

PRIRUČNIK

za terenski rad u oblasti
reproduktivnog zdravlja
i prava u humanitarnim
krizama



Implemented by:

giz Deutsche Gesellschaft
für Internationale
Zusammenarbeit (GIZ) GmbH



SRH Serbia
IPPF member



the 1990s, the number of people in the world who are under 15 years of age is expected to increase from 1.1 billion to 1.5 billion.

As the world's population grows, the demand for food and other resources will increase. This will put pressure on the environment and on the world's food supply.

One way to meet this demand is to increase the amount of land used for agriculture. This would mean converting more forests and other natural areas into farmland.

Another way to meet this demand is to increase the amount of food produced on the land that is already being used. This would mean using more efficient farming methods.

Both of these methods have their own problems. Converting more land into farmland would destroy habitats and reduce biodiversity. Using more efficient farming methods would require more resources, such as water and fertilizers.

One solution is to use a combination of these methods. This would mean using efficient farming methods on the land that is already being used, and converting some of the land that is currently used for agriculture into forests or other natural areas.

Another solution is to use a combination of these methods and to use more resources, such as water and fertilizers. This would mean using efficient farming methods on the land that is already being used, and converting some of the land that is currently used for agriculture into forests or other natural areas.

Both of these solutions have their own problems. Using more resources would require more land and more money. Converting some of the land that is currently used for agriculture into forests or other natural areas would reduce the amount of land available for agriculture.

One way to solve these problems is to use a combination of these methods and to use more resources, such as water and fertilizers. This would mean using efficient farming methods on the land that is already being used, and converting some of the land that is currently used for agriculture into forests or other natural areas.

Another way to solve these problems is to use a combination of these methods and to use more resources, such as water and fertilizers. This would mean using efficient farming methods on the land that is already being used, and converting some of the land that is currently used for agriculture into forests or other natural areas.

Both of these solutions have their own problems. Using more resources would require more land and more money. Converting some of the land that is currently used for agriculture into forests or other natural areas would reduce the amount of land available for agriculture.

One way to solve these problems is to use a combination of these methods and to use more resources, such as water and fertilizers. This would mean using efficient farming methods on the land that is already being used, and converting some of the land that is currently used for agriculture into forests or other natural areas.

Another way to solve these problems is to use a combination of these methods and to use more resources, such as water and fertilizers. This would mean using efficient farming methods on the land that is already being used, and converting some of the land that is currently used for agriculture into forests or other natural areas.

Both of these solutions have their own problems. Using more resources would require more land and more money. Converting some of the land that is currently used for agriculture into forests or other natural areas would reduce the amount of land available for agriculture.

One way to solve these problems is to use a combination of these methods and to use more resources, such as water and fertilizers. This would mean using efficient farming methods on the land that is already being used, and converting some of the land that is currently used for agriculture into forests or other natural areas.

Another way to solve these problems is to use a combination of these methods and to use more resources, such as water and fertilizers. This would mean using efficient farming methods on the land that is already being used, and converting some of the land that is currently used for agriculture into forests or other natural areas.

Both of these solutions have their own problems. Using more resources would require more land and more money. Converting some of the land that is currently used for agriculture into forests or other natural areas would reduce the amount of land available for agriculture.

One way to solve these problems is to use a combination of these methods and to use more resources, such as water and fertilizers. This would mean using efficient farming methods on the land that is already being used, and converting some of the land that is currently used for agriculture into forests or other natural areas.

PRIRUČNIK

za terenski rad u oblasti
reproduktivnog zdravlja
i prava u humanitarnim
krizama

Beograd, Avgust 2016

Priručnik za terenski rad u oblasti reproduktivnog zdravlja i prava u humanitarnim krizama predstavlja prevedenu i adaptiranu verziju originalnog priručnika *Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings* čiji je autor Međuagencijska Radna grupa za reproduktivno zdravlje u krizama (izdanje 2010).

Izmene u prevedenom priručniku rađene su na osnovu pravne analize originalne verzije priručnika, a u skladu sa važećim nacionalnim zakonodavstvom, ratifikovanim međunarodnim konvencijama i međunarodnim procesima koji su od važnosti za ovu oblast.

Priručnik je adaptiran u okviru projekta: "Upscaling sustainable approach in humanitarian setting - Developing early warning and monitoring system in local communities with accent on GBV prevention" koji implementira SRH Srbija uz podršku Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH.

Print run: 100

Predgovor

Reproduktivno zdravlje je ljudsko pravo, i kao i sva druga ljudska prava, važi i za izbeglice, interno raseljena lica i ostale koji žive u uslovima humanitarnih kriza. Kako bi ostvarile ovo pravo, pogođene populacije moraju imati pristup sveobuhvatnim informacijama o reproduktivnom zdravlju i uslugama, i da su slobodne da donose informisane odluke o svom zdravlju i dobrobiti.

Pružanje sveobuhvatnih i kvalitetnih usluga reproduktivnog zdravlja zahteva multisektorski integrisani pristup. Osoblje iz sektora kao što su zaštita, zdravstvo, obrazovanje i rad u javnom interesu, imaju važnu ulogu u planiranju i pružanju usluga reproduktivnog zdravlja. Potrebe se najbolje upoznaju kroz uključivanje pogođenih zajednica u svakoj fazi delovanja: od procene potreba za izradu programa, preko pokretanja i održavanja programa i ocenjivanja njihovog uticaja.

Od 1999. godine, humanitarna zajednica razvija standarde i smernice za oblasti koje se odnose na reproduktivno zdravlje, uključujući rod, rodno zasnovano nasilje i HIV / AIDS u humanitarnim krizama. Globalna politička zajednica je takođe ostvarila napredak, posebno u rešavanju učestalog seksualnog nasilja u oružanim sukobima. Rezolucije 1325, 1820, 1888 i 1889 Saveta bezbednosti Ujedinjenih nacija o ženama, miru i bezbednosti, afirmišu jedinstvene potrebe, perspektive i doprinose žena i devojaka u konfliktnim situacijama. Po prvi put u istoriji, reproduktivno zdravlje je prepoznato na nivou Saveta bezbednosti, Rezolucijom 1889, eksplicitno upućujući na potrebu da se ženama i devojčicama osigura pristup uslugama reproduktivnog zdravlja i reproduktivnim pravima kako bi ostvarile bolje društveno-ekonomske uslove u post-konfliktnim situacijama.

Nažalost, veliki deo populacije je i dalje primoran da provede decenije daleko od svojih domova u izbegličkim kampovima, naseljima za interno raseljena lica ili urbanim sredinama koje su za njih nepoznate, zbog tekućeg sukoba, ili kao rezultat prirodnih katastrofa. Prosečna dužina raseljavanja za izbeglice je 17 godina. Mnoge osobe pogođene ovim hroničnih kriznim situacijama su veoma osetljive, lošeg reproduktivnog zdravstvenog stanja.

Više od 15 godina je prošlo od kada je 1994. godine na Međunarodnoj konferenciji za populaciju i razvoj, reproduktivno zdravlje stanovništva prepoznato kao ljudsko pravo. Kao članovi humanitarne zajednice, imamo kolektivnu odgovornost da potvrdimo i omogućimo pravo na reproduktivno zdravlje za sve žene, muškarce i adolescenate u humanitarnim krizama.



Pregled sadržaja

5	UVOD
7	Poglavlje 1: Osnovni principi
21	Poglavlje 2: Minimalni osnovni paket usluga (MISP)
39	Poglavlje 3: Procena, monitoring i evaluacija
51	Poglavlje 4: Reproktivno zdravlje adolescenata
61	Poglavlje 5: Planiranje porodice
75	Poglavlje 6: Zdravlje majke i novorođenčeta
85	Poglavlje 7: Sveobuhvatna nega kod abortusa
93	Poglavlje 8: Rodno zasnovano nasilje
103	Poglavlje 9: Seksualno prenosive infekcije
113	Poglavlje 10: HIV
123	Akronimi

Organizacija tehničkih poglavlja (4 do 10):

- Uvod
 - Ciljevi
 - Programiranje
 - Ljudska prava i pravni aspekti
 - Monitoring
- 

Uvod

Reproduktivno zdravlje je suštinska komponenta humanitarnog odgovora

Svi ljudi, uključujući i one koji žive u humanitarnim krizama, imaju pravo na reproduktivno zdravlje. Da bi ostvarile ovo pravo, pogođene populacije moraju imati povoljno okruženje i pristup sveobuhvatnim informacijama i uslugama tako da mogu da odlučuju slobodno i informisano.

Kvalitet usluga reproduktivnog zdravlja mora biti zasnovan na potrebama ugroženih populacija, naročito na potrebama žena i devojaka. One moraju da poštuju verske i etičke vrednosti i kulturne pozadine zajednica, sve dok je to u skladu sa opšte priznatim međunarodnim standardima ljudskih prava.

Reproduktivno zdravlje pokriva širok spektar usluga. One su definisane na sledeći način u Akcionom programu Međunarodne konferencije o stanovništvu i razvoju (ICPD) koja je održana u Kairu, Egipat, u septembru 1994. godine:

Savetovanje o planiranju porodice, informisanje, obrazovanje, komunikacija i usluge;

- obrazovanje i usluge za prenatalnu negu, siguran porođaj i postnatalnu negu, zdravstvena zaštita dece i žena;
- prevencija i odgovarajuće lečenje neplodnosti;
- prevencija abortusa i upravljanje posledicama abortusa;
- lečenje infekcija reproduktivnog trakta, seksualno prenosivih infekcija, uključujući HIV / AIDS;
- prevencija, rano otkrivanje i lečenje raka dojke i raka reproduktivnog sistema, kao i druga reproduktivno zdravstvena stanja;
- aktivno odvrćanje od štetnih tradicionalnih običaja, kao što je žensko genitalno sakaćenje

Pružanje sveobuhvatanih, visokokvalitetnih usluga iz oblasti reproduktivnog zdravlja, zahteva multisektoralni, integrisani pristup. Zaštita, zdravlje, ishrana, obrazovanje i članovi zajednice imaju svoju ulogu u planiranju i pružanju usluga iz oblasti reproduktivnog zdravlja.

Najbolji način da se osiguraju zadovoljavajuće usluge iz oblasti reproduktivnog zdravlja prema potrebama ugroženog stanovništva, jeste da se zajednica uključi u svaku fazu osmišljavanja tih

usluga, od izrade programa, njegovog sprovođenja kao i procene njegovog uticaja. Tek tada će ljudi imati koristi od usluga, prilagođenim njihovim potrebama i zahtevima.

IAVG

Na Međuagencijskom simpozijumu o reproduktivnom zdravlju u izbegličkoj situaciji održanom u Ženevi, Švajcarska, u junu 1995. godine, više od 50 vlada, nevladinih organizacija (NVO) i agencija Ujedinjenih Nacija (UN) su se obavezale na jačanje dostupnosti usluga reproduktivnog zdravlja za izbeglice. Oni su formirali IAVG – Međuagencijsku radnu grupu za reproduktivno zdravlje u izbegličkoj situaciji, koja se sada zove Međuagencijska radna grupa za reproduktivno zdravlje u kriznim situacijama.

IAFM

Nakon simpozijuma, IAVG, u konsultaciji sa pogođenim zajednicama, kreira “Priručnik o reproduktivnom zdravlju u izbegličkoj krizi” koji štampa i distribuira 1999. godine. Ciljevi priručnika su:

- isticanje skupa standardnih minimalnih intervencija u oblasti reproduktivnog zdravlja kao prioritet;
- da služi kao sredstvo za olakšavanje diskusije i donošenja odluka u planiranju, sprovođenju, praćenju i evaluaciji intervencija u oblasti reproduktivnog zdravlja;
- kao vodič za pružaoce usluga i druge profesionalce koji su angažovani u oblasti reproduktivnog zdravlja i prava
- zagovaranje za multisektorski pristup u odgovoru na potrebe ugroženih populacija iz oblasti reproduktivnog zdravlja i podsticanje koordinacije između svih partnera.

POGLAVLJE 1

Osnovni principi

Sadržaj

- 1 UVOD
- 2 CILJEVI
- 3 Osnovni principi programiranja
reproduktivnog zdravlja u humanitarnim krizama
 - 3.1 Koordinacija
 - 3.2 Kvalitet nege
 - 3.3 Komunikacija
 - 3.4 Učešće zajednice
 - 3.5 Tehnička i menadžerska izgradnja kapaciteta
 - 3.6 Odgovornost
 - 3.7 Ljudska prava
 - 3.8 Pregled nacionalnog zakonodavstva Srbije i
preuzetih međunarodnih obaveza
 - 3.8 Javno zagovaranje
- 4 NADZOR

1. Uvod

Šta je reproduktivno zdravlje?

Reproduktivno zdravlje (RZ) je stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja (ne samo odsustvo bolesti i slabosti) u svim pitanjima koja se odnose na reproduktivni sistem i njegovo funkcionisanje i procese. Reproductivno zdravlje stoga implicira da ljudi mogu da imaju zadovoljavajući i bezbedan seksualni život i da imaju mogućnost reprodukcije i slobodu da odluče da li, kada i koliko često da to učine.

Muškarci i žene imaju prava da budu informisani i da imaju pristup bezbednim, efektivnim, pristupačnim i prihvatljivim metodama planiranja porodice po svom izboru, kao i drugim metodama po njihovom izboru koje nisu protiv zakona. Oni takođe treba da imaju pravo na pristup odgovarajućim uslugama zdravstvene zaštite koje će omogućiti ženama da bezbedno vode trudnoću i porođaj.

Zašto je od suštinske važnosti zadovoljenje potreba iz oblasti reproduktivnog zdravlja u humanitarnim krizama?

Humanitarna kriza je onaj događaj ili niz događaja koji je doveo do kritičnih opasnosti po zdravlje, sigurnost, bezbednost i blagostanje zajednice ili druge velike grupe ljudi. Ona može biti rezultat događaja, kao što su oružani sukobi, prirodne nepogode, epidemija ili gladi, a često uključuju i raseljavanje stanovništva.

U humanitarnim okruženjima, neophodno je da se obezbede usluge iz oblasti reproduktivnog zdravlja, jer:

- Pristup uslugama reproduktivnog zdravlja je ljudsko pravo
- Morbiditet i mortalitet u vezi sa reproduktivnim sistemom je značajan problem javnog zdravlja
- Osobe pogođene sukobom ili katastrofom imaju pravo na zaštitu i pomoć

Pravovremeno pružanje usluga iz oblasti reproduktivnog zdravlja može sprečiti smrt, bolesti i invalidnost u vezi sa neželjenom trudnoćom, seksualne i druge oblike rodno zasnovanog nasilja HIV infekciju i niz reproduktivnih poremećaja.

2. Ciljevi

Ciljevi ovog poglavlja su:

- postaviti okvir koji vodi implementaciji programa reproduktivnog zdravlja u humanitarnim situacijama;
- objasniti razloge za pružanje usluga reproduktivnog zdravlja i istaći principe koji su osnova za uključivanje osnovne zaštite reproduktivnog zdravlja;
- Vodič za pružaoce usluga, profesionalce i druge aktere koji se bave reproduktivnim zdravljem i pravima sa ciljem da se osigura da se usluge pružaju na efikasan i pravičan način.

3. Osnovni principi RZ programiranja u humanitarnim krizama:

Sledeći principi podupiru primenu RZ programa u humanitarnim krizama:

1. Koordinacija
2. Kvalitet nege
3. Komunikacija
4. Učešće zajednice
5. Tehnička i menadžerska izgradnja kapaciteta
6. Odgovornost
7. Ljudska prava
8. Zagovaranje

3.1 Koordinacija

Šta je koordinacija?

Koordinacija podrazumeva razmenu informacija, kompromis i zajedničku akciju.

Da bi usluge reproduktivnog zdravlja bile jednake i efikasne u humanitarnom okruženju, neophodna je koordinacija i to:

- među zvaničnim organima, agencijama i drugim subjektima, nevladinim organizacijama (NVO) i telima UN-a;
- različitim sektorima i klasterima;
- unutar zdravstvenog sistema, preko različitog nivoa usluga: lekari, babice, sestre, zdravstveni saradnici i drugi pružaoci zdravstvenih usluga
- preko nivoa zdravstvene zaštite: od zajednice do zdravstvenih centara i referentnih bolnica

Neophodno je da koordinacija RZ programa bude sprovedena u saradnji sa ukupnim zdravstvenim sektorom:

- Implementacija Minimalnog osnovnog paketa usluga (MISP)
- Dostavljanje osnovnih zaliha
- Upravljanje zdravstvenim informacijama
- Sprovođenje procene
- Stručno usavršavanje pružaoca usluga
- Integrisanje sveobuhvatnih RZ usluga u okviru zdravstvenih i socijalnih usluga

Zašto je koordinacija važna?

Koordinacija rada u oblasti reproduktivnog zdravlja u okviru zdravstvenog sektora/klastera i sa drugim relevantnim sektorima/klasterima može poboljšati efikasnost, učinkovitost i brzinu odziva, omogućiti strateško odlučivanje i rešavanje problema i pomoći da se izbegnu praznine i dupliranje u službi. Koordinacija će pomoći da se insertuje standardni paket RZ usluga u celu oblast, što čini kvalitetnu reproduktivno zdravstvenu zaštitu dostupnu svima. To može generisati višestruki uticaj koji rezultira u proširenom obuhvatu i efikasnom korišćenju resursa.

Kako se postiže koordinacija?

- Na početku humanitarnog vanrednog stanja gde je aktiviran Međuagencijski Stalni komitet (IASC) sistem klaster, vodeća zdravstvena klaster agencija mora da obezbedi da je agencija identifikovana da vodi reproduktivno zdravlje u okviru zdravstvenog klastera. Vodeća RZ Agencija se bira na osnovu toga što ima prisustvo na terenu i operativne kapaciteti za podršku ostatku zdravstvenog sektora / klastera da sprovede RZ usluge. Gde se klaster sistem ne aktivira, vodeća agencija za reproduktivno zdravlje treba da bude identifikovana od strane vodeće agencije u zdravstvenom sektoru.
- Agencija identifikovana da vodi reproduktivno zdravlje mora identifikovati RZ oficira. RZ oficir radi sa zdravstvenim koordinacionim mehanizmom kako bi se osiguralo da je tehnička i operacionalna podrška obezbeđena zdravstvenom partneru u povećanju pokrivenost RZ usluga u kriznim područjima.

Humanitarni radnici sa povezanim odgovornostima (zdravstveni koordinator, RZ oficir, ključni saradnik za rodno zasnovano nasilje /rodna pitanja bi trebali da blisko sarađuju i dele informacije. Pored olakšavanja komunikacije preko agencija i sektora, RZ mora da radi na redovnoj osnovi.

U cilju olakšavanja koordinacije između sektora, RZ rukovodioci programa treba da uključe predstavnike zajednice, lokalnih vlasti i drugih relevantnih aktera kako bi se osiguralo da su svi problem ovih aktera uzeti u obzir.

3.2 Kvalitet nege

Šta je kvalitet nege?

Dobar kvalitet reproduktivno zdravstvene nege je sveobuhvatano, pristupačno i inkluzivno, zadovoljavanje potreba iz oblasti reproduktivnog zdravlja svih osoba bez diskriminacije. To znači da žene, muškarci, adolescenti, stari i iznemogli - svih nacionalnosti, religija i seksualne orijentacije - imaju pristup uslugama koje zadovoljavaju priznate standarde.

Zašto je kvalitet nege važan?

- Dobar kvalitet usluga pomaže ostvarivanju poštovanja ljudskih prava.
- Kvalitetne usluge su efikasne kada:

- Klijenti češće koriste usluge i održavaju dobre zdravstvene navike kada dobiju kvalitetnu negu.
- Pružaoci usluga su profesionalno zadovoljni i motivisani kada oni pružaju kvalitetne usluge.

Kako se može poboljšati kvalitet nege?

Kvalitet nege se povećava kada institucije:

- u skladu sa standardnim kliničkim protokolima, na primer, smernicama i standardnim predostrožnostima osiguravaju adekvatnu pokrivenost objekata i osoblja.

Kvalitet nege se povećava kada su pružaoci usluga:

- u toku sa dobrim praksama i primenjuju ih u radu
- iskazuju poštovanje prema ljudima kojima pružaju uslugu

Kvalitet nege je poboljšán kada članovi zajednice:

- imaju ovlašćenje da ispituju odgovornost agencija/institucija/organizacija za kvalitet usluga koje pružaju

3.3 Komunikacija

Šta je komunikacija?

Komunikacija uključuje sredstva (glasnike) prenošenja informacija putem odgovarajućih kanala (npr. plakat, radio, lice-u-lice, itd.) kako bi ljudi dobili informacije koje su im potrebne, kada su im potrebne, i na način koji ima smisla za njih tako da oni mogu da donose praktične odluke.

Zašto je važna komunikacija?

- Žene, muškarci i adolescenti bi trebalo da razumeju kako njihova tela funkcionišu i kako da poboljšaju svoje reproduktivno zdravlje. Naučno potvrđeno znanje treba da se deli i zajednice treba da pruže podršku ljudima u donošenju odluke o njihovom reproduktivnom zdravlju.
- Efikasna komunikacija se može baviti problemima socijalnih “čuvara” (na primer zvaničnici, roditelji, intimni partneri) i tako povećati pristup RZ uslugama.

Kako komunikacija može funkcionisati?

Koristiti osnove dobre prakse u komunikaciji programa. Na primer:

- Razumeti šta publika kojoj se obraćamo zna i veruje.
- Razviti i testirati poruke i materijale sa predstavnicima publike kojoj su poruke namenjene.

Napraviti kratku listu ključnih RZ poruka koje se dosledno distribuiraju od strane svih zdravstvenih i socijalnih promotera širom zajednice.

Koristiti kampanje u zajednici sa ciljem podizanja svesti. Na primer:

- informisati ljude da se HIV ne može preneti deljenjem hrane, rukovanjem ili drugim povremenim kontaktom.

Koristiti ciljane kampanje sa ciljem promovisanja zdravlja među ugroženim grupama. Na primer:

- Promocija porođaja u porodilištu.
- Povećanje primene i dalje praktikovanje prakse sigurnih seksualnih aktivnosti.
- Povećanje svesti o planiranju porodice među ženama koje su se porodile.
- Promocija posete klinikama od strane žena koje su preživele silovanje i druge oblike rodno zasnovanog nasilja.

Koristite model za savetovanje klijenata/korisnika koji osigurava kompetentnu interakciju pružaoca kao što je **GATHER**:

G - Pozdravite klijenta

A - Pitajte ga šta mu je potrebno

T - Recite mu koje usluge imate na raspolaganju

H - Pomozite mu da odluči šta je najbolje za njega

E - Edukujte ga o njegovom izboru

R - Zakažite ponovnu posetu i stavite mu do znanja da može doći u bilo koje vreme ukoliko ima bilo kakva pitanja

3.4 Učešće zajednice

Šta je učešće zajednica?

Učešće zajednice je učešće ključnih aktera u svim aspektima programskog ciklusa - procena, dizajn, implementacija, nadzor i evaluacija. Mogućnosti za učešće treba da budu transparentne, bez prinude i otvorene za sve. Od suštinskog je značaja da se obezbedi učešće svih grupa, uključujući žene, muškarce i adolescente (devojčice i dečake). Možda će biti potrebno da se traži aktivno angažovanje kada su u pitanju često marginalizovane grupe kao što su manjine, mladi, udovice i osobe sa invaliditetom.

Zašto je učešće zajednica važno?

Učešće zajednice je od suštinskog značaja da bi se osigurala adekvatnost, prihvatljivost i održivosti RZ programa. Vraćanje osećaja kontrole i nezavisnosti lokalnim akterima može da pomogne zajednicama da se oporave od krize. Uspešno učešće cele zajednice uključuje i žene i muškarce u donošenju odluka i implementaciji.

Kako funkcionirše rad zajednice?

Spoljni akteri (akteri izvan same zajednice) treba da iniciraju učešće u ranoj fazi odgovora i da postepeno kontrolu nad programom predaju lokalnim akterima.

Učešće zajednice	
Više lokalne kontrole  Manje lokalne kontrole	• Lokalni akteri (muškarci i žene) upravljaju projektom dok spoljni akteri nude savete
	• Lokalni i spoljni akteri upravljaju zajedno projektom kroz partnerske veze
	• Lokalni i spoljni saradnici implementiraju aktivnosti zajedno kombinujući lokalne i spoljnje doprinose. Spoljni akteri zadržavaju upravljanje i nadgledanje odgovornosti.
	• Lokalni i spoljni akteri donose programske odluke zajedno koristeći zajednički analitički program planiranja. Spoljni akteri implementiraju, upravljaju i nadgledaju program.
	• Članovi zajednice konsultuju spoljnje aktere tražeći lokalne informacije i uočavajući potrebe. Spoljni saradnici planiraju u skladu sa informacijama iz zajednice i onda implementiraju, upravljaju i nadgledaju projekat.
	• Članovi zajednice su informisani od strane spoljnjih aktera u pogledu planiranih programa. Spoljni akteri sprovode, upravljaju i nadgledaju program.
*spoljni akteri – NVO, profesionalci izvan zajednice	

MISP je pokrenut kao jedan od prioriteta u humanitarnim krizama na osnovu priznate potrebe za hitnim pristupom osnovnim uslugama. Informacije prikupljene kroz učešće zajednice u prvom odgovoru na krizu kreiraju buduće planiranje usluga. Takve informacije se mogu uključiti i u prakse lokalne zajednice.

3.5 Tehnička i menadžerska izgradnja kapaciteta

Šta je izgradnja kapaciteta?

Izgradnja kapaciteta obuhvata poboljšanje potreba u okviru organizacija/institucija kako bi se osigurala adekvatna tehnička i upravljačka kompetencija neophodna za rad sa klijentima i na programima. Lokalne i međunarodne organizacije treba da sarađuju u dvosmernom partnerstvu.

- Pružaoci usluga moraju biti kompetentni da pruže kvalitetnu negu.
- Organizacije moraju da imaju sisteme upravljanja kako bi se:
 - zaposlili, edukovali, nadgledali i podržali pružaoci usluga
 - održavali objekti i oprema
 - osigurao pribor
 - dizajnirale, nadgledale i evaluirale usluge
 - angažovale sve zainteresovane strane
 - prikupljala finansijska sredstva i upravljali fondovi

Zašto je izgradnja kapaciteta važna?

- Organizacije treba da poseduju adekvatne tehničke i upravljačkih kapacitete za pružanje efikasne RZ usluge stanovništvu u nevolji.
- Veći kapacitet u lokalnim, nacionalnim, regionalnim i međunarodnim organizacijama mogu poboljšati pokrivenost, kvalitet i održivost RZ usluga.
- Lokalni davaoci usluga ili agencije su često odgovorni za pokretanje programa tokom povećanih bezbednosnih pretnji.

Kako se postiže izgradnja kapaciteta?

- Procena trenutnih tehničkih i upravljačkih prednosti i slabosti svake partnerske organizacije i identifikacija prioritetnih oblasti za poboljšanje.
- Uspostavljanje i dogovaranje o jasnim ulogama i odgovornostima za svakog partnera i jasno definisanje ovih uloga.
- Zajednički dizajn, implementacija i evaluacija tehničke obuke, ispravka i upravljanje sistemima za poboljšanje.

3.6 Odgovornost

Šta je odgovornost?

Odgovornost je proces “držanja” pojedinca i organizacija odgovornim za delovanje u skladu sa postavljenim standardima i principima. Relevantni standardi i principi uključuju fiskalnu odgovornost, humanitarne principe, profesionalne standarde, domaće i međunarodne zakone i principe opisane u ovom poglavlju. Odgovornost može da uključuje i nametanje sankcija za kršenje standarda.

U okviru humanitarne zajednice postoji pokret za osiguranje odgovornosti za primaocima pomoći. Na primer, Partnerstvo za humanitarnu odgovornost (HAP). HAP međunarodno promoviše odgovornost prema korisnicima kroz standarde i procese sertifikacije. HAP identifikuje sedam glavnih principa odgovornosti:

1. Obaveznost humanitarnih standarda i prava
2. Postavljanje organizacionih standarda- izgradnja sposobnosti i kapaciteta osoblja
3. Komunikacija i konsultacije sa zainteresovanim stranama, naročito korisnicima i osobljem, o organizacionim standardima, o realizaciji projekta i mehanizmima za rešavanje problema
4. Učešće - uključivanje korisnika u planiranje, implementaciju, monitoring i evaluaciju programa
5. Praćenje i izveštavanje o usklađenosti sa standardima u konsultaciji sa korisnicima
6. Rešavanje žalbi - omogućavanje korisnicima i osoblju da podnesu žalbe i da traže naknadu štete
7. Implementacioni partneri - održavanje posvećenosti principima kada se radi preko implementacionih partnera.

Zašto je odgovornost važna?

Efikasni sistemi odgovornosti i procesi pomažu ispunjavanju prava i obaveze po svojoj prirodi sadržanim u univerzalnim ljudskim pravima i pridaju jednaku humanost svim osobama, uključujući i one pogođene krizom, kao i humanitarne radnike.

U okviru humanitarne zajednice, napor u cilju promovisanja odgovornosti su uključeni u Humanitarnu Povelju i Kodeks ponašanja za Crveni krst i nevladine organizacije u katastrofama (Kodeks ponašanja). Pristalice Humanitarne Povelje prepoznaju i ranjivosti i kapacitet pogođenih populacija.

Humanitarna reforma Ujedinjenih Nacija zagovara odgovornost, liderstvo, predvidivost i partnerstvo za poboljšanje odgovora na humanitarnu krizu.

Kako programi mogu biti odgovorni prema primaocima usluga?

Pridržavanje humanitarnih standarda, poštovanje ljudskih prava i pridržavanje osnovnih principa RZ nege kao što je navedeno u ovom priručniku i drugim dokumenata, uključuje:

- Humanitarnu povelju i minimalne standarde u vanrednim situacijama
- Bilten Generalnog sekretara “Posebne mere za zaštitu od seksualne eksploatacije i seksualnog zlostavljanja “
- IASC Rodni priručnik u humanitarnoj akciji
- IASC Smernice za rodno zasnovano nasilje i intervencije u humanitarnoj pomoći
- IASC Smernice za HIV / AIDS intervencije u kriznim situacijama
- IASC Smernice za mentalno zdravlje i psihološku podršku u kriznim situacijama
- IASC matrica o ulogama i odgovornostima Agencija kako bi se obezbedila koordinacija

Pored toga, treba obezbediti sledeće korake:

- Uspostaviti stalnu komunikaciju sa pogođenom populacijom i podeliti informacije o organizaciji/instituciji i njenim planovima, projektima i radu.

- Angažovati učešće korisnika u svim programskim koracima - proceni, planiranju, sprovođenju i praćenju projekta.
- Primeniti organizacioni sistem spreman da odgovori na nedolično ponašanje osoblja.

3.7 Ljudska prava

Šta su ljudska prava?

Međunarodna ljudska prava su skup globalnih obaveza koje regulišu način kako države tretiraju ljude pod njihovom jurisdikcijom sa globalnim ciljem osiguravanja jednakog dostojanstva, slobode i blagostanja svih ljudi. Ljudska prava su univerzalna; ona se odnose na sve pojedince kao ljudska bića.

Principi ljudskih prava koji su sadržani u međunarodnim i regionalnim ugovorima čine deo međunarodnog prava. Nekoliko sporazuma uspostavljaju pravne ugovore između nacija u znak podrške pravima objavljenim 1948. godine u Univerzalnoj deklaracije o ljudskim pravima. Oni uključuju Međunarodni pakt o građanskim i političkim pravima (1966), Međunarodni pakt o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima (1966), Konvenciju o eliminaciji svih oblika diskriminacije žena (1979), koja specifično nabroja oblike rodne diskriminacije i korake koje države moraju da preduzmu da ih eliminišu, i Konvenciju o pravima deteta (1989).

Države koje su potpisale ili ratifikovale instrumente za ljudska prava su u obavezi da poštuju, štite i ispunjavaju ljudska prava. Svi nacionalni i lokalni zakoni treba da poštuju ljudska prava. Države su obavezne da štite ljude od kršenja njihovih prava od strane drugih. Drugim rečima, nije dovoljno da osoba ima pravo; ona ili on moraju biti u stanju da ostvare to pravo.

Šta su reproduktivna prava i kako su ona povezani sa ljudskim pravima?

Reproduktivna prava su skup priznatih ljudskih prava. 1994. godine na Međunarodna Konferencija o stanovništvu i razvoju (ICPD), koja su postavila okvir za realizaciju prava na reprodukciju: "Ova prava počivaju na priznanju osnovnog prava svim parovima i pojedincima da slobodno i odgovorno odluče o broju, razmaku i vremenu kada žele da imaju decu, i da imaju informacije i sredstva za to, kao i pravo da dostignu najviši standard seksualnog i reproduktivnog zdravlja. Ono takođe uključuje i pravo svih da donose odluke koje se tiču reprodukciju bez diskriminacije, prisile i nasilja."

Ljudska prava od ključnog značaja za reproduktivno zdravlje uključuju:

- Pravo na život
- Pravo na bezbednost ličnosti
- Pravo na odluku o broju, razmaku i vremenu kada će imati decu
- Pravo na nediskriminaciju i jednakost
- Pravo na privatnost
- Pravo na zdravlje
- Pravo da traže, primaju i saopštavaju informacije

- Pravo da budu slobodni od okrutnog, ponižavajućeg i nečovečnog postupanja
- Pravo na pravni lek
- Pravo na koristi od naučnog napretka

Zašto su ljudska prava važna za RZ programiranje?

Pravno i političko okruženja u kome ljudi (uključujući i pružaoce usluga), u humanitarnim krizama žive, misle i deluju imaju uticaj na reproduktivno zdravlje stanovništva.

Ova okruženja formalno određuju šta se pravno može uraditi od strane lokalnih i spoljnih aktera. Oni takođe mogu da oblikuju stavove i odgovore na RZ inicijative.

Dok međunarodni instrumenti za ljudska prava, pre svega, obavezuju države da budu odgovorne za poštovanje ljudskih prava, nedržavni akteri, kao što su međunarodne agencije/ nevladine organizacije igraju važnu ulogu u pomaganju ljudima da ostvare svoja prava. Humanitarni radnici imaju dvostruku odgovornost - da aktivno promovišu ljudska prava i da osiguraju da se ona ne krše.

Kako RH programi mogu unapređivati ljudska prava?

Od suštinskog je značaja da pružaoци usluga iz oblasti RZ a budu upoznati sa:

- međunarodnim i regionalnim ljudskih pravima i konvencijama koja su deo zemlje u kojoj rade;
- vladajućim nacionalnim propisima i protokolima koji regulišu: privatnost i poverljivost, obavezno informisanje, registraciju i izdavanje lekova;
- nacionalnim i / ili lokalnim zakonima koji regulišu pristup uslugama
- nacionalnim krivičnim pravo i / ili lokalnim propisima koji definišu krivična dela seksualnog nasilja i pravni odgovor na seksualno nasilje.

