешан рад теренског радника кључни су искреност, спремност и жеља да се бави овом делатношћу, да у свом раду непрестано унапређује знања и ставове. Осим бројних изазова које теренски рад носи због сложених околности у којима се одвија, он од теренског радника захтева отворен приступ „чиста срца“, с добром намером и вером, и захтева ослобађање од предрасуда према особама с којима ради. Ово подразумева и потпуно уздржавање од било каквог дискриминаторног става или понашања (стигматизација, хомофобија, насилна комуникација или понашање) или другог приступа који би, на било који начин, угрозио клијенте.

2.4. Конкретно спровођење активности у теренском раду

2.4.1. Обука за теренски рад

Поред општих професионалних и личних способности у смислу поседовања одговарајућих знања и вештина потребних за спровођење теренског

рада (наведени у претходном поглављу), на вишедневном тренингу за рад на терену, сваки полазник семинара мора да стекне и минимум знања и вештина у специфичним областима (као код теренских радника који раде с комерцијалним сексуалним радницама/радницима):

- Познавање природе сексуалне оријентације и специфичности МСМ популације

1. Потребна су знања о:
   - Сексуалној оријентацији и околинским факторима који дефинишу појаву;
   - Врстама и местима обављања сексуалних активности, специфичностима које дефинишу сексуалну праксу ове популације;
   - Људским правима МСМ популације;
   - Законским актима и другим регулативама које се тичу појаве.

2. Вештине за:
   - Преношење информација циљним групама о наведеним проблемима.

3. Став о:
   - Посебној вулнерабилности МСМ особа.

- ХИВ превенција у МСМ популацији

1. Потребна су знања о:
   - Начину преношења, епидемиологији, дијагностици, праћењу, терапији, нези и животу с ХИВ-ом;
   - Учешћу инјектирајућег коришћења дрога у ХИВ трансмисији;
   - Врстама ризика при (незаштићеним) сексуалним односима у односу на ХИВ и друге сексуално преносиве инфекције;

- Поверљивом, добровољном саветовању и тестирању и местима где се оно може обавити;
- Местима где особа која живи с ХИВ–ом може добити помоћ.

2. Вештине за:
   - Објашњења и демонстрацију превентивних технологија и преношење превентивних порука клијентима;
   - Процену врсте ризика и улогу понашања у томе;
   - Процену могућности за редукцију ризика;
   - Имплементирање превентивних стратегија за разне могућности трансмисије.

3. Став о:
   - Потреби дуготрајног ефикасног деловања ради промене људског понашања.

- Употреба психоактивних сусптанци (ПАС), с посебним освртом на ИВ употребу

1. Потребна су знања о:
   - Врстама супстанци, начину узимања (уношења) и непосредним и дугорочним последицама, посебно о дрогама које се инјектирајући уносе;
   - Местима (установама) где се може указати помоћ акутно интоксикованој особи и где се може лечити;
   - Вези инјектирајућег узимања ПАС и ризика за добијање ХИВ–а;
   - Програмима смањења штете.

2. Вештине за:
   - Препознавање физичких, бихејвиоралних и социјалних последица узимања дрога;
   - Препознавање симптома предозирања и брзо реаговање у тражењу помоћи;
   - Преношење информација у вези с дрогом и ХИВ–ом и о програмима смањења штете.

3. Став о:
   - Комплексности и тежини проблема зависности од ПАС и неопходности њеног лечења и активности на програмима смањења штете за ХИВ превенцију.

- Полно преносиве инфекције (ППИ)

1. Потребна су знања о:
   - Врстама и природи болести које се преносе полним путем;
   - Симптомима (или недостатку симптома) појединих болести/инфекција;
   - Местима – установама где се ППИ могу дијагностиковати и лечити;
   - Вези ППИ и ризика од ХИВ инфекције.

2. Вештине за:
   - Преношење знања о ППИ;
   - Процену ризика код клијената.

3. Став о:
   - Неопходности контроле и праћења ППИ у ХИВ превенцији.

- Други проблеми здравственог стања карактеристични за МСМ групацију

1. Потребна су знања о:
   - Здравственим потребама МСМ популације у области опште хигијене, сексуалне хигијене, нерегуларног животног стила, самосталном узимању лекова, пирсингу, пушењу, алкохолизму, проблемима менталног здравља и слично.

2. Вештине за:
   - Преношење знања из поменутих области МСМ популацији на прихватљив начин, који не угрожава њихову сигурност и достојанство.

3. Став о:
   - Томе да се здравствене потребе МСМ популације не могу свести само на бригу о сексуалној сфери, већ да њене припаднике треба посматрати као целовите особе.

- Кондом и његова употреба

1. Потребна су знања о:
   - Значају кондома као најсигурније превентивне стратегије у овој области;
   - Врстама кондома које постоје на тржишту;
   - Специфичним сексуалним техникама и одговарајућим кондомима;
   - Проблемима који настају код неадекватне употребе кондома;
   - Алтернативним, непенетрантним техникама;
   - Лубрикантима и њиховој употреби.

2. Вештине за:
   - Обуку МСМ популације да правилно употребљава кондоме и лубриканате за различите сексуалне технике и у различитим условима;
   - Обуку МСМ популације да преговара с партнером о коришћењу кондома;
   - Објашњења како решити проблеме с кондомима (пуцање и слично);
   - Обуку за хигијенско одбацивање искоришћених кондома.

3. Став о:
   - Непроцењивој улози правилног коришћења кондома при сваком сексуалном контакту;
   - Потреби да МСМ особа увек код себе има известан број кондома кад излази на „хот спот“.

2.4.2. Непосредне припреме за излазак на терен

Након што су завршили едукацију, прошли завршну селекцију и формирали тим, теренски радници су спремни за рад. Као и код других вулнерабилних група, почетна неизвесност и недовољна сигурност теренског радника сасвим су нормалне, очекиване реакције, које сведоче о томе да је тим озбиљно схватио своје задатке. Искуство и сигурност стећи ће се постепено. Пре првог изласка на терен потребно је обавити низ припрема које су делом у делокругу рада руководећег тима, а делом самих радника на терену.

Како би се што тачније, засновано на стварним потребама, детаљно одредили обим и дужина трајања интервенције и начин спровођења, при планирању рада на терену, поред процене „хот спотова“ (што је обја-

шњено у претходном поглављу), морају се прикупити и други доступни подаци, засновани на:

- Постојећим епидемиолошким подацима;
- Консултовању припадника популације изложене ризику;
- Процени локалне заједнице и целокупног националног одговора;
- Посматрању здравствених радника;
- Сталном посматрању свих одговорних појединаца и организација укључених у интервенцију.

Руководство тима:

- Пошто су претходно добијене дозволе од надлежних министарстава (уколико је потребно), непосредно пре почетка рада обавештава полицију (по потреби и друге институције из локалне заједнице: здравствена служба, центар за социјални рад, релевантне невладине организације) о томе да ће екипе за рад на терену тамо боравити;
- Развија, у писаној форми, безбедносно–сигурносни протокол ког се придржавају сви чланови тима и који разрађује начин међусобног комуницирања, одјављивања с терена, потребни материјал и опрему који се носе на терен и сл.;
- Осигурава, код осигуравајућег завода, чланове теренског тима за случај опасности, евентуалних повреда и акцидената;
- Обезбеђује идентификационе беџеве за чланове тима и неку врсту униформе, уколико се таква одлука донесе на нивоу тима (у досадашњој пракси рада на терену, а међу МСМ популацијом постоје оправдани разлози и за и против такве одлуке);
- Обезбеђује довољне количине едукативног материјала и других превентивних средстава за терен (кондоми, лубриканти и сл.);

- Развија систем извештавања;
- Развија мрежу помоћи за потребе решавања конкретних здравствених или социјалних проблема на терену;
- Обезбеђује комплетно стратешко и програмско планирање, што је шире од нивоа пружања услуга („Који су наши циљеви?"; „Којим стратегијама можемо спровести циљеве?"; „Које кораке треба предузети да би се циљеви остварили?");
- Као резултат сталног мониторинга и евалуације рада, може променити приступ пружању услуга.

Сваки радник на терену:

- Прикупља детаљне информације о територији на коју је распоређен;
- Проверава знања из области о којима ће разговарати и вештине за технике које треба да демонстрира;
- Спреман је да мисли на властиту сигурност:
  - да увек иде у пару,
  - да увек носи идентификацију,
  - да увек поштује договоре и дефинисана теренска упутства,
  - да никада не прекорачује овлашћења,
  - да обавештава руководиоца о поласку на терен и напуштању терена;
- Носи довољно едукативног и превентивног материјала на терен.

Поред тога, теренски радник треба да поседује одговарајуће **комуникацијске вештине и ставове који су пријатељски наклоњени клијенту**, као што су:

- Вербална и невербална комуникација примерена културном миљеу;
- Одговарајућа професионална дистанца;
- Приступ теренском раду прилагођен корисницима;
- Критичко расуђивање;
- Присуство у комуникацији, активно слушање, одмерено коришћење хумора;
- Одржавање здраве границе;
- Избегавање укалупљених образаца размишљања;
- Умрежавање с другим државним и цивилним институцијама и појединцима;
- Усредсређивање на постојеће ресурсе и њихово коришћење.

2.4.3. Први контакти на терену

Након што су прикупљене информације о „хот спотовима", пред тим се поставља сложен задатак изласка на терен, успостављање првих контаката, склапање првих познанстава. Постоји више начина како се то ради, које су ситуације из којих касније лако произлазе даљи контакти.

