

SLOVENSKO DRUŠTVO HOSPIC

Maja 1992 je začela delovati Skupina za spremljanje hudo bolnih in umirajočih pri Škofijski Karitas Ljubljana z namenom

- da pomaga v družbi razbijati predsodke v odnosu do hudo bolnih in umirajočih in njihovih svojcev ter ustvarjati miselnost med ljudmi, ki je umirajočim bolj naklonjena;
- da pomaga svojcem pri spremljanju umirajočega bolnika;
- da vpliva na ustanove, kjer ljudje umirajo, da se tam ustvari ozračje, kjer bodo ljudje lahko bolj človeško umirali.

V skupini je bilo veliko članov iz zdravstvenih poklicev (zdravniki, medicinske sestre, socialni delavci, psihologi) in drugi.

Skupina je v treh letih izvedla 40 seminarjev in okrog 100 predavanj za svojce in zdravstveno osebje po vsej Sloveniji, nastopala v sredstvih javnega obveščanja (radio, televizija, revije, časopisi). Izdala je zloženko *Da bi živeli in umirali s človeških dostojanstvom v 30000 izvodih*. Pomembno vlogo je odigrala tudi knjiga *Spremljanje umirajočih*.

Ideja, da bi se skupina preoblikovala v samostojno društvo, je nekaj časa dozorevala. Dokončno pa je dozorela ob seminarju *Čas življenja – čas umiranja*, ki ga je skupina maja 1995 organizirala v Kliničnem centru v Ljubljani skupaj z Zdravniško zbornico Slovenije, Zbornico zdravstvene nege Slovenije in z Oddelkom za psihoonkologijo na Onkološkem inštitutu. Seminar je vodila psihoterapevtka Helga Strätling-Tölle iz Würzburga. Namenjen je bil vsem terapevtskim poklicem in se ga je udeležilo več kot 200 udeležencev iz vse Slovenije (zdravniki, medicinske sestre, fizioterapevti, psihologi, socialni delavci, duhovniki, študentje medicine itn.). Veliko zanimanje za seminar je pokazalo na potrebo po programih s to tematiko.

Slovensko društvo hospic je bilo ustanovljeno 6. junija 1995. Trenutno ima 50 članov. Želi nadaljevati delo Skupine za spremljanje hudo bolnih in umirajočih pri ŠKL.

Zakaj ime hospic?

Zakaj smo izbrali ime hospic? Pri nas je beseda nova, po svetu pa je že zelo udomačen pojem, ki ne predstavlja v prvi vrsti hiše, ampak življenjsko filozofijo, celostno skrb za umirajočega bolnika, ki upošteva vse njegove fizične, psihosocialne in duhovne potrebe – in sicer ne samo bolnika, ampak tudi potrebe njegove družine. Program hospic želi pomagati, da človek lahko čim bolj polno preživi zadnji del svoje življenjske poti, če je le mogoče, v krogu družine. Zato velja glavna skrb družini, tudi še v času žalovanja. Seveda je lahko v veliko pomoč tudi hiša hospic, kadar so simptomi doma neobvladljivi ali kadar umirajoči nima svojcev. V Evropi je ta program prisoten v 28 državah. V ZDA imajo na primer 2100 programov hospic in 53 hiš. Hospici skrbijo tudi za edukacijo zdravstvenega osebja.

Načela programa hospic bi lahko strnili v naslednje točke:

- spoštuje življenje in sprejema umiranje kot naravno dogajanje;
- umiranja niti ne zavlačuje niti ne pospešuje;
- skrbi za lajšanje bolečine in drugih bolezenskih znakov;
- bolniku daje psihološko, socialno in duhovno oporo;
- z različnimi oblikami pomoči omogoča bolniku polno in dostojanstveno življenje;
- pomaga bolnikovi družini med boleznijo ter po smrti v času žalovanja;
- pomaga ustvarjati razmere, da bi čim več ljudi lahko umiralo tam, kjer si želijo.

Kaj dela Slovensko društvo hospic?

Slovensko društvo hospic organizira predavanja in seminarje po vsej Sloveniji. Udeležujejo se jih svojci in vse pogosteje tudi zdravstveno osebje, predvsem medicinske sestre iz zdravstvenih domov (zlasti iz patronaže), iz bolnišnic in iz domov za starostnike. Kmalu bo izšel prevod knjige švicarskega družinskega terapevta Petra Fässler-Weibla o pomoči družini umirajočega bolnika (*Bliizu v težkem času*). Avtorja knjige mo prosili, da bo imel 25. 5. 1996 v Kliničnem centru v Ljubljani seminar z istim naslovom, namenjen vsem terapevtskim poklicem.

Na voljo imamo stanovanje, namenjeno bolnikom oziroma njihovim svojcem, ki morajo v Ljubljani opraviti določene preiskave ali terapijo, pa ne želijo biti hospitalizirani. V decembru 1995 smo izdali zloženko Slovensko društvo hospic. 13. marca bomo začeli s skupino za samopomoč žalujočim. Skupina se bo srečevala dvakrat mesečno (vsako drugo in četrto sredo v mesecu ob 17. uri v prostorih doma upokojencev Poljane, Zrinjskega 2, Ljubljana), predhodne prijave niso potrebne.

Seminarji za spremljanje hudo bolnih in umirajočih

Ena od dejavnosti društva, po kateri je trenutno največ povpraševanja, so seminarji za spremljanje hudo bolnih in umirajočih. To so izkustveni seminarji, ki ne potekajo v obliki predavanj, ampak v obliki pogovora, izmenjave izkušenj, ki jih udeleženci že prinašajo s seboj, pa morda niso še nikoli imeli priložnosti, da jih ubesedi. Na seminar prihajajo svojci, ki imajo doma bolnika, veliko pa je tudi takšnih, ki so svojca že izgubili, pa jih muči vprašanje, ali so naredili vse, ali so ravnali prav. Veliko prihaja tudi študentov. Največje zanimanje za te seminarje pa je med medicinskimi sestrami, ki se jih ta tematika tudi poklicno najbolj dotika.