Uverite se da Vaš RZ program zasnovan na uslugama, koje su dostupne, dobrog kvaliteta i pristupačne svima. Analizirajte i poboljšajte svoj program u sledećim oblastima:

- norme međunarodnih ljudskih prava
- nacionalni pravni standardi
- lokalni običaji
- raspoloživost i dostupnost usluga

Zagovaranje i saradnja sa grupama za zagovaranje na lokalnom i nacionalnom nivou kako bi zakoni, politike i prakse bile u skladu sa međunarodnim standardima ljudskih prava. Prava garantovana u ugovorima o ljudskim pravima važe za sve ljude, bez obzira na državljanstvo ili prebivalište; oni su stoga odnosni i na izbeglice i interno raseljena lica. Međutim, izbeglice dobijaju usluge određene nacionalnim zakonima zemlje domaćina i njenim međunarodnim obavezama. U slučajevima kada nisu u skladu sa nacionalnim zakonima jedne zemlje sa principima ljudskih prava, pružaoци usluga mogu da doprinesu pozitivnim promenama putem javnog zagovaranja.

3.8 Pregled nacionalnog zakonodavstva Srbije i preuzetih međunarodnih obaveza:

Republika Srbija je potpisnica brojnih međunarodnih standarda u domenu ljudskih prava i humanitarnog prava. Ugovornica je sledećih međunarodnih instrumenata:

- 1) Međunarodna konvencija o suzbijanju trgovine ženama i decom
- 2) Konvencija UN protiv prekograničnog organizovanog kriminala i njegovih protokola protiv krijumčarenja migranata na kopnu, moru i vazduhu, kao i sprečavanje, suzbijanje i kažnjavanje trgovine ljudskim bićima, naročito ženama i decom
- 3) Konvencija o status izbeglice
- 4) Protokol o status izbeglice
- 5) Konvencija o pravnom položaju lica bez državljanstva
- 6) Konvencija o smanjenju broja lica bez državljanstva

Republika Srbija je ratifikovala veliki broj međunarodnih instrumenata UN u oblasti ljudskih prava:

- 1) Međunarodni pakt o građanskim i političkim pravima (ICCPR) sa dva opciona Protokola
- 2) Međunarodni pakt o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima (ICESCR)
- 3) Međunarodna konvencija o ukidanju svih oblika diskriminacije žena (CEDAW) kao i opcionim Protokol uz Konvenciju
- 4) Konvencija o pravima deteta (CRC) sa dva opciona Protokola

Savet Evrope:

- 1) Konvencija o zaštiti ljudskih prava i osnovnih sloboda i dodatni Protokoli uz Konvenciju (2004)

Normativni okvir Republike Srbije od značaja za ljudska prava izbeglica:

- 1) Zakon o migracijama
- 2) Zakon o izbeglicama
- 3) Zakon o azilu
- 4) Uredba o zbrinjavanju izbeglica
- 5) Uredba o utvrđivanju Programa podsticaja za sprovođenje mera i aktivnosti neophodnih za dostizanje ciljeva iz oblasti upravljanja migracijama u jedinicama lokalne samouprave za 2016. godinu
- 6) Nacionalna strategija za rešavanje pitanja izbeglica i interno raseljenih lica za period od 2015. do 2020. godine

Zašto je zagovaranje važno?

Javno zagovaranje je potrebno u humanitarnim krizama kako bi se osigurala politika za podršku

i odgovarajuća sredstva za sveobuhvatne RZ usluge. RZ programiranje zahteva zalaganje, jer se često pogrešno, dovodi u pitanje sa političkim i kulturnim stavovima i često se ne shvata kao standard ili prioritetna aktivnost u periodu oporavka.

Javno zagovaranje je takođe potrebno kako bi se osiguralo da se humanitarni radnici pridržavaju osnovnih principa opisanih u ovom poglavlju.

Kako javno zagovaranje funkcioniše?

- Zagovaranje zahteva pažljivo strateško planiranje. To nije jednokatan ili linearan proces. Strategija zagovaranja mora se stalno ocenjivati i prilagođavati izmenjenim okolnostima.
- Strategija za zastupanje uključuje: utvrđivanje problema, kratkoročne i dugoročne ciljeve, aktivnosti i resurse; predviđanje potencijalnih izazova i priprema odgovora, i praćenje implementacije aktivnosti.
- Efikasne aktivnosti za zastupanje su: razvoj predloga politika, deljenje primera dobrih politika RZ sa donosiocima odluka; izvođenja dokaza uspešnih programa iz oblasti; angažovanje uticajnih pojedinca koji motivišu promenu u drugima; rad u okviru postojećih koordinacionih struktura kako bi se osiguralo da su RZ programi prioritet za finansiranje i implementaciju; edukacija pružaoca usluga; i komunikacija sa donosiocima odluka kako bi bili informisani.

4. Nadzor

Sledeće mere mogu da se koriste za praćenje sprovođenja osnovnih principa RZ programiranja.

4.1 Koordinacija

- Da li su MISP aktivnosti u toku? Da li su MISP usluge dostupne svim članovima stanovništva?
- U tekućem programu da li svi članovi ugroženog stanovništva imaju ravnopravan pristup kvalitetnim sveobuhvatnim uslugama reproduktivnog zdravlja? Da li su RZ indikatori u okviru prihvatljivih normi?

4.2 Odgovornost

Neke jednostavne mere uključuju:

- Dokumentaciju za učešće korisnika u planiranju, implementaciji, monitoringu i evaluaciji programa
- Javan izveštaj periodičnog napretka programa
- Dokumentacija o radnjama preduzetim kao odgovor na pritužbe korisnika u vezi sa programom.

4.3 Učešće zajednice

- Stepen prelaska iz spoljašnje na lokalnu kontrolu programskih elemenata.

4.4 Kvalitet nege

- Izveštaji pokazuju prikupljanje i odgovor na stavove korisničke populacije

4.5 Izgradnja kapaciteta

- Odnos kliničkog i rukovodećeg osoblja obavlja se prema potrebnom nivou nadležnosti.

4.6 Komunikacija

- Zdravstveni informativni materijali su vidljivi u zajednici
- Interakcija klijenata i pružaoca usluga
- Dugoročno gledano, evidencija o promeni ponašanja među članovima zajednice.

4.7 Zastupanje

- Prisustvo, ili promena, politika koje promovišu pristup RZ uslugama
- članovi zajednice svesni su RZ politika
- RZ usluge odražavaju primenu pozitivnih RZ politika

4.8 Ljudska prava

Stopa korišćenja RZ usluga razložena je po nacionalnosti, starosti, bračnom statusu, imigracionom statusu / statusu tražioca azila, religije, geografije, itd

POGLAVLJE 2

Minimalan osnovni paket usluga (misp)

Sadržaj

- 1 UVOD
- 2 CILJEVI
- 3 PROGRAMIRANJE
 - 3.1 Pružaoci usluga
 - 3.2 Prevencija i odgovor na seksualno nasilje
 - 3.3 Prevencija prenošenja HIV-a
 - 3.4 Prevencija bolesti i smrtnosti majke i novorođenčeta
 - 3.5 Oprema za sprovođenje MISP - a
 - 3.6 Plan za integraciju sveobuhvatnih RZ usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
- 4 LJUDSKA PRAVA I PRAVNI ASPEKTI

1. Uvod

Ovo poglavlje opisuje Minimalan osnovni paket usluga (MISP) sa ciljem adresiranja potreba iz oblasti reproduktivnog zdravlja na početku vanredne situacije. MISP definiše koje su RZ usluge najvažnije u prevenciji oboljevanja i smrtnosti, posebno među ženama i devojkama, u humanitarnim katastrofama. Zanemarivanje reproduktivnog zdravlja u humanitarnim postavkama ima ozbiljne posledice: smrtnost majki i novorođenčeta; seksualno nasilje i naknadne komplikacije kao što su traume, polno prenosive infekcije (PPI), neželjene trudnoće i nesigurni abortusi; i moguće širenje HIV-a. Sve aktivnosti MISP - a treba da se implementiraju istovremeno. MISP je standard.

MISP je razvijen na osnovu dobro dokumentovanih dokaza RZ potreba u humanitarnim krizama i zbog toga može da se sprovedi bez početne procene potreba. Međutim, neke osnovne demografske i zdravstvene informacije ugrožene populacije moraju biti sakupljene kroz zdravstveni koordinacioni mehanizam za optimalnu isporuku aktivnosti MISP - a.

Važno je napomenuti da komponente MISP-a zahtevaju minimum uslova. Plan za sprovođenje sveobuhvatnih RZ usluga, kao što je navedeno u poglavljima 4 do 10 u ovom Priručniku, treba primeniti čim situacija to dozvoli. Čak i u uslovima u kojima se pružaju ostale komponente reproduktivnog zdravlja, treba obezbediti da se MISP ciljevi takođe sprovedu ako su prioritet.

Ciljevi MISP – a

- Osigurati da zdravstveni sektor / klaster identifikuje organizaciju/instituciju koja vodi sprovođenje MISP - a. Vodeća RZ Organizacija:
 - imenuje RZ oficira da pruži tehničku i operativnu podršku svim agencijama/organizacijama/institucijama koje pružaju zdravstvene usluge
 - održavanje redovnih sastanka sa zainteresovanim stranama u cilju implementacije MISP - a
 - izveštavanje na sastancima zdravstvenog sektora o bilo kojim pitanjima koja se odnose na implementaciju MISP - a
 - razmena informacije o dostupnosti RZ sredstava i zaliha
- Sprečavanje i upravljanje posledicama seksualnog nasilja:
 - Uspostavljanje mera za zaštitu ugroženih populacija, naročito žena i devojaka, od seksualnog nasilja
 - Dostupnost kliničke nege za žrtve silovanja
 - Osigurati da je zajednica svesna raspoloživih kliničkih usluga
- Smanjiti prenošenje HIV-a:
 - Osigurati praksu sigurne transfuzije krvi
 - Olakšati i sprovesti poštovanje standardnih mera predostrožnosti
 - Omogućiti dostupnost besplatnih kondoma

- Sprečiti bolesti i smrtnosti majke i novorođenčeta:
 - Osigurati dostupnost hitne akušerske nege i usluge zaštite novorođenčeta, uključujući:
 - Zdravstvene ustanove: obučeni polaznici za asistenciju pri porođaju za normalan porođaja i upravljanje akušerskim komplikacijama
 - Referentne bolnice: stručno medicinsko osoblje i sredstva za upravljanje akušerskim vanrednim situacijama
 - Uspostaviti sistem upućivanja kako bi se olakšao transport i komunikacije sa zajednicom u zdravstvenom centru i između zdravstvenog centra i bolnice
 - Obezbediti da čisti kompleti za porođaj stoje na vidnom mestu za trudnice kako bi se promovisali čisti porođaji u kući, kada pristup zdravstvenoj ustanovi nije moguć
- planovi za opsežne RZ usluge, integrisani su u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Podržati zdravstvene partnere da:

- koordiniraju naručivanja opreme i pribora na osnovu procenjene i posmatrane potrošnje
- Sakupe postojeće podatke
- Identifikuju adekvatne lokacije za buduće pružanje sveobuhvatnih RZ usluga
- Procene kapacitet osoblja za pružanje sveobuhvatne RZ usluge i plan za obuku / prekvalifikaciju kadrova

Napomena: Takođe je važno obezbediti dostupne kontraceptive kako bi se zadovoljila potražnja, tretman za polno prenosive infekcije treba da je na raspolaganju pacijentima sa simptomima i ARV terapijom za lečenje ljudi koji već koriste ARV terapiju, uključujući i terapiju za prevenciju prenosa sa HIV-a sa majke na dete. Pored toga, treba obezbediti da se kulturno odgovarajući menstrualni paketi za zaštitu (obično pakovani sa drugim sredstvima za higijenu u "higijenskim paketima" distribuiraju ženama i devojkama.

2. Ciljevi

Cilj ovog poglavlja je da pruži informacije i uputstva pružaocima usluga u humanitarnim katastrofama:

- uloga i funkcija pružalaca usluga reproduktivnog zdravlja
- sprečavanje seksualnog nasilja i kliničko upravljanje posledicama silovanja;
- prioritetne intervencije za smanjivanje prenošenja HIV-a;
- prioritetne intervencije za smanjivanje smrtnosti majke i novorođenčeta
- planiranje integracije sveobuhvatnih RZ usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
- zalihe (pribor) potrebne za implementaciju MISP-a.

3. Programiranje

3.1 Pružaoci usluga

Od početka odgovora u svakom humanitarnom okruženju, klaster zdravstvenog sektora ili zdravlja mora da identifikuje vodeću RZ organizaciju/instituciju

Ovo može biti NVO, Ministarstvo zdravlja (MZ) ili agencija UN-a.

Kako bi se osiguralo sprovođenje MISP-a mora biti urađeno:

- klaster zdravstvenog sektora treba da identifikuje vodeću RZ organizaciju.
- Glavna organizacija imenuje na RZ oficira koji funkcioniše u okviru zdravstvenog sektora / klastera. RZ oficir, osigurava da:
 - sve zdravstvene agencije koje rade u svakom od kriznih područja se bave reproduktivnim zdravljem;
 - redovni sastanci zainteresovanih strana se održavaju da pravilno utvrde MISP;
 - informacije sa ovih sastanaka se dele i diskutuju na Generalnom koordinacionom sastanku zdravstvenog sektora / klastera
 - Operativna i tehnička podrška je obezbeđena za partnere, za sprovođenje MISP-a na svim lokacijama koje su pogođene vanrednom situacijom. Ovo uključuje:
 - davanje uputstva i tehničke podrške za koordiniranu nabavku RZ materijala;
 - identifikovanje kvalifikovanog osoblja za sprovođenje MISP usluga.

3.2 Prevencija i odgovor na seksualno nasilje

U cilju sprečavanja seksualnog nasilja i odgovora na potrebe osoba koje su preživele nasilje od početka vanredne situacije treba uspostaviti:

- mehanizme za zaštitu stanovništva od seksualnog nasilja;
- kliničke uslugaza žrtve silovanja
- svest zajednice o dostupnim uslugama za žrtve silovanja.

3.2.1 sprečavanja seksualnog nasilja

Seksualno nasilje je prijavljeno u većini humanitarnih kriza, uključujući i one koje su izazvane elementarnim nepogodama. Svi akteri u humanitarnim dešavanjima moraju biti svesni rizika od seksualnog nasilja i koordinisati multisektorske aktivnosti da ih spreče, i da zaštite pogođeno stanovništvo, a posebno žene i devojčice. RZ oficir mora razmotriti pitanje seksualnog nasilja na koordinacionim sastancima zdravstvenog sektora. U saradnji sa mehanizmom za ukupni zdravstveni sektor / klaster, RZ oficir mora:

- obezbediti da žene, muškarci, adolescenti i deca imaju pristup osnovnim zdravstvenim uslugama, uključujući i usluge seksualnog i reproduktivnog zdravlja;
- dizajnirati i locirati zdravstvene ustanove za poboljšanje fizičke sigurnosti, u konsultaciji sa stanovništvom, posebno žena i mladih;
- konsultacije sa pružiocima usluga i pacijentima o bezbednosti u zdravstvenim ustanovama;
- locirati posebno muške i ženske toalete i područja za pranje u zdravstvenim ustanovama na sigurnom mestu sa adekvatno osvetljenom putanjom; treba obezbedi da se vrata zaključavaju iznutra;
- osigurati dasu svi jezici etničkih podgrupa zastupljeni među pružiocima usluga ili obezbediti da je prevodilacna raspolaganju;
- angažovati žene kao pružaoce usluga, zdravstvene radnike u zajednici, osoblje programa prevodioce
- informisati pružaoce usluga o važnosti održavanja tajnosti i dati im da potpišu i poštuju kodeks ponašanja protiv seksualnog iskorištavanja i zlostavljanja;
- obezbediti da se primenjuju kodeksi ponašanja i mehanizmi izveštavanja od strane medicinskog osoblja, kao i relevantne kaznene mere ukoliko se ne primenjuju.

3.2.2 Odgovor na potrebe osoba koje su preživjele silovanja

U cilju sprečavanja i upravljanja mogućim zdravstvenim posledicama, žrtve silovanja moraju da ima pristup kliničkoj nezi, uključujući i podrške savetovanja, što je pre moguće nakon incidenta.

Žrtvama nasilja takođe može biti potrebna zaštita i psiho-socijalne i pravne podrške. Što je pre moguće, treba podržati proces identifikacije jasne podele uloga i odgovornosti među zdravstvenim partnerima i između svih sektora / klastera programa koje su odgovorile na potrebe osoba koje su preživjele silovanje (zdravlje, zaštita, bezbednost i usluge u zajednici) u cilju da se obezbedi koordiniran, žrtvama okrenut, poverljivi mehanizam upućivanja za žrtve. Dokument koji nastaje kao ishod ovog procesa se ponekad naziva Standardne operativne procedure (SOP).

3.2.3 Kliničke usluge za žrtve silovanja

Kod kreiranja kliničkih usluga za žrtve silovanja, RZ oficir i zaposleni na programu moraju da:

- uspostave posebnu oblast za savetovanje sa kartotekom koja se zaključava;
- uspostave jasane protokole i dovoljno materijala i opreme;
- angažuju muške i ženske pružaoce usluga koji govore lokalnim jezicima, ili gde to nije moguće, obučiti muške i ženske pratioce i prevodioce;
- uključiti žene i muškarce i adolescenatkinje u donošenje odluka o dostupnosti usluga i odgovarajućem nazivu za uslugu;
- obezbede usluge i mehanizme upućivanja u bolnicu u slučaju komplikacija opa-

snih po život koji su na raspolaganju 24 sata dnevno / 7 dana u nedelji;

- Kad se uspostave usluge, obaveste zajednicu zašto, gde i kada (što je pre moguće nakon silovanja) treba obezbediti ove usluge. Upotrebiti komunikacione kanale podobne za situaciju.
- Osiguraju da su pružaoci usluga obučeni. Gde je potrebno treba organizovati informacione sesije ili kratke treninge o kliničkoj nezi za žrtve silovanja. Klinički menadžment žrtava silovanja obuhvata sledeće komponente:
 - podržavajuća komunikacija
 - istorija i pregled
 - prikupljanje relevantnih forenzičkih dokaza
 - blagonaklon i poverljiv tretman, uključujući:
 1. hitnu kontracepciju
 2. lečenje seksualno prenosivih bolesti
 3. profilaksu (PEP) za sprečavanje prenošenja HIV-a
 4. saniranje rana i sprečavanje tetanusa
 5. prevencija hepatitisa B
 6. upućivanje na korišćenje dodatnih usluga, npr zdravstvenih, psiholoških i socijalnih.

Komunikacija podržavanja

Potrebno je osigurati da su pružaoci usluga u stanju da pruže blagonaklonu i poverljivu podršku žrtvi kroz komunikaciju koja je precizna, jasna, neosuđujuća i uključuje aktivno slušanje.

Istorija i pregled

Detaljna istorija i temeljni medicinski pregled se obavlja nakon što se osigura da žrtva razume i saglasana je sasvakim korakom. Odštampani formulari istorije bolesti i pregleda moraju biti temeljno dokumentovani.

Osnovna svrha istorije i pregleda je da se odredi klinička nega koja je potrebna. Beleženje istorije i izvođenje pregleda se vrši na osnovu tempa koji diktira žrtva. On ili ona treba da su sigurni da imaju kontrolu, i ne moraju da razgovaraju o bilo čemu što im je neprijatno i mogu da zaustave proces u bilo kom trenutku. To je pravo žrtve da odluči da li i kada želi da bude pregledana.

Prikupljanje forenzičkih dokaza

- Dokazi se prikupljaju tokom lekarskog pregleda ako žrtva pristane na njega.
- U najmanju ruku, pažljivo napisan zapisnik trebada sadržati sve nalaze dobijene na osnovu lekarskog pregleda koji može da podrži priču osobe koja je preživela silovanje, uključujući stanje njene odeću. Medicinska tabela je deo pravnog zapisa i može se dostaviti kao dokaz (uz saglasnost žrtve) ukoliko slučaj ode na sud. Ona se mora čuvati na poverljivom mestu.

- Na zahtev žrtve, pružalac usluge može pripremiti lekarsko uverenje ili formular za odlazaku policiju.
- Žrtva je jedina osoba koja odlučuje kada i gde želi da koristite medicinski izveštaj.

Hitna kontracepcija

Hitna kontraceptivna pilula može sprečiti neželjenu trudnoću ako se koristi u roku od 120 sati (do 5 dana) silovanja.

- Tretman pilulama treba početi što je pre moguće nakon silovanja jer efikasnost opada sa vremenom. Pilula je su efikasna kada se koristi do 72 sata nakon silovanja, dok je umereno efikasna ako je njeno korišćenje započeto u roku od 72 do 120 sati. Efikasnost posle dužeg odlaganja nije istražena.

Pilule za hitnu kontracepciju ne sprečavaju trudnoću od seksualnih radnji koje se dešavaju nakon njihove upotrebe pa je potrebno obezbediti joj kondoma za upotrebu u bliskoj budućnosti.

- Posledice: Pilule za hitnu kontracepciju mogu bezbedno da koriste sve žene ili devojčice, čak i one koji ne mogu da koriste hormonske metode na kontinuiranoj osnovi. Pilule za hitnu kontracepciju neće biti efikasne u slučaju utvrđene trudnoće. One se mogu dati kada je status trudnoće nejasan ikada testiranje na trudnoću nije dostupano, jer nema dokaza koji ukazuju da pilule mogu da nanesu štetu ženi ili postojećoj trudnoći. Ne postoje druge medicinske kontraindikacije za korišćenje hitne kontracepcije.

Postekspoziciona profilaksa (PEP) za sprečavanje prenošenja prenošenja HIV-a

Verovatnoća prenošenja HIV-a nakon silovanja može se smanjiti brзом administracijom PEP- a. PEP se mora uzeti u roku od 72 sata nakon izlaganja HIV virusu i terapija mora trajati 28 dana. PEP treba da bude započet što je pre moguće nakon izlaganja. Svetska zdravstvena organizacija (SZO) preporučuje 28 dnevnu kombinovanu terapiju sa dva nukleozidna inhibitora reverzne transkriptaze, poželjno u kombinaciji fiksne doze.

Za žrtve seksualnog nasilja značajno je da:

- Procenite rizik od izloženosti HIV-u pre nego što joj se prepiše PEP. Uzmite u obzir istoriju događaja (uključujući i da li je bilo više napadača), da li je u pitanju vaginalna ili analna penetraciju i vrstuzadobijenih povreda.
- Ponudite dobrovoljno savetovanje i testiranje na HIV u prve dve nedelje nakon incidenta. Međutim, HIV test nije obavezan pre propisivanja PEP-a.
- Ponudite PEP svim podobnim osobama koje su preživele silovanje, uključujući one koje ne žele da se podvrgnu testiranju na HIV. Započnite prve dozu PEP – a što je pre moguće. Ne odlažite počinjanje PEP terapije čekajući rezultat.

Ne nudite PEP preživelim koji znaju da su HIV pozitivni ili se utvrdi da su HIV pozitivni. Iako nije verovatno da će imati negativne efekte na njih, nema očekivane koristi. Uputite HIV pozitivne preživele na HIV tretman, podršku i usluge.

Pridržavanje režima tri leka može biti teže nego režimu od dva leka. Zbog potencijalno opasnih sporednih efekata, uputite žrtvu na lekarasa iskustvom u lečenju HIV-a.

Važno je znati:

- Trudnoća nije kontraindikacija za PEP. Informisati žene čija je trudnoća manja od 12 nedelja da se mogući efekti leka na fetus ne znaju.
- Dajte savet žrtvi vezano za sporedne efekte leka, kao što su umor, mučnina i simptomi slične gripu. Ovi neželjeni efekti su privremeni i mogu se umanjiti analgeticima kao što je paracetamol.
- žrtva može dobiti jednonedeljnu dozu PEP- a, a preostale doze za tri nedelje nakon sledeće posete lekaru.
- Obezbediti punu 28-dnevnu terapiju za preživela koji se ne mogu vratiti iz bilo kog razloga ili su u uslovima u kojima postoji verovatnoća raseljavanja.

Nega rana i sprečavanje tetanusa

Čišćenje iscedaka, posekotina i ogrebotina i čišćenje i ušivanje rana neophodno je u roku od 24 sata. Nemojte ušivati prljave rane. Razmotrite davanje odgovarajućih antibiotika i lekova protiv bolova ako postoje velike prljave (nečiste) rane.

Dajte profilaksu tetanusa ako postoje posekotine na kožu ili sluzokožu i preživela žrtva nije vakcinisana ili je status vakcinacije neizvestan. Savetujte preživela da završe raspored vakcinacija (druga dozu za četiri nedelje, treće doze za šest meseci do godinu dana).

Upućivanje na dalje krizne intervencije

Uz saglasnost preživelog ili na njen ili njegov zahtev, ponuditi upućivanje na:

- bolnicu u slučajevima opasnim po život, ili u slučaju komplikacije koja ne može biti rešena na nivou doma zdravlja;
- socijalnu zaštitu i socijalne usluge ako preživela nema sigurno mesto da ode kada ona ili on napusti dom zdravlja;
- Siguran abortus. Odrediti zakonske indikatore za siguran abortus.
- Psihosocijale usluge gde je to moguće. Povezati se sa ključnim ljudima za zaštitu od rodno-zasnovanog nasilja u cilju identifikacije psihosocijalnih usluga dostupnih u humanitarnom okruženju. To može obuhvatiti inicijative koje se nude za ugroženo stanovništvo u okviru ženskih centara i druge grupe za podršku.

Specifične preporuke za decu

RZ oficir mora da poznaje zakone u pogledu davanja saglasnosti za kliničku negu ako su roditelj ili staratelj osumnjičeni napadači; postojanje obaveznih zahteva i procedura izveštavanja kada pružalac usluga sumnja, ili je informisan o slučaju zlostavljanja dece.

Protokoli koji pokazuju odgovarajuće doze leka, moraju biti dostupni pružiocima usluga.

Specifične preporuke za muškarce koji su preživeli seksualno nasilje

Muškarci mnogo ređe prijavljuju incident zbog sramote, stida, kriminalizacije istopolnih veza ili nedostatka priznavanja stepena problema od strane pružaoca usluga. Muškarci preživeli seksualno nasilje imaju fizičke i psihološke traume sličane ženama žrtvama i treba da imaju pristup poverljivim, i nediskriminatornim uslugama koje pružaju sve relevantne tretmane.

3.2.4 Obaveštavnje zajednice o dostupnim uslugama

Koristite odgovarajuće komunikacione kanale (npr letke, radio poruke, informativne sesije) sa ciljem obaveštavanja ugrožene populacije o dostupnosti poverljivih usluga.

3.3 Prevencija prenošenja HIV-a

Da bi se smanjilo prenošenje HIV-a od početka humanitarnog odgovora, RZ oficir mora da radi sa zdravstvenim sektorom / klasterom partnera na:

- uspostavljanju sigurne i racionalne prakse transfuzije krvi;
- obezbeđenju primenih mera standardnih predostrožnosti;
- garantovanju dostupnost besplatnih kondoma.

Iako nije sastavni deo MISP –a, važno je da je kombinovana terapija (ARV) na raspolaganju da se nastavi lečenje za ljude koji su bili upisani u program pre vanrednog stanja, uključujući i žene.

3.3.1 Sigurna transfuzija krvi

Racionalno i bezbedno korišćenje krvi za transfuziju je od suštinskog značaja za sprečavanje prenosa HIV-a i drugih infekcija, kao što su hepatitis B, hepatitis C i sifilis. Ako se transfuzijom HIV-zaražene krvi, prenese HIV primaocu razvijanje HIV infekcije je skoro 100%. Transfuzija krvi se ne sme preduzeti ukoliko ne postoje objekti, materijal i odgovarajuće kvalifikovano osoblje.

Racionalna transfuzija krvi uključuje:

- transfuziju krvi treba vršiti samo u opasnim po život okolnostima i kada nema druge alternative;
- korišćenje lekova za sprečavanje ili smanjenje aktivnog krvarenja;

Sigurna transfuzija krvi uključuje:

- prikupljanje krvi samo od dobrovoljnih, neplaćenih davalaca krvi sa malim rizikom od dobijanja transfuzijom prenosivih infekcija

- skrining svih jedinica krvi za transfuziju najmanje HIV-1 i 2, hepatitisa B, hepatitisa C, i sifilisa, koristeći najpogodnije testove. Jedna HIV skrining test nije dovoljan da se utvrdi status HIV –a.
- obezbeđivanje prakse sigurne transfuzije ležećih bolesnika i i bezbedno odlaganje kese za krv, igala i špriceva.

Da bi se obezbedilo da je racionalna i bezbedna transfuzija krvi dostupna, RZ službenici i rukovodioci programa moraju da rade sa partnerima zdravstvenog klastera / sektora kako bi se osiguralo da:

- upućivanje u bolnice koje imaju dovoljno zaliha za sigurnu i racionalnu transfuziju krvi;
- osoblje ima pristup zalihamo kako bi se smanjila potreba za transfuzijom krvi;
- sigurni davaoci su regrutovani. Sigurni davaoci mogu biti izabrani putem upitnika i davanjem jasne informacije potencijalnim davaocima o zahtevima za bezbednost krvi. Regrutujte dobrovoljne davaoce i ne tražite odosoblja da doniraju krv;
- standardne operativne procedure (SOP) za transfuziju krvi se koriste. SOP ima bitne komponente sistema kvaliteta u svakoj organizaciji i koristi se da bi se obezbedila doslednost u obavljanju delatnosti. Upotreba SOP-a je obavezna za sve zaposlene članove koji se bave transfuzijom krvi svaki put kada obavljaju neku aktivnost. Kopije SOP-a čuvaju se na centralnoj lokaciji, i postavljene su na mestu gde se svaki postupak vrši tako da su uvek dostupni radi lakšeg snalaženja;
- zaposleni su informisani o protokolima i prate procedure u svakom trenutku kako bi se osigurala bezbedna praksa transfuzije krvi
- otpadni proizvodi, kao što su kese za krv, igle i špricevi, se bezbedno odlažu;
- mesta gde se proverava krv i gde se obavlja transfuzija imaju dobar izvor svetlosti. Da bi se smanjio rizik od grešaka, izbegavajte transfuziju krvi noću koliko je to moguće.

3.3.2 Standard mere predostrožnosti

Standardne mere predostrožnosti su mere kontrole koje smanjuju rizik od prenošenja infekcije putem izlaganja krvi ili telesnim tečnostima između pacijenata i zaposlenih u zdravstvenoj zaštiti. Pod “standardnim merama predostrožnosti”, krv i telesne tečnosti svih lica treba posmatrati kao da su zaražene HIV-om, bez obzira na to da li je njihov status poznat ili se sumnja u status osobe. Standardne mere predostrožnosti sprečavanje širenja infekcije, kao što su HIV, hepatitis B i hepatitis C i drugi patogeni u okviru zdravstvene zaštite.

U humanitarnim krizama može postojati nedostatak zaliha u sektoru zdravstva i infrastrukture i povećan obim posla. Osoblje koje radi u zdravstvenom sektoru može preći prečicama u izvođenju postupaka, koji ugrožavaju bezbednost i pacijenata i osoblja. Zbog toga je neophodno da se standardne mere predostrožnosti poštuju. Redovna kontrola može pomoći da se smanji rizik od profesionalne izloženosti na radnom mestu.

Standardne mere predostrožnosti su:

- Često pranje ruku: Oprati ruke sapunom i vodom pre i posle svakog kontakta sa pacijentom. Obezbediti da su zalihe za pranje ruku lako dostupne za sve pružaoce usluga.
- Nošenje rukavica: Nosite sterilne rukavice za jednokratnu upotrebu svim postupcima u kojima je predviđen kontakt sa krvlju ili drugim potencijalno zaraženim telesnim tečnostim. Oprati ruke pre i nakon skidanja rukavica. Baciti rukavice odmah nakon upotrebe. Zahtevajte od osoblja koje rukuje oštrim predmetima da nosi rukavice za teške uslove rada i da pokrije posekotine i ogrebotine vodootpornom trakom. Obezbedite da je dovoljno zaliha na raspolaganju.

Napomena: Obezbediti dostupnost i adekvatno održivanje i snabdevanje rukavica za obavljanje svih aktivnosti. Nikada nemojte ponovo koristiti rukavice za jednokratnu upotrebu.

- Nosite zaštitnu odeću, kao što su vodootporne haljine ili kecelje, gde krv ili druge telesne tečnosti ne mogu da prodru. Zahtevajte od osoblja da nosi zaštitne maske prilikom izlaganja velikim količinama krvi.
- Bezbedno rukovanje oštrim predmetima:
 - smanjite potrebu za iglama i špricima
 - Koristite sterilan jednokratni špric i iglu za svaku injekciju.
 - Prilagodite radni prostor gde se daju injekcijetako da se smanji rizik od povreda.
 - Koristite bočice sa jednom dozom umesto bočica za više upotreba. Ako se koriste bočice za više upotreba, izbegavajte ostavljanje igala u boci. Otvorene bočice čuvajte u frižideru.
 - Ne koristite upotrebljene igle.
 - Položite i informišite pacijente ispravno za injekcije.
 - Oštri predmeti nikada ne bi trebalo da budu bačeni u običnu kantu za otpad ili torbu.
- Odlaganje otpada: Spalite sav medicinski otpad u posebnom prostoru, ukoliko je moguće u prostoru zdravstvene ustanove. Spalite predmete koji još uvek predstavljaju pretnju, kao što su oštri predmeti, u pokrivenu jamu najmanje 10 metara od izvora vode.
- Proces korišćenja instrumenta:
 1. Dekontaminacija instrumenta kako bi se ubili virusi (HIV i hepatitis B)
 2. Očistite instrumente pre sterilizacije ili ih dezinfikujte
 3. Sterilišite (eliminiše sve patogene) instrumente kako bi se smanjio rizik od infekcija tokom postupka.
 4. Koristite ili pravilno čuvajte instrumente odmah nakon sterilizacije.

Utvrđivanje i sprovođenje politike profesionalne izloženost na radnom mestu

Uprkos poštovanju standardnih mera, postoji opasnost od profesionalne izloženosti HIV-u. Uverite se da je PEP dostupan u zdravstvenom sektoru, kao deo sveobuhvatnog paketa standardnih mera predostrožnosti koji smanjuje izloženost osoblja infektiv-

nim opasnostima na radu. Kada upravljamo profesionalnom izloženosti potrebno je:

- Održavati poverljivost u svakom trenutku.
- Procena rizika od prenošenja HIV-a u slučaju izloženosti: tip izloženosti (vrste materijala izloženosti (krv, druge telesne tečnosti, itd); i verovatnoća prenosa HIV infekcije od strane pacijenta.
- Savetovati pacijenta u pogledu testiranja na HIV
- Savetovati izložene radnike o implikacijama izlaganja, potrebama za PEP-om, kako da ga uzimaju i šta da rade u slučaju neželjenih efekata.
- Uzeti medicinsku istoriju i izvrši ispitivanje izloženog radnika tek nakon informisanog pristanaka, preporučiti HIV savetovanje i testiranje i obezbediti PEP kada je to potrebno. Protokoli za PEP tretman su isti kao i oni za žrtve seksualnog nasilja. Test na HIV nije potreban pre propisivanja PEP-a.
- Edukacija o smanjenju rizika kroz razmatranje niza događaja i savetovanje izloženog radnika da koriste kondome kako bi se sprečili sekundarni prenosi tokom naredna tri meseca.
- Obezbediti HIV savetovanje i preglede na tri i šest meseci nakon izloženosti, proveriti da li je izložen radnik dobio PEP.
- Popuniti izveštaj o incidentu.