Као и код других вулнерабилних група, најједноставнија метода је „контакт грудве снега", што захтева претходне припреме. Припреме обухватају трагање за познанством с бар једном МСМ особом која је аутована и која познаје друге МСМ особе. Могућности да ту особу познаје неко кога познаје и члан тима бројне су. То може бити припадник НВО, комшија, пријатељ, здравствени радник, припадник друге вулнерабилне групе која борави у близини или на истом терену. Једна особа којој неко препоручује радника на терену довољна је да покрене „снежну грудву". Ако је стекао поверење те особе – она ће га препоручити даље. То је почетак.

Познате су и друге стратегије:

Хладан контакт – подразумева ситуацију када пар теренских радника долази на „хот спот", прилази једној МСМ особи или групи и започиње разговор, објашњавајући мисију. Овај начин успостављања контакта може бити добар ако радник на терену испољи довољно сензитивности у избору времена кад прилази клијенту (то никад не треба да буде тренутак кад је МСМ особа заузета упознавањем с неким или преговара о могућем сексуалном или другом контакту), ако поштује одбијање („не могу сада да причам, дођи сутра"), ако има самопоуздања и сл. Рад на терену у Београду пре више година управо је започет овако.

Званично представљање – пар радника долази на терен с активистом или радником организације која је већ боравила на терену. Они их представљају МСМ популацији. Овај начин је ефикасан и адекватан ако је циљна популација контакте с ранијом организацијом добро прихватила.

Самојављање – пар радника борави на терену често, шета, почиње временом да се јавља осталима на „хот споту", поздравља их, започиње необавезне разговоре, и чека да буде питан о правом разлогу боравка на терену. Овај начин повезан је с бројним ризицима и требало би га оставити као последњу опцију.

Први контакт је од изузетног значаја за све што даље треба да се дешава на терену. Да би се рад на терену развио у очекиваном смеру, важно је да започне ваљано.

Очекује се да радник који ради на терену:

- Објасни суштину пројекта и његове циљеве (ако то није раније урађено);

- Скрене пажњу да је на терену и да разговара о питањима у вези са здрављем;
- Истакне да је најзначајније питање на ком ће се највише радити смањење ризика од добијања ХИВ инфекције и полно преносивих инфекција;
- Обезбеди прву (не велику) количину превентивних средстава (кондома, лубриканата) и пригодног едукативног материјала;
- Процени потребу за облицима здравствене заштите и почне договоре о могућностима упућивања на друге нивое (мобилну медицинску јединицу, уговорену здравствену установу или слично).

Први контакт иницира серију динамичних догађаја различитог карактера, који највећим делом зависе од теренског радника, али и од присуства других особа (бројност МСМ популације на датом терену); места одигравања сусрета (улица, кафић, клуб, јавни тоалет, парк, стан, интернет), времена одигравања (дан, вече, годишње доба – лето – годишњи одмори, зима – хладноћа и недостатак вегетације) и других фактора. Обавезан садржај првог контакта тешко је дефинисати, њиме заправо почиње интеракција која треба да постане дугорочна. Важно је да радник схвати да је контрола утицаја на та збивања његов задатак. Први контакт остварује се на један од могућих, поменутих начина или комбинацијом.

*У свакој ситуацији **први сусрет подразумева**:*

- *Представљање радника и организације за коју ради;*
- *Дефинисање области деловања (шта ћемо радити, о чему ћемо разговарати, чиме ћемо се све бавити);*
- *Непосредно преношење прве, ударне поруке (рецимо, „обезбеди сигуран секс, користи кондом“);*

- Остављање кондома и едукативног материјала на терену;
- Кратко задржавање и наглашавање наставка рада и нових сусрета; уговарање следећег сусрета.

2.4.4. Поновљени контакти

Први сусрет је почетак успостављања поверења, сваки следећи је његова даља изградња. Контакти се остварују у договореним интервалима и од изузетног је значаја да се теренски радник придржава договора.

Наредни контакти планирају се не само временски већ и садржајно. Шта ће бити тема наредног сусрета, о чему ће се разговарати, које ће информације бити преношене, које ће вештине бити пласиране, зависи од низа елемената:

- Плана који направи радник;
- Интересовања које покаже МСМ популација;
- Актуелних догађаја на „хот споту“;
- Нових особа које циркулишу на „хот споту“.

Биће ситуација да ће један или више припадника МСМ популације на датом „хот споту“ бити незаинтересовани или уплашени да било шта усвоје као информацију или вештину (то се често дешава у раду на јавним местима – јавни тоалети или паркови). Тада не треба инсистирати на контакту или преношењу знања. Треба оставити превентивни материјал како би се одлука о преузимању и евентуалном коришћењу препустила клијентима, саслушати клијента ако жели да разговара о нечем другом, заказати следећи састанак или се повући, зависно од процене. Никад не треба инсистирати на испуњењу планираног, ако проценимо да инси–

стирање може произвести супротан учинак. Важно је да клијенти на „хот споту“ увек осете да је теренски радник ту због њих, а не само да би „одрадио“ своју обавезу.

2.5. Етички кодекс теренског рада

Веома важно као препорука за рад с МСМ популацијом и с вулнерабилним групама уопште, јесте да се рад на терену остварује партиципативно, то јест да се настоји, нарочито где је неопходно, да на терену раде едуковане и компетентне МСМ особе, како због подршке популацији и повезивања, тако и због одређених предности. Искуство је показало да на јавним местима боље ефекте постижу теренски радници мушкарци, по могућности и сами МСМ, а у активностима у клубовима подједнак учинак постижу теренске раднице или особе мушког пола које не припадају МСМ популацији.

Етичка правила која су саставни део сваког рада на терену и која омогућавају да се организација рада обави безбедно, без било какве штете, како за теренског радника тако и за циљну групу, наведена су у поглављу које обрађује комерцијални сексуални рад, те их овде нећемо навести, али можемо рећи да су готово идентична и примењива и за МСМ популацију.

2.6. Евалуација теренског рада

Значајно је да радник на терену води теренске белешке, да попуњава договорене извештајне обрасце и да прати збивања на свом терену. Једино тако ће створити базу за евалуацију рада и успеха постигнутог у укупном пројекту, чији је рад на терену један део.

Евалуација може бити:

- Евалуација процеса – евалуира се процес извођења рада на терену и непосредно постигнути резултати. За евалуацију се могу користити две врсте података – индикатора:
  - i. Квантитативни: укупан број остварених контаката по пункту (дисагрегирано према узрасној групи), број првих контаката по пункту, број поновљених контаката по пункту, број подељених кондома/остварених контаката, односно просечан број дистрибуираних кондома по клијенту, број подељених материјала по клијенту (лубриканти, агитке), број клијената упућених на друге нивое по пункту (лекар, мобилна јединица, тестирање у мобилној јединици или у другим институцијама/ван мобилне јединице), број откривених болести и стања која дијагностикује мобилни тим или друга институција (ППИ и/или друге)
  - ii. Квалитативни: искази о коришћењу кондома, пријављивање проблема у вези с кондомима, пријављивање проблема у вези с алкохолом и дрогом, пријављивање проблема у вези с општим здрављем, пријављивање проблема у вези с полно преносивим болестима, пријављивање других проблема, искази о користи коју клијенти виде од рада на терену односно значај који придају тиму и сл.
- Евалуација утицаја – Евалуација дугорочног утицаја који активности теренског рада имају на циљну групу углавном се не може ваљано извршити, с обзиром да неки индикатори који могу да се прате за ту сврху (промена знања, ставова и понашања циљне групе, инци–

денца ППИ, преваленца ХИВ инфекције утврђена циљним истраживањима и сл.) не показују промену само због изложености циљне групе интервенцијама на терену (иако у доброј мери интервенције на терену имају велики дугорочни утицај), већ и због других фактора (утицај медија, вршњака, околине и сл.)

Према начину извођења, евалуација може бити:

a. Интерна – изводе је сами учесници програма,
b. Екстерна – изводи је један или више независних евалуатора,
c. Партиципаторна – изводи се уз активно учешће корисника програма.

Небојша Барачков
Татјана Стаматовић
Драган Стаменовић

РАД НА ТЕРЕНУ (АУТРИЧ) У ПОПУЛАЦИЈИ ИНЈЕКТИРАЈУЋИХ КОРИСНИКА ДРОГЕ (ИКД)

3.1. Дефиниција групе, основни појмови и карактеристике

3.1.1. Инјектирајући корисници дрога (ИКД)

Овај термин користи се за особе које узимају психоактивне супстанце (ПАС) инјектирањем у вене и/или капиларе. У раду с популацијом ИКД закључило се да је акценат на инјектирању, без обзира на место (вена, дебело месо, поткожно). Након тог закључка прецизнији назив који се користи је **инјектирајући корисници дрога**, док се задржала иста скраћеница (ИКД).

3.1.2. Психоактивне супстанце (ПАС)

Термин „дроге“, иако непрецизан, углавном се користи као синоним за психоактивне супстанце, а ове углавном у значењу нелегалних психоактивних супстанци. Иако непрецизан, термин је опстао до данашњих дана и све више се враћа и у стручну литературу. **Психоактивна супстанца** је свака супстанца која, унета у организам, мења једну или више психичких функција (мишљење, памћење, учење, осећања, вољу итд.).

Чињеница је да људи користе одређене супстанце ради измене стања свести хиљадама година, па ни наше доба није изузетак. Пронађени записи и предмети из старог Египта дају нам доказе о производњи вина пре 3.500 година. Записи старији од 2.500 година говоре о дејству мака и опијума на свест. Древни народи с Анда вековима су употребљавали лишће коке као стимуланс, а врачеви на подручју Мексика и Амазоније у својим обредима користили су халуциногене из кактуса, односно лијана.