Da bi se osigurala primena standardnih mera predostrožnosti, RZ oficir imenadžeri programa moraju da rade sa partnerima zdravstvenog klastera / sektora i da:

- obezbede protokole za standardne mere predostrožnosti u svakoj zdravstvenoj ustanovi i nadzornad sprovođenjem ovih protokola;
- organizuju u službi orijentacione sesije za primenu standardnih mera za zdravstvene radnike i pomoćno osoblje gde je to potrebno;
- uspostave nadzorne sisteme kao što su jednostavne liste provere kako bi se osigurala usklađenost sa protokolima;
- obezbede da su mere prve pomoći u slučaju profesionalnog izlaganja vidljive i da je osoblje informisano i da zna gde da se prijavi i dobije PEP ako je to potrebno;
- pregledati izveštaje profesionalnog izlaganja kako bi se utvrdilo kada i kako se izloženost javlja sa ciljem identifikacije sigurnosnih problema i mogućih preventivnih mera.

3.3.3 Dostupnost besplatnih kondoma

Kondomi predstavljaju ključne metode prevencije transmisije HIV-a ili drugih PPI. Iako svi ne znaju za njih, u mnogim populacijama neki ljudi će koristiti kondome. Potrebno je osigurati da su kondomi dostupni od početka humanitarnog odgovora i treba obezbediti dovoljnu količinu kondoma.

Obezbediti kondome na zahtev i osigurati da su kondomi dostupni u svim zdravstvenim ustanovama i u pristupačnom privatnom okruženju u zajednici, kao što su toaleti, barovi i lokalni omladinski centri. Posavetujte se sa lokalnim osobljem o tome kako da kondomi budu dostupni

na kulturno osjetljiv način, naročito za većinu rizičnih grupa, kao što su seksualne radnice i njihovih klijenati, muškarci koji imaju seks sa muškarcima, intravenski korisnici droga i mladi ljudi. Adolescenti mogu biti od pomoći u identifikaciji lokacija na kojima se njihovi vršnjaci okupljaju.

Nabavku kondom treba nadgledati i kontrolisati.

3.4 Prevencija smrtnosti i bolesti majke i novorođenčeta

Prioritetne aktivnosti kako bi se sprečila smrtnost i bolesti majke i novorođenčeta su:

- Osigurati dostupnost hitne akušerske nege i usluga zaštite novorođenčeta, uključujući:
 - U zdravstvenim ustanovama: obučeno osoblje za izvođenje porođaja i potrošni materijal potreban za normalan porođaj i menadžment komplikacija u akušerstvu
 - U referentnim bolnicama: vešto medicinsko osoblje i pribor za upravljanje u akušerskim hitnim slučajevima.
- Uspostaviti sistem upućivanja kako bi se olakšao transport i komunikacije sa zajednicom u zdravstvenom centru i između zdravstvenog centra i bolnice.
- Obezbediti čiste kompleta za porođaj na vidnom mestu za trudnice u zdravstvenim ustanovama.

Nega novorođenčeta

Potrebno je obezbediti da u svakoj zdravstvenoj ustanovi postoje osnovne intervencije u cilju zaštite novorođenčeta, kao i mogućnost upućivanja u bolnicu, ako je potrebno, koja je na raspolaganju 24 sata dnevno, sedam dana u nedelji.

Među 15% žena čiji je život ugrožen akušerskom komplikacijom, najčešći problemi su ozbiljnije krvarenje, infekcije.

Problemi kod oko dve trećine odojčadi se javljaju tokom prvih 28 dana. Većina ovih smrtnih slučajeva može se sprečiti preuzimanje bitnih akcija koje mogu biti preduzete od strane zdravstvenih radnika, majke i drugih članova zajednice. Približno 5% do 10% novorođenčadi ne dišu spontano na rođenju i zahtevaju stimulaciju. Oko polovina onih koji imaju problema sa disanjem zahteva reanimaciju. Glavni razlozi za neuspeh vezano za disanje uključuju prevremeni porođaj i akutne komplikacije što dovodi do teških gušenja.

Da bi se sprečile i rešile ove komplikacije potrebno je:

- Obezbediti babice i druge stručne radnike prisutne u zdravstvenim centrima sa materijalom i lekovima za obavljanje porođaja, koje su edukovane da se bave komplikacijama i da stabilizuju stanje žene i organizuju transport u bolnicu, ako je potrebno.
- Osigurati da stručno osoblje obezbedi hitnu i rutinsku negu novorođenčeta, koja uključuje:
 - pokretanje disanja;
 - reanimacija;

- termička zaštita (odloženo kupanje, sušenje, kontakt koža na kožu);
- sprečavanje infekcije (čistoća, sečenje pupčane vrpce i nega, nega oka);
- odmah i isključivo dojenje;
- lečenje bolesnog novorođenčeta i briga za prevremenu/manju porođajnu težinu deteta.

Sveobuhvatna nega novorođenčeta

Gde je to moguće, potrebno je obezbediti podršku bolnice sa kvalifikovanim osobljem, infrastrukturom, medicinskim zalihama, uključujući lekove i hiruršku opremu, koliko je potrebno da pruži sveobuhvatnu negu novorođenčeta.

3.4.1 Uspostavljanje sistema upućivanja akušerskih hitnih slučajeva

Koordinacija sa zdravstvenim sektorom / klasterom u zemlji domaćina treba da obezbedi sistem upućivanja (uključujući i sredstva komunikacije i transporta) što je pre moguće u humanitarnom odgovoru. Takav sistem upućivanja mora podržati sve akušerske komplikacije i komplikacije kod novorođenčeta 24 sata dnevno, sedam dana u nedelji. Pacijenti sa akušerskim komplikacijama i hitne komplikacije kod novorođenčeta koje se ne mogu rešiti u Domu zdravlja moraju biti stabilizovane i transportovane u bolnicu sa sveobuhvatnom negom i zdravstvenim uslugama za novorođenče.

- Odrediti politike, procedure i prakse koje treba slediti u zdravstvenim centrima i bolnicama kako bi se osiguralo efikasno upućivanje.
- Odrediti rastojanje od pogođene zajednice do funkcionalnih zdravstvenih centara i bolnica, kao i mogućnosti prevoza za upućivanje.
- Obezbediti Protokole u svim domovima zdravlja, u kojima je naznačeno kada, gde i kako treba postupati sa pacijentima u akušerskim vanrednim situacijama i uputiti ih na viši nivo zdravstvene zaštite.

3.4.2 Paketi za porođaj

- U svim humanitarnim krizama postoje žene i devojke koje su u kasnijim fazama trudnoće i koji će se samim tim poroditi tokom vanrednog stanja. Na početku humanitarnog odgovora, porođaj se često odvija van zdravstvenog centra bez pomoći stručnih lica. Paketi za čist i bezbedan porođaj treba da su vidljivi svim trudnicama sa ciljem čistog porođaja u kućnim uslovima kada pristup zdravstvenoj ustanovi nije moguć.

3.5 Oprema za sprovođenje MISP-a

Da bi se sprovela MISP komponenta pružanja usluga (klinička nega za osobe koje su preživele silovanje, smanjenje prenošenja HIV-a; sprečavanje smrtnosti i bolesti majke i novorođenčeta) Međuagencijska radna grupa o reproduktivnom zdravlju u kriznim situacijama (Iavg) dizajnirala je set kompleta koji sadrže lekove i zalihe u cilju olakšanja implementaciju ovih prioritarnih RZ usluga:

Međuagencijski set za reproduktivno zdravlje (RH Kits). Dopunu RH setu predstavlja Međuagencijski set za hitnu zdravstvenu negu 2006 (IEHK), koji je standardizovan hitni zdravstveni komplet koji sadrži osnovne lekova, pribor i opreme za pružanje osnovnih zdravstvenih usluga. U humanitarnoj katastrofi IEHK je često brzo dostupan; međutim, iako sadrži set za babice, hitne kontraceptivne pilule, tretman PEP-a da bi se sprečilo prenošenje HIV-a nakon silovanja i pribor za poštovanje standardnih mera predostrožnosti, IEHK nema sve zalihe potrebne za sprovođenje MISP - a.

RZ setovi su namenjeni za upotrebu na početku humanitarnog odgovora i sadrže dovoljne količine za period od tri meseca za različit broj stanovnika, u zavisnosti od stanovništva koje pokriva:

- Blok 1: Zajednica i nivo primarne zdravstvene zaštite: 10 000 lica / 3 meseca
- Blok 2: Primarna zdravstvena zaštita i upućivanje na nivou bolnica: 30 000 lica / 3 meseca
- Blok 3: Nivo referentne bolnice: 150 000 lica / 3 meseci

blok 1

Blok 1 sadrži šest kompleta. Stavke u ovim kompletima su namenjene za upotrebu od strane pružaoca usluga u zajednici i primarnom nivou zdravstvene zaštite.

blok 2

Blok 2 se sastoji od pet kompleta koji sadrže materijale za jednokratnu upotrebu i upotrebljivi materijal. Stavke u ovim kompletima su namenjene za upotrebu od strane obučanih pružaoca usluga, uključujući i babiceu Domu zdravlja ili bolničkom nivou.

blok 3

Blok 3 se sastoji od dva kompleta koja sadrže materijal za jednokratnu upotrebu i za višekratnu upotrebu da bi se pružila sveobuhvatna nega majke i novorođenčeta na nivou upućivanje (hirurško akušerstvo). Procenjuje se da bolnica na ovom nivou obuhvata populaciju od oko 150 000 ljudi.

3.6 Plan za integraciju sveobuhvatnih RZ usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Započnite sa planiranjem integracije sveobuhvatnih RZ aktivnosti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti na početku humanitarne odgovora. Ukoliko se to ne može učiniti povećava se rizik od neželjenih trudnoća, prenosa polno prenosivih infekcija, komplikacije rodno zasnovanog nasilja i smrtnosti i bolesti majke i novorođenčeta.

U cilju kreiranja sveobuhvatnog RZ programa pružanje a usluga, integracije u primarnu zdravstvenu zaštitu, RZ oficiri i menadžeri programa moraju da rade u okviru zdravstvenog sektora / klastera na:

- naručivanju RZ opreme i pribora
- prikupljanju postojećih podataka
- identifikaciji odgovarajuće lokacije za buduće sveobuhvatne RZ usluge

- proceni sposobnost osoblja da pruže sveobuhvatnu RZ uslugu i kreiranje plana za obuku / prekvalifikaciju

3.6.1 Naručivanje RZ opreme i pribora

Jednom kada su uspostavljene minimalne osnovne RZ usluge, u saradnji sa zdravstvenim vlastima i preko zdravstvenog sektora/klastera, analizirajte situaciju, procenite upotrebu lekova i potrošnog materijala, procenite potrebe stanovništva i preuredite zalihe po potrebi. Naručivanje RZ zaliha na osnovu potražnje će obezbediti održivost programa RZ i izbeći nedostatak sredstava i nagomilavanje drugih koji se ne koriste u okruženju.

Kreirajte prateće naloge za RZ snabdevanje kroz redovne linije medicinskog snabdevanja u zemlji. Razmotrite kanale nabavke koje koriste nevladine organizacije ili UN Agencije.

Neophodno je:

- zaposliti osoblje obučeno u upravljanju lancem snabdevanja
- Proceniti mesečnu potrošnju RZ preparata za jednokratnu upotrebu
- Identifikovati medicinske kanale snabdevanja.

3.6.2 Prikupljanje postojećih podataka

Da bi se krenulo dalje sa implementacijom MISP-a i počelo planiranje za sveobuhvatno pružanje usluga RZ, RZ oficir i rukovodioci programa, u bliskoj saradnji sa partnerima u sektoru zdravstva, moraju prikupiti postojeće informacije ili proceniti podatke koji će pomoći u dizajniranju sveobuhvatnih reproduktivno zdravstvenih programa.

- Identifikujte relevantne politike Ministarstva zdravlja, amandmane i protokole za standardizovanu negu, kao što je PPI sindromski menadžment i protokoli za planiranje porodice.
- Sakupite ili procenite demografske i RZ informacije o ugroženom stanovništvu, kao što su:
 - 1) broj žena u reproduktivnom dobu (15 do 49 godina); broj seksualno aktivnih muškaraca; stopa nataliteta
 - 2) podaci o stopi smrtnosti, starosti i pola, postojeći podaci o smrtnosti majki;
 - 3) PPI i prevalencija HIV-a, kontraceptivna prevalenca i poželjni metodi, znanje o reproduktivnom zdravlju, stavovi i ponašanja ugroženog stanovništva.

3.6.3. Identifikacija adekvatnih lokacija

Sarađujte sa lokalnim vlastima i zdravstvenim sektorom / klasterom partnera za identifikaciju mogućih lokacija(objekata)za pružanje sveobuhvatne usluge RZ, kao što su klinike za planiranje porodice, ambulantne za lečenje PPI

Važno je razmotriti i sledeće faktore (između ostalog) prilikom izbora odgovarajuće lokacije (objekta):

- izvodljivost komunikacije i transporta za upućivanje
- udaljenost od drugih pružalaca zdravstvenih usluga
- blizina ugroženog stanovništva i ciljne grupe

3.6.4 Procena kapaciteta osoblja i plan za obuku

Kapacitet osoblja može se meriti kroz nadzorne aktivnosti (npr. monitoring liste, direktno posmatranje, intervjui sa klijentima) ili putem formalnih ispitivanja znanja i veština.

Kada se planira obuku i prekvalifikacija kadrova, rad sa nacionalnim vlastima i akademskim i trening institutima, treba uzeti u obzir i postojeće nastavne programe.

4. Ljudska prava i pravna razmatranja

MISP kao standard za humanitarne aktere je podržan od strane međunarodne pravne obaveze država da poštuju i obezbede osnovna ljudska prava, uključujući i reproduktivna prava, u humanitarnim krizama. U vreme sukoba, države su obavezne da obezbede pružanje humanitarne pomoći civilnom stanovništvu u koje spadaju hrana, lekovi i druge neophodnosti. Države imaju obavezu da ne ometaju spasilačke akcije, u vezi sa zdravljem i drugom humanitarnom pomoći. Humanitarna pomoć i zaštita individualnih prava mora biti obezbeđena i osigurana od strane države i drugih aktera, bez diskriminacije.

Imajući u vidu da određene kategorije ljudi imaju posebne potrebe u vreme sukoba i /ili raseljavanja, međunarodno pravo daje poseban tretman i zaštitu ženama i deci, posebno trudnicama i ženama sa malom decom. Države i humanitarni radnici su obavezni da obezbede posebnu brigu o zdravstvenim potrebama žena, uključujući i obezbeđivanje pristupa reproduktivnim zdravstvenim uslugama, uključujući i prevenciju HIV infekcije. Pored toga, međunarodni zakoni o izbeglicama zahtevaju da države tretiraju izbeglice na njihovoj teritoriji zakonito, na isti način kao svoje državljane.

U hitnim slučajevima, države imaju kolektivne i individualne dužnosti kako bi se osiguralo pravo na zdravlje sa ciljem da se obezbedi humanitarna pomoć, uključujući pristup RZ nezi.

MISP I SVEOBUHVAATNE RZ USLUGE		
RZ usluge	Prioritetne RZ usluge (MISP)	Sveobuhvatne RZ usluge
Planiranje porodice	* Obezbediti kontraceptivna sredstva kao što su kondomi, pilule, hitna kontracepcija	Nabavka kontraceptiva Trening za pružaoce usluga Osnivanje sveobuhvatnog programa planiranja Obezbeđenje edukacije zajednice
RODNO ZASNOVANO NASILJE	Koordinacija mehanizma za prevenciju seksualnog nasilja sa zdravstvenim sektorom i drugim sektorima Obezbeđenje kliničke nege za žrtve silovanja	Obezbeđenje psihološke, socijalne i pravne podrške za osobe koje su preživele nasilje Prevencija drugih formi rodno zasnovanog nasilja uključujući i porodično nasilje, prisilne/rane brakove, žensko genitalno sakaćenje Obezbediti edukaciju zajednice Uključiti muškarce i dečake u programe rodno zasnovanog nasilja
NEGA MAJKE I NOVOROĐENČETA	Osigurati dostupnost hitne akušerske nege i nege novorođenčeta Uspostaviti 24/7 sistem upućivanja za akušerske hitne slučajeve Obezbediti čiste setove za porođaj trudnicama i osoblju zaduženom za porođaj	Obezbediti prenatalnu negu Obezbediti postnatalnu negu Obučiti babice, doktore, sestre za akušersku negu i negu novorođenčeta Povećati pristup osnovnim i sveobuhvatnim uslugama akušerske nege i nege novorođenčeta
PPI, UKLJUČUJUĆI HIV PREVENCIJU I LEČENJE	Osigurati praksu sigurne transfuzije Osnažiti poštovanje standardnih procedura Omogućiti dostupnim besplatne kondome	

POGLAVLJE 3

Procena, monitoring i evaluacija

Sadržaj

- 1 UVOD
- 2 CILJEVI
- 3 PROCENA, MONITORING I EVALUACIJA
 - 3.1 Procena
 - 3.2 Monitoring
 - 3.3 Evaluacija
- 4 LJUDSKA PRAVA I PRAVNI ASPEKT
 - 4.1 Standardi ljudskih prava
 - 4.2 Nacionalni pravni okvir
- 5 PREGLED NACIONALNOG ZAKONODAVSTVA
REPUBLIKE SRBIJE

1. Uvod

Procena, monitoring i evaluacija se koriste u različitim fazama tokom humanitarnog odgovora i usko su povezani sa javno-zdravstvenim donošenjem odluka i sprovođenja RZ programskih aktivnosti. Rezultati procene, praćenja i vrednovanja značajni su za planiranje sveobuhvatnih RZ programa jer oni pomažu da:

- se razumeju potrebe od interesa za pogođeno stanovništva
- osiguraju efektanu i efikasnu upotrebu resursa
- odrede uspeh ili neuspeh programa
- obezbede odgovornost i transparentnost donatorima i korisnicima.

RZ službenici i menadžeri programa često smatraju izazovom donošenje odluka o sprovođenju aktivnosti MISP-a do kreiranja sveobuhvatnih usluga. Blagovremeno širenje tačnih rezultata procene, praćenja i evaluacije će im omogućiti da donosu odluke zasnovane na dokazima o koracima u tranziciji ka sveobuhvatnoj realizaciji RZ programa i usluga. Odgovarajuća upotreba rezultata će takođe obezbediti da se aktivnosti sprovode na održiv način, odgovarajući za kontekst i prilagođen potrebama stanovništva.

2. Ciljevi

Ciljevi ovog poglavlja su:

- opisati kako proceniti, nadgledati i evaluirati RZ programe;
- identifikovanje odgovarajuće procene, metoda monitoringa i evaluacije, alata i indikatora;
- davanje smernica o planiranju prelaza sa Minimalnog osnovnog paketa usluga (MISP) ka sveobuhvatnom RZ programu.

3. Procena, monitoring i evaluacija

Peti cilj MISP-a zahteva da je planiranje sveobuhvatnog RZ programa započelo od početka humanitarnog odgovora. Kada su MISP ciljevi pružanja usluga dostignuti i održivi, moguće je realizovati sveobuhvatne RZ usluge.

RZ službenici i menadžeri programa moraju da rade sa mehanizmima zdravstvenog sektora kako bi se osiguralo da je taj proces u skladu sa drugim zdravstvenim planiranjima i mobilizacijom resursnih aktivnosti i da su sveobuhvatne RZ usluge integrisane u program razvoja primarne zdravstvene zaštite.

Kada planirate sveobuhvatane RZ programe, važno je i da razumete potrebe ugroženog stanovništva i da se one uzimaju u obzir pri razmatranju raspoloživih resursa i da se one nalaze u utvrđenim prioritetima u okviru postojećeg zdravstvenog sistema. Pristup zdravstvenom sistemu definiše broj “ blokova ” koji čine zdravstveni sistem i nudi koristan okvir za programiranje u kojem se mogu planirati, proceniti, nadzirati i ocenjivati RZ komponente.

Ključni pojmovi koji se koriste u ovom poglavlju su:

- Procena je proces za utvrđivanje i rešavanje potreba, ili “praznina” između trenutnih uslova i željenih uslova.
- Monitoring je tekuće, sistematsko prikupljanje i analiza podataka kako projekat napreduje. On ima za cilj merenje napretka ka ostvarivanju programskih ciljeva.
- Evaluacija je proces za utvrđivanje da li je program dostigao očekivane ciljeve i/ili u kojoj meri promene u rezultatima mogu da se pripisu programu.

Ova tri procesa koja su povezana duž kontinuma pružanja usluga zovemo projektnim/programskim ciklusom. Projektni/programski ciklus je alat koji pomaže RZ službenicima i menadžerima programa da razumeju koje funkcije treba da obavljaju tokom realizacije RZ programa.

PRISTUP ZDRAVSTVENOM SISTEMU

Šest graditeljskih blokova zdravstvenog sistema su:

Dobre **usluge reproduktivnog zdravlja** su one koje pružaju efikasane, sigurne, kvalitetne intervencije reproduktivnog zdravlja onima kojima su potrebne, kada su im potrebne sa minimalnim gubitkom resursa.

- **Angažovano lice u oblasti reproduktivnog zdravlja** koje dobro obavlja posao je ono koje radi na odgovoran način, efikasan u postizanju najboljih mogućih zdravstvenih rezultata u odnosu na dostupne resurse i oklnosti.
- Zdravstveni sistem koji dobro funkcioniše osigurava jednak pristup osnovnim **reproduktivno zdravstvenim lekovima, vakcinama i tehnologijama** kako bi se osigurao kvalitet sigurnosti, dostupnosti i isplativosti,
- Dobar **zdravstveni finansijaki sistem** ulaže adekvatna sredstva za reproduktivno zdravlje na način da osigura da ljudi mogu da koriste usluge i da su zaštićeni od toga da u situacijama finansijske katastrofe i osiromašenja moraju da plate za njih. To pruža podsticaj kako za pružaoce usluga tako i za korisnike da budu efikasniji.
- **Rukovodstvo i upravljanje** uključuju da strateški okvir reproduktivno zdravstvene politike postoji i da se kombinuje sa efikasnim nadzorom,sa pažnjom na kreiranje sistema i odgovornosti.

Graditeljski blokovi pružaju uspešan model paniranja za prelaz između MISP-a na sveobuhvatnije RZ programe.

3.1 Procena

Svrha procene je da se brzo prikupe informacije i identifikuju potrebe stanovništva i kapaciteti postojećeg zdravstvenog sistema.

3.1.1 Kada je potrebno uraditi procenu?

Na početku humanitarnog odgovora, početna brza procena vrši se od strane partnera. U koordinacionom sistemu zdravstvenog sektora / klastera, RZ službenici moraju osigurati da oni dobiju informacije o:

- broju i lokaciji ljudi kojima je potreban pristup minimalnim RZ uslugama;
- broju i lokaciji zdravstvenog osoblja koje može da pruži uslugu, odnosno koje je sposobno da obezbedi, komponente MISP usluga;
- RZ medicinske logističke mogućnosti;
- mogućnosti MISP finansiranja

3.1.2 Koji alati su potrebni da bi se uradila procena?

Četiri važne metode prikupljanja podataka za procenu obuhvataju:

- a. Recenzije postojećih informacija
- b. Razgovori sa ključnim sagovornicima i fokus grupe
- v. Procene zdravstvenih objekata
- D. Brza istraživanja

a. Recenzije postojećih informacija

Kao deo procene za planiranje uvođenja sveobuhvatnih komponenti RZ usluga, temeljiti pregled sekundarnih izvora podataka treba sprovesti kako bi se utvrdilo kako postojeće RZ informacije utiču na ugroženo stanovništvo. Ovakvi podaci će biti dostupni od Ministarstva zdravlja, agencija UN i nevladinih organizacija. Primeri uključuju:

- demografska i zdravstvena anketa ili drugi podaci dostupnih istraživanja;
- Dostupnost RZ usluga, njihove geografske rasprostranjenosti i funkcionalnosti;
- Podaci Rutinskog nadzora ili zdravstvene ustanove, kao što su oni koji su prijavljeni okružnim ili nacionalnim zdravstvenim informacionim sistemima;
- Nacionalni strateški planovi

b. Razgovori sa ključnim sagovornicima

Svrha ključnih informatora je prikupljanje informacija od širokog spektra ljudi

- Uključujući i lidera zajednice, stručnjake ili žitelje koji iz prve ruke imaju znanja o ugroženom stanovništvu. Informacije prikupljene tokom procene treba da obuhvataju ključne stavove o već postojećim uslovima i praksama, trenutnoj situaciji, promene u praksi još od početka vanrednog stanja, adekvatnost aktuelnih RZ usluga i prioriteta RZ potreba stanovništva. Ključni informativni intervjui mogu biti ili strukturalni (koji se sastoji od niza pitanja postavljenih određenim redosledom) ili nestrukturalni (koji se sastoji uglavnom od otvorenih pitanja koja se mogu zameniti ili prilagoditi tokom intervjua).

c. Fokus grupe

Svrha fokus grupa je da se dobiju informacije o verovanjima jedne grupe i stavovima o određenom zdravstvenom pitanju ili problemu. Diskusije u fokus grupama razlikuju se od intervjua jer dozvoljavaju interakciju među svim članovima grupe.

d. Procene zdravstvenih ustanova

Procena zdravstvenih ustanova je popis lokacija gde se pruža zdravstvena zaštita. Struktuiran spisak tema može pomoći da se obezbedi kratka prezentacija zdravstvenih ustanova, uključujući i inventar RZ usluga; osoblja i pokrivenost; i inventar RZ opreme i pribora. Ovo može uključivati mišljenja rutinske statistike o RZ uslugama, kako bi se utvrdilo da li prate standardne protokole sa ciljem pružanja kvalitetnih zdravstvenih usluga.

e. Brza istraživanja

Brza istraživanja mogu biti korisna za prikupljanje informacija od strane stanovništva brzo tokom procene. Takva istraživanja treba da budu kratka i da sadrže pitanja samo u vezi sa informacijama potrebnim da se identifikuju osnovne RZ potrebe. Istraživanja se razlikuju od fokus grupa jer ne dozvoljavaju učesnicima da daju detaljna mišljenja o nekoj temi.

3.1.3 Ko je odgovoran za sprovođenje procene?

Tim za sprovođenje procena može se sastojati od jedne do tri osobe sa kliničkim, istraživačkim, upravljačkim iskustvima i znanjima iz oblasti javnog zdravlja. Potreban broj timova zavisiće od veličine površine koja se pokriva, preovlađujućeg pristupa i bezbednosti i metoda ocenjivanja koji će se koristiti. Prilikom odabira tima, pol, starost, nacionalnost i socijalni status svih članova treba uzeti u obzir.

Idealni članovi tima:

- imaju tehničke veštine i iskustvo;
- imaju dobre komunikacione veštine na lokalnim jezicima i upoznati su sa populacijom koja se procenjuje;
- se osećaju prijatno za razmatranje tema iz oblasti reproduktivnog zdravlja, i otvoreni su za učenje o reproduktivnom zdravlju;
- imaju dobre analitičke sposobnosti;
- su u stanju da donesu odluke na osnovu oskudnih podataka.

3.1.4 Koji podaci su potrebni za procenu?

Rezultati procene moraju biti specifičniji što je više moguće kako bi se omogućila blagovremena odluka o intervencijama koje treba izvršiti. Oni treba jasno da prikazu prioritetne potrebe i identifikuju mogućnosti u okviru zdravstvenog sistema. Rezultati moraju ponuditi predloge o tome kako da se osigura da su se MISP intervencije održale i pomažu u planiranju dodatka sveobuhvatnih komponenti RZ usluga.

Podelite kopije završnog izveštaja sa svim organizacijama koje su uključene u humanitarni odgovor, uključujući i Ministarstvo zdravlja (MZ), preko zdravstvenog sektora / mehanizma koordinacionog klastera.

3.2 Praćenje

Monitoring je redovno, tekuće prikupljanje, izveštavanje i analiza podataka tokom trajanja sprovođenja programa i to je bitan deo svakog RZ programa. Praćenju uključuje blagovremeno širenje rezultata tako da se akcija može preduzeti.

3.2.1 Kada se nadgleda?

Jednostavan, rutinski informacioni sistem koji prikuplja minimalne podatke o reproduktivnom zdravlju od početka humanitarnog odgovora i implementacija MISIP-a. Kao odgovor evoluirati i uvođenje sveobuhvatnih komponenta reproduktivno zdravstvenih usluga, zahtev za monitoring RZ programa mora se prilagoditi odražavanju promenljivih potreba.

Zdravstveni podaci mogu biti prikupljeni kao deo nacionalnog zdravstvenog informacionog sistema.

Gde takav sistem ne postoji ili je prekinut krizom, zdravstveni sektor / klaster će sprovesti sistem monitoringa za hitne slučajeve u cilju podrške upravljanja programom. Periodičnost monitoringa u takvom sistemu (npr dnevno, nedeljno ili mesečno) zavisi od uključenosti humanitarnog odgovora i zahtevima svake organizacije. Najmanje mesečni podaci treba da budu dostupni u stanju da obaveste redovne donosiocima odluka programiranja.

3.2.2 Koji su alati za praćenje?

Važno je imati alate i metode praćenja koji su zajednički za sve zdravstvene partnere kako bi se osiguralo da su generisani podaci standardizovani i dobrog kvaliteta. Kada se koriste na sistematski i koordiniran način od strane svih partnera, ovi resursi mogu osigurati da se podaci prikupljaju na isti detaljan nivo i da se mogu porediti.

Rutinski RZ podaci treba da se prikupljaju kombinacijom zdravstvene ustanove i izvora u zajednici kao deo šireg zdravstvenog informacionog sistema. Izvori prikupljanja rutinskih podataka uključuju:

- Individualne evidencije i grafikone pacijenta (npr. prenatalne kartice, kartice za planiranje porodice);
- Dnevne registare
- Laboratorijske formulare
- Formulare za maternalnu smrt
- Izveštaje zdravstvenih radnika/ babica;
- Nedeljne i / ili mesečne forme izveštavanja

Navedena lista alata nije konačna. U nekim sredinama, ankete stanovništva se takođe mogu koristiti kao efikasno sredstvo za vođenje programa. Kada se ponove tokom vremena, one mogu da obezbede koristan izvor RZ praćenja podataka.

3.2.3 Koji podaci su potrebni za praćenje?

Podaci neophodni za praćenje bilo kojeg RZ programa su definisani izborom indikatora koji se koriste za praćenje napretka programa kao skupa ciljeva.

3.2.4 Ko je odgovoran za praćenje?

Medicinske sestre, babice i drugi pružaoci RH usluga koji rade u zdravstvenim ustanovama su odgovorni za rutinsko prikupljanje podataka i izveštavanje o uslugama. Pored toga, osoblje zdravstvene zajednice treba da bude uključeno u prikupljanje podataka na nivou zajednice. Kako bi se osiguralo da se podaci mogu uporediti u različitim programima, svi zaposleni moraju dobiti adekvatnu obuku o pravilnoj upotrebi i primeni alata za prikupljanje podataka na terenu.

Klinika supervizor je odgovorna za prikupljanje nedeljnih ili mesečnih izveštaja.

IZBOR I UPOTREBA INDIKATORA

Indikatori su definisani kao varijable koje mogu biti nadgledane tokom vremena kako bi se zabeležio progres ostvarivanja ciljeva. Npr. pokrivenost usluga postnatalne nege

Cilj je želja, krajnja tačka koja treba da bude dosegnuta na kraju implementacije programa. Na primer, akušerski faktori rizika su detektovani i rešavaju se u ranoj fazi trudnoće.

Svaki indikator treba da dodeli odgovarajući standard za uspostavljanje minimuma prihvatljivog nivoa postignuća koji je potreban.

Na primer, 90% žena dolazi na redovne preglede u zdravstvenu ustanovu tokom trudnoće.

Ako se RH programi sprovode od strane različitih aktera ne treba koristiti iste indikatore, oni nisu standardizovani, a ni zdravstvene informacije nisu generičke. Prema tome, podaci koje proizvode nestandardizovani zdravstveni programi mogu biti nepotpuni, ne mogu se sakupiti i nisu pogodni za praćenje situacije.

Tokom procesa, izbor indikatora nije jednostavan. Svaki indikator treba da je tehnički ispravan, jednostavan i merljiv. Osim toga, proširenje usuga MISP-a do sveobuhvatnih RH usluga u zemlji će otvoriti nove prostore za praćenje i realizaciju koji treba da se stalno uzimaju u obzir. Stoga se preporučuje da svaki indikator treba da zadovolji kriterijume SMART i treba da bude: specifičan, merljiv, prikladan, realističan i vremenski vezan.

Kombinacija izabranih indikatora za monitoring treba da bude podobna da meri programске ciljeve kroz različite faze projektnog/programskog ciklusa.

Output indikatori (ili procesni) mere akcije koje su potrebne za implementaciju programa i odgovaraju različitim aktivnostima koje su neophodne za postizanje različitih ishoda.

Outcome indikatori (ili indikatori učinka) mere promene koje su rezultat programskih aktivnosti, kao što su promene u znanju, stavovima i ponašanju ili u dostupnosti usluga.

3.2.5 Kako analizirati, koristiti i širiti rezultate monitoringa

Analiza rutinski prikupljenih podataka o zdravstvenim uslugama ili podatake o stanovništvu u bazi, je od suštinskog značaja za praćenje performansi i kvaliteta zdravstvenih usluga, i za identifikaciju promena u zdravstvenom stanju ugroženog stanovništva.

Na objektivnom nivou, statistika se može analizirati ručno postavljanjem rezultata na listama izraženim statističkim podacima o korišćenju u prijemnom području klinika. U organizacionom nivou zdravstvenog sektora / klastera, potrebna su više efikasna sredstva za upravljanje podacima kako bi se osiguralo da su rezultati analizirani, distribuirani i koriste se na efektivan način. Jednostavne tabele ili softverske baze podataka su korisne u upravljanju velikom količinom podataka tokom vremena i preko različitih lokacija.

Upotreba podataka i povratnih rezultata obezbeđuje da su informacije prevedene u praksu javnog zdravlja i mere poboljšanja reproduktivnog zdravstvenog stanja stanovništva. Često su rukovodioci nižeg nivoa dužni da prijave ogromne količine podataka rukovodiocima na višim nivoima, ali oni retko dobiju povratnu informaciju.

U isto vreme, preopterećenje informacijama na višim nivoima je takvo da se u praksi ti podaci retko efikasno koriste. RZ program menadžeri moraju davati redovne podatke o osoblju, kao glavne nalaze i preporuke za RZ programiranje, na osnovu nedavnih rezultata sa koordinacionih sastanaka zdravstvenog sektora.

3.3 Evaluacija

Svrha evaluacije je da se analizira efikasnost i efektivnost programa. Ona upoređuje programske aktivnosti i usluge (rezultate) sa ciljevima javnog zdravlja i pomaže RZ službeniku da utvrditi da li su ispunjeni definisani ciljevi.

3.3.1 Kada se radi evaluacija?

Važno je da se zakaže i planira evaluacija od početka programa implementacije. Procene se rade tokom trajanja projekta, ne samo na kraju, i vremenski prema fazama implementacije projekta i potrebama organizacije.

3.3.2 Koji su alati za procenu?

Procena koristi sistematske metode ocenjivanja i merenja oba aspekta usluga, i kvalitativnog i kvantitativnog. Oni mogu da koriste sličnim metodama koje se koriste u procenama. Razgovori sa ključnim osobama, sa liderima zajednice ili predstavnicima ugroženog stanovništva, sa ciljem prikupljanja podatka kako bi se procenio kvalitet i prihvatljivost programa.

Procena kvaliteta ili dostupnosti usluga obuhvata pregled operativnih dokumenata (kao što su izveštaji na sajtovima, izveštaji o misiji, izveštaji nadzora, evidencije obuke) i kvalitativne kontrolne liste zdravstvenih usluga. Podaci prikupljeni od monitoring sistema su takođe deo procesa evaluacije.

Podaci o stanovništvu iz baza mogu biti prikupljeni da dopune i / ili potvrde rutinski prikupljene podatke.

3.3.3 Koje podatke je potrebno evaluirati?

Važno je da se jasno odrede ciljevi svake evaluacije i jasno definišu pitanja na koja evaluacija treba da odgovori. Tipična pitanja koja treba uzeti u obzir pri vrednovanju rezultata projekta i samog projekta su:

- Šta smo uradili?
- Šta smo postigli?
- Da li smo postigli ono što smo nameravali?
- Kakve lekcije smo naučili?
- Šta je još potrebno?

3.3.4 Ko je odgovoran za procenu?

Evaluacija mora biti objektivna i nepristrasna. Ako je evaluator takođe uključen u koordinaciju i upravljanje programom, ponekad može biti teško da ta osoba ostane neutralan učesnik i da posmatra program na nepristrasan način. Iz tog razloga, korisno je da evaluaciju izvodi eksterni evaluator.

3.3.5 Kako se analiziraju, koriste i šire rezultati evaluacije?

Evaluacija treba da se odražava i na ono što je bilo dobro i na ono što nije bilo dobro, kako bi dala rezultate za poboljšanje planiranja i projektovanja programa. Rane informacije treba da se obezbede rukovodiocima programa i usluga da osiguraju da se problemi koji su identifikovani rešavaju brzo, pre nego što postanu problemi ili rizici velikih razmera. Konačni izveštaj procene treba da se podeli svim organizacijama koje su uključene u vanredne situacije, uključujući i MZ, ali i da se predstave na koordinacionim sastancima zdravstvenog sektora. Ako je potrebno, zaključke i odluke treba deliti direktno sa zajednicom.

4. Ljudska prava i pravna razmatranja

4.1 Standardi ljudskih prava

Pravo na privatnost po međunarodnom pravu o ljudskim pravima štiti pravo na privatnost i poverljivosti zdravstvenog informisanja, uključujući i informacije o reproduktivnom zdravlju, reproduktivnim funkcijama, seksualnom životu ili seksualnosti. Pravo na privatnost, dakle, nameće obavezu drugih koji sakupljaju podatke koji se tiču zdravlja da ove informacije čuvaju u tajnosti. Informacije o zdravstvenom stanju pacijenta mogu se podeliti sa onima direktno uključenim u lečenje pacijenta, ako je to potrebno za lečenje.

Pravo lica na privatnost može, na primer, da se prekrši kada se njegov reproduktivno zdravstveni status diskutuje sa nekim drugim pružaocem usluga.

Ključne tačke koje treba imati na umu da bi se osiguralo poštovanje prava na privatnost uključuju:

- Iskazi pojedinca koji daje informacije o svom reproduktivnom zdravstvenom stanju, uključujući incidente rodno zasnovanog nasilja, moraju biti zaštićeni u svakom trenutku.
- Svako davanje informacija o reproduktivnom zdravstvenom stanju, uključujući i informacije o rodno zasnovanom nasilju, zahteva pristanak samog pojedinca pre učešća u aktivnosti prikupljanja podataka.

Informacije se moraju čuvati u tajnosti sve vreme, uključujući i vreme kada se prikupljaju, čuvaju, analiziraju i koriste. Pravo na privatnost se odnosi i na decu, u okviru zdravstvene zaštite. Iako informacije o zdravstvenom stanju dece ne treba otkrivati trećim stranama, uključujući roditelje, bez saglasnosti deteta, ovo, naravno, zavisi od starosti i zrelosti deteta, kao i od utvrđivanja njegovog ili njenog najboljeg interesa.

4.2 Nacionalni pravni okvir

Oni koji imaju pristup informacijama o zdravlju moraju preduzeti odgovarajuće mere kako bi se obezbedila poverljivost zdravstvenih informacija. Smernice o nacionalnim zakonima i propisima o prikupljanju, čuvanju i korišćenju ovih zdravstvenih informacija treba da budu dostupni za zdravstvene i humanitarne radnike, a svi zdravstveni radnici moraju biti upoznati sa ovim pravilima.

Prikupljanje i korišćenje podataka za potrebe monitoringa i evaluacije takođe zahteva pristanka lica koje obezbeđuje informacije. To uključuje prikupljanje podataka, gde će informacije biti anonimne i odvojene od imena i drugih identifikacija ispitanika. Cilj procesa informisanog pristanka je da se osigura da su ispitanici svesni, i razumeju, svrhu i sadržaj za prikupljanje podataka, postupke koji će se primenjivati za vreme i tokom ispitivanja, rizika i koristi od njihovog učešća, i njihova prava. Potencijalnom učesniku moraju se pružiti sve informacije o svakom od ovih elemenata, kroz ono što se često naziva “izjavom o saglasnosti”.

Svako treba da budu informisan da ima pravo da ne učestvuje u prikupljanju podataka ili da odbije da odgovori na određena pitanja. Ako je za određenu namenu, informacije koje se tiču zdravstvenog stanja pojedinaca, potrebno je da se namena trećem licu, a prethodno je potrebno dobiti saglasnost lica. U slučaju informacija koje se odnose na decu, saglasnost mora biti obezbeđena od strane roditelja ili staratelja, osim ako lokalnim zakonima nije drugačije određeno. Osim toga, ako su deca u godinama, kada su u stanju da razumeju prirodu i posledice prikupljanja podataka i objavljivanja informacija, ona moraju dati svoju saglasnost.

5. Pregled nacionalnog zakonodavstva Republike Srbije

Pravo na privatnost i poverljivost informacija regulisano je članom 30. Zakona o zdravstvenoj zaštiti Republike Srbije: “Svaki pacijent ima pravo na poverljivost svih ličnih informacija koje je saopštio nadležnom zdravstvenom radniku, uključujući i one koje se odnose na njegovo stanje zdravlja i potencijalne dijagnostike i terapijske procedure, kao i pravo na zaštitu svoje privatnosti tokom sprovođenja dijagnostičkih ispitivanja, posete specijalisti i medicinsko-hirurškog lečenja u celini. Zabranjeno je da nadležni zdravstveni radnik saopšti drugim licima lične podatke o pacijentu. Pregledu pacijenata i preduzimanju medicinskih mera nad njim smeju prisustvovati samo zdravstveni radnici odnosno zdravstveni saradnici. Pacijent može dati saglasnost i za prisutnost drugih lica prilikom pregleda i preduzimanja medicinskih mera nad njim.”

Pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju regulisano je članom 36. Zakona o zdravstvenoj zaštiti Republike Srbije: “Pacijent ima pravo na uvid u svoju medicinsku dokumentaciju. U slučaju kada je pacijent novorođenče ili maloletno lice, pravo uvida u medicinsku dokumentaciju imaju roditelji, staratelji odnosno zakonski zastupnik. Nadležni zdravstveni radnik dužan je da uredno vodi medicinsku dokumentaciju u skladu sa zakonom i da evidentira sve medicinske mere koje su preduzete nad pacijentom, a posebno anamenu, dijagnozu, dijagnostičke mere, terapiju i rezultat terapije, kao i savete date pacijentu. Članovi porodice pacijenta, imaju, izuzetno, pravo uvida u medicinsku dokumentaciju svog člana porodice ako su ti podaci od značaja za njihovo lečenje.”

Pravo na tajnost podataka regulisano je članom 37. Zakona o zdravstvenoj zaštiti Republike Srbije: “Podaci iz medicinske dokumentacije spadaju ulične podatke pacijenta i predstavljaju službenu tajnu. Službenu tajnu dužni su da čuvaju svi zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici, kao i druga lica zaposlena u zdravstvenim ustanovama, privatnoj praksi, odnosno organizaciji zdravstvenog osiguranja kod koje je pacijent zdravstveno osiguran, a kojima su ti podaci dostupni i potrebni radi ostvarivanja zakonom utvrđenih nadležnosti.”

Pravo na zaštitu privatnosti informacija koje se tiču zdravstvenog statusa pacijenta u Republici Srbiji podleže zaštiti koju predviđa i Međunarodno ljudsko pravo. U Zakonu o zdravstvenoj zaštiti Republike Srbije ne spominje se implicitno i zaštita informacija koje se tiču reproduktivnog i seksualnog zdravlja ali se tumačenjem može zaključiti da Zakon uključuje i ovu vrstu informacija.

Zakon o postupku prekida trudnoće u zdravstvenim ustanovama izričito spominje da je zdravstvena institucija u kojoj se vrši prekid trudnoće u obavezi da vodi urednu medicinsku evidenciju i da evidencije i dokumentacija imaju karakter lekarske tajne i čuvaju se u posebnoj arhivi.

POGLAVLJE 4

Reprodukativno zdravlje adolescenata

Sadržaj

- 1 UVOD
- 2 CILJ
- 3 PROGRAM
 - 3.1 Procena potreba
 - 3.2 Principi rad sa adolescentima
 - 3.3 Razmatranja programskih rešanja za adolescente
 - 3.4 Implementacija RZ usluga a adolescente
 - 3.5 Koordinacija i kreiranje veza sa omladinskim programima
 - 3.6 Zagovaranje
- 4 LJUDSKA PRAVA I PRAVNI ASPEKTI
- 5 MONITORING

1. Uvod

Adolescencija je jedan od fascinantnih i složenih životnih faza praćena posebnim potrebama reproduktivnog zdravlja (RZ). Adolescenti su otporni, snalažljivi i energični. Oni mogu da pomažu jedni drugima putem vršnjačkog savetovanja, edukacijom i emancipacijom, a doprinose svojim zajednicama kroz aktivnosti kao što su pružanje pomoći zdravstvenim radnicima u svojstvu volontera, zbrinjavanjem osoba koje žive sa HIV / AIDS.

Humanitarne katastrofe praćene su svojstvenim rizicima koji povećavaju ranjivost adolescenata na nasilje, siromaštvo, odvajanje od porodice, seksualno zlostavljanje i iskorišćavanje. Ovi faktori mogu poremetiti zaštitu porodične i društvene strukture, vršnjačke mreže, škole i verske institucije i mogu u velikoj meri uticati na sposobnost adolescenata da praktikuju bezbedno RZ ponašanje. Njihovo novo okruženje može biti nasilno, stresno i / ili nezdravo. Adolescenti (posebno mlade žene) koji žive u marginalizovanim okolnostima su veoma osetljivi na seksualnu prinudu, eksploataciju i nasilje, i možda nemaju drugog izbora nego da se uključe u visoko rizični seks za opstanak.

S druge strane, zajednice pogođene krizom mogu biti izložene novim mogućnostima, uključujući pristup boljoj zdravstvenoj zaštiti, školovanju i učenje novih jezika i veština, koje mogu dovesti adolescenata u privilegovane pozicije koje ne bi imali u okruženju koje nije zahvaćeno krizom. Adolescenti se često lako prilagođavaju novim situacijama i mogu brzo naučiti kako da funkcionišu u novoj sredini.

RZ oficiri, RZ rukovodioci programa i zdravstveni radnici koji rade u humanitarnom okruženju moraju uzeti u obzir i odgovoriti na posebne potrebe adolescenata koji su tranzicionom period u odraslo doba, u veoma složenim i teškim situacijama. Oni takođe moraju uzeti u obzir posebno ranjive adolescente, uključujući i decu bivših vojnika, decu koja održavaju domaćinstva, adolescentkinje koje su majke i mlade devojke koje su u povećanom riziku od seksualne eksploatacije.

2. Ciljevi

Ciljevi ovog poglavlja su:

- davanje smernica za RZ oficire, menadžere programa i pružaoce usluga za efikasn pristup reproduktivnom zdravlju adolescenata u humanitarnim katastrofama;
- da se izlistaju principi i resursi kako bi se informisali RZ oficiri, menadžeri programa, pružaoци usluga i članovi zajednice o tome kako uključiti adolescente u RZ programe;
- osigurati mladima pristup youth-friendly RH uslugama i stvoriti okruženje gde adolescenti mogu da se razvijaju i napreduju, uprkos brojnim izazovima sa kojima se suočavaju tokom krize.

3 Programiranje

Na početku vanredne situacije, neophodno je sprovoditi Minimalni osnovni paket usluga (MISP) za reproduktivno zdravlje. MISP se ne bavi svim potrebama adolescenata i možda neće biti

moguće uključiti sve principe adolescentskog reproduktivnog zdravlja prilikom implementacije MISP-a. MISP implementacija, međutim, mora biti sprovedena na način koji je osjetljiv na potrebe i sklonosti adolescenata. Potrebno je uključiti sledeće elemente kao deo inicijalnog odgovora:

- Učiniti kondome dostupnim na mestima gde se okupljaju adolescenti, po mogućstvu na privatnim, pristupačnim mestima gde im mogu pristupiti tajno.
- Osigurati da su adolescentkinje bezbedne prilikom obavljanja kućnih poslova kao što su prikupljanje drva, vode ili hrane.
- Osigurati da trudne adolescentkinje imaju pristup hitnim akušerskim službama zaštite i mehanizmima upućivanja kada je to potrebno.
- Uspostaviti kliničku negu i sistem upućivanja žrtava koje su preživele seksualno nasilje koje su osjetljivi na potrebe adolescenata i poštuju privatnost.

3.1 Procena potreba

Kada se situacija stabilizuje, potrebno je izvršiti procenu potreba u koordinaciji sa drugim RZ zdravstvenim nadležnim akterima za zdravlje dece i razviti akcioni plan za poboljšanje youth-friendly usluga na osnovu postojećih usluga, u skladu sa procenom. Potrebno je uključiti u ovaj proces one adolescente koji imaju sposobnost da identifikuju svoju ugroženost, kao i kapacitete. Koristite youth-friendly procenu potreba da biste utvrdili da li zdravstvene usluge zadovoljavaju potrebe adolescenata. Takođe procenite zaštitna sredstava zajednice.

Prikupite informacije o:

- prevalenci problema RZ među adolescenatima, uključujući trudnoće, materinski i neonatalni mortalitet i PPI / HIV;
- ranjivost adolescenata i štetne prakse, uključujući izlaganja seksualnom nasilju i eksploataciji, trgovini ljudima, i štetnim tradicionalnim praksama, kao što je žensko genitalno sakaćenje;
- zaštitnim resursima u zajednici, kao što su podrška roditelja i nastavnika, i programi za mlade
- usluge za adolescente, uključujući profesionalne i tradicionalne usluge. Bilo koji razlozi za praznine u pružanju i pristupu uslugama takođe treba da budu identifikovani;
- percepciji reproduktivnog zdravlja adolescenata: percepcija adolescenata o njihovim potrebama u domenu reproduktivnog zdravlja
- barijerama u pristupu postojećim uslugama, uključujući nesigurnosti, kulturne norme, nedostatak poverljivosti / privatnosti i nedostatak zdravstvenih radnika istog pola kao što je korisnik

Dodatno, RZ oficiri, menadžeri programa i pružaoci usluga moraju biti upoznati sa nacionalnim zakonodavstvom i pravilima koja se odnose na reproduktivno zdravlje adolescenata u zemljama u kojima rade. Razmatranje treba da sadrži:

- Koji su zakoni ili politike koje ograničavaju ili štite pristupu adolescenata informacijama i uslugama iz oblasti reproduktivnog zdravlja?

- Šta je punoletstvo?
- Da li je za pružanje usluga iz oblasti reproduktivnog zdravlja potrebna saglasnost roditelja ili staratelja?
- Da li razvijanje sposobnosti i najbolji interes dece treba uzeti u obzir u zakonima / politikama / protokolima koji regulišu njihov pristup RZ uslugama, informacijama i obrazovanju?
- Da li postoje nacionalni ili lokalni zakoni ili politike u vezi sa seksualnim nasiljem i drugim oblicima zlostavljanja nad decom unutar i izvan porodice?
- Da li postoje obavezni uslovi da zdravstveni radnici prijave zlostavljanje dece (uključujući seksualno zlostavljanje) i / ili seksualni napad? Ako postoje, kome i na koji način prijaviti slučaj?
- Kome je dozvoljeno da prikupi forenzički dokaz u zdravstvenom sektoru u slučajevima koji se odnose na seksualno nasilje nad detetom i kome je dozvoljeno da svedoči o ovim dokazima pred sudom?
- Koje su lokalne organizacije koje se bave pravima deteta i organizacije za prava žena koje podržavaju pristup reproduktivno- zdravstvenim informacijama i uslugama za decu i adolescente?

3.2 Principi rada sa adolescentima

Kada radite sa adolescentima, važno je uzeti u obzir:

1. Principe menadžmenta (upravljanja)
2. Principe pružanja usluga

3.2.1 Principi menadžmenta

Adolescenti nisu homogena grupa: Njihove potrebe razlikuju se u zavisnosti od starosti, pola, obrazovanja i bračnog statusa.

Smisleno uključiti učešće adolescenata: Primarni princip efikasnog rada sa adolescentima je promovisanje učešća, partnerstvo i liderstvo. Zbog barijera sa kojima se adolescenti suočavaju prilikom pristupa RZ uslugama, oni treba da budu uključeni u sve aspekte programa, uključujući projektovanje, implementaciju i praćenje. Na primer, korisno je da se identifikuju mladi koji su lideri ili vršnjački edukatori u svojim zajednicama. Ovi mladi mogu pomoći svojim vršnjacima tokom projektovanja programa i mogu da pomognu sprovođenje aktivnosti, kao što su distribucija kondoma, vršnjačka edukacija, nadgledanje zdravstvenih usluga naklonjenih mladima i upućivanje na savetovanje u slučajevim rodno zasnovanog nasilja. Usluge će biti prihvaćene ako su prilagođene potrebama identifikovanih od strane samih adolescenata. Adolescenti mogu biti od pomoći u zalaganju da se MISP takođe bavi i njihovim potrebama.

Uključivanje zajednice: Razumevanje kulturnog konteksta i stvaranje podsticajnog okruženje je od ključnog značaja za unapređenje RZ usluga za omladinu. Na počet-

ku humanitarnog odgovora, prioritet reproduktivno zdravstvene zaštite su dostupnost informacija i usluga. Što je pre moguće, potrebno je fokusirati se na uključivanje zajednica u pitanjima koja se tiču zdravlja adolescenata, jer to može dovesti do održivih pozitivnih uticaja na zdravlje. Članovi zajednice, uključujući i roditelje, staratelje i verske lidere, moraju biti konsultovani i uključeni u izradu programa sa i za adolescente.

3.2.2 Principi pružanja usluga

Privatnost, poverljivost i poštenje: adolescenti koji odlaze kod pružaoca zdravstvenih usluga često je sramota ili su zbunjeni. Bitno je da pružaoci usluga razgovaraju sa adolescentima u privatnom prostoru. Informacije se brzo širi među adolescentima i ako je njihova poverljivost probijena bar jednom, mladi neće više koristiti dostupne usluge.

HIV prevencija, lečenje i nega, i reproduktivno zdravlje: Kada adolescenti pristupe zdravstvenim uslugama oni traže informacije o HIV-u. Važno je uključiti sledeće elemente:

- siguran seks, uključujući korišćenje dvojne zaštite
- metode planiranja porodice
- PPI savetovanje i lečenje

Pol pružaoca usluga: Kada god je to moguće, adolescente treba uputiti kod pružaoca usluga istog pola, osim ukoliko ne traže drugačije. Osigurati da adolescent koji su preživeli rodno zasnovano nasilje, a koji traže podršku u zdravstvenoj ustanovi imaju žensku podršku u prostoriji za pregled kada je jedina dostupna osoba kao pružalac usluge muškarac. Ovo je od suštinskog značaja kada je žrtva devojka. Važno je dati ovu opciju i dečacima koji su preživeli rodno zasnovano nasilje.

3.3 Razmatranje programskih rešenja za adolescente

Važno je da se rukovodioci programa sete sledećih faktora koji mogu povećati ranjivost adolescenata tokom vanrednog stanja:

- adolescentkinje imaju veće vulnerabilnost u odnosu na dečake: Postojeće razlike moći u odnosima između muškaraca i žena mogu biti pojačane u hitnim slučajevima. Od adolescentkinja se često očekuje da se drže društvenih i kulturnih normi, kao što je pokornost muškarcima, briga za porodicu, ostajanje kod kuće i udaja u mladim godinama. Promena razmere snaga stvorena kao rezultat mešanja raseljenih i populacije domaćina može staviti adolescentkinje pod povećani rizik. Ekonomske teškoće dovode do povećanja eksploatacije, kao što su trgovina ljudima i pružanje seksualnih usluga za novac i druge potrepštine. Adolescentkinje su podložne rodno zasnovanom nasilju, uključujući seksualno nasilje, nasilje u porodici, žensko genitalno sakaćenje i prisilno rano stupanje u brak. Rizici trudnoće za jednu adolescentkinju se mogu pogoršati već postojećim zdravstvenim stanjem kao što je anemija. Mlade devojke u braku često nemaju glas i moć odlučivanja u okviru domaćinstva zbog nejednakosti sa svojim muževima.

- Društvene norme i socijalna podrška se prekidaju nastupanjem krizne situacije. Kada su adolescenti odvojeni od porodice, prijatelja, nastavnika, članova zajednice i tradicionalne kulture, imaju manje društvene kontrole vezano za rizična ponašanja. Bez pristupa adekvatnim informacijama i uslugama adolescenti su mnogo češće izloženi nesigurnim seksualnim praksama, koje mogu da rezultiraju neželjenom trudnoćom, nesigurnim abortusom, PPI i HIV-om.
- Humanitarna kriza može poremetiti odnos između mladih i odraslih u trenutku kada su role modeli(uzori) od suštinskog značaja: U stabilnim situacijama, adolescenti obično imaju uzore u porodici i zajednici; takvi uzori ne mogu biti očigledni u humanitarnim krizama. Pružaoci usluga i lideri Omladinskih Klubova mogu postati važni uzori i moraju biti svesni svog potencijalnog uticaja.
- Humanitarne krize obično poremete ne samo svakodnevni život, već i buduće perspektive adolescenata: Za adolescente to se može manifestovati u fatalističkom pogledu na život i dovesti do povećanja preuzimanje rizika, kao što su nasilje, upotreba droga i / ili nebezbedna seksualna delovanja. Edukacija za poboljšanje donošenja odluka, i druge životne veštine mogu predstavljati efikasno sredstvo za ohrabrenje adolescenata da razmisle kako da poboljšaju svoju trenutnu situaciju.
- Adolescenti mogu da preuzmu ulogu odraslih, u humanitarnim situacijama: adolescenti mogu biti primorani da preuzimaju ulogu odraslih i treba da ovladaju veštinama koje sada premašuju njihove godine.

3.4 Implementacija RZ usluge za adolescente

3.4.1 Pružanje RZ usluga u zdravstvenim ustanovama

Zdravstvene usluge mogu da igraju važnu ulogu u promovisanju i zaštiti zdravlja adolescenata, ali ipak postoji obilje dokaza da adolescenti vide dostupne zdravstvene usluge kao ne odgovarajuće njihovim potrebama. Adolescenti nemaju poverenja i izbegavaju korišćenje usluga ili traže pomoć tek kada im je očajnički potrebna. Jedna važna strategija u omogućavanju pristupa korišćenju RZ usluga od strane adolescenata je da se osigura da su visokog kvaliteta i “youth-friendly”. Istovremeno, adolescenti treba da budu svesni dostupnosti youth friendly usluga.

3.4.2 Upitnik za adolescente

To je dobra praksa koja omogućava ispitivanje svih adolescenata koji uđu u zdravstveni sistem o pitanjima iz oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja, upotrebi nedozvoljenih supstanci i mentalnom zdravlju. Pri tome, pružalac zdravstvene usluge će poslati poruku adolescentu da on ili ona brinu o njihovim potrebama i da je zdravstveni centar sigurno mesto za razgovor o pitanjima vezanim za reproduktivno zdravlje. Pored toga, informacije mogu koristiti pružaocima zdravstvenih usluga da obezbede odgovarajuće savete i preporuke.

Pre prikupljanja informacija od adolescenata, razmotrite koje su usluge dostupne za upućivanje. Pitajte osetljiva pitanja samo ako su reakcije pozitivne u odnosu na stavove o potencijalno štetnim situacijama, inače u suprotnom se može pričiniti više štete.

3.4.3 Pružanje RZ usluga u zajednici

Pružanje usluga u zajednici i informacije nude mogućnosti za adolescente da pokažu liderstvo i sticanje novih veština kroz volonterski rad. Zajednica je takođe idealno mesto za razumevanje RZ informacija gde je adolescentima udobno i otvoreni su za dijalog i lične procene.

Vršnjački edukatori

Vršnjačko obrazovanje nudi mnoge prednosti jer se vršnjaci često doživljavaju kao sigurni i pouzdani izvor informacija. Dobro osmišljeni, krikulum na bazi program-ske vršnjačke edukacije i pod nadzorom vršnjačkih edukatora može biti uspešan u poboljšanju znanja, stavova i veština o reproduktivnom zdravlju i prevenciji HIV-a kod adolescenata. Da bi se obezbedio kvalitet u programima vršnjačke edukacije potrebno je da:

- pruža kvalitetnu, intenzivnu obuku za vršnjačke edukatore, uključujući i redovnu ocenu stanja i jačanje njihovih kapaciteta, tako da mogu da pruže tačne informacije svojim vršnjacima.
- Koriste standardizovane kontrolne liste u razvoju i sprovođenju programa vršnjačke edukacije u cilju poboljšanja kvaliteta.

Angažovanje madih u zajednici

Mladi obučeni za angažovanje u zajednici su mladi ljudi koji su obučeni da pruže savetovanje o kontracepciji svojim vršnjacima u zajednici. Oni se obično fokusiraju na pružanje RZ informacija, informacija o kontraceptivnim sredstvima, kondomima i informacijama o HIV-u, a klijente upućuju u Dom zdravlja za druge kontraceptivne metode i usluge. Mladi u zajednicu mogu efikasno da integriše RZ i HIV informacije.

Budući da mnoge barijere sprečavaju adolescente da pristupe RZ uslugama na klinici, obuka omladine za rad u zajednici je uspešna strategija za povećanje pristupa uslugama reproduktivnog zdravlja.

Specifični higijenski uslovi

Adolescentima će verovatno biti neugodno i neprijatno deljenje higijenskih objekata sa suprotnim polom, pa čak i mlađoj deci. To posebno važi za devojčice tokom menstruacije. Isto tako, objekti sa zajedničkim kupatilom se često navode kao mesto rodno zasnovanog nasilja u školama. Nedostatak seksualne specifične higijene, kao i nedostatak ženskih higijenskih proizvoda, će dodatno obeshrabriti adolescentkinje da idu u školu. U cilju sigurnijeg okruženja potrebno je:

- obezbedi bezbedne, specifične higijenske objekte u školama
- Obezbediti devojkama krpe ili druge kulturno odgovarajuće sanitetske materijale za upotrebu tokom menstruacije.

3.5 Kreiranje i povezivanje sa programima za mlade

Stvarajući veze i koordinaciju između omladinskih programa će omogućiti pružanje više sveobuhvatnih usluga.

- Povezati RZ usluge sa uslugama u zajednici za adolescente: Adolescenti često traže sigurne prostore gde se osećaju da mogu deliti informacije u poverenju.
- Osigurati multisektoralne programe: RZ praktikanti možda neće moći, da uključe životne veštine u svoje programe. U saradnji sa zdravstvenim klasterom/ sektorom, sarađujte sa menadžmentom i ostalim koordinacionim grupama za uspostavljanje veze između programa za mlade, zdravlja i zaštite, psihološkim službama, obrazovanjem. Podrška implementaciji profesionalnog osposobljavanja i razvoja veština za adolescente će povećati njihova osećanja kontrole i optimizma za budućnost, a od suštinskog je značaja za rekonstrukciju i rehabilitaciju društvenih mreža i zajednice, tokom i nakon humanitarne krize. Sarađujte sa adolescentskim programima za izgradnju veština kao izvorima za upućivanje i integrisanje RZ informacija.
- Uključiti muškarce i dečake kao agente društvene promene: Krute muške društvene norme su povezane sa povećanim preuzimanjem seksualnog rizika, što može dovesti do višeg PPI i HIV transmisije, kao i do povećanja upotrebe droga i prakse rodno zasnovanog nasilja. Uslovi u humanitarnim krizama mogu uticati na muškarce koji osećaju da su pod pritiskom, da igraju svoje tradicionalne uloge kao pružaoci i zaštitnici, gde su zavisni od spoljne pomoći. To dovodi do frustracije i poniženja što izaziva povećanje ponašanja preuzimanja rizika i nasilja u porodici. Dečacima adolescentima treba bezbedno okruženje gde se alternativne muške norme mogu modelovati na način da dekonstruišu tradicionalne društvene norme.
- Osnaživanje i socijalizacija devojčica: Rad sa devojkama u grupama je idealan način da se ospore ženske društvene norme pasivnosti, i inferiornosti u odnosu na muškarce. Neophodno je ohrabriti devojke da pronađu svoj glas i učvrste svoja uverenja i vrednosti, čime jačaju svoj potencijal da budu jednake i da daju svoj doprinos u društvu. Humanitarne katastrofe često prave zajednice zaštitničkim u odnosu na tradicionalnu ulogu žena. Potrebno je kreirati programe za osnaživanje devojaka sa ovim na umu.

3.6 Zagovaranje

RZ oficiri, RZ menadžeri i pružaoci usluga moraju biti agenti promena i:

- zagovarati za informacije i dostupnost youth-friendly usluga za adolescente;
- biti uključeni u aktivnosti podizanja svesti u zajednici;
- istaknu potrebe adolescenata zvaničnicima i kreatorima politike.

4. Ljudska prava i pravna razmatranja

4.1 Standardi ljudskih prava

Kategorija adolescenta (10-19 godina) uključuje decu, kako je definisano Konvencijom o pravima deteta. Detetom se smatra “svako ljudsko biće ispod osamnaest godina starosti izuzev ako se prema zakonu koji se primenjuje na dete, punoletstvo stiče ranije “. Konvencija takođe navodi posebnu zaštitu po kojoj su deca pod tim nazivom zbog njihovog statusa dece. Takođe prepoznaje “evoluciju sposobnosti deteta”. To znači da “deca stiču proširene nadležnosti, u skladu sa tim, tu je i smanjena potreba za pravac i veći kapacitet da preuzmu odgovornost za odluke koje utiču na njihove živote”. Deca imaju pravo da izraze svoje stavove u svim pitanjima koja ih se tiču i tim stavovima se mora posvetiti dužna pažnja u skladu sa godinama i zrelosti deteta.

U razmatranju pitanja zdravlja i razvoja adolescenata, Komitet za prava deteta izdao je opšti komentar koji tumači Konvencija za prava deteta i koje obavezuje države ugovornice da obezbede adolescentima pristup seksualnim i reproduktivnim informacijama i uslugama. Ovo se zasniva na nizu prava uključenih u Konvenciju, uključujući i pravo na nediskriminaciju, pravo na zdravlje, pravo na informisanje, pravo na privatnost, pravo na izražavanje mišljenja i pravo na zaštitu od svih oblika zlostavljanja, zanemarivanja, nasilja i eksploatacije, uključujući i štetne tradicionalne prakse. Ova prava su takođe uključena i u drugim međunarodnim instrumentima za ljudska prava. Ona se odnose na adolescente, i mogu biti prekršena kada:

- adolescenti nemaju pristup RZ uslugama i informacijama zbog svojih godina;
- RZ informacije i usluge su uskraćeni neudatim devojkama zbog njihovog neudatog statusa;
- adolescenti koji žive sa HIV-om u nepovoljnim formalnim i neformalnim obrazovnim i društvenim kontekstima;
- devojke su podvrgnute štetnim tradicionalnim praksama, kao što je žensko genitalno sakaženje, prisilni brakovi i testiranje nevinosti;
- saglasnost roditelja (ili staratelja) je potrebna za pružanje usluga RZ adolescenatima;

Prema važećem Zakonu o zdravstvenoj zaštiti deca do navršenih 18 godina života, školska deca i studenti do kraja propisanog školovanja, a najkasnije do 26 godina, kao i žene u vezi sa planiranjem porodice kao i u toku trudnoće, porođaja i materinstva do 12 meseci predstavljaju grupacije stanovništva koje su izložene povećanom riziku.

5. Monitoring

Da bi smo bili sigurni da je adolescentima dostupno korišćenje RZ usluga, RZ indikatori treba da budu razvrstani po starosti i polu.

Indikatori koji su ključni za reproduktivno zdravlje adolescenata su:

- Udeo polno prenosivih infekcija među mlađima od 18 godina

- Procenat porođaja do 18 godine
- Upotreba kondoma razvrstana po polu i starosti

POGLAVLJE 5

Planiranje porodice

Sadržaj

- 1 UVOD
- 2 CILJEVI
- 3 PROGRAM
 - 3.1 Procena potreba
 - 3.2 Visoko kvalitetne usluge planiranja porodice
 - 3.3 Kontraceptivna logistika
 - 3.4 Mogućnosti usluga planiranja porodice
 - 3.5 Ljudski resursi
 - 3.6 Informisanje, edukacija i komunikacija
 - 3.7 Edukacija pružalaca usluga
 - 3.8 Pružanje usluga planiranja porodice
 - 3.9 Metodi planiranja porodice
 - 3.10 Pružanje usluga planiranja porodice nakon porođaja
 - 3.11 Planiranje porodice za osobe koje žive sa sa HIV-om
 - 3.12 Neplodnost
 - 3.13 Uključivanje muškaraca u programe planiranja porodice
 - 3.14 Zagovaranje
- 4 LJUDSKA PRAVA I PRAVNI ASPEKTI
 - 4.1 Standardi ljudskih prava
- 5 NADZOR

Svi ljudi imaju pravo na usluge planiranja porodice i informacije

1. Uvod

Planiranje porodice omogućava pojedincima i parovima da predvide i ostvare željeni broj dece i da planiraju razmak u vremenu njihovog rođenja. To se postiže kroz upotrebu kontraceptivnih metoda. Sposobnost žene da planira njenu trudnoću ima direktan uticaj na njeno zdravlje i blago-stanje, kao i na ishod svake trudnoće.