Дијагностички критеријуми према Међународној класификацији болести (МКБ 10) јединствени су за зависност од дрога, алкохола и других психоактивних супстанци. **Зависност постоји уколико се у последњих годину дана јаве бар три од наведених проблема:**

- Потешкоће у контроли понашања при уносу супстанце: почетак, завршетак или количина унете супстанце;
- Снажна жеља или неодољива потреба за узимањем супстанце;
- Прогресивно занемаривање алтернативних задовољстава или интересовања због узимања супстанце, трошење више времена за набавку, узимање или опоравак од њених ефеката;
- Наставак узимања супстанце упркос очигледних показатеља штетних последица, депресивног расположења због појачаног уноса или когнитивних потешкоћа (потешкоће у размишљању);
- Толеранција у смислу повећања дозе психоактивне супстанце неопходне да би се постигли ефекти који су се раније постизали мањом дозом;
- Апстиненцијални синдром када се прекине унос или се смањи доза.

Подела супстанци

По дејству – супстанце утичу на централни нервни систем (ЦНС) – односно психичке функције које су производ рада ЦНС–а. Све психоактивне супстанце могу се поделити у четири основне групе:

- **депресори централног нервног система (ЦНС)** – успоравају психичке функције,
- **стимуланси** – убрзавају психичке функције,
- **халуциногени** – изазивају илузије и халуцинације,
- **канабис**

Депресори ЦНС-а:

- алкохол,
- опијум и његови природни и синтетски деривати (морфијум, кодеин, хероин, тродон, валорон, метадон, хептанон...),
- лекови за смирење и спавање (бенседин, диазепам, бромазепам, лоразепам, ксанакс, лексилијум, флормидал, нитразепам...),
- аналгетици (новалгетол, кафетин...).

Стимуланси ЦНС-а:

- амфетамин,
- метамфетамин,
- метилендиоксиметамфетамин – екстази,
- параметоксиамфетамин
- кокаин, крек,
- кофеин,
- ефедрин...

Халуциногени:

- ЛСД,
- ПЦП (фенилциклидин = анђеоски прах),
- лекови за паркинсонову болест: мендилекс, акинетон, артан, паркопан...,
- буника,
- гљиве,
- мескалин (из јужноамеричког кактуса пејотла),
- псилоцибин,
- органски растварачи: лепак, петролеј, бензин, боје, лакови...

3.1.3. Програми смањења штете („harm reduction")

Појам смањења штете односи се на штету, и личну и друштвену, насталу као последица ризичног понашања. Ризично понашање може бити злоупотреба супстанци, сексуалних активности и свих других облика понашања који негативно утичу на здравље. Како је ово поглавље намењено онима који се баве болестима зависности, овде ћемо највише говорити о смањењу штете при злоупотреби психоактивних супстанци. То никако не значи да треба да занемаримо остала ризична понашања јер су и она повезана с популацијом инјектирајућих корисника дрога (ИКД).

Политика смањења штете подразумева реално схватање јавног здравља, социјалног благостања и људских права и налази се у документима Светске здравствене организације (СЗО), агенција Уједињених нација (UNAIDS, UNODC, UNICEF) и здравственим политикама бројних земаља. Наша земља усвојила је 2005. Националну стратегију борбе против ХИВ–а/AIDS–а за период 2005-2010, у којој је смањење штете постало део званичне државне стратегије против ове болести. У Стратегији за борбу

против дрога, која је усвојена 2009, ови програми су такође препознати као важан алат у смањењу штете која настаје употребом дрога.

Заправо, главни смисао политике смањења штете код злоупотребе супстанци реалан је и рационалан одговор на проблем дрога. То подразумева прихватање чињенице да ће известан број људи користити супстанце за измену стања свести, те је један од начина борбе и спровођење програма смањења штете.

Стратегија смањења штете има много скромније циљеве:

- Да што мањи број људи проба и користи ПАС;
- Уколико прихватимо чињеницу да ће неко, упркос свим превентивним залагањима и информацијама, ипак користити ПАС, мора му се обезбедити да изабере начин и степен употребе тако да не буде штетније него што је неизбежно. Ово подразумева два циља:
  - они који одлуче да користе ПАС, треба да фаворизују оне ПАС које мање оштећују здравље,
  - ако се ипак, и поред нашег залагања, одлуче за штетније, имају право да бирају мање опасан начин употребе који подразумева најмању штету за кориснике и њихову околину.

Ова начела нашла су се и у препорукама делотворне превенције ширења ХИВ–а међу интравенским корисницима дрога од стране СЗО и UNAIDS, али и наше Националне стратегије за превенцију ХИВ–а/AIDS–а који подвлаче нужност:

- информисања, комуникације, едукације,
- омогућавања лакшег прилаза здравственим и социјалним службама,
- доласка до интравенских корисника дрога (аутрич),

– доступности стерилном прибору за инјектирање и дезинфекционом материјалу,
– остваривања могућег супституционог програма (нпр. метадон).

3.2. Зависност у свету и у Србији

Промет опијата смањио се на „путу свиле“ (северна рута преко бивших совјетских република), а сразмерно се повећао на „балканском путу“. Скоро 60% заплена хероина у 2006. у Европи остварено је дуж западнобалканске руте, што је пораст у односу на 1996, када је било свега 8%. То је 12% на глобалном нивоу, што ставља Балкан на друго место иза Азије (Блиски исток и југоисточна Азија).

Иако је продукција опијата последњих година значајно повећана, глобална потрошња остаје релативно стабилна, с незнатним повећањем преваленце: са 0,37% у популацији 15–65 година у 2005. на 0,39% у 2006. Процењује се да у Европи има 3,6 милиона корисника опијата, иако употреба опијата стагнира у неколико последњих година. Европа и даље остаје друго по величини тржиште опијата по количини и економској снази.

Према резултатима истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од ХИВ–а у Србији, и међу особама које живе с ХИВ–ом, које је спроводило Министарство здравља и Институт за јавно здравље Србије, а које је обухватило и узорак инјектирајућих корисника дрога, тај број се креће од пет до десет хиљада ИКД у Београду и 35.000 у Србији.

3.3. Законски положај ИКД

Према члану 246. Кривичног закона, допуњеног 2003, иако употреба дрога није кривично дело, поседовање било које врсте и количине дроге јесте.

После измена и допуна Кривичног закона, примећен је изузетан пораст броја корисника дрога, који се налазе у процесу истраге или су осуђени због поседовања дрога.

3.4. Постојеће службе намењене ИКД

3.4.1. Здравствене службе

Када ИКД лично, или уз подршку (притисак) породице пожели да престане да употребљава дрогу, суочава се с недостатком информација, помоћи и адекватних служби. ИКД се суочавају с оптужбама и дискриминацијом и у здравственом систему.

Лечење: Здравствени систем у Србији омогућава рану дијагностику, лечење и негу особа оболелих од болести зависности у државним здравственим установама. То су: Специјална болница за болести зависности у Београду, клинике за психијатрију при три Клиничка центра у Нишу, Новом Саду и Крагујевцу, одељења за психијатрију при општим болницама, Институт за ментално здравље у Београду и пет специјалних болница за психијатријске болести (Ковин, Вршац, Нови Кнежевац, Горња Топоница – Ниш и „Др Лаза Лазаревић“ – Београд). При већим домовима здравља постоје и службе заштите менталног здравља које се, поред других психијатријских обољења, баве и превенцијом и раном дијагностиком и лечењем болести зависности.

Лечење најчешће подразумева детоксикацију – чишћење организма од опијата, а по завршетку детоксикације увођење тзв. „блокатора“ – антагониста опијата (налтрексон, налорекс, антаксон) који се везују за опијат–

ске рецепторе у мозгу. Унешен опијат нема где да се веже и настаје тровање праћено црвенилом лица, презнојавањем, лупањем срца, боцкањем у рукама и ногама, повраћањем, а уколико се, и поред тога, не прекине унос опијата, може наступити смрт.

Супституциона терапија: Један од облика супституционе терапије је и метадонска терапија, која је од 1961, када је започета у САД, доживљавала бројна оспоравања, али је успела да се одржи до данашњих дана. Од почетка епидемије ХИВ–а поново расте интересовање за овај лек, тако да се 2006. у свету на овај начин лечило: у Европи 350.000 људи, у САД 150.000, у Аустралији 80.000. Данас је то терапија коју препоручује и Светска здравствена организација, Уједињене нације и њене специјализоване агенције, Савет Европе и бројне светске и друге институције у Европи.

У нашој земљи овај програм доживео је успоне и падове. Започет је 1981. у Београду, али је практично угашен 1989. када остаје само симболичан број пацијената заражених ХИВ–ом. Метадонски програм поново се развија у Новом Саду 2004. године (по препорукама Савета Европе и EuroMethworka). Од тада је и у нашој земљи овај програм у сталној експанзији, али и даље траје борба лекара и пацијената због отпора који постоје у делу стручне и шире јавности. Велика подршка је то што су се препоруке за супституциону терапију нашле у Националној стратегији за превенцију ХИВ–а/AIDS–а и Стратегији за борбу против дрога.

Метадонски програм у свету је најчешћи програм супституције али постоје и други који укључују бупренорфин, петидин, ксероин, морфин и тинктуру опијума. Неке студије показале су да су корисници метадонског програма

процентуално имали двоструко мање шансе да буду инфицирани ХИВ–ом него ИКД који нису били у метадонском програму.