Osim toga, upotreba metoda planiranja porodice doprinosi osnaživanju žena, obrazovanju i ekonomskoj stabilnosti. Zdravstveni rizici trudnoće, polno prenosivih infekcija (PPI), uključujući i HIV, i posledice loše obavljenog abortusa, nezaštićenih i nebezbednih seksualnih odnosa su drugi najvažniji faktor rizika za invalidnost i smrt u najsiromašnijim zajednicama u svetu. Metode planiranja porodice su bezbedne, efikasne i pristupačne.

2. Ciljevi

Ciljevi ovog poglavlja su:

- davanje smernica za RZ rukovodioce programa i usluga za procenu potreba planiranja porodice, metoda, efektivnosti i njihovoj prikladnosti u humanitarnim dešavanjima;
- opisivanje faktora neophodnih za uspostavljanje usluga planiranja porodice, uključujući i potrebe, ocenu stanja, koordinaciju, planiranje, implementaciju, praćenje i reviziju.

3. Programiranje

Pogođeno stanovništvo, i muškarci i žene, moraju biti uključeni u sve aspekte programa, uključujući i volunterizam i pravo na izbor. Lideri verskih zajednica treba da budu uključeni kako bi se osiguralo da su usluge kulturološki odgovarajuće.

Situacija u ugroženom regionu ili zemlji porekla je važan faktor koji utiče na očekivanja, uočavanje potreba i zahteva za planiranje porodice.

Zakoni, infrastruktura, verske i etičke vrednosti, kulturne pozadine i kompetencije i veštine zdravstvenih radnika iz zemlje domaćina imaju značajan uticaj na usluge koje se mogu ponuditi.

Na početku humanitarnog odgovora, neke žene mogu da traže da nastave da koriste kontracepciju koju su koristile pre krize. Iako sveobuhvatno planiranje porodice nije deo Minimalnog osnovnog paketa usluga (MISP), važno je da su osnovni metodi kontracepcije dostupni kako bi se odgovorilo zahtevima žena za nastavkom planiranja porodice. Kondomi treba da budu dostupni od početka odgovora, da bi se sprečilo prenošenje PPI, uključujući HIV i neželjene trudnoće.

Kada se situacija stabilizuje, žene (i njihovi partneri) možda žele da počnu, promene ili prekinu kontracepciju.

Savetovanje o planiranju porodice mora da prethodi, pružanja usluge i mora realno da odražava dostupne metode jer kompletan asortiman usluga možda neće biti dostupan kasnije u programu.

Svaki klijent ima pravo na tajnostnost i privatnost i da dobrovoljno izabere metod planiranja porodice. Kontracepciju uobičajeno koriste žene. Međutim, muškarci su često donosioci odluka u porodici. Stoga, muškarcima treba dati odgovarajuće informacije i ohrabriti ih da preuzmu aktivnu ulogu u procesu donošenja odluka o planiranju porodice. To će osigurati preuzimanje zajedničke odgovornosti u donošenju odluka i maksimalno prihvatanje programa u okviru zajednice. Izuze tak bi bio tamo gde bi uključivanje muškaraca dovodilo u pitanje bezbednost žene.

Protokoli koji se koriste za upravljanje uslugama planiranja porodice u regionu ili zemlji porekla mogu se razlikovati od onih koji se koriste u zemlji domaćina. Protokoli zemlje domaćina treba da slede prihvaćene međunarodne standarde.

3.1 Procena potreba

U koordinaciji sa drugim zdravstvenim akterima kroz mehanizam za koordinaciju zdravstvenog klastera prikupljaju se osnovne informacije o reproduktivnom zdravlju u pogođenoj zajednici. Izvori ovih informacija su Ministarstvo zdravlja (MZ), UN Agencije, verske i društvene vođe i druge vladine i nevladine agencije koje rade u oblasti reproduktivnog zdravlja i / ili planiranje porodice.

Neophodno je izvršiti pregled nacionalnih, multilateralnih ili bilateralnih agencija i / ili programa planiranja porodice, i u zemlji iz koje potiče izbegličko stanovništvo i u zemlji domaćina ukoliko je došlo do raseljavanja, kako bi pronašli mogućnosti za saradnju i identifikovali bilo kakve razlike u protokolima koje treba da bude rešene. Usluge koje su na raspolaganju moraju biti dostupne i ugroženom stanovništvu u zajednici domaćina.

Kako bi se shvatila potreba i potražnja za uslugama planiranja porodice među ugroženim stanovništvom potrebno je:

- Ispitivanje zajednice, i kulturnih uverenja i stavova prema kontracepciji.
- Procena sposobnosti potencijalnih pružalaca usluga kontracepcije, uključujući i tradicionalne metode.
- Prikupljanje informacija o prevalenci kontracepcije prema metodama
- Proverite dostupnost zaliha i kontinuitet pravljenja zaliha
- Odrediti dostupnost i funkcionalnost postojećih zdravstvenih objekata

Zabrane, veroispovest ili odbijanje da se priznaju reproduktivna prava žena mogu izazvati otpor planiranju porodice. Tražite podršku zajednice za deljenje informacija, obrazovanje i vođenje kampanja koje promovišu planiranje porodice, sigurno materinstvo i zdravlje žena. Takođe uključite članove zajednice (muškarce, žene i adolescente) i lidera zajednice u uspostavljanje usluga planiranja porodice.

Bez njihove podrške, programi usluga planiranja porodice rizikuju osudu zajednice.

RZ program menadžeri i pružaoci usluga moraju biti upoznati sa nacionalnim zakonodavstvom i politikama u zemljama u kojima rade na pitanjima vezanim za planiranje porodice:

- Koji su zakoni i pravila o slobodnom pristupu informacijama i uslugama planiranja porodice?
 - Da li postoje zakoni ili politike koje se odnose na univerzalni pristup informacijama i uslugama?
 - Da li postoje zakoni ili politike koje ograničavaju pristup uslugama pojedinim grupama (adolescenti, neudate žene, itd)?
 - Da li postoje zakoni ili politike o pružanju hitne kontracepcije? Kako se hitna kontracepcija stavlja na raspolaganje ženama?
- Da li postoje uslovi za bračno, roditeljsko ili starateljsko odobrenje za pružanje informacija i usluga adolescenatima?

Da li je razvijanje sposobnost i najboljeg interesa adolescenta uzeto u obzir u zakonima ili pravilima koja regulišu pristup informacijama i uslugama?

3.2 Visoko kvalitetne usluge za planiranje porodice

Visoko kvalitetne usluge planiranja porodice ispunjavaju potrebe pojedinaca i parova u svakoj fazi njihovog reproduktivnog života kroz pružanje mogućnosti za donošenje odluka, da izaberu metod, sigurne procedure i kontinuitet usluga. Pružaoci usluga treba da obezbede korisnicima tačne i potpune informacije, kojima se ženama i muškarcima pruža mogućnost da dobrovoljno izaberu metod koji najviše odgovara njihovim potrebama.

3.3 Kontraceptivna logistika

Na početku humanitarnog odgovora, neophodno je osigurati sa pružaoci usluga mogu da odgovore na zahtev za nastavkom korišćenja usluga kontracepcije. Kada se sprovodi MISPP, klijenti moraju imati pristup savetima i uslugama, kao i dobijanju kontraceptivnih sredstva po njihovom izboru.

Edukujte ili zaposlite osoblje sa veštinama menadžmentom lanca snabdevanja kako bi se osiguralo pravovremeno naručivanje kontraceptivnih sredstava. Istražite lokalne kanale snabdevanja i ako su neadekvatni, zalihe treba da bude dobijen putem zvaničnih dobavljača ili uz podršku UNFPA, UNHCR ili SZO. Ove agencije mogu olakšati kupovinu kvalitetnih kontraceptivnih sredstava po niskoj ceni.

- Razviti procedure za upravljanje logistikom. Razviti procedure za efikasno upravljanje nabavkom kontracepcije i kontrolom zaliha (skladištenje, transport i distribucija). Redovni raspored izveštavanja i distribucija su važne komponenta ovih procedura. Bez blagovremene informacije o nivou snabdevanja i potrošnji, distribucija odgovarajuće količine kontraceptivnih sredstava za servisiranje usluga postaje manje verovatna. Imenujte supervizora koji bi preuzeo ove specifične odgovornosti.

3.4 Mogućnosti usluga planiranja porodice

Kreirajte usluge planiranja porodice, tako da budu dostupne i prikladne. Implementirajte usluge u zdravstvenim centrima, kroz terenski rad i kroz distribuciju u zajednici. Dostupnost kontraceptivnih sredstava u momentu savetovanja je ključna. Ne kreirajte usluge koje zahtevaju od klijenta da izabрани metod kontracepcije mogu dobiti samo u apoteci ili nekoj drugoj ustanovi. Izuzetak predstavljaju hirurške procedure koje nisu dostupne u vidu savetovanja (npr dobrovoljna sterilizacija).

Da bi se osigurala integracija usluga planiranja porodice, RZ oficiri, menadžeri programa moraju sprovesti sledeće savete:

- Kada žena, muškarac ili adolescent dolazi na lečenje PPI, uključujući HIV, pitajte da li on ili ona koristi metode planiranja porodice i pružiti joj / mu savetovanje o specifičnim metodama kontracepcije.
- Kada žena ili devojka dolazi za post porođajnu zdravstvenu uslugu, pitajte je da li je koristila neku od metoda planiranja porodice pre nego što je zatrudnela i da li želi ponovo da koristi neku od metoda kontracepcije.

3.5 Ljudski resursi

- Organizovati nadzor pružanja usluga planiranja porodice od strane sestra, babica ili lekara
- Identifikovati i zaposliti pripadnike dotične zajednice ili lokalnog osoblja iz zajednice domaćina koji imaju znanje i iskustvo za pružanje kvalitetne usluge planiranja porodice
- Osigurati nadzor i obuku radnika koji pružaju usluge u zajednici. Uključite sledeće u svoj trening: kako prepoznati medicinske probleme koji treba da dovedu do upućivanja; veštine praćenja klijenata; Stvoriti svest među članovima zajednice da je radnik u zajednici pod nadzorom medicinske sestre ili lekara.

Kao i kod svih RZ usluga, oni koji su uključeni u pružanje usluga planiranja porodice moraju poštovati privatnost klijenta i pokazati poštovanje prema mišljenju i izboru klijenta. Da bi se obezbedila kontinuirana upotreba kontracepcije i povećalo korišćenje usluga, pružalac usluge treba da bude istog pola kao klijent, i treba da poseduje veštine komunikacije.

Da bi se obezbedila administrativna, tehnička podrška i mehanizam, mora postojati koordinacija i saradnja unutar klastera zdravstvenog sektora, nacionalnih programa i nevladinih organizacijama i agencijama UN-a koji su uključeni u planiranje porodice. Takva saradnja će takođe povećati održivost programa planiranja porodice.

3.6 Informisanje, edukacija i komunikacija

Prikladne, kulturno prihvatljive informacije, obrazovanje i informacioni materijal koristiće pojedincima i parovima da naprave izbore vezano za kontracepciju. Informacije moraju uključiti prednosti i ograničenja različitih metoda, objašnjenje o pravilnoj upotrebi i hitnim metodama kontracepcije u slučaju neuspeha. Pored toga, materijali sa grafikom i uzorci kontraceptivnih sredstava pokazuju se kao korisni, naročito u oblastima sa niskim stepenom pismenosti.

3.7 Obuka za pružanje usluga planiranja porodice

Svi radnici koji pružaju usluge planiranja moraju imati adekvatnu obuku o metodama kontracepcije i savetovanju.

Elementi adekvatnog edukativnog programa za pružanje usluga planiranja porodice obuhvataju:

1. tehničku stručnost
2. veštine komunikacije i savetovanje
3. administrativne sposobnosti

3.7.1 Tehnička kompetencija

Pružaoци usluga moraju biti svesni sledećeg:

- Opisa metoda, uključujući i pravilnu upotrebu, prednosti, mane i delotvornost
- Način delovanja, neželjeni efekti i sanaciju neželjenih efekata, komplikacije
- Uputstvo za upotrebu
- Medicinska prihvatljivosti i interakcija sa drugim lekovima
- Tehničke veštine koje se odnose na postavljanje svakog metoda, na primer, uklanjanje spirale
- Praćenje i snabdevanje, uključujući i naručivanje zaliha
- Dokumentacija i evidencija
- Preporuke na osnovu kliničkog lečenja

3.7.2 Veštine komunikacije i savetovanje

U ovoj komponenti obuke, pružaoци usluga planiranja porodice, stiču sledeće veštine:

- neosuđujući stav prema korisnicima i nekorisnicima kontracepcije, poštovanje prava na izbor, čuvanje privatnosti i poverljivosti;
- dokazne i taktične odgovore na glasine i zablude;
- osetljivost na potrebe određenih grupa (npr adolescenti, invalidi, osobe koje žive sa HIV-om);
- kulturno osetljive, nepristrasne tehnike;
- tehnike komunikacije, kao što su; otvoreni interaktivni dijalog sa klijentima; ohrabrivanje klijenata da govore; aktivno slušanje;
- dokumentovanje metoda izbora

Edukujte pružaoce usluga za efikasne veštine komunikacije kako bi obezbedili savetovanje u ograničenim vremenskim okvirima. Pružaoци usluga moraju biti obučeni za korišćenje obrazovnih materijala, kao i da nauče kako da identifikuju klijente sa posebnim potrebama, kao što su adolescenti, oni sa visokim rizikom od polno prenosivih infekcija, uključujući i HIV, žene koje doje, itd.

3.7.3 Administrativni veštine

Administrativne veštine uključuju evidenciju, kontrolu inventara i nadzor distributera u zajednici.

3.8 Pružanje usluga planiranja porodice

Savetovanje

Prvi kontakt između pružaoca usluge i klijenta uključuje:

- registraciju i beleženje istorije reproduktivnog zdravlja;
- fizičko ispitivanje (kako je prikazano istoriji), koje može da obuhvati i pregled ukoliko je potrebno
- savetovanje o raspoloživim kontraceptivnim metodama i željenom izboru klijenta, sa uzimanjem u obzir rizik od PPI/HIV i medicinsku istoriju;
- obezbeđivanje izabranog metoda kontracepcije i objašnjenje o njegovoj primeni: uključujući i način primene, šta da uradi u slučaju propuštenih doza i kako da obezbede hitnu kontracepciju, ako je potrebno. Pored toga, objasniti moguće neželjene efekte i uveriti klijenta da ona / on može da se vrati u zdravstvenu ustanovu u bilo kom trenutku u slučaju nastupanja sporednih efekata ili da može promeniti metod kontracepcije.
- zakazivanje kontrolnog pregleda:
 - Zakažite novom korisniku naredni pregled. Takve posete će dati klijentu priliku da postavi pitanja u vezi kontracepcije i bilo kakvih neželjenih efekata koje su on ili ona iskusili.

Bez obzira na učestalost ponovnih poseta, klijenti bi trebalo da budu sigurni u momentalan pristup uslugama ukoliko on / ona doživljavaju bilo kakve poteškoće. Kod kontrolnih poseta, davaoci usluga moraju biti osetljivi na nivo pismenosti klijenta i koristiti odgovarajuća pomagala kako bi se osiguralo da pružalac usluga razume informacije koje dobija od strane klijenta.

- dokumentovanje poseta, standardizovanim metodama prikupljanja podataka i evidencije o pacijentima.

Dijagnoza trudnoće

Dijagnoza trudnoće je važna jer pružaoci usluga ne bi trebalo da propisuju metode kontracepcije za klijente koji su u drugom stanju. Sposobnost za dijagnozu rane trudnoće će varirati u zavisnosti od resursa i situacije. Pouzdani testovi za trudnoće su veoma korisni, ali ne mogu biti uvek dostupni. Pregled karlice, ako je sproveden od strane stručnog pružaoca usluga je pouzdan u oko 8-10 nedelja od prvog dana poslednje menstruacije.

3.9 Metode planiranja porodice

Pružaoци usluga moraju biti u stanju da objasne karakteristike svakog metoda, kako se koristiti, njegovu efikasnost, bezbednost i nuspojave. Oni moraju da znaju kako metode kontracepcije utiču

na PPI i HIV transmisiju, njihovu primenljivost na klijente koji imaju posebne potrebe (kao što su adolescenti, klijenti sa sindromom stečene imunodeficijencije (AIDS) i dojilje) i dužinu vremenskog intervala kada je potrebno prekinuti uzimanje kontracepcije kako bi se osigurao povratak u stanje plodnosti. Neophodno je osigurati da pružaoci usluga imaju pristup ovim informacijama za sve metode planiranja porodice i da ih mogu koristiti u skladu sa reproduktivnim ciljevima svakog klijenta.

3.9.1 Metoda računanja plodnih dana

Efikasno korišćenje metode računanja plodnih dana zahteva da žena zna da kaže, kada su plodni dani u njenom menstrualnom ciklusu, kada počinju i kada se završavaju. Ove metode uključuju one koje se oslanjaju na simptome plodnosti, kao što su praćenje bazalne telesne temperature ili dnevnog sekreta iz grlića materice (Dvodnevni metod) ili metode zasnovane na kalendaru za praćenje dana menstrualnog ciklusa. Korišćenje ovih metoda zahteva saradnju oba partnera.

Metode određivanja plodnih dana su prikladne za ljude koji ne žele da koriste druge metode iz medicinskih razloga ili zbog verskih ili ličnih uverenja. Pružaoci usluga treba da savetuju parove koji koriste ove metode da ih oni ne štite od polno prenosivih infekcija, uključujući HIV infekciju.

3.9.2 Hormonski kontraceptivi

Hormonski kontraceptivi sadrže progesteron sam ili u kombinaciji sa estrogenom sa ciljem da spreče ovulaciju kod žena. Oni su zajednički, veoma efikasani i jednostavni za korišćenje. Kada žena izabere hormonsku kontracepciju, ona mora biti savetovana o pravilnoj upotrebi, šta da radi u slučaju propuštene doze i mogućih neželjenih efekata, kao što su promene u obrascima menstrualnog krvarenja.

3.9.3 Barijerne metode kontracepcije

Barijerni metodi kontracepcije sprečavaju trudnoću tako što fizički sprečavaju da sperma uđe u matericu. Najčešće korišćen barijerni metod kontracepcije je muški kondom. Kondomi su jedini metod planiranja porodice koji štite i od trudnoće i polno prenosivih infekcija. Drugi barijerni metodi, kao što su spermicidi i dijafragma, mogu se tražiti od strane lica koja su upoznata sa njima. Ako postoji i najmanja potreba potrebno je učiniti svaki napor za nabavku ovih metoda. Spermicidi su jedan od najmanje efikasnih kontraceptivnih metoda kada se koriste sami. Česta upotreba spermicida može da poveća rizik od dobijanja HIV-a kod klijenata visokog rizika, kao što su seksualne radnice/i.

3.9.4 Intrauterini sistem - spirala (IUD)

Intrauterini uložak ili spirala je mali, fleksibilni plastični ili bakarni uređaj koji specijalno obučeni zdravstveni radnici ubacuju u matericu žene kroz vaginu i grlić materice, koristeći odgovarajuće postupke za prevenciju od infekcija (uključujući i

“no-touch” tehniku umetanja). Spirala spada među najefikasnije metoda u sprečavanju trudnoće.

Ona ne izaziva zapaljenje male karlice. Umetanje spirale kada žena ima gonoreju ili klamidiju ponekad može dovesti do zapaljenja male karlice, i zato tada treba izbegavati umetanje spirale.

Ako se žena smatra osobom koja je pod visokim rizikom od dobijanja PPI, onda je treba savetovati o alternativnim metodama planiranja trudnoće. U posebnim okolnostima, ako drugi, odgovarajući metodi nisu dostupni ili nisu prihvatljivi, pružao usluga treba da razmotri da je lečenje antibioticima efikasno protiv gonoreje i hlamidije, pa da nakon izlečenja umetne spiralu.

Ako žena razvije novu PPI nakon što joj je umetnuta spirala, ona nije posebno pod rizikom od dobijanja infekcije male karlice. Ona može nastaviti da koristi spiralu dok se leči od PPI.

3.9.5 Hitna kontracepcija

U slučajevima nezaštićenog seksualnog odnosa i sumnje na trudnoću klijntkinjama treba savetovati uzimanje hitne kontracepcije, ali u vremenskom okviru u kome je predviđeno delovanje pilula za hitnu kontracepciju.

3.9.6 Dobrovoljna hirurški sterilizacija

Muška sterilizacija (vazektomija) i ženska sterilizacija su poželjne metode kontracepcije za neke klijente koji su odlučili da nemaju više dece.

Hirurški kontracepciju treba obaviti samo u bezbednim uslovima uz saglasnost korisnika, od strane obučenog osoblja i sa neophodnom opremom. Sterilizacija treba da budu dostupna klijentima, ako je dozvoljeno u zemlji domaćinu. Ovaj metod ne štiti od polno prenosivih infekcija, uključujući i HIV.

Postoje i druge metode kontracepcije koje nisu dostupne u Srbiji. Npr. injektirajući kontraceptivi.

3.10 Pružanje usluga planiranja porodice nakon porođaja

Jedna žena je zaštićena od trudnoće u periodu posle porođaja, ako:

- 1) ako u potpunosti doji (dete dobija samo majčino mleko) ili skoro potpuno doji (više od tri četvrtine svih sadržaja koje dete pije je majčino mleko);
- 2) ona nije nastavila da dobija menstruacije; i
- 3) prošlo je manje od šest meseci posle porođaja.

Ovo se zove metod laktacijske amenoreje. Njegova efikasnost, je oko dve trudnoće na 100 žena u prvih šest meseci nakon porođaja. Ženama se savetuje da izaberu drugi metod planiranja porodi-

ce kada se približe šestom mesecu nakon porođaja ili kada se bilo koji od navedenih kriterijuma promeni.

Žene mogu koristiti sledeće metode planiranja porodice bezbedno:

- Barijerne metode: kondome mogu koristiti odmah posle porođaja.
- Spirala: Spirala se može umetnuti u prvih 48 sati nakon vaginalnog porođaja ili nakon carskog reza od strane specijalno obučених pružaoca usluga ili četiri nedelje nakon porođaja. Ne preporučuje se umetanje spirale između 48 časova i četiri nedelje nakon porođaja.
- Sterilizacija: može se vršiti tokom prvih sedam dana ili šest nedelja nakon porođaja.
- Pilule: mogu se koristiti šest nedelja posle porođaja ako su u pitanju dojilje, i odmah nakon porođaja za žene koje ne doje.
- Prirodni metode mogu se primeniti kada žena ponovo uspostavi redovan mesečni ciklus.

3.11 Planiranje porodice za osobe koji žive sa HIV-om

Podsticati HIV pozitivne osobe da koriste kondome a kako bi se zaštitili od polno prenosivih bolesti i kako bi se sprečilo prenošenje HIV-a seksualnim partnerima. Ako je HIV pozitivna žena želi efikasniju zaštitu od trudnoće, ona može da koriste neku drugu metodu kontracepcije osim kondoma.

Žene sa HIV-om mogu koristiti većinu metode kontracepcije, sa sledećim razmatranjima:

- Spiralu ne treba umetnuti ako žena ima gonoreju ili infekciju hlamidijom ili ako postoji visok rizik od ovih infekcija. HIV-pozitivne žene koje su klinički dobro mogu koristiti spiralu.
- Spermicidi, bilo sami ili u kombinaciji sa barijernim metodama, ne bi trebalo da koriste žene sa HIV/AIDS
- Ženama na ARV terapiji koje koriste hormonske metode se savetuje da koriste kondome jer neki ARV lekovi smanjuju efikasnost hormonskih metoda kontracepcije.

3.12 Neplodnost

Neplodnost je neuspeh da se postigne trudnoća ili da se rodi dete posle 12 meseci ili više redovnih nezaštićenih seksualnih odnosa. Ako žena nikada nije bila trudna do sada, u pitanju je primarna neplodnost. Ako je žena ranije rodila dete, ali trenutno zadovoljava definiciju neplodnosti, u pitanju je sekundarna neplodnost. Neplodnost ima mnogo uzroka, koji mogu biti medicinski, kao što su postporođajne infekcije, infekcije posle abortusa, plodnost, endometrioza, PPI i druge zarazne bolesti. U okviru humanitarnog okruženja, i čak primarni sterilitet može biti rezultat stresa i velikih promena u načinu života.

Širom sveta, parovi vide neplodnost kao tragediju koja nosi društvene, ekonomske i psihološki posledice. Neplodnost je nezadovoljena potreba za planiranjem porodice.

Savetovanje parova je kritično. Jasno je da neplodnost nije samo problem žene, jer između 25% i 50% neplodnosti može biti posledica problema muškog partnera. Neophodno je ispitati repro-

duktivne organe ili genitalije oba partnera, i muškaraca i žene. Gde je to moguće, analiza semene tečnosti je od ključnog značaja kao osnovni laboratorijski test za sve neplodne parove. Bazalna telesna temperatura može biti korisna alatka kao početna procena ovulacije. Takođe potrebno je uzeti u obzir i pitanja u vezi sa abnormalnim indeksom telesne mase, dijete, prestankom pušenja, upotrebom određenih lekova i već postojećeg zdravstvenog stanja, kao što su dijabetes, srčane bolesti ili psihijatrijske bolesti.

Gde su ovi servisi dostupni potrebno je uputiti par na napredne medicinske procene i odgovarajuće procedure.

3.13 Uključivanje muškaraca u programe planiranja porodice

Uključivanje muškarca u programe planiranja porodice ima za cilj prihvatanje programa u zajednici i drugih pitanja iz oblasti RZ, kao što je sprečavanje i lečenje PPI i HIV- a. Motivacija muškaraca je sastavni deo programskih aktivnosti. Muška kontracepcija im omogućava da deo odgovornosti za planiranje porodice podele sa svojim ženskim partnerima. Usluge planiranja porodice mogu i treba da budu posebno prilagođene da zadovolje potrebe muških korisnika. Aktivnosti za podsticanje učešća muškaraca uključuju savetovanje parova, promociju kondoma, posebne zdravstvene ustanove za muškarce.

3.14 Zagovaranje

RZ službenici i menadžeri programa treba da se zalažu za pružanje usluga planiranja porodice kad god je to moguće. Poznavanje osnovnih metoda kontracepcije koju koristi domaće stanovništvo, kao i raseljena lica predstavljaju korisne pozadinske informacije.

4. Ljudska prava i pravni aspekti

4.1 Standardi ljudskih prava

Prema međunarodnom pravu, univerzalni pristup uslugama planiranja porodice je ljudsko pravo: Svi pojedinci i parovi imaju “pravo da odlučuje o broju, razmaku i vremenu kada žele da imaju decu.” 1994. godine na Međunarodnoj konferenciji o stanovništvu i razvoju, vlade su se složile da RZ zaštita treba da bude dostupna svima, uključujući i pun opseg usluga planiranja porodice. Pravo na najviši mogući standard zdravlja uključuje “pravo da budu informisani i da imaju pristup bezbednim, efektivnim, pristupačnim i prihvatljivim metodama planiranja porodice.”

Pravo na planiranje porodice je usko povezano sa drugim ljudskim pravima:

- Pristup kontracepciji će smanjiti neželjene trudnoće i pomoći će da se osigura pravo žene na zdravlje i pravo na život
- Svako ima pravo na privatnost i pravo na jednakost i nediskriminaciju. Ova prava su ponekad uskraćena u kontekstu planiranja porodice kada je na primer onemogućen pristup kontracepciji jer ona ili on nije oženjen.

- Svako ima pravo da saopštava i prima informacije o planiranju porodice. Ovo pravo uključuje obrazovanje o reproduktivnom zdravlju i seksualnosti za adolescente. Adolescenti imaju pravo na pristup uslugama i informacijama.
- Svako ima pravo da uživa u prednostima naučnog napretka i njegovim rezultatima.
- Prisiljavanje ljudi da koriste kontracepciju nije planiranje porodice i predstavlja kršenje cilja međunarodnog zakona o ljudskim pravima. Na primer, prisilna sterilizacija krši pravo na pristanak, pravo na zdravlje, pravo na bezbednost i slobodu ličnosti i pravo pojedinca da slobodno odluče o broju i razmaku rođenja njihove dece.

Republika Srbija svojim prisustvom u međunarodnim procesima ima obavezu prilagođavanja nacionalnog zakonodavstva sa međunarodnim dokumentima i procesima iz oblasti reproduktivnog zdravlja i prava.

Iako je jedna od obaveza država bila da kreiraju Akcione planove u skladu sa Internacionalnom konferencijom za populaciju i razvoj (1994. Kairo), Srbija nikada nije napravila Akcioni plan za ICPD. Ova konferencija stavlja u centar reproduktivno zdravlje i prava i njihov značaj u unapređenju ljudskih prava, a pre svega ljudskih prava žena i devojčica.

S druge strane još jedan važan dokument koji na sveobuhvatan način reguliše prava žena u 12 ključnih segmenata (uključujući i ratne krize, reproduktivno zdravlje i rodno-zasnovano nasilje) je Pekinška deklaracija sa platformom za akciju koja predstavlja ključni dokument za postizanje rodne ravnopravnosti i unapređenje prava žena u svim segmentima.

Ciljevi održivog razvoja (naročito tri i pet) koji se odnose na rodnu ravnopravnost i reproduktivno zdravlje takođe su od značaja za prava žena i devojčica.

Cilj broj 3 koji se odnosi na zdravlje ima segment koje se odnosi na univerzalni pristupa uslugama koje se odnose na seksualnu i reproduktivnu zdravstvenu zaštitu uključujući i planiranje porodice, informisanje i obrazovanje kao i integrisanje pitanja reproduktivnog zdravlja u nacionalne strategije i programe.

Reproduktivno zdravlje i reproduktivna prava nisu u celosti integrisana u našem legislativnom okviru već se posmatraju u kontekstu planiranja porodice odnosno radjanja.

Reproduktivno zdravlje i reproduktivna prava mnogo su širi pojam od navedenog i obuhvataju niz drugih usluga i prava kao što su- pitanje kontracepcije odnosno upotrebe kontraceptiva i njihove prisutnosti na tržištu, pre i post abortus savetovanje, sigurni abortus, savetovališta za mlade koja pružaju usluge i za dečake i dr.

Srbija nema Strategiju za reproduktivno zdravlje ili drugi dokument koji na sveobuhvatan način reguliše oblast rep. zdravlja i prava, već je rep. zdravlje regulisano parcijalno i nepotpuno kroz različite akte kao što su Strategija zdravlja mladih, Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o zdr. osiguranju i dr. zakoni. Svi ovi dokumenti spominju rep. zdr. u opštem kontekstu što je nedovoljno za ovu široku oblast regulisanja što je i prepoznato kroz globalno definisanje podciljeva održivog razvoja.

Cilj broj pet sadrži odredbe koje se tiču okončanja svih oblika diskriminacije žena i devojčica. Diskriminacija u našem društvu je široko rasprostranjen fenomen jer je sistemski ukorenjena

iako postoje propisi i na nacionalnom i na međunarodnom nivou koji zabranjuju diskriminaciju po svim osnovima, što je naročito izraženo u slučaju izbeglica.

Jedan od značajnih podciljeva odnosi se na to da se osigura univerzalni pristup polnom i reproduktivnom zdravlju i reproduktivnim pravima kao što je dogovoreno u skladu sa Programom akcije Međunarodne konferencije o stanovništvu i razvoju i Pekinškom platformom za akciju. Ova dva međunarodna dokumenta spadaju u najznačajnije izvore zaštite ljudskih prva pre svega prava žena i drugih osetljivih kategorija stanovništva i od krucijalnog su značaja u procesu unapredjenja ljudskih prava jer pružaju ne samo smernice i preporuke već i mehanizme za njihovo sprovođenje.

Podciljevi koji se odnose na eliminisanje svih oblika nasilja nad ženama i devojčicama u javnim i privatnim sferama, uključujući trafikingu, seksualnu i druge oblike eksploatacije i eliminisanje svih štetnih praksi, kao što su dečiji, rani i nasilni brakovi i žensko genitalno sakaćenje takođe su prepoznati kao važni u cilju zaštite osnovnih ljudskih prava i sloboda.

5. Praćenje

Evidencije dobijenih informacija od strane klijenata treba da budu evidentirane na obrascu klijenta:

- Datum
- Ime korisnika - ili šifra
- Podaci o korisniku (starost, adresa, paritet)
- Vrsta korisnika (novi, ponavljanje, itd)
- Metod izabrane kontracepcije (i brend)
- Eventualni sporedni efekti
- Datum sledeće posete (za praćenje)



POGLAVLJE 6

Zdravlje majke i deteta

Sadržaj

- 1 UVOD
- 2 CILJEVI
- 3 PROGRAMIRANJE
 - 3.1 Procena potreba
 - 3.2 Smanjenje barijera za korišćenje usluga
 - 3.3 Prenatalna nega
 - 3.4 Nega tokom porođaja
 - 3.5 Postnatalna nega majke i novorođenčeta
- 4 LJUDSKA PRAVA I PRAVNI ASPEKTI
 - 4.1 Izazovi i mogućnosti
- 5 NADZOR

1. Uvod

Globalno jedna od sedam žena suočava se sa komplikacijama tokom trudnoće ili porođaja. Postoji više od 500 000 smrtnih slučajeva majki svake godine, od kojih 99% se javljaju u zemljama u razvoju. Od 130 miliona beba rođenih svake godine, procenjuje se da 4 miliona umre u prve četiri nedelje života (neonatalnog perioda).

2. Ciljevi

Cilj ovog poglavlja je da pomogne, menadžerima i pružaocima usluga da:

- naprave plan za implementaciju i sveobuhvatnu reproduktivno zdravstvenu zaštitu majke i deteta u humanitarnim katastrofama;
- razume ključne prepreke koje utiču na smrt majke i novorođenčeta;

3. Programiranje za sveobuhvatne usluge

Kako se većina smrtnih ishoda majke i neonatalni smrtni slučajevi dešavaju u vreme porođaja i neposredno posle porođaja, (MISP) komponente koje se odnose na negu majke i novorođenčeta imaju za cilj da smanje morbiditet i mortalitet u vezi sa ovim komplikacijama obezbeđujući:

- dostupnost hitne akušerske nege i nege novorođenčeta uključuje:
 1. da sestre i babice koje prisustvuju porođaju u zdravstvenim centrima imaju sve zalihe koje su im potrebne da izvrše normalan porođaja i imaju kapacitet da reše komplikacije koje se mogu dogoditi kod majke i deteta
 2. da vešto medicinsko osoblje i zalihe budu dostupne u referentnim bolnicama za upravljanje svim akušerskim komplikacijama i komplikacijama koje mogu da nastupe kod novorođenčeta;
- razvijen sistem upućivanja, kako bi se olakšao transport i komunikacija sa zajednicom u zdravstvenom centru i između Domova zdravlja i bolnice za žene sa akušerskim komplikacijama;
- obezbeđene čiste zalihe materijala za porođaj namenjene trudnicama koje ne mogu da dođu u zdravstveni centar na porođaj.

Sveobuhvatno programiranje ima tri strateška prioriteta:

- Razumevanje i uklanjanje barijere za dostupnost usluga;
- Povećanje dostupnosti dokazanih informacija za korišćenje usluge;
- Poboljšanje korišćenja i potražnja za uslugama

Sveobuhvatni zdravstveni programi nege majke i novorođenčeta imaju tri komponente usluga:

1. Prenatalna ili nega tokom trudnoće
2. Porodajna nega (porodaj i postporodajna nega)
3. Postnatalna nega majke i novorođenčeta.
 - Dostupnost usluga i objekata za zbrinjavanje: Objekti predviđeni za zbrinjavanje majki novorođenčadi moraju biti otvoreni 24 sata dnevno, 7 dana u nedelji (24/7), jer do porođajnih komplikacija može doći u bilo koje vreme.
 - Geografska dostupnost usluge:
 - dostupnost puteva ili vodenih tokova
 - Prihvatljivost: usluge treba da budu:
 - pristupačne –moraju se uložiti naponi za pružanje besplatnih usluga
 - kulturološki odgovarajuće – potrebno je uzeti u obzir jezik i kulturu
 - poštovanje i uzimanje u obzir problema žena

3.1 Procena potreba

Kada je uspostavljen MISP, neophodno je integrisati mišljenja vezana za procenu potreba za sveobuhvatnim RZ planiranjem u cilju kreiranja odgovarajućeg i sveobuhvatnog programa nege majke i deteta. Koristeći kombinaciju alata, RZ službenici treba da prikupe ili procene sledeće informacije, u koordinaciji sa drugim akterima zdravstvenog sektora / klastera:

Karakteristike stanovništva

- Broj izloženih stanovnika i njihova geografska distribucija.
- Demografski pokazatelji o statusu ugroženog stanovništva pre krize, na primer, odnos smrtnosti majki, stopa nataliteta, stopa ukupnog fertiliteta, prevalencija kontracepcije itd
- Broj žena u reproduktivnom dobu, trudnica i novorođenčadi.
- Broj porođaja mesečno.
- Uverenja, znanje, stavovi i praksa stanovništva koji se odnose na trudnoću i porođaj
- Svest zajednice i zadovoljstvo dostupnim uslugama za negu majke i novorođenčeta.

Zdravstvene usluge i karakteristike osoblja koje pruža usluge

Svaki objekat mora da bude ocenjen na osnovu njegove sposobnosti i da obezbedi kvalitetne usluge, uključujući i zaštitu novorođenčeta, dostupnost kvalifikovanih zdravstvenih radnika i medicinskih sredstava. Primeri informacija koje je potrebno prikupiti:

- Broj, lokaciju i tip domova zdravlja i bolnica.
- Koji među ovim objektima pružaju usluge nege majke i novorođenčeta
- Odredbe o standardnim merama predostrožnosti, uključujući i medicinski otpad i odlaganje placent.
- Broj, vrsta i nivo obučенosti zdravstvenog osoblja

- Dostupnost protokola i smernica
- Dostupnost adekvatne ishrane za trudnice i dojilje
- Informisanje, edukacija

Nacionalno zakonodavstvo i politike

RZ službenici, menadžeri i pružaoci usluga moraju biti upoznati sa nacionalnim zakonodavstvom i politikama koje se odnose na negu majke i novorođenčeta. Na primer: Da li postoje zakoni, propisi ili pravila u vezi:

- smanjenja smrtnosti majki
- pristupom i pružanjem usluga nege majke i novorođenčeta
 - upotrebe, distribucije i korišćenja preparata koji su od suštinskog značaja za zdravlje majke i neonatalno zdravlje.
- obavezne registracije rođenih
- testiranja trudnica na HIV i prevencije prenosa HIV-a sa majke na dete
- lečenjem, negom i podrškom za HIV pozitivne trudnice
- ženskim genitalnim sakaćenjem i / ili drugim štetnim praksama koje imaju štetne posledice na zdravlje majke
- eliminisanja ranog stupanja u brak, prinudnog braka, minimalne starosti za stupanje u brak

3.2 Smanjenje prepreka za korišćenje usluga nege majke i novorođenčeta

Da biste bili sigurni da su usluge koje se pružaju najvišeg kvaliteta, RZ službenici i rukovodioci programa moraju osigurati da:

- smanje barijere pri korišćenju usluga;
- usluge se pružaju od strane stručnog kadra koji ima dovoljan broj potrošnog materijala i koje su pod nadzorom;
- pružaoci usluga shvataju i diskutuju o verovanjima i praksama u zajednici vezanim za trudnoću i porođaj
- Sve žene i njihove porodice znaju gde da dobiju pomoć za prenatalna negu i porođaj, i kako da prepoznaju znake komplikacija.

3.3 Prenatalna nega

Idealan prenatalni paket zaštita se sastoji od četiri prenatalna pregleda, prva poseta u ranoj trudnoći, druga od 24-28 nedelje, treća u 32 nedelji, a četvrta oko 36 nedelje. Ovaj broj preporučenih poseta može da varira u zavisnosti od nacionalnih politika.

Primarni ciljevi prenatalne zaštite su:

- obezbediti prevenciju bolesti i zdravstvenu promociju
- identifikacija i upravljanje već postojećim zdravstvenim problemima i komplikacijama koje nastaju tokom trudnoće;
- pružanje usluga ženama koje zahtevaju posebnu negu tokom porođaja, kao što su žene koje su imale prethodno carski rez ili su preživele genitalno sakaćenje

Skrining za sifilis

Sve trudnice treba da se testiraju na sifilis na prvom pregledu. Sifilis doprinosi morbiditetu majke i negativnom ishodu trudnoće. Jednostavni i efikasni skrining testovi za sifilis su dostupni.

Prevencija bolesti i promocija zdravlja

Zdravstveno obrazovanje i ciljevi promocije su:

- povećanje brige o sopstvenom zdravlju, uključujući adekvatnu ishranu, izbegavanje potencijalno štetnih supstanci, održavanje higijene u cilju sprečavanja širenja zaraze, adekvatan odmor i aktivnosti, prevencija PPI / HIV, malarije i anemije;
- promocija dojenja i priprema za dojenje;
- prepoznavanje opasnih znakova i znanje o tome kome se obratiti za pomoć;
- promovisanje postporođajnog planiranja porodice i nege deteta

Ishrana potrebna trudnicama i dojiljama

Tokom trudnoće i dojenja, prehrambene potrebe žena za energijom, proteinima i hranljivim sastojcima značajno se povećava. Trudnice zahtevaju dodatni 285 kcal / dan a žene koje doje zahtevaju dodatni 500 kcal / dan.

Adekvatan unos gvožđa, folne kiseline, vitamina A i joda su posebno važni za zdravlje žena i njihovih beba. Povećane potrebe za hranljivim materijama trudnice i žene koje doje obično ne ispune kroz osnovne obroke. Zbog toga trudnice i dojilje treba da koriste odgovarajuće dodatke ishrani.

Spremnost za porođaj

Prenatalna nega pruža mogućnost da žene i pružaoci usluga zdravstvene zaštite planiraju porođaj i da razviju plan za hitne situacije. Plan za porođaj i hitne situacije identifikuje gde se vrši porođaj, kao i aktivnosti koje treba preduzeti u slučaju komplikacija (transport, mesto upućivanja). Kao i većina komplikacija tokom porođaja i sam porođaj je nepredvidiv, stoga porođaj treba da bude pod nadzorom iskusnog profesionalca u dobro opremljenoj zdravstvenoj ustanovi koja se bavi potencijalnim komplikacijama.

Čuvanje kliničkih podataka

Svi klinički nalazi i tretmani koji se pružaju za vreme prenatalne negu moraju biti evidentirani, po mogućstvu na zapisnik. Dobro vođenje evidencije je od suštinskog značaja da se olakša celishodno donošenje odluka i intervencije.

3.4 Nega nakon porođaja

Prvih nekoliko minuta nakon porođaja su kritični i za majku i novorođenče.

Porodaj uključuje rađanje i neposredni postporodajni period. Porodaj treba da se odvija u zdravstvenoj ustanovi koja osigurava privatnost, sigurnost, bezbednost i opremljena je potrebnim materijalom, lekovima, osobljem, a koja ima pristup prevozu do referentne ustanove u slučaju komplikacija. RZ službenici moraju osigurati da svi akušerski zdravstveni centri i objekti za negu novorođenčeta imaju kliničke protokole, kao i protokole za standardne mere predostrožnosti, uključujući upravljanje medicinskim otpadom.

Partogram

Partogram mora da se koristi pri svakom rođenju za blisko praćenje napretka rada, majke i deteta, kao i za donošenje odluka za dalju intervenciju upućivanja.

Prevenција postporodajnog krvarenja

Jedan od vodećih uzroka smrtnosti majki je posledica porodajnog krvarenje. Aktivni menadžment treće faze rada (AMTSL) smanjuje rizik od porodajnog krvarenja. Kvalifikovani radnici moraju ponuditi AMTSL svim ženama. On se sastoji od:

1. Davanja leka ženi, poželjno oksitocin u roku od jedne minute od rođenja deteta;
2. Kontrolisanje trakcije pupčane vrpce;
3. Spoljna masaža materice nakon dostavljanja placente

Oksitocin je preporučeni uterotonik za prevenciju i lečenje post porodajnog krvarenja. Međutim, u nekim sredinama možda neće biti moguće ponuditi kompletan paket intervencija za AMTSL zbog odsustva kvalifikovanog osoblja, teškoća u obezbeđivanju bezbedne prakse ubrizgavanja, od kojih zavisi upotrebu oksitocina. U ovim situacijama preporučuje se upotreba leka koji je dostupan u datoj sredini.

Hitna akušerska nega i nega novorođenčeta

Pored suštinske nege tokom porođaja, osnovna akušerska nega i nega novorođenčeta moraju da se pruže na nivou doma zdravlja kako bi se rešile glavne komplikacije tokom porođaja, uključujući i problem sa novorođenčetom, ili stabilizacija žene pre upućivanja u bolnicu. Neophodno je da su pružaoci zdravstvenih usluga edukovani za pružanje usluga u u vanrednim akušerskim situacijama i procedurama za zaštitu novorođenčeta. Protokoli, relevantni lekovi, oprema i zalihe moraju biti dostupne u svim domovima zdravlja. Kao i kod materinskih vanrednih situacija, neonatalne vanredne situacije ne mogu uvek da se predvide. Na primer, moguće je da beba neće da diše i zbog toga osoblje mora biti spremno za neonatalnu reanimacije pri svakom rođenju.

“Funkcije Signala (upozorenja)” su ključne medicinske intervencije koje se koriste za lečenje direktnih komplikacija u akušerstvu koje izazivaju veliku većinu smrtnih slučajeva širom sveta.

Briga o novorođenčetu

Neonatalna smrtnost je do sedam puta češća nego smrtnost majki. Tri glavna uzroka neonatalne smrtnosti su infekcije koje izazivaju gušenje, infekcije i komplikacije preranog rođenja i mala težina pri porođaju. Ovi uzroci se mogu sprečiti ukoliko žene imaju pristup akušerskoj nezi i nezi novorođenčeta. Osoblje mora biti obučeno da prepozna neonatalne hitne slučajeve i da ih uputi na viši nivo zdravstvene zaštite ukoliko je to potrebno.

Inicijalna zdravstvena zaštita normalnih beba uključuje:

- Držite bebu suhu i u toplom, i obezbedite kontakt majke sa detetom
- Ohrabrujte dojenje, u roku od jednog sata od rođenja, ako su beba i majka spremne
- Nadgledajte pažljivo krvarenje iz pupčane vrpce, otežano disanje i bledilo
- •Obezbediti imunizaciju (Hepatitis B i / ili BCG prema nacionalnom protokolu).

Prevenција glavnih uzroka smrti novorođenčeta uključuje:

- Infekcije koje izazivaju gušenje: kod oko 5-10% svih novorođenčadi potrebna je neka vrsta reanimacije na rođenju. Reanimacija se sastoji od niza intervencija: od jednostavnih, kao što su čuvanje bebe suvom i toplom, stimulacije, pozicioniranje i brisanje disajnih puteva (usisavanje), ili složenijih kao što je reanimacija
- Infekcije: uglavnom sepsa, pneumonija, tetanus i dijareja. Preventivne mere uključuju primenu prakse za prevenciju infekcija tokom porođaja, tetanus imunizaciju tokom trudnoće, pravilnu negu moždine, držanje bebe toplom i isključivo dojenje.
- Prevrneno rođenje: komplikacije koje su u vezi sa prevremenim porođajem su hipoglikemija, hipotermija, problem sa dojenjem, i povećan rizik od infekcije.

3.5 Postnatalna nega majke i novorođenčeta

Postnatalni period je vreme brzih fizioloških promena za majku i bebu, prvih 24 - 48 sati su najkritičniji. Šedeset odsto smrtnih slučajeva majki i 40% neonatalne smrti javljaju se u prvih 24 sata nakon porođaja. Nakon nekomplikovanog porođaja i rođenja zdrave bebe, preporučuje se zadržavanje majke i deteta u zdravstvenoj ustanovi na posmatranju. Dojenje je naročito važno u humanitarnim situacijama. Rizici povezani sa hranjenjem dece na flašicu i veštačkim mlekom se dramatično povećavaju kada postoji loša higijena. U takvim situacijama majčino mleko može biti jedini siguran i održiv izvor hrane za odojčad. Toplina i nega obezbeđeni za vreme dojenja su od ključnog značaja i za majku i za dete. Budući da je dojenje takođe važna tradicionalna aktivnost za žene, može da pomogne ženi da sačuva osećaj samopoštovanja. Stoga je važno da se sa dojenjem počne u roku od jednog sata od rođenja, promovišući isključivo dojenje, uključujući i noćno hranjenje i bez ograničenja u pogledu dužine ili učestalosti hrane. Podržite žene koje su HIV-pozitivne da donesu informisanu odluku o ishrani odojčadi. Obezbedite da žene koje su HIV pozitivne prođu savetovanje i da imaju pristup sredstava za negu i odgovarajuću terapiju, kao i da je beba zbrinuta posle porođaja. U situacijama gde zamena za ishranu (zamena za majčino mleko) donosi rizik bolesti, neuhranjenosti i smrti odojčadi, zdravstveni ishodi će biti mnogo bolji ako majka koja živi sa HIV-om doji svoje dete.

Majke za koje se zna da su zaražene HIV-om (i čiji bebe nisu zaražene ili je nepoznat HIV status) treba da isključivo doje svoju decu tokom prvih šest meseci života, uvođenjem prikladne kompletarne ishrane nakon toga, sa nastavkom dojenja u prvih 12 meseci života.

4 Ljudska prava i pravni aspekti

Pravo na sigurnu trudnoću i da se preživi trudnoća su uključeni u međunarodnim ljudskim pravima na život, na zdravlje i slobodu od diskriminacije, a njihov značaj je priznat u Milenijumskim ciljevima razvoja (MCR).

Ispunjenje drugih ljudskih prava, kao što su pravo na odgovarajuću hranu, smeštaj, čistu vodu, privatnost, informisanje i obrazovanje, takođe su ključni da bi se obezbedio opstanak i zdravlje majke i deteta.

Zaštita i ostvarivanje ljudskih prava koji se odnose na zdravlje majki su:

- preduzimanje svih neophodnih mera za smanjenje smrtnosti majki među svim majkama, uključujući adolescente;
- obezbeđivanje pristupa prenatalne nege, porođaja i postporođajne nege, uključujući i hitne akušerske intervencije i negu novorođenčeta za sve žene, uključujući i adolescentate, siromašne žene, žene koje žive u ruralnim područjima;
- smanjenje prenosa HIV-a sa majke na dete kroz pružanje odgovarajuće nege i zaštite, uključujući pristup ARV lekovima;
- registracija novorođenčadi odmah po rođenju;
- eliminisanje tradicionalnih štetnih praksi za žene i novorođenčad, kao što su žensko genitalno sakaćenje, preferencijalno hranjenje i / ili nega samo muške dece i rano i prisilno stupanje u brak. Rano stupanje u brak može imati negativan uticaj na smrtnost i morbiditet majki, uključujući i povećan rizik od vaginalne fistule. Prevencija rane udaje obuhvata omogućavanje osnovnog upis u školu za devojčice i omogućavanje da udate i trudne devojke ne napuštaju školu;
- eliminisanje diskriminatornih praksi prilikom zapošljavanja koje se odnose na trudnoću. Na primer, zahtevanje da se urati test na trudnoću pre zapošljavanja predstavlja kršenje prava na privatnost.

4.1 Izazovi i mogućnosti

S vremena na vreme, pružaoci usluga mogu da se suoče sa teškim odlukama ili nedoumicama prilikom pružanja informacija i usluga majkama i novorođenčetu. Pružanje odgovarajuće nege može se ograničiti nacionalnim zakonodavstvom, društvenim i kulturnim normama, ili medicinskim konceptima. Na primer:

- Društvene norme mogu sprečiti žene da napuste svoje domove i da odu u zdravstvenu ustanovu sa ciljem korišćenja usluga, uključujući siguran porođaj.

- Zakoni o starosti braka mogu biti različit za dečake i devojčice i devojke, što dovodi do toga da ne mogu na adekvatan način da se zaštite od ranog/prisilnog braka.

Takve norme, zakoni i praksa mogu biti u sukobu sa principima međunarodno prihvaćenih ljudskih prava. Kao RZ menadžeri ili pružaoci usluga možete biti suočeni sa ovom vrstom problema. Morate biti svesni pozicije Vaše agencije / organizacije o ovim pitanjima i uključiti ih kao deo svoje analize stanja i preduzimanja mogućih narednih koraka. U teškim situacijama prioritet treba dati sigurnosti i zdravlju klijenta, sopstvenoj bezbednosti i bezbednosti kolega. U tim slučajevima:

- Razgovarajte sa svojim pretpostavljenim;
- razgovarajte o mogućnosti sa svojim klijentom;
- saznajte da li se vaša agencija/organizacija bavi zastupanje po tom pitanju i kako možete da doprinesete;

5 Praćenje

Istražite smrtne slučajeve svake majke i deteta

Postoji nekoliko pristupa koji se preporučuju za ispitivanje smrti majke, kao što su obdukcija i istraživanje težine morbiditeta.

Sledeći indikatori mogu da se koriste za praćenje programa:

1. Procenat trudnica koje su imale najmanje četiri prenatalnih posete tokom trudnoće.
2. Dostupnost hitne akšerske nege
3. Procenat svih rođenih u vanrednim akušerskim objektima
4. Procenat žena porođenih carskim rezom
5. Direktni akušerski slučajevi smrtnosti.

POGLAVLJE 7

Nega kod abortusa

Sadržaj

- 1 UVOD
- 2 CILJEVI
- 3 PROCENA POTREBA
 - 3.1 Procena potreba
 - 3.2 Savetovanje i dobrovoljan pristanak
 - 3.4 Infekcija
 - 3.5 Menadzment bola
 - 3.6 Prevencija tetanusa
 - 3.7 Upravljanje komplikacijama
 - 3.8 Savetovanje i praćenje nakon intervencije
 - 3.9 Integracija usluga
- 4 PRAVA I PRAVNA PITANJA
 - 4.1 Izazovi i mogućnosti
- 5 NADZOR

1. Uvod

Svetska zdravstvena organizacija (SZO) procenjuje da oko 42 miliona trudnoća na godišnjem nivou se završi sa namernim prekidom trudnoće; od njih oko 20 miliona se procenjuje kao nebezbedno - vrši ga ili osoba koja nema potrebne veštine ili u okruženju gde nema minimalnih medicinskih standarda, ili oboje. Smrtni ishod i povrede kao posledice loše obavljenog abortusa i dalje predstavljaju ozbiljan problem javnog zdravstva koji utiče na porodice i čitavu zajednicu. Globalno, nesiguran abortus kao ishod smrti čini 13%, od kojih se 99% javljaju u zemljama u razvoju. Planiranje sigurnije trudnoće uključuje upućivanje na uslugu bezbednog abortusa.

Žene i devojke u humanitarnim situacijama, mogu biti u povećanom riziku od namernog prekida trudnoće i loše obavljenog abortusa što zahteva obezbeđenje pristupa uslugama bezbednog i legalnog abortusa:

- Žene i adolescenti neće moći da nastave sa korišćenjem svojih kontraceptivnih metoda, jer su ih izgubili tokom raseljavanja.
- Porodice bi trebale da odlože rađanje dece dok njihova bezbednost i egzistencija ne budu sigurne, ali nemaju pristup uslugama kontracepcije zbog narušavanja sistema zdravstvenih usluga.
- Silovanje i drugi oblici seksualnog nasilja su dokumentovani u vanrednim situacijama.

Da bi se pomoglo vladama i pružaocima usluga da ostvare ono na šta su se obavezali poštovanjem prava na zdravlje žena, Svetska zdravstvena organizacija je 2003 kreirala tehnički priručnik kako bi povećala kapacitet zdravstvenog sistema da pruži uslugu sigurnog abortusa i post-abortus zdravstvene zaštite. Ovaj pristup predstavlja globalnu strategiju da se smanji smrtnost i posledice nesigurnog abortusa i ima 5 elemenata:

- Savetovanje kako da se identifikuju emotivne, zdravstvene i fizičke i druge potrebe žena
- kontracepcija i usluge planiranja porodice mogu pomoći ženama da spreče neželjenu trudnoću ili da naprave razmak između dva porođaja
- reproduktivne i druge zdravstvene usluge koje su poželjne na licu mesta ili preko sistema upućivanja na druge objekte u mrežama pružaoca usluga
- zajednice i partnerstva pružaoca usluga, mobilizacija resursa sa ciljem obezbeđenja da zdravstvene usluge odražavaju i zadovoljavaju potrebe i očekivanja zajednice

Sveobuhvatna nega kod abortusa obuhvata sve komponente. Ove komponente takođe doprinose smanjenju smrtnosti majke.

Postoji niz tehnoloških mogućnosti da se pruži pomoć ženama da spreče ili da se borbe sa neželjenim trudnoćama, uključujući i hitnu kontracepciju medicinske abortuse.

2. Cilj

Cilj ovog programa je da edukuje RZ oficire, RZ menadzere i pružaoce usluga za:

- programiranje informacija o uslugama sigurnog i legalnog abortusa i upućivanje na takve usluge u meri u kojoj je to dozvoljeno zakonom;
- osnovne kliničke informacije o porođaju;
- okvir za dobijanje tačnih informacija i razumevanje administrativnih i regulatornih granica u vezi sa abortusom u zemlji u kojoj rade;
- razumevanje društvenih, kulturnih i verskih normi o uslugama sigurnog abortusa;
- sredstva za edukaciju zajednice o njihovim pravima.

3. Programiranje

Sledeći odeljci upućuju na osnovne smernice za obezbeđenje pružanja kvalitetnih sveobuhvatnih usluga abortusa.

Sveobuhvatne usluge abortusa ne moraju da zavisi od raspoloživosti akušera / ginekologa ili hirurga. Sa odgovarajućom obukom i podrškom medicinske sestre, babice i drugi zdravstveni radnici mogu bezbedno pružiti uslugu sigurnog abortusa čak u ambulantama.

3.1 Procena potreba

Kada se planiraju usluge abortusa, kod prikupljanja informacija potrebno je uzeti u obzir potrebe i percepcije zajednice.

Visoka učestalost loše obavljenog abortusa je često rezultat zakona kojima se ograničava pristup abortusu. Međutim, čak i tamo gde je abortus legalan, žene često nemaju pristup bezbednim uslugama. Uslovi pod kojima je abortus zakonom dozvoljen razlikuju od zemlje do zemlje. U nekim zemljama, pristup je veoma ograničen; u drugima, prestanak trudnoća je dostupan na zahtev, na osnovu medicinskih i socijalnih razloga. Bukvalno svaka zemlja u svetu omogućava siguran i pravni abortus u nekim okolnostima.

RZ službenici, rukovodioci programa i pružaoci usluga moraju biti upoznati sa nacionalnim zakonima i politikama koje se odnose na bezbedno obavljanje abortusa u zemljama u kojima rade:

- Da li postoji zakon / propis / politika prekida trudnoće / dostupnosti usluga bezbednog abortusa? Obratiti posebnu pažnju na:
 1. osnov po kojem je abortus dozvoljen (na primer, silovanje, incest, mentalno zdravlje, lični razlozi);
 2. rok u kome se abortus može izvršiti
 3. dostupnost različitih metoda abortusa
 4. savetovanje;
 5. lokacije (objekti) gde se abortus može obavljati i / ili nivo iskustva pružaoca usluga koji mogu da obavljaju abortus
 6. odredbe o troškovima abortusa;

7. propisi ili očekivanja koja zahtevaju dozvolu drugih lica (muževa, roditelja, staratelja)

8. obavezni uslovi izveštavanja;

- Da li postoji zakon koji zabranjuje / kriminalizuje abortus?
- 9. Da li postoji neki zakon i / ili propis koje se tiče pružanja post abortus savetovanja i nege uključujući i hitnu pomoć nakon nesigurnog abortusa. Obratiti posebnu pažnju na zahteve za upućivanje i izveštavanje

Pored socijalnog i pravnog konteksta, takođe treba uzeti u obzir:

- epidemiološka kontekst
- obuku osoblja, kvalifikacije i kapacitete
- materijal i opremu
- sistem zdravstvenih ustanova
- hitan transportni sistem
- kapacitet upućivanja

3.2 Savetovanje i dobrovoljni informisani pristanak

Davaoci usluga moraju biti svesni da žena koja zahteva da joj se izvrši abortus može biti pod velikim emotivnim i fizičkim stresom. Oni moraju osigurati privatnost, poverljivost i saglasnost za lečenje. Visoko kvalitetno savetovanje obezbeđuje se ženi sa emocionalnom podrškom što doprinosi efikasnosti postupka.

Dobrovoljan informisani pristanak, dobija se ili pismeno ili usmeno, i osigurava da žena

razume, i saglasna je sa predloženim planom terapije, uključujući njegove prednosti, rizike i alternative. Informisani pristanak znači da žena svoje odluke donosi slobodno, bez pritiska ili prinude bilo koje vrste. Saglasnost žene se obično daje pismeno, ali u nekim sredinama može biti prikladnije da se saglasnost usmeno.

3.3 Klinička procena

Pružaoци usluga treba da sprovedu kompletnu kliničku procenu, koja se sastoji od:

- temeljne reproduktivno zdravstvene istorije (uključujući istoriju seksualnog nasilja);
- fizički pregled karlice i testiranje za trudnoću nisu preduslov ili minimum uslova za pružanje usluga prekida trudnoće. Trudnoća se može detektovati tokom manualnog pregleda male karlice već u 6 do 8 nedelji
- psihosocijalnu procenu.

Žene koje dolaze na lečenje posledica loše obavljenog abortusa ili komplikacija pri izvođenju abortusa (post abortus nega) treba procenjivati sa posebnom pažnjom, jer one mogu imati komplikacije opasne po život.

Brz transfer u referentna bolnicu može biti potreban ako žena zahteva hitan tretman koji je izvan sposobnosti zdravstvenog centra. Njeno stanje treba stabilizovati pre nego što je premeste u bolnicu.

3.4 Prevencija infekcija

Kao i kod svih invazivnih procedura, postoji rizik od infekcije kod pacijenata.

Da bi se smanjio rizik, standardne mere predostrožnosti se moraju poštovati u svakom trenutku. Ovo uključuje korišćenje odgovarajuće zaštite (kao što su rukavice i maske), pažljivo postupanje sa otpadom i preduzimanje mera opreza za sprečavanje povreda. Infekcija se sprečavaju prema standardnim mere predostrožnosti, pre izvođenja transcervikalne procedure.

3.5 Menadžment bola

Potrebno je ponuditi lekove protiv bolova. Cilj plana upravljanja bolom je da pomogne ženi da se oseća što komfornije.

3.6 Prevencija tetanusa

Žene koje su imale abortus sa nesterilnim instrumentima su u riziku od tetanusa. Neophodno je obezbediti ili je uputiti na tetanus profilaksu ako je to poznato ili se sumnja, posebno u sredinama gde su infekcije prijavljene nakon abortusa.

3.7 Upravljanje komplikacijama

Komplikacije su moguće tokom izvođenja abortusa. Ozbiljne komplikacije su vrlo retke, ali je važno prati pacijenta, jer postoji mali rizik od infekcije ili krvarenja. Osigurati da žene imaju stalni pristup hitnoj pomoći tokom njihovog lečenja. Ako žena zahteva tretman koji je izvan sposobnosti objekta gde se vrši abortus, neophodno je stabilizovati njeno stanje pre nego što se prebaci u odgovarajuće službe višeg nivoa.

3.8 Savetovanje i praćenje nakon infekcije

Ženama treba dati instrukcije o tome kako da se brinu o sebi nakon operacije. Pružaoci usluga treba da objasne ženama šta znaci normalan oporavak i kako da prepoznaju znake i simptome mogućih komplikacija koje zahtevaju hitnu pažnju. Oni takođe treba da pruže detaljne informaciju o post abortus kontracepciji i zaštiti od polno prenosivih infekcija. Kontrolna poseta treba da bude zakazana za 10 do 14 dana kasnije.

Post abortus kontracepcija

Nedostatak pristupa odgovarajućim službama za planiranje porodice je glavni faktor koji doprinosi problemu loše obavljenog abortusa. S druge strane, neželjene trudnoće i, u mnogim slučajevima i nesiguran abortus su primarni pokazatelji neispunjenih potreba za bezbednim i efikasnim uslugama planiranja porodice.

U najmanju ruku, sve žene koje prođu kroz abortus moraju da znaju da:

- ovulacija se može javiti već 10 dana nakon abortusa, što dovodi do trudnoće i pre povratka menstruacije;
- kontracepcija, uključujući spiralu ili hormonske metode, može se koristiti odmah nakon izvršenog abortusa;
- seksualni odnos treba izbegavati nekoliko dana pošto je krvarenje zaustavljeno zbog rizika od infekcije.

3.9 Integracija usluga

Pružaoци usluga moraju da identifikuju druge zdravstvene potrebe koje svaka žena može imati i uputiti je ili joj pružiti informacije o relevantnim uslugama, kao što je saniranje reproduktivnih infekcija ili nega posle silovanja

4. Ljudska prava i pravna pitanja

Sistematski nedostatak pristupa uslugama abortusa od strane lica pogođenih krizom je negiranje njihovih jednakih prava i zaštite kako je propisano u skladu sa međunarodnim zakonom o ljudskim pravima. Sledeća izjava sa Međunarodne konferencije o stanovništvu i razvoju (ICPD) podupire smernice date u ovom poglavlju:

“Sve vlade i relevantne međuvladine i nevladine organizacije se pozivaju da ojačaju svoju posvećenost zdravlju žena, da se bave zdravstvenim uticajem loše obavljenog abortusa kao glavnim problemom javnog zdravlja i da se smanji pribegavanje abortusu putem proširenih i poboljšanih usluga planiranja porodice. Prevencija od neželjene trudnoće mora uvek da bude najviši prioritet i svaki pokušaj treba da bude usmeren ka tome da eliminiše potrebu za abortus. Žene koje su imale iskustvo neželjene trudnoće bi trebalo da imaju lak pristup pouzdanim informacijama i savetovanju.... [V] ovde abortus nije u suprotnosti sa zakonom, abortus bi trebao da bude bezbedan. U svim slučajevima, žene bi trebalo da imaju pristup kvalitetnim uslugama za upravljanje komplikacijama koje proizilaze iz abortusa.”

Program akcije za ICPD, stav 8.25, Kairo, 1994,

Poštovanje, zaštita i ispunjenje ljudskih prava vezanih za abortus uključuju:

- preuzimanje pozitivnih koraka kako bi se smanjila smrtnost majki, koje mogu biti posledice loše obavljenog abortusa;
- osigurati da države daju informacije koje pomažu ženama da spreče neželjene trudnoće;
- kreiranje dostupne usluge sigurnog abortusa (u okolnostima kada je abortus legalan);
- uklanjanje kaznene odredbe za žene koje se podvrgavaju abortusu, jer kriminalizacija abortusa može dovesti do toga da žene pribegavaju nesigurnim procedurama sa rizicima za njihov život i zdravlje.

Slede okolnosti u kojima se javlja kršenja ljudskih prava:

- Prinuda žene da iznese neželjenu ili neodrživu trudnoću se smatra ponižavajućom i izaziva psihičke patnje (naročito u slučajevima silovanja ili incesta).
- Odbijanje lečenja ženi koja pati od komplikacija koje su posledica nesigurnog abortusa predstavljaju okrutno i ponižavajuće postupanje
- Zakoni koji zahtevaju od pružaoca usluga da prijave žene koje su imale abortus krše prava žena na privatnost.
- Nedostatak poverljivosti u zdravstvenom sistemu ili zahteva za saglasnost treće strane u postupku mogu da odvrte žene ili devojke od traženja zdravstvenih usluga.
- Prisiljavnje žena (pripadnica etničkih manjina ili sa smetnjama u razvoju) da izvrše abortus predstavlja diskriminaciju.

Abortus ili prekid trudnoće predstavlja pravo izbora svake žene (uključujući i izbegličko stanovništvo) da donese odluku o tome kada i koliko dece želi da ima.

Pravo na abortus u Republici Srbiji regulisano je Zakonom o postupku prekida trudnoće u zdravstvenim ustanovama. Prema važećem zakonu, abortus može da se izvrši samo na zahtev trudne žene. Za prekid trudnoće devojčica mlađih od 16. Godina neophodna je saglasnost roditelja ili staratelja. Prekid trudnoće se ne može izvršiti ukoliko se njime narušava ili ugrožava život žene. Prekid trudnoće se vrši do navršene desete nedelje trudnoće. Za prekid trudnoće od navršene desete nedelje do dvadesete nedelje potrebna je saglasnost konzilijuma lekara, dok posle navršene dvadesete nedelje odluku o prekidu trudnoće mora doneti etički odbor zdravstvene ustanove. Zdravstvene ustanove koje vrše prekid trudnoće u obavezi su da ženi nakon prekida trudnoće obezbede kontrolu zdravstvenog stanja. Zdravstvena ustanova koja je izvršila prekid trudnoće u obavezi je da vodi i čuva evidenciju i dokumentaciju koja ima karakter lekarske tajne i čuva se u zasebnoj arhivi.

Prekid trudnoće van zdravstvene ustanove smatra se krivičnim delom.

Ženama i devijčicama izbeglicama neophodno je obezbediti pristup korišćenju prava na abortus u okviru zdravstvenih ustanova u Srbiji.

4.1 Izazovi i mogućnosti

RZ rukovodioci programa i usluga mogu se suočiti sa teškim odlukama i dilemama, vezanim za abortus.