3.4.2. Службе социјалне заштите

Постојеће социјалне службе су центри за социјални рад, дневни центри за одрасла лица и прихватилишта за одрасле. И у овим службама може се наићи на отпор и стигматизацију ИКД. Ако корисник дрога има проблем који захтева ангажовање социјалних служби, најбоље је да у разговору с референтом, ако је то икако могуће, стави нагласак на врсту проблема који решава, а не на употребу дрога.

3.4.3. Активности невладиног сектора

Постоји више области у којима невладине организације преузимају значајну улогу у помоћи ИКД:

- програми замене шприцева и игала – „Веза“, „Превент“, „Путоказ“...;
- рехабилитација и ресоцијализација ИКД кроз „комуне“ или терапијске заједнице – манастири Ковиљ и Илиње, „Каритас“, ГОД, „Раскршће“, „Стрејт“, „Рето“;
- групе за самопомоћ – УПСЗ, СПАИДС;
- превенција ХИВ–а, смањење штетности – „Превент“, „Веза“, „Кула“.

Планираном координацијом и транспарентним програмима невладиних организација и сарадњом с осталим институцијама, средства се могу определити за потребне активности, док држава координира одговор на проблем дрога, спроводећи акциони план Стратегије за борбу против дрога у Републици Србији.

3.5. Рад на терену у популацији ИКД

3.5.1. Опште поставке

Историјат

Рад на терену (аутрич) за ИКД настао је шездесетих година прошлог века у САД као одговор на епидемијске размере употребе хероина. До касних шездесетих, слични програми постојали су у више западноевропских земаља, циљајући младе кориснике дрога, а у Аустралији и Новом Зеланду циљајући бескућнике и децу улице, укључујући и кориснике дрога. Рад у заједници у Латинској Америци има дугу традицију која се темељи на едукацији широких народних маса. У исто време, у социјалистичкој Југославији постоји експанзија социјалних служби које предузимају активности на терену, нпр. у лечењу алкохоличара иде се у колектив или у породицу пацијента да би се успоставило садејство свих заинтересованих у лечењу.

Извештај Управног савета за злоупотребу дрога, под насловом „СИДА и злоупотреба дрога" („AIDS and Drug Misuse" први део, из 1988), препознаје потребу да се службе приближе корисницима, максималним повећавањем контаката. У том извештају сугерише се да је рад на терену (аутрич) једна од могућих метода за остваривање већег броја контаката с корисницима.

ХИВ и СИДА условили су пораст броја аутрич радника. Искуство из Америке показало је да је рад на терену коришћен како би се успоставили контакти са скривеном популацијом корисника дрога, за које се

претпостављало да су у ризику од инфекције ХИВ–ом. Тако су брига због ХИВ–а и недоступност корисника дрога подстакли пораст интересовања за рад на терену.

За Београд и Србију, искуство „Лекара света" из Француске (МДМ) поставило је основе модерног теренског рада с ИКД. У јесен 2002, после припрема, одобрења и подршке Министарства здравља, у Београду се први пут спроводи пробни програм смањења штете с новооформљеним локалним тимом, када је први пут примењен аутрич рад с ИКД у организацији МДМ–а. Године 2005. из састава тима „Лекара света" из Француске настала је „Веза", локална НВО, која је, применом стечених знања и искустава, наставила самостални рад у Београду.

Значај теренског рада

Од настанка епидемије ХИВ, у складу с праксом коришћења дрога, разменом шприцева и другог материјала за инјектирање, ИКД су у сталном ризику од могуће инфекције. У зависности од врсте дрога које ИКД користе, количине и степена хигијене у окружењу у коме се дрога конзумира, ризици се пропорционално увећавају. Постоји заблуда да су искључиво шприцеви и игле могући извор заразе. То може бити било који део опреме за инјектирање, чак и вода у којој се „хлади" више од једног шприца. Када се једном појави унутар групе ИКД који деле исти прибор за конзумирање дрога, ХИВ се лако преноси и епидемија се изразито брзо шири.

Постоји податак да је ризик од могуће трансмисије ХИВ–а употребом контаминираних шприцева и осталог материјала за инјектирање три пута

већи него што је то сексуалним путем. Иако је рад на терену лимитиран у ефектима, он је најчешће први ефективни метод који досеже ИКД.

Ефикасан превентивни програм захтева: дефинисање краткорочних циљева, употребу различитих стратегија за њихово достизање, обезбеђивање средстава за смањење ризика (кондоми, стерилни прибор итд.), укључивање корисника у планирање и спровођење програма.

У публикацији „Докази за акцију", Светска здравствена организација (СЗО) потврђује, иако одређене активности засебно имају ограничавајуће ефекте, када се више њих или све заједно спроводе, ХИВ епидемија међу ИКД стабилизује се и смањује. Те активности су:

- Рад на терену – приступ који се с корисницима спроводи у локалном окружењу и обезбеђује едукацију, савет (саветовање о смањењу ризика), добровољно и поверљиво саветовање и тестирање (ДПСТ), средства (вештине и/или производе као што су шприцеви, игле, кондоми) која могу да промене понашање у инјектирању дроге и сексуалним активностима;
- Релевантна едукација и информација – понекад се назива и информативно–едукативни материјал (ИЕК) или комуникација која за циљ има промену понашања. То чини значајан део рада на терену који подразумева и продукцију лифлета, брошура и рад с медијима;
- Повећана доступност стерилног прибора – ово подразумева и замену употребљеног прибора током дистрибуције стерилног прибора;
- Супституциони третмани – за кориснике опијата супституција се показала као високо ефикасна у превенцији трансмисије ХИВ–а, док су други третмани зависности били мање ефикасни;

- Подршка кроз политике, законе и циљно заступање – доприноси смањењу маргинализације тако да ИКД могу приступити службама превенције ХИВ–а.

У публикацији СЗО „Докази за акцију" наводи се:

- Рад на терену је најшире заступљена интервенција за превенцију ХИВ–а међу ИКД у свету. То је најјефтинија интервенција и често најлакша за почетак (у поређењу с едукацијама о замени шприцева и игала или супституционим третманима). Неколико студија показало је да рад на терену може да буде ефикасан и сам за себе, а да обично има кључну улогу у свеобухватним програмима превенције међу ИКД;
- Информација, едукација, комуникација су за ИКД ефикасне компоненте програма превенције међу ИКД. Ове интервенције могу сензибилисати и општу популацију и особе које инјектирају дрогу за потенцијалне ризике повезане с инјектирањем, за ДПСТ. Ови приступи имају значајну улогу у раду на терену, укључујући програме вршњачке едукације. Информације о ризику повезаном с ХИВ–ом/AIDS–ом и начинима смањења ризика могу стизати посредством лифлета и другог комуникационог материјала као и усменим путем;
- Програми замене шприцева и игала показали су се најефикаснији када су интегрисани с другим облицима здравствене заштите, без обзира да ли долазе из владиног или невладиног сервиса, од појединачног имплементатора или као део мреже сервиса. ИКД који посећују програме замене шприцева и игала, у поређењу с онима који не посећују, генерално испољавају: мање ризичног понашања, не користе заједнички шприцеве и игле; региструје се мање случајева ХИВ–а сваке године; процентуално се региструје мање ХИВ–а него међу ИКД који не посећују ове програме или међу ИКД у областима где нема програма.

- Политика и законодавство могу значајно утицати на било коју јавно–здравствену интервенцију, поготово међу маргинализованим популацијама.

Специфичности рада с ИКД

Теренски рад (аурич) је метода којом се унутар заједнице реализују активности којима се досежу појединци и групе које нису ефективно покривене постојећим службама, с циљем да се промовише понашање бриге о здрављу (очување здравља и смањење ризика од преношења ХИВ–а).

То је метода здравственог образовања и пружања услуга с циљем да се промовишу здрави стилови живота, што се спроводи на три основна начина:

- Повећањем свести о здравственим ризицима;
- Охрабривањем промена у понашању које удаљавају од ризичних модела;
- Одржавањем позитивних промена у понашању.

Концепт, пракса и терминологија

Теренски рад је прошао кроз значајне промене у последњим декадама прошлог века. Историјски гледано, у практичном раду могу се препознати сличности и разлике у раду у земљама Европске уније. Појавом епидемије ХИВ–а, крајем осамдесетих, пажња је померена на такозване „прикривене кориснике дрога“, док се током деведесетих развила према корисницима „нових“ синтетичких дрога (екстази), али је фокус активности остао на корисницима класичних дрога као што су хероин и кокаин.

На нивоу националних политика, у Европи препознајемо четири општа циља аутрич рада кад је у питању дрога:

1. да се идентификује и досегне скривена популација,
2. да се припадници те популације упуте у постојеће сервисе,
3. да се покрену активности ради превенције и смањења захтева,
4. да се промовише сигуран секс и безбедније коришћење дрога.

Три типа радника заступљено је у теренском раду:

1. професионалци,
2. пир (парњаци, вршњаци),
3. волонтери.

Хијерархија ризика

Коришћење дрога није никад стопроцентно сигурно. Ризици повезани с коришћењем дрога не могу се елиминисати. Зато је важно да се корисницима дрога приближе чињенице о ризицима употреје различитих ПАС и како их умањити.

1. Никад не почињи да узимаш дроге или престани да их узимаш!
2. Ако користиш дроге – не убризгавај!
3. Ако убризгаваш дроге – немој делити опрему!
4. Ако користиш нечију опрему – очисти је правилно!

Инјектирање дрога не мора да подразумева ризично понашање. Приступ чистом прибору, едукација и брига за сопствено здравље кључни су елементи за смањење ризика према начину коришћења.