Na primer, čak i tamo gde je zakonski dozvoljeno, sigurni abortus nije lako dostupan; mogu postojati dodatni zahtevi u vezi pristanka i savetovanje, i zemlje često nameću ograničenje vezana za period tokom kojeg se abortus može izvršiti. Drugi izazovi mogu da uključe osuđivanje ili obeshrabrajuće stavove pružalaca zdravstvenih usluga, dovoljan kapaciteta usluga da zadovolji potražnju.

Bitno je da RZ službenici, menadžeri programa i pružaoci usluga razumeju jasno šta je dozvoljeno po zakonu u zemlji u kojoj rade. Kreatori politike treba da se posvete administrativnim i regulatornim preprekama za bezbedan abortus i post abortus negu.

5. Praćenje

Kontinuirano praćenje i vrednovanje sigurnog abortusa - procena nivo korišćenja ovih usluga i pregled evidencije klijenata, dostupnost i pravilna upotrebu opreme i materijala i specifičnih pokazatelja kvaliteta zdravstvene zaštite. Identifikujte promene ili probleme koji se javljaju, dajte povratne informacije osoblju i intervenišite sa ciljem rešavanja identifikovanih problema.

POGLAVLJE 8

Rodno zasnovano nasilje

Sadržaj

- 1 UVOD
- 2 CILJEVI
- 3 PROGRAMIRANJE
 - 3.1 Koordinacija
 - 3.2 Procena potreba
 - 3.4 Reproductivna zdravstvena zaštita za žrtve rodno zasnovanog nasilja
 - 3.5 Psihosocijalna podrška
- 4 LJUDSKA PRAVA I PRAVNI ASPEKTI
 - 4.1 Izazovi i mogućnosti
- 5 NADZOR

1. Uvod

Rodno nasilje (RN) je sveobuhvatni termin za bilo koje štetno delo koje se vrši protiv nečije volje i zasniva se na rodnom razlikama između muškaraca i žena.

Rodnim zasnovanim nasiljem krši se niz univerzalnih ljudskih prava zaštićenih međunarodnim instrumentima i konvencijama. Mnogi oblici RZN su ilegalne i kriminalne radnje u nacionalnim zakonima i politikama. Širom sveta, RZN ima veći uticaj na žene i devojke nego na muškarce i dečake.

Termin “rodno zasnovano nasilje” se često koristi kao sinonim za termin “nasilje nad ženama” i “seksualno i rodno zasnovano nasilje”. Izraz, “rodno zasnovano nasilje” naglašava rodnu dimenziju ove vrste akata. Drugim rečima, kroz odnos između podređenog statusa žena u društvu i njihove povećane osetljivosti na nasilje. Važno je napomenuti, međutim, da muškarci i dečaci takođe mogu biti žrtve rodno zasnovanog nasilja, uključujući i seksualno nasilje, naročito kada su podvrgnuti torturi i / ili pritvoru.

RZN uključuje:

- Seksualno nasilje, uključujući silovanje, seksualno zlostavljanje, seksualne eksploatacije i prinudnu prostituciju
- Nasilje u porodici
- Prinudno i rano stupanje u brak
- štetne tradicionalne prakse, kao što su sakaćenja, zločini iz časti, nasleđivanje udovica
- Trgovina ljudima

Priroda i obim posebnih vrsta RZN variraju u različitim kulturama, zemljama i regionima. Iako je RZN u humanitarnim dešavanjima prikriveno, ono je prisutno tokom humanitarnih kriza.

Posledice RZN mogu dovesti direktno do nasilnih akata ili mogu biti rezultat dugotrajnih radnji:

- Fizičke posledice se kreću od relativno manjih povreda do teških povreda koje dovode do smrti ili trajnog invaliditeta; neplanirane trudnoće; nesigurnog i komplikovanog abortusa; neželjenih trudnoća uključujući i pobačaj, malu porođajnu težinu i smrt fetusa; polno prenosive infekcije, uključujući HIV; zapaljenske bolesti karlice, neplodnost, sindrom hroničnog bola; infekcije mokraćnih puteva.
- Psihološke posledice uključuju: anksiozne poremećaje, uključujući posttraumatske stresne poremećaje; depresiju; osećanje inferiornosti; nesposobnost da se veruje; strah; povećanu upotrebu nedozvoljenih supstanci i zloupotrebe; poremećaje u ishrani; seksualnu disfunkciju; i samoubistvo.
- RZN takođe ima veliki uticaj na društveno zdravlje pojedinca i zajednice u smislu stigme, izolacije i odbacivanja (uključujući i muža i porodicu); gubitke u potencijalnoj zaradi žena; prekid obrazovanja adolescenata; i ubistvo (na primer ubistva iz časti ili žensko čedomorstvo).

2. Ciljevi

Ovo poglavlje se fokusira na odgovornost RZ oficira, osoblja programa i pružalaca usluga u sprečavanju i reagovanju na zdravlje i posledice koje se odnose na RZN. Ciljevi ovog poglavlja treba da pomognu da:

- budu svesni različitih tipova RZN;
- razumeju multisektorski pristup u prevenciji i odgovoru na RZN;
- podržavaju integraciju prevencije RZN i elemenata reagovanja u zdravstvenom sektoru

3. Programiranje

Prevencija seksualnog nasilja i pružanje poverljive zdravstvene zaštite za žrtve silovanja je deo minimalnog osnovnog paketa usluga reproduktivnog zdravlja u kriznim situacijama (MISP). Čim MISP je na svom mestu, policajci i menadžeri programa, u saradnji sa drugim relevantnim sektorima / klasterima, moraju da rade na širenju kliničke i psihološke pomoći i socijalne pomoći za žrtve silovanja i drugih oblika rodno zasnovanog nasilja, kao i da podrže inicijative za sprečavanje rodno zasnovanog nasilja.

3.1 Koordinacija

Do danas, multisektoralni programski model predstavlja “najbolju praksu” za prevenciju i odgovor na RZN u humanitarnim krizama. Ključne karakteristike multisektorskog modela uključuju puno angažovanje pogođene zajednice, interdisciplinarni pristup i interorganizacionu saradnju i koordinaciju između zdravstvenih, psiholoških, pravnih i bezbednosnih službi prilikom odgovara na potrebe osoba koje su preživele RZN.

Princip ovog modela u osnovi priznaje prava i potrebe preživjelih RZN kao najvažnije u smislu pristupa poštovanja i podrške uslugama, garantuje tajnost i bezbednost, kao i mogućnost da se utvrdi pravac delovanja za rešavanje RZN incidenta.

Zbog važnosti multisektorske saradnje moraju se pojasniti uloge i odgovornosti na odgovor i saradnju unutar i između sektora za sprečavanje i reagovanje na RZN. Rezultat ovog procesa se ponekad naziva standardnim operativnim procedurama (SOP) za RZN. Razvijanje dogovorenih SOP mora biti zajednički proces koji se dešava kroz niz konsultacija sa ključnim akterima u okruženju.

Iako svi sektori / klasteri imaju ulogu u prevenciji i odgovoru na RZN, u taj proces treba uključiti predstavnike iz zdravstva, psihosocijalne sigurnosti / bezbednosti i sektora pravne zaštite (UN-agencije, nacionalne i međunarodne nevladine organizacije, lokalne organizacije i nadležne državne institucije kada je to potrebno).

Predstavnici iz drugih sektora / klastera treba da učestvuju u razvoju SOP-a.

U okviru multisektorskog modela, odgovornosti Zdravstvenog sektora / klastera su: vođenje računa o potrebama zdravstvenih i psiholoških potreba osoba koje su preživjele silovanje, saka-

ćenje ženskih polnih organa ili drugih oblika rodno zasnovanog nasilja; prikupljanje forenzičkih dokaza kada je to neophodno; pružanje iskaza u slučajevima gde preživela izabere da nastavi pravni postupak; i podizanje svijesti o rodno zasnovanom nasilju.

3.2 Procena potreba

Integrisati RZN pitanja u procenu stanja za sveobuhvatno planiranje usluga RZ. U multisektorskom okviru RZ službenici i menadžeri programa su deo zdravstvenog sektora / klastera i moraju sarađivati sa drugim sektorima / klasterima uključenim u RN programiranja za prikupljanje sledećih informacija:

Na nivou zajednice:

- nivo svesti o zdravstvenim posledicama RZN i kada i gde da pristupe relevantnim zdravstvenim uslugama.

Na nivou programa:

- međunarodni i lokalni akteri koji rade na RZN;
- postojanje nacionalnih, multisektorskih i Interagencijskih operativnih procedura, protokola, prakse i oblika izveštavanja;
- objekata i vrsta usluga koje pružaju negu za žrtve RN (zdravlje, podršku zajednice, socijalne, psihološke, pravne);
- stepen poštovanja etičkih i bezbednosnih standarda u zdravstvu (sigurnost, privatnost, poverljivost, poštovanje);
- vrste i broj prijavljenih slučajeva

Opšte je prihvaćeno da RZN, a naročito seksualno nasilje, se ne prijavljuje dovoljno skoro nigde u svetu.

U situacijama koje karakteriše nestabilnost, nesigurnost, gubitak autonomije, sloma reda i zakona i široko rasprostranjenog ometanja sistema u zajednici i podrška porodice, prijavljivanje RZN je još manje verovatno. Dostupni podaci, u bilo kom okruženju, oko RZN izveštaji iz policije, pravnih, zdravstvenih ili drugih izvora predstavljaju samo vrlo mali deo stvarnog broja incidence RZN.

Bilo koja istraga seksualnog nasilja i drugih oblika rodno zasnovanog nasilja mora biti projektovana i izvedena uz razumevanje situacije i uzimanja u obzir kako će se podaci koristiti, ko će ih videti, kako će informacije biti prijavljene.

Razmislite o etičkim i bezbednosnim pitanjima u svakom trenutku prikupljanja, analiziranja RZN informacija.

Na nacionalnom nivou:

- nacionalni protokoli koji se odnose na RZN medicinsku negu i upućivanje;
- nacionalni zakoni koji se odnose na RZN: Vrste RZN (na primer, sakaćenje ženskih polnih

organa / sečenje, prinudni brak, zločini iz časti, seksualno zlostavljanje, seksualno zlostavljanje dece, prisilna prostitucija);

- pravna definicija silovanja. Starosna granica za stupanje u seksualne odnose. Da li se razlikuje za dečake i devojčice?
- nacionalni zakoni o prestanku trudnoće koja je rezultat seksualnog zlostavljanja;
- obavezne zakone o izveštavanju o slučajevima seksualnog zlostavljanja i seksualnog nasilja;
- zdravstveni kadar pružalaca usluga ovlašćen za prikupljanje forenzičkih dokaza i obim forenzičkih dokaza prihvatljiv na sudu;
- nacionalni planovi / politike da eliminišu RZN.

3.3 Reproduktivna zdravstvena zaštita za žrtve rodno zasnovanog nasilja

RZ službenici i menadžeri programa moraju osigurati da su pružaoci usluga obučeni da pruže, poverljivu i saosećajnu kliničku negu za preživjele RZN.

Silovanje

Silovanje se često prijavljuje manje nego što se dešava ili se uopšte ne prijavljuje u humanitarnim situacijama...Međutim, RZ pružaoci usluga u svim sredinama moraju da budu spremni da pruže negu onima koje su preživjele silovanje od početka humanitarnog odgovora.

Sprečavanje i odgovor na seksualno nasilje je sastavni deo MISP-a.

Nasilje od strane partnera

U studiji SZO o zdravlju žena i nasilju u porodici utvrđeno je da je između 15% i 71% žena prijavilo fizičko ili seksualno nasilje od strane muža ili partnera; između 4% i 12% žena prijavilo fizičko zlostavljanje tokom trudnoće; trgovina ženama i devojicama za prisilni rad i seks je rasprostranjena i često pogađa najugroženije; i do jedna u pet žena i jedan u deset muškaraca izjavljuju da su doživljavali seksualno zlostavljanje kao deca.*

RZ pružaoci usluga mogu igrati ključnu ulogu u detektovanju nasilja. Zlostavljane žene često traže zdravstvenu zaštitu, čak i kada ne otkrivaju nasilni događaj. Tako, intervencije RZ pružaoca usluga potencijalno mogu ublažiti kako kratkoročne tako i dugoročne posledice po zdravlje žena i njihovih porodica. U saradnji sa zdravstvenim koordinatorima, osigurati da:

- su sve klinike i osoblje svesni problema rodno zasnovanog nasilja;
- svi zaposleni razumeju i primenjuju principe sigurnosti, poštovanja, poverljivosti, nepristrasnosti i nediskriminacije;
- su istaknuti poster i letci koji osuđuju nasilje i informacije o grupama za podršku

Obučiti sve pružioce usluga da prepoznaju znake nasilja u porodici i da odgovore u slučaju sumnje na nasilje i da prijave zlostavljanje uključujući:

- Ako posoji sumnja na zlostavljanje (ako pružaoci usluga vide neobjašnjive modrice ili druge povrede), pružaoci usluga mogu da traže više informacija na krajnje neosuđujući način, na primer: “Da li vas je partner ili neka druga osoba ikada povredio ili fizički ošteti na bilo koji način (kao što je udaranje, šutiranje ili spaljivanje)? “ili” da li se plašite svog partnera?”
- Poverljivost. Uverite se da preživela ima sigurno mesto za odlazak. Ako ona treba da se vrati nasilniku, može doći do osвете, posebno ako je zlostavljač saznao da je prijavila nasilje. Pomozite joj da proceni svoju trenutnu situaciju: “Da li ste vi ili vaša deca u neposrednoj opasnosti?” “Da li se osećate sigurno da idete kući?” “Želite li pomoć vezanu za situaciju kod kuće?”
- Ponudite informacije i uputite žrtvu na pravno savetovanje, socijalne i druge usluge. Pomozite joj da se identifikuje izvore podrške, kao što su porodica i prijatelji, lokalne ženske grupe, skloništa i pravna savetovališta.

Žensko genitalno sakaćenje

Procenjuje se da je od 100 do 140 miliona devojaka i žena prošlo kroz neki oblik sakaćenja žena, dok se procenjuje da je oko 2 miliona devojaka u riziku da bude podvrgnute praksi svake godine. Većina ovih devojaka i žena živi u podsaharskoj Africi.

Žensko genitalno sakaćenje se može klasifikovati na sledeći način:

- Tip I: Sečenje kožnih preklopa oko klitorisa sa ili bez isecanja dela ili celog klitorisa.
- Tip II: Sečenje klitorisa sa delimičnim ili potpunim isecanjem malih usmina
- Tip III: Sečenje dela ili svih spoljašnjih genitalija i sužavanje vaginalnog otvora (infibulatio). Približno 15% žena i devojaka koje su podvrgnute ženskom genitalnom sakaćenju prođu ovu vrstu.
- Tip IV: Nepoznat. Ovaj tip uključuje bockanje, pirsing ili rez oko klitorisa i / ili malih usmina, spaljivanja klitorisa, sečenje vaginalnog otvora ili sečenje vagine, i bilo koji drugi postupak obavljen na genitalijama ženine iz ne medicinskih razloga.

Zdravstvene posledice

Devojke i žene koje prolaze kroz više teških oblika genitalnog sakaćenja su pretrpele ozbiljne i dugotrajne komplikacije. Neki od efekata su neposredni; drugi postaju jasni tek za nekoliko godina. Stopa smrtnosti devojaka i žena koje prolaze kroz genitalno sakaćenje je nepoznata.

Neposredni komplikacije su: krvarenja (jedan od najčešćih komplikacija); šok; infekcije - uključujući tetanus i HIV; zadržavanje urina; povreda susednih organa.

Dugoročne komplikacije uključuju: krvarenje nakon otvaranje vagine kako bi se omogućio seksualni odnos ili porođaj. Pomenimo stalne teškoće; poteškoće u mokrenju; periodični infekcije urinarnog trakta; hronične infekcije karlice koji izazivaju abortuse i neplodnost; čirevi i ciste; povećan rizik od prenošenja HIV-a i drugih polno prenosivih infekcija (PPI); smanjena seksualna osetljivost; i bolan odnos.

Problemi tokom trudnoće i porođaja su česti kod žena koje su prošle tip III, zbog krutosti i op-

strukcije ožiljaka.

Psihološke traume postupka mogu ostaviti emocionalni ožiljak za život i nepoverenje.. Fizički i psihološki uticaj može za neke takođe doprineti razvoju problema u seksualnim odnosima.

Klinička nega

RZ pružaoci usluga moraju biti u stanju da intervjuiši i sprovedi fizički pregled žena koje su prošle kroz genitalno sakaćenje, prepoznaju i pružaje odgovarajuće informacije, savetovanje, pomoć, lečenje i / ili upućivanje na dalje upravljanje komplikacijama.

Prevenција

U oblastima gde je žensko genitalno sakaćenje veoma rasprostranjeno, podržano je od strane muškaraca i žena i može se shvatiti kao društvena konvencija, regulisana kroz nagrade i kazne.

RZ rukovodioci programa moraju da rade u bliskoj saradnji sa lokalnim partnerima, naročito ženskim nevladinim organizacijama, kao i profesionalnim organizacijama, u cilju zajedničkog odluke zajednice da napuste štetnu praksu. Organizujte diskusiju i razmenu informacija u zajednici čiji je cilj osnaživanje, poštovanje prava za djevojčice i žene i rešavanje problema. Nega za žene koje su prošle kroz žensko genitano sakaćenje mora biti uključena u program.

Rano stupanje u brak

U situacijama u kojima postoji praksa ranog stupanja u brak neophodno je, obezbediti da su RZ pružaoci usluga svesni RZ rizika za adolescente, uključujući i komplikacije povezane sa trudnoćom kao što je sprečavanje seksualno prenosive infekcija, uključujući i HIV.

3.4 Psihosocijalna podrška

Preživeli RZ može da doživi niz psihičkih posledica, kao što su tuga i depresija; osećaja krivice; psiho-somatske nevolje; seksualne probleme; promene raspoloženja, osećaj besa i problema anksioznosti. Za većinu preživelih, ova iskustva su normalne emotivne reakcije na traum. Posebno sa socijalnom i emotivnom podrškom, mnoge žrtve nauče da se nose sa problemima i nevolja se smanjuje tokom vremena.

Tu su i društvene posledice. Većina društava imaju tendenciju da krive žrtve seksualnog nasilja. Društvena stigma, izolacija i odbacivanje - uključujući i muža i porodicu – izazivaju ozbiljne posledice, zbog čega je često emotivni oporavak otežan.

Osigurati blisku koordinaciju između kliničkih i psihosocijalnih usluga podrške. Psiho-socijalna podrška bi trebalo da počne od prvog susreta sa žrtvom. Pružaoci usluga u svim moraju biti obučeni da slušaju i pruži emocionalnu podršku kad god preživela otkriva ili implicira da je ona doživela rodno zasnovano nasilje.

U većini kulturnih sredina, podrška porodice i prijatelja je verovatno ključni factor u prevazilaženju traume nasilja. Pružaoci usluga moraju da omoguće učešće i integraciju preživelih u aktivnosti zajednice na nivou lokalne zajednice. Potrebno je:

- Identifikovati i obučiti odgovarajuće postojeće resurse u zajednici.
- Razvijati ženske grupe za podršku
- Osnovati posebne drop-in centre za žrtve rodnog nasilja, gde one mogu da dobiju poverljive savete.
- Pružiti materijalnu podršku ukoliko je potrebno preko zdravstvenih ili drugih usluga u zajednici.
- Podsticanje korišćenja odgovarajućih tradicionalnih resursa.

Ove aktivnosti moraju biti kulturno odgovarajuće i moraju biti razvijene nakon konsultacija (i ako je moguće u saradnji) sa članovima zajednice

4. Ljudska prava i pravni aspekti

RZN predstavlja kršenje osnovnih ljudskih prava i može biti ozbiljna prepreka za ostvarivanje ljudskih prava i osnovnih sloboda. Izvestan broj principa ljudskih prava sadržanih u raznim međunarodnim instrumentima za ljudska prava služi kao osnova za zaštitu od RZN. Ovo uključuje pravo na:

- život, slobodu i sigurnost osobe - to pravo je ugrožen kada je osoba silovana ili podvrgnuta ženskom genitalnom sakaćenju;
- najviši mogući standard fizičkog i mentalnog zdravlja - ovo pravo se može ograničiti ako je osobi uskraćen pristup odgovarajućoj zdravstvenoj nezi nakon silovanja;
- sloboda od mučenja ili okrutnog, nehumanog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja
 - silovanje, teški oblici nasilja u porodici, prisilna sterilizacija i prisilni abortus, kao i uskraćivanje pristupa uslugama bezbednog abortusa za žene koje su ostale trudne usled silovanja i trgovine ljudima, predstavljaju mučenje ili okrutno, nehumano ili ponižavajuće ponašanje;
- biti slobodan od svih oblika diskriminacije
 - Ovo pravo se može ograničiti meri u kojoj zakoni ne štite žene i devojke od rodno zasnovanog nasilja i / ili gde moraju biti u patnji supruga ili oca.

Svi oblici nasilja nad ženama su manifestacija čina diskriminacije prema njima

- sklapanje braka bez slobodnog i potpunog pristanka, u toku braka i prilikom njegovog raskida - nasilan brak je poricanje tog prava;
- sloboda kretanja, mišljenja, izražavanja i udruživanja

Devojke su posebno izložene riziku od RZN zbog njihovog pola, kao i njihove mladosti. Konvencija o pravima deteta naglašava da deca imaju pravo na zaštitu od svih oblika fizičkog ili mentalnog nasilja, uključujući i seksualno zlostavljanje, bez obzira da li se zloupotreba odvija u porodici ili u institucijama. Deca imaju pravo da budu zaštićena od štetnih praksi, kao što je genitalno sakaćenje.

Preživela RZN ima pravo da traži medicinsku zaštitu bez komplikovanih procedura. Stoga,

sprečavajući žrtvu u pristupu i dobijanju medicinski usluga predstavlja uskraćivanje ovog prava. Kada se radi o adolescentima, države treba da obezbede zakonske odredbe koje predviđaju mogućnost lečenja bez saglasnosti roditelja za adolescente.

Sve agencije treba da se zalažu za donošenje i / ili sprovođenje nacionalnih zakona protiv rodno zasnovanog nasilja u skladu sa međunarodnim pravnim obavezama, uključujući i krivično gonjenje počinitelja i sprovođenje zakonskih mera za zaštitu i da podržavaju žrtvu.

4.1 Izazovi i mogućnosti

S vremena na vreme, RZ rukovodioci programa i pružaoci usluga mogu da se suoče sa teškim odlukama kada je u pitanju nega preživelih RZN. Oni mogu da shvate da je njihova sposobnost da pružaju usluge ograničena nacionalnim zakonodavstvom ili društvenim i kulturnim norme. Na primer:

- U nekim društvima, uobičajeno je da porodica i / ili vlasti prisile ženu ili devojku da se uda za počinioca u slučajevima seksualnog nasilja..
- Pružaoci usluga mogu posumnjati ili znati da je počinitelac nasilja neko ko je povezan ili je u blizini žrtve, čime je njena bezbednost ugrožena

5. Monitoring

Praćenje i izveštavanje o slučajevima RZN, razmena informacija; dokumentovanje incidenta i analiza podataka moraju biti dogovoreni kao deo standardnih operativnih procedura. Prikupljanje i analizu informacija o RZN može da obezbedi vredne informacije ako se sprovodi i deli među partnerima.

Pokazatelji koji se prikupljaju na nivou zdravstvenog objekta su:

- Broj prijavljenih slučajeva seksualnog nasilja
- Vreme pružanja PEP-a.

Indikatori za merenje na godišnjem nivou:

- Broj zdravstvenih radnika obučanih u kliničkom upravljanju žrtvama silovanja



POGLAVLJE 9

Seksualno prenosive infekcije

Sadržaj

- 1 UVOD
- 2 CILJEVI
- 3 PROGRAMIRANJE
 - 3.1 PPI javno zdravstveni paket
 - 3.2 Procena potreba
 - 3.3 Intervencije u zajednici
 - 3.4 PPI menadžment slučaja
 - 3.5 Integracija usluga
- 4 PRAVA I PRAVNA PITANJA
 - 4.1 Izazovi i mogućnosti
- 5 PRAĆENJE

1. Uvod

Polno prenosive infekcije (PPI) izazvaju veliki deo globalnog tereta lošeg zdravlja.

PPI su rasprostranjeni širom sveta, ali prenos i prevalencija su pod uticajem društvenih i ekonomskih faktora kao i biologije i ponašanja. Zbog toga, teret PPI varira u velikoj meri od regiona do regiona i od zajednice do zajednice. Na primer:

- PPI kao što su sifilis, gonoreja i meki čir brže se šire u mestima gde su se zajednice raselile, kao i u mestima gde su komercijalne seksualne mreže aktivne.
- Infekcije su češće u sredinama u kojima ima mnogo PPI i gde pružaoci usluga nisu dovoljno obučeni ili nemaju material za obavljanje bezbednih procedura. Posle porođajne i post abortus infekcije su češće u sredinama u kojima nisu dostupne usluge i u kojima nisu dostupna sredstva zaštite.

Pojava HIV-a je usmerila veću pažnju na kontrolu PPI. Postoji jaka veza između seksualno prenosivih infekcija i prenošenja HIV-a. Prisustvo ostalih PPI je utvrđeno da povećava rizik seksualnog prenosa HIV-a.

U humanitarnim krizama, rizik od seksualno prenosivih bolesti (uključujući HIV) može biti visok zbog povećanog seksualnog nasilja, prisustva radnika na poslovima visoke mobilnosti (vozači kamiona, mirovnih snaga), transakcionog seksa, alkohola i upotrebe droge, nedostatak informacije i pristup kondomima i visoke koncentracije ljudi u izbegličkim kampovima i centrima.

2. Cilj

Cilj ovog poglavlja je da pomogne akterima zaštite reproduktivnog zdravlja u humanitarnim krizama:

- zadovoljavanje potrebe pojedinaca inficiranih PPI ili koji mogu biti u opasnosti od PPI
- podrže implementaciju efekata javno zdravstvenog pristupa da se smanji prenos polno prenosivih infekcija.

3. Programiranje

3.1 PPI javno zdravstveni paket

Polno prenosive infekcije su problem javnog zdravlja od velikog značaja u mnogim delovima sveta. Nemogućnost da se postavi dijagnoza i da se pristupi lečenju polno prenosivih bolesti u ranoj fazi može da dovede do ozbiljnih i po život ugrožavajućih posledica, uključujući neplodnost, pobačaj, prevremeni porođaj, prevremenog porođaja, vanmaterične trudnoće, raka i pre-rane smrti, kao i infekcije novorođenčadi. Postoji veliki broj izazova za pružanje efikasnih PPI usluge ljudima kojima su potrebne.

Cilj PPI programa je da se smanji učestalost polno prenosivih infekcija, smanjenje trajanja infekcije i sprečavanje razvoja komplikacija kod inficiranih.

Suzbijanje polno prenosivih infekcija je izazov. Javno zdravstveni programi moraju da osiguraju ne samo dostupne, zdravstvene usluge koje pružaju sveobuhvatnu PPI zaštitu već i rešavanje bioloških ponašanja i društvenih faktora koji utiču na širenje polno prenosivih infekcija.

Kompletan paket javnog zdravlja uključuje:

Na nivou zajednice

- Promocija kampanje sigurnog seksualnog odnosa
- Programiranje kondoma
- Javna svest o polno prenosivim infekcijama i promocija rane upotrebe kliničkih usluga

Na nivou zdravstvene službe

- sveobuhvatno PPI upravljanje u prvom kontaktu
- Posebne usluge za stanovništvo pod rizikom, uključujući seksualne radnice, adolescenata, vojske i zatvorenika

Integrisanje upravljanja PPI:

Integrisanje PPI prevencije, pregled, lečenje i druge usluge

3.2 Procena potreba

Iako PPI nisu deo MISP-a potrebno je obezbediti da lečenje bude dostupno za pacijente sa PPI simptomima kao deo rutinskih kliničkih usluga od početka humanitarnog odgovora.

Kada je MISP uspostavljen potrebno je integrisati PPI pitanja u procenu potreba za sveobuhvatno planiranje usluga u cilju osmišljavanja odgovarajuće i sveobuhvatne prevencije, lečenja i kontrole PPI.

Pružaoци usluga iz oblasti reproduktivnog zdravlja treba da prikupe sledeće informacije:

Učestalost i vrsta PPI u zemlji, regionu ili oblasti. Ove informacije se mogu dobiti od strane Ministarstva zdravlja ili Svetske zdravstvene organizacije.

- Prisustvo rizičnih grupa i rasprostranjenost u zajednici u kojoj bi se prioritetno sprovele intervencije (na primer, gde seksualni rad odvijaју). Ove informacije mogu se dobiti putem intervjua sa ključnim akterima iz zajednice.
- Kulturna i verska uverenjima, stavovi i praksa u vezi seksualnosti, reproduktivnom zdravlju i PPI. Ove informacije mogu se dobiti putem kvalitativnih istraživanja koristeći fokus grupe, intervjue i, ukoliko je moguće, istraživanja (znanje, stavovi i praksa).
- Postojanje pouzdanog i održivog lanca medicinskog snabdevanja koji može da podrži implementaciju PPI usluga.

RH službenici moraju biti upoznati sa nacionalnim zakonima i politikama koje se odnose na seksualno prenosivih bolesti:

- Da li postoje nacionalni smernice ili protokola o upravljanju PPI? Ako postoje, da li postoje razlike između nacionalnih politika i smernica Svetske zdravstvene organizacije?
- Da li su sve odgovarajući PPI lekovi za tretman uključeni u nacionalni sistem lečenja? • Da li postoje restriktivne politike ograničavanja pružanja PPI usluga?
- Da li postoje zakoni ili nacionalne politike u vezi obaveštenja partnera?
- Da li postoje nacionalne politike koje se odnose na programa kontrole PPI?

Takođe je potrebno:

- povezivanje sa nacionalnim zdravstvenim vlastita kako bi se identifikovali ili razvili protokol za seksualno prenosivih bolesti;
- identifikuju pouzdane medicinske robne lanace isporuka kako bi se osiguralo održivo snabdevanje efikasnih lekova za PPI;
- identifikacija ljudi u pogođenoj zajednici koji su obučeni za prevenciji PPI i;
- identifikacija odgovarajućih lokacija za pružanje PPI usluga, kao i druge RZ usluge koje treba da se integrišu.

3.3 Intervencije u zajednici

Prevenција PPI u zajednici obuhvata:

- promocija sigurnog seksa uključujući i doslednu upotrebe kondoma, manje partnera i odlaganje početka seksualne aktivnosti;
- programiranje upotrebe i distribucije kondoma;
- svest javnosti o polno prenosivim infekcijama i promocija rane upotrebe kliničkih usluga.

3.3.1 Promocija sigurnog seksualnog odnosa

Najbolji pristup za sprečavanje PPI je:

- korišćenje kondoma pravilno i dosledno;
- smanjenje broja seksualnih partnera;
- pružanje podrške mladima za odluke koje se odnose na odlaganje seksualnih aktivnosti.

Kondomi su najpouzdaniji metod zaštite od bilo kakvih opasnosti od PPI. Kada se pravilno koristi i dosledno tokom svakog čina odnosa, kondom može znatno smanjiti rizik od trudnoće i polno prenosivih infekcija (uključujući i HIV infekciju). PPI još uvek može da se javi i pored upotrebe kondoma. Genitalnih čirevi ili bradavice se mogu preneti putem kontakta sa delovima tela koji nisu obuhvaćeni kondomom.

Ljudi obično dobijaju PPI jer pogrešno koriste kondome ili ih koriste nedosledno. Kada se rukuje ili skladišti nepravilno, na primer, u novčanike ili na toplom mestu, ili ako se koristi sa mazivima na bazi ulja, muški kondomi možda neće uspeti da pruži potpunu zaštitu.

Muški kondomi su uglavnom napravljeni od lateksa i široko su dostupni, jeftini i visoko efikasni. Lak su za nošenje, pa zaštita može biti na raspolaganju u svakom trenutku.

Ženski kondomi su napravljeni od poliuretana ili nitrilne plastike koja je čvršća nego lateks, a postaju široko dostupni po nižoj ceni nego kada prvi put uveden. Oni imaju prednost davanja kontrole ženama nad njihovom upotrebom. U Srbiji ženski kondomi nisu dostupni na tržištu.

Ograničavanje broja seksualnih partnera može smanjiti izloženost PPI. Ljudi u međusobno monogamnim odnosima (u kojoj oba partnera nemaju druge seksualnih partnera) nemaju rizik od polno prenosivih infekcija ako oba partnera zdrava. Seksualna apstinencija je još jedan način da se izbegne rizik od polno prenosivih infekcija.

Monogamni odnosi ne pružaju zaštitu od polno prenosivih infekcija kada slede jedan za drugim brзом sukcesijom (monogamija).. Muškarci i žene čiji poslovi uključuju putovanja (npr migranti radnici, prodavci, vozači kamiona, vojnici) imaju veće šanse da imaju više partnera i da se vrate kući sa PPI. Bez obzira na okolnosti, i ženama i muškarcima sa više partnerima (ili čiji partneri imaju više partnera) treba pouzdana zaštita od PPI.

Odlaganje seksualne aktivnosti. Mladi ljudi, posebno adolescenti, mogu da izbegnu polno prenosivih bolesti i trudnoće u vreme kada su posebno ugroženi odlaganjem seksualnu aktivnost dok ne postanu zreliji. Mladi ljudi treba da znaju da mogu dobiti podršku i poverljive informacije o metodama, uključujući upotrebu kondoma, za sprečavanje trudnoće i polno prenosivih bolesti kada odluče da postanu seksualno aktivni.

Podrška za odlaganje seksualnog odnosa je veoma važna za mlade devojke jer se one mogu suočiti sa ozbiljnim socijalnim i zdravstvenim posledicama ukoliko zatrudne ili razviju PPI. Adolescentkinje su posebno osetljive na infekcije grlića materice koje mogu dovesti do zapaljenja male karlice, neplodnosti, vanmaterične trudnoće i, na dugi rok, raka grlića materice.

3.3.2 Programiranje kondoma

Kvalitetni kondomi su od suštinskog značaja za zaštitu potrošača i kredibilitet programa RZ. Postoji mnogo vrsta kondoma na tržištu. Nekoliko agencija može olakšati kupovinu rasutih količina kvalitetnih kondoma po niskoj ceni.

Da bi se osigurao pristup kondomima, sistemi nabavke i distribucije moraju biti na svom mestu. Kondomi i uputstva za njihovo korišćenje moraju biti dostupni na zahtev u zdravstvenim ustanovama, centrima za kulturu, prodavnicama, barovima, omladinskim centrima i ženskim grupama..

Zdravstveni radnici i vršnjački edukatori u zajednici treba da budu obučeni za promociju, distribuciju i upotrebu kondoma.

3.3.3 Javna svest o seksualno prenosivim bolestima

Obrazovanje i informisanje zajednice potrebni su u cilju promovisanja ranog korišćenja zdravstvenih usluga sa ciljem lečenja polno prenosivih infekcija i sprečavanja komplikacija.

3.4 Upravljanje PPI

Efektivno i brzo upravljanje polno prenosivih infekcijama je jedan od temelja kontrole, sprečava razvoja komplikacija za pojedinca, smanjenja širenja polno prenosivih infekcija u zajednici i nudi jedinstvenu priliku za ciljanu edukaciju o prevenciji PPI. Što je pre PPI izlečen, manje su šanse da će se prenositi na druge ljude. Odgovarajući tretman polno prenosivih infekcija u prvom kontaktu između pacijenata i zdravstvenih radnika je zbog toga važna mera javnog zdravlja.

Upravljanje PPI uključuje više od dijagnoze i lečenja. Čak i kada se PPI pravilno leči, neuspeh lečenja ili reinfekcija mogu da nastanu. Neki pacijenti mogu prestati sa uzimanjem lekova čim počnu da se osećaju bolje ili ne uspeju da organizuje svoje seksualne partnere da se leče ili ne koriste kondome ili se ne uzdržavaju od seksa tokom tretmana. Otpornost na lekove može biti razlog za neuspeh lečenja. Stoga sveobuhvatno upravljanje PPI mora da se odvija u prvom kontaktu i obuhvataju:

- dijagnoza
- brz i efikasan tretman prema protokolima
- obrazovanje i savetovanje pacijenta, uključujući i distribuciju kondoma
- obaveštenje partnera i lečenje
- praćenje po potrebi
- kvalitet nege.

3.4.1 Dijagnoza

Dijagnostikovanje PPI predstavlja izazov, jer ne postoji jednostavan alat koji omogućava tačnu dijagnozu u kratkom vremenu i bez upotrebe skupih laboratorijske analize. Dijagnostikovanje PPI može da se uradi na tri načina:

Klinička dijagnoza

Pružalac usluga određuje osnovni uzrok infekcije na osnovu kliničkog pregleda i ličnog iskustva. Ovaj pristup nije pouzdan, jer čak i najiskusniji pružaoci usluga ne mogu daju određenu dijagnozu na osnovu samo kliničke procene. Osim toga, mešovite infekcije ne mogu da se detektuje.

Laboratorijska dijagnostika

Ovaj pristup koristi laboratorijske testove za utvrđivanje uzroka PPI. Međutim, ovaj pristup je problematičan u mnogim sredinama jer većina dostupnih testovi ne daje brze rezultate, koji će dovesti do kašnjenja u tretmanu. Pored toga, osetljivost i specifičnost komercijalnih dostupnih testova varira i lažni negativni rezultati su česti. Gde su na raspolaganju laboratorije, moraju činiti odgovarajuće kvalifikovanih kadrova. Ovo stavlja ograničenja na vreme i resurse zdravstvenih usluga, povećava troškove i smanjuje pristup lečenju.

Izuzeci su laboratorijski testovi za HIV i sifilis (rapid plasma Reagin (RPR) test ili Dijagnostički test Rapid (RDT)).

Sindromski pristup

Mnogi PPI se mogu identifikovati i tretirati na osnovu karakterističnih znakova i simptoma koji mogu da se grupišu zajedno u sindrome:

Sindromski pristup se zasniva na:

- identifikaciji grupe simptoma i znakova koji se lako prepoznaju;
- obezbeđivanju lečenja, koje će se baviti većinom ili najozbiljnijim uzrocima koji su odgovorni za proizvodnju određenog sindroma.

Prednosti sindromskog pristupa:

- Pacijenti su tretirani pri prvom kontaktu sa sistemom zdravstvene zaštite, što dovodi do smanjenja komplikacija za pojedinca i eventualnog smanjenja prenosa polno prenosivih infekcija u populaciji.
- Pristup je ušteda (bez skupih laboratorijskih testova).
- Lakše je prati uslugu koja koristi sindromski pristup, zbog standardizacije obuke osoblja, dijagnostike, lečenja i upravljanja zaliham.

3.4.2 Lečenje

PPI simptomi i znaci su tretirani na osnovu uzroka najčešće odgovornih za svaki sindrom. Otpornost nekoliko seksualno prenosivih infekcija na antibiotike je sve veća, što može dovesti do toga da neki široko dostupni i jeftini antibiotici postaju neefikasni.

U ranom periodu humanitarnog odgovora, može biti neophodno koristiti smernice standardni tretman koji je sa antibiotika za koje se zna da važi globalno.

Stoga, RZ službenici moraju primeniti nacionalne PPI protokole tamo gde one postoje.

3.4.3 Edukacija i savetovanje pacijenta

Edukacija bolesnika i saosećanje i poverljivo savetovanje su bitne komponente lečenja PPI i uključuju:

- objašnjavanje prirode infekcije, moguće komplikacije (kao što je neplodnost)
- promovisanje sigurnijeg seksualnog ponašanja
- promovisanje upotrebe kondoma
- razmatra rizik od infekcije HIV-om i dobrovoljno testiranje na HIV;

3.4.4 Lečenje partnera

Principi

Kod lečenja partnera, pružaoci usluga moraju obezbediti poverljivost. Pacijent koji je uspešno tretirani za PPI će osetiti iskustvo olakšanja simptoma, ali se može kasnije vratiti sa ponovnom infekcijom ako se ne leče i seksualni partneri. Seksualni partner može ili ne mora imati simptome i, ako se ne leči, može proširiti infekciju drugima u zajednici. Od suštinskog je značaja za PPI je kontrola sa ciljem da pomogne pacijentima da obaveste svoje seksualne partnere za lečenje. Imajte na umu da partneri su ne samo trenutni partner (i) već svi partneri u okviru poslednja dva do tri meseca. Lečenje partnera obuhvata obaveštenje, upućivanje i lečenje.

Obaveštenje i upućivanje

Mnogi seksualni partneri nisu voljni da čekaju ili plate za usluge, naročito kada su asimptomatični i osećaju se zdravo. Organizovati usluge, tako da seksualni partneri imaju lak pristup tretmanu. Obaveštenje partnera može da se ponudi na nekoliko načina:

- 1) upućivanje pacijenata: Pacijenti se podstiču da se obrate njihovim seksualnim partnerima. Njima se može dati uput za njihove partnere. Ovi listići uputa moraju da sadrže šifru da ukažu na sindrom koji je ustanovljen u indeksu pacijenta (originalni pacijenta koji je imao simptome).
- 2) upućivanje od strane pružaoca usluga, od strane obučenog operatera za kontaktiranje i organizovanje lečenja
- 3) Kombinacija 1) i 2) može se koristiti kada pacijent prvi da kontakt partnera

Lečenje seksualnih partnera

Osnovni cilj je da partner ode na pregled kod pružaoca usluga i lečenje. Međutim, to možda neće biti moguće u humanitarnim podešavanjima.

3.4.5 Tretman praćenja

U humanitarnim situacijama, rutinske follow-up posete mogu biti nezgodne.. Sindromskom upravljanje obično obezbeđuje efikasan tretman za najčešće seksualne prenosive bolesti i većina pacijenata će se verovatno ubrzo osežati bolje. Međutim, ako se klijent ne oseća bolje, treba da se vrati na ponovni pregled.

Neuspeh tretmana: Da li je pacijent uzeo sve lekove prema uputstvu? Da li je pacijent prekinuo uzimanje lekova nakon sto je osetio poboljšanje?

Reinfekcija: Da li partner (i) dobijaju tretman? Da li je pacijent koristi kondom ili se uzdržavao od seksualne aktivnosti nakon početka lečenja?

3.4.6 Kvalitet nege

Da bi se osigurao kvalitet PPI programa, usluge moraju biti dostupne i pristupačne.

Kvalitet usluga i tehničke veštine osoblja i motivacija će se poboljšati ako RZ oficiri i Programa menadžeri rade na:

- postavljanju standardnih nacionalnih PPI protokola u ispitnim prostorijama;
- uspostavljanju poverljivog i dobrovoljnog sistema pronalaženje prtnera;
- organizovanju obuke za pružaoce usluga
- sarađuje sa zdravstvenim koordinatorima kako bi integrisali održivo snabdevanje efikasnih lekova za PPI u
- sprovode redovne nadzorne posete i stručno usavršavanje.

3.5 Integracija usluga

RZ službenici treba da imaju za cilj integraciju PPI usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i drugim RZ programima, uključujući:

- procenu PPI usluga:
 - podstiču dvostruku zaštitu (protiv trudnoće i polno prenosivih infekcija)
- PPI programiranje usluga za adolescent

4. Ljudska prava i pravna pitanja

Pravo na sigurnu, poverljivu i odgovarajuću prevenciju, zaštitu i lečenje polno prenosivih infekcija zaštićeno je kao ljudsko pravo pod “prava svih ljudi na uživanje najvišeg mogućeg standard fizičkog i mentalnog zdravlja.” Ovo pravo uključuje pravo na prevenciju, lečenje i kontrolu bolesti.

Poštovanje ljudskih prava mora obavestiti sve relevantne aktere na programu u toku humanitarnog odgovora, gde seksualno nasilje, poremećaj u seksualnim normama i praksi i pristup lečenju i lekovima pogoršava postojeću situaciju.

Pravo na PPI povezane usluga je svojstveno mnogim ljudskim pravima:

- Pristup PPI dijagnostici, lečenju i nezi je komponenta poštovanja prava osobe na zdravlje i pravo na život.
- Pravo na zdravlje uključuje preventivu, lečenje i kontrolu epidemije, endemskih, profesionalnih i drugih oboljenja i “zahteva uspostavljanje prevencije i edukacije za zdravstvene probleme u ponašanju u vezi, kao što su polno prenosive bolesti”..

- Ova prava jednako se odnose na decu i adolescente. Usluga koje negiraju pristup PPI usluga na osnovu starosti, predstavljaju kršenj ljudskih prava.
- Pravo na privatnost zahteva da zdravstveni radnici deluju na takav način da se pacijenti osećaju sigurno i zaštićeno prilikom prijema dijagnostike, lečenja ili savetovanja za polno prenosive infekcije..
- Svako ima pravo da saopštavanjr i primanje informacije o seksualno prenosivim bolestima.
- Pravo da uživaju koristi od naučnog napretka i njegove primene može biti ograničeno kada je klijentu uskraćen pristup novim tehnologijama prevencije i lečenja PPI

5. Praćenje

Indikatori za praćenje PPI programa uključuju

- Procenat pruženih PPI usluga
- Procenat osoblja koje je prošlo obuku za tretiranje PPI

POGLAVLJE 10

HIV

Sadržaj

- 1 UVOD
- 2 CILJEVI
- 3 PROGRAM
 - 3.1 Procena potreba
 - 3.2 Svest o HIV-u
 - 3.3 Prevencija HIV-a
 - 3.4 Dobrovoljno savetovanje i testiranje na HIV
 - 3.5 ARV i ART intervencije
 - 3.6 Sveobuhvatna zaštita od HIV-a
 - 3.7 Briga za decu sa HIV-om
- 4 LJUDSKA PRAVA I PRAVNI ASPEKTI

1. Uvod

Od 1980-ih, virus humane imunodeficijencije (HIV-a) bio je uzrok jedne od najalarmantnijih pandemija u historiji. Pored toga što znatan zdravstveni problem, ugrožava ekonomsku i socijalnu strukturu mnogim zajednicama.

U prošlosti, humanitarni programi su relativno malo pažnje obraćali na HIV prevenciju, lečenje i negu, jer se HIV nije shvatao je kao neposredna opasnost po život. Međutim, situacije koje se definišu kao kompleksne i hitne, kao što su sukob, socijalne nestabilnosti, siromaštvo, uništavanje životne sredine, mogu da povećaju ranjivost i rizik ugroženih populacija koje žive sa HIV-om i to zbog:

- smanjenog pristupa uslugama prevencije HIV-a; razbijanja zdravstvene infrastrukture;
- ometanja mreže socijalne podrške; povećanje izloženosti seksualnom nasilju (silovanje) i seksualnog zlostavljanju (zahtevajući seks u zamenu za hranu ili sklonište);
- kretanje stanovništva na području visokog rizika

Istraživanja su pokazala da su faktori koji utiču na prenos HIV-a u humanitarnim krizama složeni, i zavise od mnogih dinamičnih i međusobno povezanih faktora, uključujući rasprostranjenost HIV-a u regionu, nivo interakcije između raseljenih i okolnih populacija, trajanje raseljavanja i lokacije i nivo izolacije raseljenih lica.

Prilikom planiranja programa HIV-a u humanitarnim krizama, pružaoci usluga iz oblasti reproduktivnog zdravlja i drugi profesionalci moraju uzeti u obzir:

- kombinovani uticaj humanitarne katastrofe i HIV-a, uključujući i faktore koji mogu povećati ranjivost na HIV;
- postojeće politike i prakse u humanitarnom odgovoru koje imaju za cilj da spreče širenje HIV-a i ublažave njegov uticaj;
- dostupnost prevencije, zaštite i usluge lečenja za ljude koji žive sa HIV-om (PLHIV), uključujući i prekid i ponovno pokretanje ili nastavljavanje antiretrovirusne terapije;
- stigma i diskriminacija ljudi inficiranih i pogođenih HIV-om.

2. Cilj

Cilj ovog poglavlja je da pomogne pružaocima usluga i drugim akterima da planiraju i sprovedu sveobuhvatne programe HIV-prevencija, zaštite i usluga lečenja u okviru humanitarnog odgovora.

3. Programiranje

Prioritet HIV intervencije u humanitarnom odgovoru je prevencija prenošenja HIV-a, zajedno sa elementima koji su uključeni u MISP. To su:

- Olakšati i sprovoditi poštovanje standardnih mera predostrožnosti.
- Dostupnost profilakse (PEP)
- Osigurati praksu sigurne transfuzije krvi
- Proveriti dostupnost besplatnih kondoma

Takođe potrebno je obezbediti da je ARV terapija dostupna, kako bi se nastavilo lečenje osoba koje su bile na ARV terapiji pre humanitarne krize, pa i za prevenciju prenosa HIV-a sa majke na dete.

Kada se planira sveobuhvatna prevencija, usluge lečenja i nege potrebno je obratiti pažnju na sledeće komponente:

- Procena potreba
- Svest o HIV-u
- Prevencija HIV-a
- Savetovanje i HIV testiranje
- Prevencija prenosa sa majke na dete
- Upotreba antiretroviralne terapije (ARV) za prevenciju i lečenje
- Lečenje HIV -a
- Nega dece koja žive sa HIV-om
- Upravljanje oportunističkim infekcijama, polno prenosive bolesti i tuberkuloza.

3.1 Procena potreba

Pružaoци usluga i drugi profesionalci RZ moraju da prikupe ili procene sledeće podatke, u koordinaciji sa drugim zdravstvenim akterima:

Karakteristike stanovništva

- HIV prevalencija (raseljene i populacije domaćina).
- Broj osoba koje su zaražene HIV-om iz pogođenih područja čiji je tretman prekinut i koji imaju potrebu za nastavkom ARV režima
- Ponašanja koja mogu staviti osetljive grupe po povećan rizik od prenošenja HIV-a

Karakteristike zdravstvenih usluga

- osoblje zdravstvene ustanove sa iskustvom u HIV prevenciji, lečenju
- Nacionalni ARV protokoli za prevenciju i tretman osoba i dece sa HIV-om
- Dostupnost laboratorijskih usluga
- Postojanje pouzdanog lanca snabdevanja koji može da podrži održiv pristup HIV nabavke

Nacionalno zakonodavstvo i politike

Pružaoци usluga i drugi profesionalci koji se bave reproduktivnim zdravljem moraju biti upoznati sa nacionalnom zakonodavstvu i politikama vezano za HIV, kao i kako uključiti izbeglice i interno raseljena lica.

3.2 Svest o HIV-u

Ulaganje napora za sprečavanje širenja HIV-a u humanitarnim krizama podrazumeva informisanje ljudi o pristupu uslugama. Takođe je važno uzeti u obzir i karakteristike stanovništva kako bi se prilagodila komunikacija vezana za deljenje informacija o HIV-u..

Na primer:

- Koji nivo znanja o HIV i zajedničke zablude o osobama koje žive sa HIV-om?
- Koji elementi novonastale situacije stvaraju rizik za prenos HIV-a?
- Koji su zajednički stavovi i uverenja u vezi ljudi inficiranih HIV-om?

Neophodno je pokrenuti kampanje kako bi se kreirala opšta svesti o HIV-u i sindromu stečene imunodeficijencije (AIDS).

Ključne poruke uključuju sledeće::

- HIV, virus koji izaziva sidu, širi se kroz: nezaštićeni seksualni odnosa (odnos bez kondoma) od nekog ko je inficiran HIV-om; transfuzijom krvi zaraženog HIV-om; ponovnim korišćenjem igle i špricave kontaminiranih sa HIV-om; od žene zaražene HIV-om do njenog deteta tokom trudnoća, porođaj ili dojenja.
- Svako mora da zna o HIV-u i AIDS-u i kako bi ga sprečilo jer AIDS nije izlečiva
- Postoji efikasan tretman za HIV i AIDS, iako to nije lek, može da produži život ako se uzma doživotno.
- Ima seksualno prenosivih infekcija (PPI) (na primer gonoreja ili sifilis) koje povećavaju rizik od prenošenja ili sticanja HIV.
- Rizik od infekcije kroz polni odnos, naravno može se smanjiti: korišćenjem kondoma ispravno svaki put; održavanjem međusobno monogamnog odnos sa partnerom; ili uzdržavanje od seksualnih odnosa.
- Svako ko je možda bio izložen HIV-u treba da se obrati kvalifikovanom zdravstvenom radniku za dobrovoljne informacije, savetovanje i testiranje radi zaštite svog zdravlja.
- Trudnice treba da imaju pristup dobrovoljnom savetovanju i testiranju na HIV. Ako su inficirane, biće im ponuđena odgovarajuća terapija kako bi se smanjio rizik od prenošenja infekcije na porođaju ili putem dojenja na svoje bebe.
- Stigma, diskriminacija i negativni stavovi prema HIV-u povećavaju potencijal da se epidemija širi. Diskriminacija osoba koje žive sa HIV-om predstavlja kršenje ljudskih prava.

3.3 Prevencija HIV-a

U humanitarnim situacijama, ljudi mogu da pribegnu ponašanjima koja ih stavljaju pod veći rizikom od izloženosti HIV-u, čak i ako se ne izjašnjavaju kao pripadnici neke grupe u riziku.

Ovaj odeljak govori o tri pojedinačne socijalno ugrožene grupe: intravenski korisnici droga (IKD), muškarci koji imaju seksualne odnose sa muškarcima (MSM) i seksualni radnici. Svaka od ovih grupa ima jedinstvene karakteristike, iako su sledeći elementi isti za sve programe koji ciljaju ove ranjive grupe:

- Uključiti ugrožene grupe od samog početka u osmišljavanje, primenu i monitoring.
- Pronađite programske aktivnosti na mestima koje često posećuju grupe od interesa (klubova, naselja, itd).
- Stvaranje sigurne virtualne (telefonske linije) ili fizičkog (drop-u centrima) prostora prilagođenog svakoj grupi gde ljudi komotno mogu tražiti informacije i preporuke za negu i pomoć.
- Promocija konzistentne i pravilne upotrebe kondoma i o njihova dostupnost i pristupačnost, kao i pouzdano snabdevanje.
- Obuka zdravstvenih i socijalnih radnika za pružanje kvalitetne usluge u vezi sa HIV-om
- Definišite strukturalne prepreke, uključujući politike, zakonodavstvo i običajne prakse, koje diskriminišu grupe i sprečavaju pristup i korišćenje odgovarajućih usluga u cilju prevencije HIV-a, lečenja i nege.

Intravenski korisnici droga

Dok je deljenje špriceva i druge opreme za ubrizgavanje droge dobro poznata trasa za prenošenje HIV-a, ubrizgavanje droge doprinosi širenju epidemije i izvan kruga onih koji je ubrizgavaju. Seksualni partneri intravenskih korisnika droga su u riziku od prenosa HIV-a seksualnim putem. Deca koja su rođena od strane majki koje su zaražene virusom HIV-a kroz razmenu igala ili seksualnim odnosom sa IKD mogu se zaraziti i HIV preneti na decu.

HIV se eksplozivno širiti kroz razmenu kontaminiranih igala među IKD (može se proširiti od 5% do 50% za godinu dana). IKD može imati dodatne rizike prenosa HIV-a kao što su seksualni rad i boravak u zatvoru.

Mere za smanjenje štete, kao što je pristup sterilnoj opremi za ubrizgavanje, lečenje zavisnost lekovima, pružanje informacija o HIV prevenciji, su među najefikasnijih mera za sprečavanje širenja HIV-a.

Programi javnog zdravlja za prevenciju HIV-a i vršnjački programi su se pokazali kao vrlo efikasni.

Ključne poruke mogu uključivati:

- Ako ubrizgaš drogu, ti si pod visokim rizikom od HIV-a. Razmislite o dobijanju pomoći od obučanih profesionalaca kako bi ste smanjili rizik. Program lečenja bolesti zavisnosti i savetovanje su prvi koraci ka HIV prevencije, nezi i lečenju

Muškarci koji imaju seks sa muškarcima (MSM)

MSM se odnosi na sve ljude koji imaju seks sa drugim muškarcima, bez obzira na to kako se identifikuju (gej, biseksualac ili heteroseksualac). MSM praksa se razlikuju širom sveta. U cilju kreiranja odgovarajućih programa za MSM među raseljenim licima, neophodno je razumeti lokalne društvene mreže i zajedničke prakse. Procenjuje se da je manje od jedan posto od 20 MSM širom sveta ima pristup HIV prevenciji, lečenju i nezi. Stigmatizacija, kriminalizacija i diskriminacija, zajedno sa nedostatkom razumevanja ponašanja i stavova, su značajne prepreke za sprovođenje efikasnih programa.

Seksualni radnici

Razmena seksa za novac ili robu je prisutna u svim zajednicama, uključujući i raseljene zajednice. Ovo uključuje decu i žene koje se ne smatraju seksualnim radnicama, ali koje se bore da prežive. Zbog toga je od izuzetne važnosti da se osigura bezbednost, zaštitu i pristup sistemu za hranu i pomoć za ugrožene ljude, kao što su siročad i žene kao pojedinačne glava porodice.

Zaštita seksualnih radnika od infekcije HIV-om od koristi je i za opštu populaciju. Programe treba sprovesti u mestima gde se seksualni radnici okupljaju.

Neophodno je:

- Obezbediti doslednu dostupnost kvalitetnih kondoma.
- Integrisati strategije za smanjenje nasilja u oblasti seksualnog rada. Programi bi trebalo da se rade sa policijom kako bi se osigurala sposobnost seksualnih radnica “ da se zaštite i da obezbede bezbedan seksualni odnos sa njihovim klijentima.

3.4 Dobrovoljno savetovanje i testiranje

Dobrovoljno savetovanje i testiranje na HIV su prioritetne intervencije na početku jednog humanitarnog odgovora. Čim se situacija stabilizuje, važno je da ponuditi testiranje na HIV za ljude koji žele da znaju svoje status.

Testiranje na HIV i savetovanje

Testiranje na HIV i savetovanja treba da nude zdravstveni radnici kao deo standardne kliničke nege.

Ako postoji nizak nivo koncentracije epidemije, zdravstvenih radnici ne bi trebalo da pošalju svakog pacijenta na testiranje na, jer će većina ljudi biti na niskim rizikom.

Neka ponašanja koja stavljaju ljude u veći rizik od izloženosti HIV-om, kao što je seksualni rad ili ubrizgavanje droge, i da ljudi osetljiviji na prinude, diskriminacije, nasilja, napuštanje, zatvaranja ili druge negativne posledice obično rezultiraju HIV-pozitivnim testom

3.5 ARV i ART intervencije

Važno je da se planira pružanje osnovnih antiretrovirusnih lekova ARV i ART. Pružanje usluga

osobama koje žive sa HIV-om u humanitarnim podešavanjima je težak ali i kritičan poduhvat, koji je čvrsto ukorenjen u međunarodnim zakonima o ljudskim pravima.

PEP

RZ program menadžeri moraju osigurati brzu primenu PEP -a (u roku od 72 sata) kako bi se smanjila verovatnoća prenošenja HIV-a.

- Usluge za žrtve silovanja: U cilju sprečavanja i upravljanja mogućim zdravstvenim posledicama silovanja, preživeli moraju imati pristup kliničkoj nezi, uključujući i podrške savetovanja. Ova zaštita uključuje korišćenje PEP- a.
- izloženosti: Uprkos standardnim merama predostrožnosti može doći do profesionalne izloženosti krvi i telesnim tečnostima potencijalno zaraženi HIV-om. Uverite se da je PEP j dostupan na ovakvim mestima, kao deo sveobuhvatne standardne mere predostrožnosti koji smanjuje verovatnoću prenošenja HIV-a nakon takvog izlaganja.

Preporučeni PEP režim je 28 dana kombinovane terapija sa dva leka.

U odsustvu profilakse, verovatnoća da će odojčice HIV-pozitivne majke biti zaraženo kreće se od 20% do 45% kod dojilja. Davanje antiretrovirusne terapije smanjuje ovu cifru za oko dve trećine.

Žene koje su HIV pozitivne treba savetovati i podržati da:

- doje i primaju ARV terapiju ili
- Kada zamena za mleko prihvatljiva, pristupačan, održiva i bezbedna, da izbegavaju dojenje
- Isključivo dojenje tokom prvih šest meseci života se preporučuje za HIV inficirane majke (čija deca nisu HIV pozitivna ili su nepoznatog HIV statusa), osim ako je zamena za mleko prihvatljiva, moguće, pristupačan, održiva i bezbedna. Sa šest meseci, uvesti odgovarajuću komplementarnu hranu i nastaviti dojenje za prvih 12 meseci života
- Bez obzira na odluku vezanu za hranjenje, zdravstvene usluge treba da su dostupne svoj novorođenčadi kaoja je izložena HIV-u.

Oralna antiretrovirusna profilaksa

Majke za koje se zna da su zaražene HIV infekcijom moraju biti obezbeđena stalna ART ili antiretrovirusna (ARV) profilaksu tokom trudnoće i dojenja.

Profilaktički ARV režim trebalo bi da počne da uzima već od 14 nedelje trudnoće.

Praćenje dece rođene od majki koje žive sa HIV-om: treba prvo da dobiju post-porođajnu profilaksa i kasnije da procene svoj HIV status i da pređu na antiretroviralnu terapiju ako je to potrebno.

Značajno je uključiti i partnere u programe jer to jedan od načina da se osigura podrška unutar porodice.

Od početka humanitarnog odgovora, važno je osigurati nastavak ARV terapije za ljude koji su već upisani u programu ART pre početka krize. Za pacijente koji su na ART terapiji, ili koji su

bili na ART ali više nemaju pristup lekovima, ARV kontinuitet je prioritet kako bi se osigurala efikasnost lečenja.

Kada izbeglice i povratnici koji su na ARV terapiju se vraćaju u zemlje porekla neophodno je obezbediti im zalihe kako bi nastavili njihov tretman bez prekida.

Plan za sveobuhvatno testiranje na HIV i savetovanja i ART programa u najkraćem mogućem roku treba da bude obezbeđen. Pre započinjanja ART usluga važno je uzeti u obzir sledeća pitanja:

- Koja je minimalna količina ARV koja može biti na raspolaganju?
- Koliko dugo se finansira na raspolaganju? Najmanje finansiranje jedne godine treba da bude zagarantovana.
- Da li ugroženo stanovništvo može da bude upisane u nacionalnim programima ART?
- Šta je mobilnost stanovništva? Šta su bezbednosne situacija i buduća verovatnoća raseljavanja koja bi mogli dovesti do prekida terapije?
- Kakav je laboratorijskih kapacitet (u zdravstvenom centru i / ili referentnom nivou)?

Uverite se da su sledeći aspekti regulisani:

- Politike, standardne operativne procedure i standardni protokoli lečenja. U odsustvu nacionalne protokola, smernice treba slediti smernice SZO.
- Obučeni zdravstveni radnici na klinikama su nadležni u protokolima lečenja, savetovanja pacijenta i mobilizacije zajednice.
- Dijagnostički materijal i laboratorijski kapacitet, uključuju HIV-dijagnostiku.

3.6 Sveobuhvatna zaštita od HIV-a

Sveobuhvatna zaštita od HIV-a je sastavni deo primarne zdravstvene zaštite koja mora biti dostupna u svakom humanitarnom okruženju. Ovo je posebno važno u kriznim situacijama u kojima postoji epidemija. Elementi sveobuhvatne negu obuhvataju:

- Podrška HIV
- Informacije za pacijente i edukaciju
- lečenje tuberkuloze i profilaksa za oportunističke infekcije
- Planiranje porodice
- kućna nega
- Palijativno zbrinjavanje

Podrška HIV

Razvijanje poverljivih programa s ciljem pružanja psihološke podrške za HIV. Ovo može uključivati individualno savetovanje i podršku, grupe za podršku ili prijatelje sa HIV-om i porodicu kojoj je pacijent otkrio njegov / njen HIV status.

U humanitarnim podešavanjima, PLHIV treba da imaju pristup adekvatnom snabdevanju pijeće vode jer su osetljiviji na infekcije i manje sposobni da se oporavi od naleta bolesti koje se prenose vodom.

Informacije za pacijente i edukacija

Standardni informativn letak za pacijente može da se kreira u himaniranim krizama, ali je važno uzeti u obzir sledeće:

- Specifične okolnosti, uključujući odgovarajuće informacije, jezik, pismenost i nivo obrazovanja
- Informacije o životu sa HIV-om, kao i mere prevencije.

TB i profilaksa za oportunističke infekcije

U mnogim delovima sveta, tuberkuloza (TB) je vodeći uzrok smrti osoba koje žive sa HIV-om. U tom smislu neophodno je ostvariti saradnju sa programima kontrole TB kako bi se obezbedilo lečenje osoba sa HIV-om.

Da biste sprečili druge oportunističke infekcije kod osoba sa HIV-om treba koristiti antibiotike za lečenje.

Važno je da se od početka humanitarnog odgovora, osigura nastavak profilakse i lekova za lečenje različitih infekcija kod HIV pozitivnih osoba.

Planiranje porodice

PLHIV moraju imati pristup metoda planiranja porodice i savetovanja. Kvalitet ponude usluga o pitanjima kao što su kontraceptivni metodi za osobe koje žive sa HIV-om, dvojna zaštita drugi metod, hitna kontracepcija, prekid trudnoće i dostupnosti podrške održavanja trudnoće treba da budu dostupne osobama sa HIV-om.

Kućna nega

Važno je da se uspostavi nega u zajednici u kojoj ljudi sa uznapredovalom HIV infekcijom mogu da se upute kada budu otpušteni iz bolnice. Klinička i socijalna podrška za HIV moraju ići ruku pod ruku.

Palijativno zbrinjavanje

Palijativno zbrinjavanje treba da obuhvati upravljanje akutnim i hroničnih simptoma.

Sledeće radnje se preporučuju za brigu o deci sa HIV-om:

- Baza započinjanja lečenja dece bazirana je na nacionalnim smernicama.
- Prilikom naručivanja formulacije sirupa, treba obezbediti da ima dovoljno prostora za skladištenje u frižideru i funkcionalan hladni lanac za skladištenje leka u velikim količinama.
- Dijagnostika HIV-a kod deteta rođenog od strane HIV pozitivne majke može da bude odložena zbog nedostatka kapaciteta laboratorijskih ispitivanja

- Maloletnici bez pratnje i siročad zahtevaju posebnu negu
- Najbolji interes deteta treba uzeti u obzir kod kreiranja svih usluga.

4 Ljudska prava i pravna razmatranja

Osigurati da se ljudska prava poštuju i štite je od ključnog značaja kako za smanjenje izloženosti HIV-u tako i za ublažavanje njegovih negativnih posledica na pojedinca u zajednici.

Međunarodno ljudsko pravo sadrži niz tačaka koje su od direktnog značaja za ljude koji žive sa ili na drugi način pogođeni HIV-om. Odredbe propisa koje promovišu intervencije HIV-a su od suštinskog značaja u humanitarnim programima, gde je prisutno seksualno nasilje i smanjen pristup HIV prevenciji, zaštiti.

Ključni elementi su:

- Pravo na pristup HIV/AIDS zdravstvenim uslugama: Pravo na najviši mogući standard mentalnog i fizičkog zdravlja uključuje i pravo na dostupne, pristupačne, prihvatljive i kvalitetne zdravstvene usluge. Pristup HIV programa mora biti isti kao i za domaće stanovništvo. Osim toga, pravo na zdravlje može se ostvariti samo u vezi sa pravima na hranu, vodu, stanovanje i slobodu od diskriminacije i nasilja, između ostalih prava.
- Pravo na pristup informacijama i edukaciji o HIV-u: Pravo na zdravlje uključuje i pravo na osnovne informacije i zdravstvenu edukaciju o HIV-u, kao i seksualnom i reproduktivnom zdravlju.
- Pravo na slobodu od diskriminacije: Svi ljudi treba da imaju pravo da budu slobodni od diskriminacije na osnovu pola, seksualnosti i HIV statusa i da im se obezbedi pristup sistema za prevenciju HIV-a, lečenje i nega.
- Pravo na dobrovoljne zdravstvene intervencije.
- Pravo na privatnost i poverljivost: garancije na privatnost i poverljivost zdravstvenih informacija su od suštinske važnosti da se osigura da sva lica, uključujući i žene bez obzira na bračni status, mogu da traže zdravstvene usluge bez straha da će njihov HIV status biti objavljeni.

Države su prepoznale značaj rodne ravnopravnosti, osnaživanje i učešće žena i devojka u svim aspektima prevencije HIV-a. Rodno specifična zaštita mora biti adekvatna, a posebna pažnja se mora posvetiti zdravstvenim potrebama žena i devojaka, uključujući i obezbeđivanje pristupa RZ uslugama i adekvatnom savetovanju i tretmanu u svim slučajevima seksualnog i rodno zasnovanog nasilja.

Deca imaju pravo na posebnu zaštitu u skladu sa zakonom, kako ističe Komitet UN za prava deteta. Konvencija o pravima deteta navodi odgovornost u svim slučajevima koji se tiču dece, uključujući: nediskriminaciju; najbolji interes deteta; pravo na život; opstanak i razvoj; i učešće deteta.



Akronimi

RZ	Reproduktivno zdravlje
MISP	Minimalni osnovni paket usluga
UN	Ujedinjene Nacije
HAP	Partnerstvo za humanitarnu odgovornost
PPI	Polno prenosive infekcije
MZ	Ministarstvo zdravlja
SoP	Standardne operative procedure
PEP	Postekspozicijska profilaksa
HIV	Virus humane imunodeficijencije
AIDS (SIDA)	Sindrom stečene imunodeficijencije
ARV	kombinovana terapija (antiretovirusni lekovi)
ICPD	Međunarona konferencija o stanovništvu i razvoju
IAVG	Međuagencijska radna grupa za reproduktivno zdravlje
NVO	Nevladine organizacije
SZO	Svetska zdravstvena organizacija
IAFM	Priručnik za terenski rad

Ova Publikacija je nastala u okviru regionalnog projekta nemačko-srpske saradnje , koji sprovodi Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH u Srbiji.
Stavovi prikazani u publikaciji ne predstavljaju nužno i stavove GIZ-a.