Евалуација

С обзиром да је рад на терену (аутрич) утемељен на односима са специфичним групацијама које су по правилу скривене и рањиве, тешко је формулисати модел успешне евалуације. Несумњиво да је рад на терену корисна стратегија у раду с ИКД, али представници и заговарачи таквог облика рада треба да буду способни да јасно демонстрирају вредности и другима (институције, донатори, друштвена заједница). Најбоља демистификација и промоција ових програма постиже се постављањем и остварењем јасних и достижних циљева.

Потреба за евалуацијом широко је препозната на свим нивоима. Издвајају се три метода евалуације: евалуација сруктуре, процеса и резултата.

Специфичности рада с инјектирајућим корисницима дрога (ИКД)

За разлику од „правог" посла, који се одвија на одређеном месту, у одређено време и у договореном периоду кад се извршава низ утврђених задатака, рад на терену је сасвим другачији.

Како постоји мало установљених референци за овај вид посла, особе које се баве теренским радом у пракси се сусрећу с многобројним проблемима. Када се пријаве за овакав посао, могуће је да се нађу у ситуацији да и сами себе убеђују у исправност и значај оваквог вида стратегије.

Пошто је теренски рад неспецифична активност, потребно је пажљиво вршити селекцију потенцијалних кандидата. Личност аутрич радника може

бити пресудна за успех у раду. Добро је ангажовати комуникативну и непосредну личност у свим сегментима комуникације. Формално образовање не мора бити значајно, важнија је личност кандидата и његове вештине комуницирања, јер рад на терену подразумева специфичне активности које укључују преговоре, бригу о културним нормама и идеологији корисника, поштовање и неосуђивање.

Пре одлазака на терен, најважније је припремити се за специфичности ИКД популације. Она је углавном неповерљива према пројектима који су им намењени и аутрич радницима прилази с пуно предрасуда.

Да би се остварио основни циљ – приступ особама које не користе услуге постојећих сервиса, пожељно је да се регрутују и припадници циљне групе, бивши или актуелни корисници дрога. То је исплатива стратегија, али не увек без проблема. Њиховим ангажовањем олакшава се приступ корисницима. Потребно је да се таквим особама јасно образложи програм и његова улога. Као парњачки едукатор, та особа у оквиру групе није само још један корисник, већ има одређени задатак који треба да обави професионално. Обухватајући те две активности, сарадник треба да се носи са ситуацијама које могу да га доведу у искушење да иступи из оквира професионалности, па је зато кључна улога координатора (или менаџера тима) и темељне супервизије да се обезбеде механизми како би се избегло „прегоревање".

Кораци

Рад на терену подразумева широк спектар активности, али кључни кораци у њиховом започињању су:

- Одлучивање о циљевима и задацима: јасан преглед шта радом на терену пројекат жели да постигне;
- Одлучивање о циљној групи и области деловања: с ким и где ће да се ради;
- Почетак прикупљања података и процена потреба пројекта: процена броја особља, шта ће радници на терену да раде;
- Мобилизација ресурса: идентификовање особља и фондова који ће подржавати пројекат;
- Дефинисање сарадње с другим службама и институцијама: како ће се у пројекту сарађивати с полицијом, здравственим установама, образовним и установама социјалне заштите, невладиним организацијама.

Предмет активности

Једном када су одређени циљеви пројекта, требало би да се идентификују поља рада. То могу бити:

- Општа група, нпр. младе особе, запослене жене итд.;
- Специфична група, нпр. ИКД који нису у контакту са сервисима;
- Опште подручје – школе или омладински клубови;
- Специфично подручје – места где ИКД продају, купују и конзумирају дрогу („shooting galleries" – места конзумације)

Професионални аспекти теренског (аутрич) рада

Координатор тима треба да осмисли програм рада који ће бити остварив и који демонстрира значај оваквог приступа колегама и заједници.

Веома је важно да се сви ангажовани на пројекту упуте у основна права особа које користе психоактивне супстанце, у елементе заштите радника на терену и основе на којима се може изградити професионални однос.

Поверљивост

Како је коришћење и поседовање ПАС код нас кривично дело, важно је да информације добијене од корисника дрога током спровођења пројекта буду поверљиве.

Анонимност

Током пројекта корисници попуњавају упитнике о знању, ставовима и пракси, а за ово се мора осигурати анонимност корисника.

Пристанак за истраживање

Упитници садрже одељак који описује садржај истраживања или интервјуа, а зове се „потписани пристанак". Важно је да се тај део кориснику прочита наглас, објасни учешће и осигура да га је схватио пре потписа.

Мере опреза

Рад у „пару" обезбеђује да се активисти, уз планиране мере опреза, на терену не уплићу у потенцијално опасне ситуације, а уз писма подршке Министарства здравља и полиције, обављају се планиране интервенције на смањењу ризичног понашања.

О компликованим и ризичним ситуацијама разговара се унутар тима на састанцима с координатором!

„Прегоревање“ („burn-out“)

Овај феномен уско је повезан с радом са људима. Подразумева ситуације у којима теренски радник осећа да је истрошен у стресним ситуацијама, искоришћен, јер нема решења за идентификоване проблеме, а свој рад доживљава као узалудан. Да би се то спречило, изузетно је важно да координатор и остатак тима препознају опасност и пруже пуну и безрезервну подршку. У том смислу добродошла је и спољна професионална супервизија.

Контакт с полицијом

Најефикаснији начин да се успостави котакт с полицијом је да се идентификује особа која има наклоност према овој теми, а с друге стране хијерархијски је довољно високо како би могла да обезбеди несметано обављање програма. Осим тога, мора се водити рачуна да се не прошири поверљива и сензитивна информација која може изазвати хапшење корисника, полицијску рацију и сл., што води губитку поверења корисника. Требало би обавестити и све полицијске службе с којима аутрич радници могу да дођу у контакт (нпр. у Новом Саду један „хот спот“ је у непосредној близини пункта саобраћајне полиције те је, осим одељења за јавни ред и мир које покрива ову област, обавештена и станица саобраћајне полиције). Ово је препорука и ако се у раду на терену користи возило. Поред иницијалног контакта, неопходно је одржавати линију комуникације због новонасталих и непредвиђених околности.

3.5.2. Контакт с инјектирајућим корисником дрога (ИКД)

Први контакт с инјектирајућим корисником дрога се евидентира, чиме се прикупљају основни подаци о пракси коришћења дрога, здравственом и социјалном статусу корисника.

Током сусрета, који се одвија у атмосфери поверења, радник се труди да упути ИКД како да усвоје добру праксу и очувају здравље. Акценат се ставља на саветовање, а по жељи, корисник се упућује на ДПСТ (добровољно и поверљиво световање и тестирање) на ХИВ и хепатитисе.

Према потреби, теренски радник прати корисника до здравствене установе, где се залаже да корисник буде примљен и да му се укаже неопходна помоћ.

Ово може да укључи и праћење корисника до установа, и/или убеђивање здравствених радника да ИКД буде примљен као пацијент. То може бити хитна интервенција или акутни здравствени проблем. У хитном случају (предозирање, **„ОД“**), позива се служба хитне помоћи и кориснику се пружа прва помоћ.

Савети:

1. *Представи себе и организацију за коју радиш;*
2. *Док разговараш с клијентом слушај га без прекида, с осећањем бриге и емпатије;*
2. *Пријатељски, неосуђујући, некритички приступ вежбај кроз тренинге и под супервизијом. Овакав приступ задржи и током рада у програму;*

4. *Информиши кориснике шта пројекат обезбеђује, шта не обезбеђује, колико траје (временски период);*
5. *Док испитујеш опције смањења штете (према хијерархији ризика, не приказуј пожељне изборе, прати верно хијерархију), не треба да намећеш било какве опције;*
6. *Поштуј жељу корисника да настави да користи дроге или да престане да се виђа с тобом или аутрич тимом;*
7. *Поштуј одлуку корисника дрога да напусти програм, али ипак настој да повратиш контакт. Стрпљиво саслушај проблеме које корисници дрога у програму поверавају и покушај да у разговору с претпостављенима / супервизорима пронађете адекватна решења.*

Немој:

1. *Немој да дозволиш кориснику доношење или припрему супстанци у возилу или објекту, то је кривично дело: омогућавање коришћења опојних дрога кажњиво је законом;*
2. *Немој да дајеш/узимаш новац, дроге, прибор за коришћење дрога или робу/ствари које припадају кориснику дрога, чак ни привремено, без обзира колико је оправдан разлог корисника. Ово може да се одрази негативно и да угрози професионализам у односу с корисником дрога;*
3. *Немој да купујеш за/од корисника дрога. Чести захтеви новца за храну треба да буду одбијени! Ово може да се одрази негативно и да угрози професионални однос с корисником дрога;*
4. *Немој да штитиш корисника од закона ако је починио кривично дело. Аутрич тим не може да сведочи/гарантује или понуди кауцију за корисника;*
5. *Немој да откриваш поверљиве информације добијене од корисника, осим у случају формалног захтева у законском судском поступку;*

6. *Немој да дајеш лажну наду ни обећања корисницима дрога о исходу третмана или помоћи које нуди програм;*
7. *Немој емотивно да се везујеш за кориснике дрога. Немој да остварујеш било какве сексуалне односе с корисницима дрога;*
8. *Немој да улазиш у расправе с корисницима дрога, не покушавај да докажеш како је употреба дрога погрешна;*
9. *Немој да процењујеш кориснике према нормама или вредностима које су у контрасту с нормама или вредностима корисника.*

Искуства организација које се баве теренским радом

Већина корисника нема документа (личну карту, оверену здравствену књижицу). У раду с интерно расељеним лицима и Ромима, која су истовремено и ИКД, сви проблеми с којима се генерално суочавају дуплирају се.

Предности

Током година успостављају се контакти који се темеље на међусобном поштовању и поверењу. Теренски радници на тај начин приближавају здравствене и социјалне службе маргинализованој популацији.

Како је употреба дрога динамична појава, корисници програма јављају се да волонтирају у неким активностима теренског рада, чиме се помаже њиховој ресоцијализацији.

Основна предност теренског рада с ИКД јесте да се анонимношћу програма, бригом за очување здравља и залагањем за поштовање људских права, корисници стимулишу да учине напоре и промене навике које се лоше одражавају на здравље појединца и, посредно, на популацију.

Проблеми

Дискриминација ИКД је и даље велика у свим сегментима друштва. Још увек није успостављена стабилна веза између институција и невладиних организација, пружаоца услуга и оних којима су услуге намењене. Теренски радници труде се да као медијатори премосте јаз, залажући се за права корисника дрога.

Потребе ИКД

- Програми замене шприцева и игала уз адекватно саветовање;
- Адекватна здравствена заштита;
- Адекватна социјална заштита и нформације о правима социјалне заштите;
- Смањење стигматизације и дискриминације;
- Правни савети;
- Сервиси прилагођени посебним групама (млади, жене, Роми);
- Телефонски сервис за помоћ;
- Терапијске заједнице;
- Групе за самопомоћ.

Савети о прибору

Шприцеви

- Величина – може да упути на то коју супстанцу зависник користи: мали шприцеви углавном се користе за хероин, кокаин и анфетамине, а већи за већ растворене супстанце: метадон, кетамин, лекове;
- Количина – ако је кориснику потребно више од пет шприцева дневно, то би могло да укаже да користи кокаин или анфетамин.

Савети кориснику:

- Да употребљава само свој шприц, стерилан, нов, некоришћен;
- Да приликом отпакивања не додирује врх шприца прстима и да не ставља на подлогу, што повећава ризик од апсцеса;
- Да не увлачи топлу супстанцу у шприц, већ да сачека да се потпуно охлади. Вруће супстанце још више оштећују венски зид. Може да се оштети тело шприца или гума на врху, што проузрокује повремено кочење клипа и проблеме код администрације (пребрзо убризгавање повећава ризик од предозирања);
- Да никад не убризгава брзо, поготово нову супстанцу (нов добављач, производ...), јер постоји велики ризик од предозирања.

Игле

- Величина игле показује нам начин или место убризгавања. Танке – инсулинске игле служе за венско и капиларно убризгавање, па би требало саветовати да се употребљавају игле што мањег промера због очувања вена и капилара. Средње игле користе се за неповршинско, венско убризгавање. Дебље игле могу се употребљавати за феморалну вену која се налази на препони и треба саветовати да се инјектирање изводи опрезно, због близине нерва и артерије, и у стојећем положају. Најдебље игле употребљавају се за мускуларно инјектирање – саветовати да се место убода масира минимум пола сата после инјектирања, како би се супстанца апсорбовала, иначе може доћи до запаљења ткива и апсцеса.

Савети кориснику:

- Да употребљава само стерилну, нову, некоришћену иглу;
- Да капицу на игли држи до момента убадања;

- Да иглу постави у правилан положај: врх игле нагоре, угао убадања 15–35% у смеру кретања крви ка срцу;
- Да иглу не употребљава више од два до три убода кроз ткиво, због тупљења врха игле, што води оштећењу зида вене;
- Да место убода и вену мења што чешће, „како би се вене одморилe“;
- Кад мења вену да то ради у стању кад жудња за супстанцом није превелика;
- Могућа сигурна места за инјектирање: подлактица (горњи део најбезбеднији), шаке (слабије вене и циркулација), ноге (лакше стварање тромба – ризик од инфаркта), стопала (близина нерава и хрскавица, најспорија циркулација – теже зарастање – ризик од инфекције због знојења, лоше хигијене);
- Да избегава ризична места за инјектирање: препона – феморална вена је велика и приступачна, али близина нерва и артерије чине је веома ризичном. Врат је најризичније место за убризгавање због велике близине вратне артерије која доводи крв у мозак. Случајно убризгавање у ову артерију може бити смртоносно.
- Да употребљава иглу што мањег калибра јер ствара мања оштећења зидова вене;
- Да увежба обе руке за инјектирање;
- Да иглу сигурно уклони – врати капицу или да иглу убаци у шприц с врхом игле ка клипу и да клипом затвори шприц.

Кувало је важан фактор ризика за пренос крвљу преносивих инфекција (хепатитис Ц, Б). Увек треба саветовати корисника да употребљава властито кувало (кашику, импровизовану лименку...) и, ако је могуће, једнократно! Корисник никад не треба да дозволи да се туђим шприцем извлачи супстанца из кувала јер, ако је шприц употребљаван,

кувало може да се загади! Ако кувало поново употребљава исти корисник, препоручује се темељно брисање алкохолом, како би се смањио ризик од „прљавог“ убризгавања, што може да изазове апсцес и веће компликације!

Филтер-ватица је важан чинилац у преносу хепатитиса. Корисника треба саветовати да никад не употребљава туђ филтер и да не дозволи другоме да филтрира кроз његову вату, јер се вата може контаминирати вирусом. Филтер цигарете може да буде узрок „прљавог“ убризгавања због хемикалија које се налазе на филтеру и због начина одвајања дела филтера (прљаве руке, зуби...).

Алкохолна марамица употребљава се за брисање места одабраног за убризгавање. Корисника треба саветовати да се брише само у смеру у ком ће убризгавати. Алкохолне марамице, по правилу, садрже 70% алкохола, па брисање места убода после убризгавања није препоручљиво. Пошто алкохол не дозвољава згрушавање крви, рана поново може да се отвори. Алкохолном марамицом може да се очисти простор за припрему производа.

Прибор за ушмркавање психоактивних супстанци (ПАС) може да буде један од начина преноса инфекције хепатитиса Ц. Када се супстанце узимају назалним путем, оштећује се слузокожа носа и појављује крв. Узимање стимуланса, кокаина и анфетамина, због честе употребе повећава ризик. Ризична ситуација настаје када се дели сламка, цевчица за ушмркавање, због трагова крви који могу да остану на сламчици. Трагови крви са сламчице могу да остану и на површини с које се користи ПАС, те увек треба саветовати корисника да упо–

треблава властиту подлогу. Супстанца коју клијент користи треба да буде што боље уситњена. На тај начин спречава се ризик који настаје топљењем крупних делова који могу да уђу у плућа и изазову бол. Таблете садрже силицијум талк за стврдњавање који се не апсорбује у плућим већ ту остаје трајно и изазива затамњења која се могу видети на рентгенском снимку. Прибор чини тацна за припрему (тврда фолија), напрстак или плочица за дробљење и сламка – цевчица.

Прибор за пушење ПАС (хероин, крек, анфетамини) састоји се од балона – луле за сагоревање и променљивог писка. Писак је стерилно запакован и обезбеђује спречавање трансмисије вируса хепатитиса Ц, због трагова крви који могу да остану после употребе писка (сушење и пуцање усана приликом пушења ПАС). Корисницима се саветује да никад не употребљавају туђу лулу и да увек користе стерилан писак!

Нада Мићић
Ненад Петковић

РАД НА ТЕРЕНУ (АУТРИЧ) С ОСОБАМА КОЈЕ ЖИВЕ С ХИВ-ом

4.1. Зашто је овај рад потребан

Мада је ХИВ и данас неизлечив, с ХИВ–ом се живи. Након тестирања и откривања ХИВ позитивног статуса, особа остатак живота живи с ХИВ–ом. Много тога се променило у медицинском третману ХИВ–а од почетка епидемије, укључујући увођење нових лекова и представљање нових комбинација у терапији које имају обећавајуће ефекте. Животни век особа које живе с ХИВ–ом (у даљем тексту ПЛХИВ[1]) знатно је продужен уз правилно коришћење антиретровирусне терапије и здрав стил живота.

Без симптома болести може се живети у просеку десетак година. У свету тренутно више од 30 милиона људи живи с ХИВ–ом. У Србији, према званичним подацима из 1985, од кад се води званична евиденција, до сад је регистровано више од две хиљаде ХИВ позитивних. Процене Светске здравствене организације указују да су ови бројеви у стварности вишеструко већи (7 до 12 пута), због ниског процента популације која се тестира на ХИВ.

[1] People living with HIV, према УНАИДС терминологији, 2005;

Приступ третману (лековима) и социјалној заштити разликује се од земље до земље. Карактеристика инфекције ХИВ–а, од 1981. године када је откривена, јесте стигма. Стигма проузрокује дискриминаторно понашање друштва и доводи до социјалне изолације особа које живе с инфекцијом.

Од 1994, када је Декларацијом Уједињених нација проглашен принцип значајнијег укључивања људи који живе с ХИВ–ом (GIPA[2]), постоји оба–веза држава да ХИВ позитивне особе подстичу да се укључе у друштво и организован одговор на пандемију ХИВ–а. Најчешћи облик њиховог ангажовања је заговарање права заједнице и пружање подршке људима с ХИВ–ом, кроз групе самопомоћи. Традиција самоорганизовања особа с ХИВ–ом у Европи и Америци сеже у осамдесете године.

У Србији, заједница ПЛХИВ живи на маргини друштва и готово је не–видљива у уобичајеним социјалним контактима (на послу, факултету итд.). Као последица стигме и дискриминације ПЛХИВ живе у изолацији или самоизолацији, избегавају шире друштвене контакте, тако да немају праве информације о услугама и помоћи на које имају право, већ се углавном ослањају на узак круг пријатеља којима су поверили свој статус.

У нашој земљи поједина цивилна и верска удружења пружају психосо–цијалну подршку с посебно осмишљеним програмима, углавном пројектно финансираним. Не постоји стандардизација сервиса психосоцијалне по–дршке. У Београду постоји посебно одељење на Институту за инфективне болести с три лекара инфектолога, психологом и помоћним особљем. Ово

[2] Greater Involvment of People living with HIV (Веће укључивање особа које живе с ХИВ–ом)

место је референтни центар за тестирање, амбулантно и болничко лечење ХИВ–а у Србији. Министарство здравља, према плану из Националне стратегије за борбу против ХИВ–а/AIDS–а Републике Србије, усвојеној 2005, отворило је центре у Нишу, Новом Саду и Крагујевцу. У Нацио–налној стратегији је назначена потреба веће подршке особама с ХИВ–ом. Један од начина рада с овом популацијом може бити и кроз активности на терену односно аутрич рад.

У пракси постоје примери да су здравствени или социјални радници одбили да пруже услуге особама које живе с ХИВ–ом због неоправданог страха од заразе, а чести су примери стигме и дискриминације у свако–дневном животу. Због оваквог положаја у друштву, ПЛХИВ се налазе у повећаном ризику за очување сопственог здравља, али и здравља опште популације.

На основу наведеног, намеће се потреба да се организује теренски рад с фокусом на смањење ризика за здравље и преношење инфекција, који може да обухвати пружање информација, разноврсне технике и методе подршке, укључујући акције за праћење доступности лечења, пружање ин–формација које унапређују квалитет живота, пружање психосоцијалне по–дршке, редукцију изолације, превенцију ХИВ–а и других обољења и др.

Разлози за организовање теренског рада према ПЛХИВ проистичу из потреба ове заједнице (и читавог друштва), али и недовољног контакта са заједницом у уобичајеним условима. ПЛХИВ спадају у тзв. „hard to reach“ односно популацију до које се тешко долази. Циљ оваквог при–ступа је досезање припадника традиционално затворене популације, како би стекли свест о себи, својим правима, задобили самопоштовање, без

обзира на здравствени статус, али и да би добили информације од значаја за унапређење квалитета живота и превенцију њиховог и здравља популације уопште.

4.2. Кога би требало да обухвати рад на терену

Рад на терену с популацијом угроженом ХИВ–ом/AIDS–ом обухвата рад са свим вулнерабилним групама (МСМ, ИКД, комерцијалне секс раднице/радници, особе с ХИВ–ом и инвалидитетом, ХИВ+ самохране мајке, ХИВ+ бескућници, ХИВ+ одбачена, стара лица, ХИВ+ избегла и расељена лица, особе из дома – сирочад ХИВ+ лица с поремећајем у понашању, ХИВ+ Роми). Пре свега односи се на особе које живе с ХИВ–ом али може укључити и шири круг угрожених ХИВ–ом, њихове родитеље, децу, браћу и сестре, пријатеље, партнере.

Важно је истаћи да не постоји јединствен рецепт за реализовање рада на терену с популацијом која живи с ХИВ–ом и да тај рад често одступа од класичног рада на терену. Поштовање општих приниципа рада на терену и поседовање знања, искуства и емпатије, неопходни су предуслови овог рада. Исто тако, сматра се неприхватљиво и неуобичајено одвајање особа с ХИВ–ом према пореклу инфекције или према врсти друштвеног идентитета или стања. Те особе, по низу карактеристика, јединствена су група и као таква има потребу да ради на терену.

Ове активности могу се реализовати кроз различите облике рада, најчешће их спроводе хуманитарне невладине или религијске организације, али и установе социјалне и здравствене заштите државног и приватног сектора.

4.3. Места за рад на терену

Да би се успешно спровео теренски рад са ПЛХИВ, поред претходне обуке и припреме радника према општој методологији, потребно је, најпре, одабрати места на којима с циљном групом може да се оствари контакт. Према искуствима организација које су спроводиле програме за ПЛХИВ, та места могу бити различита, али углавном су то места где се особе с ХИВ–ом тестирају или остварују здравствену заштиту. Издвајају се следећа места:

- Центри за добровољно, поверљиво саветовање и тестирање (ДПСТ центри)

ДПСТ центре, односно места на којима се обавља добровољно и поверљиво саветовање и тестирање на ХИВ и, самим тим, где се иницијално сазнаје о ХИВ позитивном статусу, неопходно је посетити у склопу рада на терену и оставити информацију о постојећим организацијама с програмима подршке за инфициране ХИВ–ом. Пошто на овим местима не постоји могућност директног контакта с особом која је сазнала свој ХИВ статус, због поверљивости тестирања и поштовања приватности појединца, на местима на којима се спроводи ДПСТ треба оставити информативни материјал о ХИВ–у, који у први мах задовољава потребе новоинфицираних особа. У тренутку сазнања ХИВ статуса, новоинфицирани разговарају са саветником ДПСТ центра. За добар рад на терену изузетно је значајна комуникација с тим саветницима и правовремено информисање о постојећим програмима подршке за ПЛХИВ, како би их они могли препоручити или упутити.

- Здравствене установе

Због сталне потребе за контролом здравственог стања и количине вируса у крви, као и примања антиретровирусне терапије, особа која живи с ХИВ–ом постаје (или би требало да постане) дугогодишњи редовни корисник услуга које се пружају у здравственим установама. Због тога су та места веома погодна за обављање теренске активности.

Редован медицински третман подразумева месечне посете лекару специјалисти, тако да је тамо могуће срести пуно ПЛХИВ. Зато су здравствене установе идеална места за досезање најшире популације. Константна циркулација клијената омогућава сусрет с циљном групом. На тим местима могућ је контакт с већом групом људи у исто време, у чекаоницама испред ординације или клиничке зграде, што теренски рад чини лакшим и ефикаснијим.

Овде је потребно посебно издвојити болницу односно институцију стационарног типа.

Особе у тежем стадијуму AIDS–а, или које имају друге здравствене компликације и налазе се на болничком лечењу (најчешће су то одељења инфективних клиника, али нису искључене ни друге болнице), имају потребу за сталним саветовањем и подршком. За њих је могуће организовати посете волонтера или теренских радника. Приликом таквих посета треба водити рачуна о сугестијама лекара, болничког особља и других болесника и бити изузетно пажљив. Потребно је да посету одобри болничко особље и ПЛХИВ. Болесник не може да напусти собу и болницу без дозволе лекара. Потребно је познавати права пацијената и побринути се да се она штите у комуникацији са званичним заштитником права пацијената.

Посебно је значајно изаћи у сусрет потребама и интересовању болесне особе, без наметања властитих жеља и планова.

- Кућне посете

Кућне посете организују се за особе које се налазе у тешком психофизичком стању, или су непокретне због неке врсте инвалидитета или старости.

Радник на терену мора да најави и договори кућну посету. Током посете важно је поштовати интегритет и достојанство пацијента и његова права.

- Места на којима се спроводе програми хуманитарних организација

Та места могу бити различита, што зависи од програма. Овде срећемо особе које припадају различитим угроженим групама из пројекта организације. У овом случају не обраћамо се читавој групи, већ само онима којима одређени програм може да помогне. Наравно, постоје пројекти који се односе на ПЛХИВ, у ком случају се циљне групе подударају. У раду на оваквом терену треба водити рачуна о карактеристикама групе за коју се програм спроводи. Ради добре припреме, најбоље је прво контактирати особље које спроводи програм, упознати га с намером и консултовати се о времену и начину извођења активности.

4.4. Потребе које теренски рад може да задовољи

Поседовање информација о могућностима лечења и приликама за унапређивање квалитета живота, основне су потребе особа с ХИВ–ом, које могу бити задовољене интензивним и добро организованим теренским

радом. Њима су потребне информације од значаја за живот, у првом реду о медицинском аспекту, односно процесу лечења и доступности терапије (јер многа питања остају нејасна и недоречена упркос сталним консултацијама с лекаром), али и о друштвеном животу и о постојећим програмима социјалне и хуманитарне подршке. Укратко, потребна им је психосоцијална подршка. Ако такву врсту подршке пружају особе које се налазе у сличној ситуацији, зовемо је самопомоћ.

Пренос информација, сакупљање података и разговоре најпогодније је обављати тамо где је простор сигуран и где је успостављена и високо загарантована поверљивост разговора и идентитета. Приликом обраћања особама за које мислите или знате да су ХИВ позитивне, најважније је да се не потенцира њихов ХИВ статус.

У новије време све је више у употреби интернет (блог, форум, чет). Интернет је врло ефикасан у раду с популацијом и може да замени директан контакт. Због загарантоване анонимности, клијенти су углавном искренији када одговарају на питања путем рачунара.

Болничке и кућне посете одржавају наду у болести. У кући и болници може се спроводити палијативна нега и практична помоћ (куповина хране, потрепштина, лекова и сл., али и друге врсте помоћи као што је чишћење куће). За особе које се налазе у кући (слабо поткретне или слабовиде), поред психосоцијалне подршке, потребна је и помоћ стручњака ради решавања психичких проблема или егзистенцијалних питања. Могуће је организовати посете медицинских сестара, правника, социјалних радника, психолога и др. Особе на болничком лечењу најчешће имају потребу за приснијим, пријатељским односом. У таквим ситуацијама теренски радници су нека врста замене за породицу или пријатеље који недостају. Радник на терену може да буде важна копча у групи ХИВ позитивних који се налазе у терминалном стадијуму болести. Такве особе, због лошег здравственог стања и усамљености, имају потребу за комуникацијом и гласником у ПЛХИВ заједници. Следеће могуће стање је неконтролисан излив емоција према теренском раднику. Оболели препознаје радника као најближег те се може догодити да му упути речи осуде и да га окриви за сопствено стање. Радник мора бити спреман да поднесе такве поступке оболелих.

На местима где се обавља ДПСТ треба оставити информације о постојању психосоцијалне подршке, програма и служби, о референтном центру за лечење итд. Могу да се оставе брошуре, флајери или часописи с контактима (телефон, интернет адреса) за подршку путем којих се најчешће остварује први контакт с потенцијалним корисником.

Потребно је особама које су управо сазнале за ХИВ позитиван статус пренети поруку да нису једине, да постоји подршка, а да се при том не угрози њихова приватност.

4.5. Неке препоруке за организовање теренског рада с особама које живе с ХИВ-ом

Особе које живе с ХИВ-ом деле дуго искуство дискриминације и стигматизације које их чини изолованим од друштва. Некада такви проблеми нису у потпуности препознатљиви особама које немају такво искуство. Због могућности да се лакше и присније успостави комуникација с ПЛХИВ, најбоље је да теренски радник буде особа која дели исте проблеме или је

веома добро обучена за рад. Као потенцијални теренски радници помињу се, поред особа које и саме живе с ХИВ–ом, они из њихове најближе околине, медицинско особље с искуством у раду с особама које живе с ХИВ–ом или обучени саветник, али и студенти медицине, психологије или веронауке. То није правило, али те особе ће лакше задобити поверење циљне групе или појединца. Ако теренски радник није део циљне популације, клијенти ће бити неповерљиви и њихов случај остаће затворен. Потенцијални корисници програма препознају емпатски приступ и постају доступнији за успостављање контакта. Лакше откривају интимне проблеме и дилеме, присниј су у односу, комуникативнији и сигурнији. Теренски радници, припадници исте циљне групе, на овај начин промовишу идеју самопомоћи. Примером активизма, они код других могу да развију осећај сигурности, оснаже их и информишу, што је често један од циљева теренског рада.

Информисаност, познавање језика и терминологије заједнице неопходно је и представља значајну предност за успешан рад.

Теренски радници дужни су да имају јединствен приступ према ПЛХИВ, без издвајања група и поделе клијената на ИКД или хомосексуалце, али морају поштовати различитости.

Из искуства Q клуба

Највећа забринутост при првом сусрету с ХИВ позитивном особом јесте да ли ће се поштовати анонимност тј. да ли је успостављено поверење. То је неопходно за сваку врсту контаката.

На основу досадашњег искуства у овом раду, најпре се размењују информације и коментарише лечење, доступност АРВ лекова и тестова. Отежано је започети најједноставнији дијалог с ПЛХИВ особом пошто су многи у сталном страху да се не открије прави идентитет и особеност различитих група којима припадају.

Припадници различитих група недовољно међусобно комуницирају, а ниво толеранције је низак и промењив. Често су незаинтересовани и затворени, а контакти су случајни и површни, што може значајно да отежа рад на терену.

Нарочито је значајно избегавати:

- *Упуштање у разговоре о темама за које теренски радник нема довољно стручности, нарочито када је реч о стручним – медицинским областима. Сваки погрешан или неумесан савет могао би произвести фаталне последице за болесну особу. За све информације о лечењу треба упутити на лекара;*
- *Постављање сувише личних питања и оних која се односе на откривање статуса или порекла инфекције. Пример: Како сте се заразили? Из које сте популације? и сл.;*
- *Сажаљевање или поређење с другим обољењима и стањима (нпр. рак, хемофилија и сл.). Нико не воли да га сажаљевају!*

01. Ј. Локар, „Психијатријски аспекти сексуалности“. У: Д. Кецмановић, *Психијатрија* II том, Медицинска књига, Београд–Загреб 1989, str. 1226.
02. A. C. Kinsey, W. B. Poweroy, C. E.Martin, *Sexual Behavior in the Humane Male*, Saunders, Philadelphia 1948
03. A. C. Kinsey, W. B. Poweroy, C. E. Martin, *Sexual Behavior in the Humane Female*, Saunders, Philadelphia 1953
04. A. P. Bell, M. S. Weinberg, *Homosexualities: A study of deversities among men and women*, Simon and Schuster, New York 1978
05. З. Ракић, „Полно понашање“. У: З. Ракић, Ј. Марић, Д. Слијепчевић, С. Вујовић, С. Перовић, *Полни идентитет и промена пола*, БИГЗ, Београд 1993.
06. В. Цуцић и други, *Брза процена одговора на ХИВ/AIDS међу посебно осетљивим младима*, UNICEF, Београд 2002.
07. С. Мешковић, *Бихејвиорално истраживање међу МСМ популацијом*, Економски институт, Београд 2006. (непубликовано)
08. Republic of Serbia UNGASS report 2006–2007. Republican AIDS Commission, Ministry of Health, Institute of Public Health “Batut”, Belgrade 2008

09. Д. Симић, *ХИВ/ AIDS у Србији у 2005 години*, Институт за јавно здравље Србије „Батут“, Београд 2006. (непубликовано)
10. D. A. Mackellar et al., *Unrecognized HIV infection, risk behaviors and perception of risk among young MSM: opportunities for advancing HIV prevention in the third decade of HIV/AIDS*. J Acquired Immune Deficit Syndr. 2005 Apr 15; 38(5): 603–14.
11. P. N. Halkitis, D. D. Zade, M. Shrem, M. Marmor, *Beliefs about HIV non–infection and risky sexual behavior among MSM. AIDS Education preventive*. 2004 Oct; 16(5): 448–58.
12. T. Rhodes et alt., *HIV prevention priorities for vulnerable populations: Key Findings from Consultations with Experts. DFID HIV Prevention Among Vulnerable Population Initiative in Serbia and Montenegro*, London 2003
13. HBO Gayten-LGBT – Центар за промоцију права сексуалних мањина, „Креирање здравствене политике која уважава потребе ЛГБТ заједнице” – истраживање о потребама ЛГБТИ заједнице у циљу остваривања сензибилне здравствене политике, Београд 2006.
14. Јелена Поштић, Светлана Ђурковић, Амир Хоцић, *Креација рода и спола*, (ЦИП референце доступне су у компјутерском каталогу На–ционалне и свеучилишне књижнице у Загребу под редним бројем 651755)
15. Д. Спасић, *Безбедносни аспекти проституције у Београду*, Безбедност 2, 2006, 321–338.
16. *Training Guide for HIV Prevention Outreach for IDU*, Workshop Manual, Светска здравствена организација, 2004.
17. *2008 World Drug Report*, United Nations Office for Drugs and Crime, 2008
18. Др Небојша Барачков и сарадници, *Приручник за вршњачке едукаторе у области превенције болести зависности*, Превент, 2009.

19. *Guidelines for the Evaluation of Outreach Work, A Manual for Outreach Practitioners*, E.M.C.D.D.A., 2001
20. Др Верица Арсенијевић, „Ефекти дрога на психичко и физичко здравље“ (презентација, 2007)
21. Mark Gliman, *Outreach*, Institute for the Study of Drug Dependance (ISDD), London 1992
22. *Outreach work among drug users in Europe: Concepts, practice and terminology. Manual for reducing risk–taking behavior amongst young drug users in South Asia. Professional boundaries off „acceptable“ outreach work*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Final report 1999
23. *Evidence for action on HIV/AIDS and injecting drug use*, WHO/HIV/2004.02
24. *Policy brief: Reduction of HIV transmission trough outreach*
25. Лук Монтане, *Сида*, Паидеа 2003.
26. Војин Шуловић, Драган Илић и сарадници, *Медицински и друштвени аспекти ХИВ инфекције и сиде*, Београд 2004.
27. Викторија Цуцић, *Водич за аутрич раднике у сфери комерцијалног секса*, Београд 2007.
28. Kathryn Greene and others, *Privacy and disclosure of HIV in interpersonal relationships*, Lawrence Erlbaum Publisher, London 2003
29. Sarah Bernays, Tim Rhodes, Ана Продановић, *Терапија за ХИВ: доступност, снабдевеност и несигурност*, UNDP извештај, 2007.
30. J. G. Bartllet – J. E. Gallant, *Medical menagment of HIV infection*, 2001
31. Кристијан Томушат, *Људска права између идеализма и реализма*, Београд 2006.
32. William B. Rubenstein, Ruth Eisenberg, Lawrence O. Gostin, *The rights of People who are HIV positive*, ACLU SAD, 1996

Интернет извори:

www.q–club.org.rs

www.AIDSresurs.rs

www.unaids.org

www.who.org

www.aidsactioneurope.org

www.gnpplus.org

www.aidsmap.com

www.body.com

http://www.intersexinitiative.org/articles/intersex–faq.html (01 May/2009)

http://www.apahelpcenter.org/articles/article.php?id=31 (01/May/2009)

ВОДИЧ ЗА РАД НА ТЕРЕНУ

како приближити превенцију ХИВ-а рањивим групама

Ликовно-графички уредник
Милан Јовановић **Jofk**

Лектура и коректура
Весна Гргинчевић

Штампа
Штампарија „Симбол“, Петроварадин

Тираж
300 примерака

Београд, 2010.

CIP - Каталогизација у публикацији
Библиотека Матице српске, Нови Сад

616.988:614.4(035)

ВОДИЧ за рад на терену : како приближити превенцију ХИВ-а рањивим групама / [уредница Викторија Цуцић]. - Београд : Министарство здравља Републике Србије, 2010 (Петроварадин : Симбол). - 152 стр. ; 17 cm

Тираж 300.

ISBN 978-86-86015-10-5

а) СИДА (болест) - Превенција - Рад на терену - Приручници
COBISS.SR-ID 249037831