Začnemo vedno z osebnimi izkušnjami, o katerih spregovori vsak od udeležencev. Te so tudi za izhodišče nadaljnjih pogovorov, v katerih skušamo predelati te teme: *Kaj umirajoči najbolj potrebuje? Proces umiranja. Komunikacija z umirajočim. Kako ravnamo z »resnico« ob umirajočem bolniku. Kaj pomeni upati z umirajočim. Kje naj bi ljudje umirali. Pomoč družini umirajočega. Kako ravnamo ob smrti. Spremljanje žalujočih.*

Seminar traja praviloma ves dan, od 9. do 17. ure, tako da je dovolj časa za pogovor. Seminar vodi in pripravi tim sodelavcev. V Ljubljani so seminarji v Domu upokojencev Tabor. Pripravljene pa smo priti kamorkoli, kjer bi takšen seminar organizirali. Tako smo imeli doslej poleg seminarjev, kjer se srečajo tako svojci kot zdravstveno osebje in drugi, tudi seminarje v domovih za starostnike in v zdravstvenih domovih samo za tamkajšnje osebje. Velika prednost takšnih seminarjev na delovnem mestu je v tem, da se tu srečajo in pogovarjajo (precej osebno) ljudje različnih zdravstvenih poklicev, ki sicer delajo skupaj, pa se bolj malo poznajo. Tu se srečajo kot ljudje, s svojimi stiskami in bojznimi in to jih, po izjavah mnogih, zbliža in jim bo pomagalo tudi v prihodnje.

Ob koncu seminarja se vedno posvetimo refleksiji o tem, kako smo preživeli dan. Udeleženci nasplošno zelo ugodno ocenjujejo potek seminarja. Čeprav so bila njihova prvotna

pričakovanja o načinu poteka večinoma drugačna, so navdušeni. V obliki pogovora, medsebojne izmenjave različnih izkušenj se jih ta tematika veliko bolj dotakne. Za nekatere pa deluje lahko celo terapevtsko. Žena, ki je prišla na seminar, ko ji je mož zbolel za pljučnim rakom in se je zelo bala, ali bo tej obremenitvi kos, je takole komentirala: »Na seminarju nisem dobila receptov, našla pa sem pogum, da bom šla v neznano pot spremljanja hudo bolnega in umirajočega moža.« Za to gre: da drug drugega opogumljamo, da ne bežimo stran!

S seminarji bomo gotovo še nadaljevali. Kdor bi se nam želel pri tem pridružiti, ga bomo veselili.

dr. Metka Klevišar
Slovensko društvo hospic,
Neubergerjeva 4, Ljubljana,
tel./fax: 13 71 284

KAJ NAM PRINAŠA KONFERENCA SVETOVNE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE O ZDRAVSTVENIH REFORMAH

Slovenija bo junija leta 1996 gostila eno pomembnih konferenc Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) na ministrski ravni, ki se bo ukvarjala z zdravstvenimi reformami v Evropi.

Vsi, uporabniki zdravstvene službe in vsi, ki zanje ali v njej delujejo, vedo, da so reforme na tem področju družbe nujno potrebne, vendar SZO predlaga, da jih države članice izpeljejo tako, da bodo upošteevane potrebe ljudi, pravica do enakih možnosti in pravica izbora v danih možnostih. Potrebne so spremembe v financiranju zdravstva, a morajo slediti zgoraj napisanemu.

V teh velikih reformah morajo sodelovati vsi zdravstveni delavci, sicer ne bo možno poiskati kvalitetnih rešitev, ampak bomo ponovno poistili pojem racionalnosti le z redukcijo, ki bo dolgoročno prinesla več potreb, problemov in nove stroške.

Predvidene reforme se ukvarjajo predvsem s tremi velikimi področji:

- z zdravstveno politiko in menedžmentom zdravstva,
- z organizacijo potrebam in možnostim primerne zdravstvene službe,
- z organizacijo javnega zdravstva.

Kot prioritete kadrovske naloge navajajo strokovnjaki SZO:

- usposabljanje družinskih zdravnikov in patronažnih medicinskih sester za nove naloge;
- dopolnitev dodiplomskih študijskih programov vseh zdravstvenih šol (fakultet, visokih in srednjih šol);
- raziskovalno delo na področju novih vsebin in menedžmenta javnega zdravstva.

Cilj teh prizadevanj je optimalna promocija zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnja diagnoza, ustrezna terapija in

zdravstvena nega, rehabilitacija, skrb za kronično bolne in invalide – vse, kar je najbližje krajem, kjer ljudje živijo in delajo.

Kaj bo potrebno storiti?

Ministrstva za zdravstvo bodo morala z vladami svojih držav vzpostaviti take mehanizme, da bo možno izpeljati sprejeto strategijo razvoja zdravstvenega varstva, čemur pa mora seveda ustrezati tudi sistem nacionalnega zdravstvenega zavarovanja, organizacija bolnišnic in vseh zunajbolnišničnih ustanov.

Tudi v Sloveniji se bomo morali dokončno odločiti, kako bo v prihodnje delovalo primarno zdravstveno varstvo, kako bodo delovale bolnišnice in kakšna bo vloga posameznih poklicnih skupin v zdravstvu.

Trenutno posvečajo evropske države največ pozornosti reorganizaciji bolnišnic, kar čaka tudi Slovenijo, saj po ocenah strokovnjakov še vedno zasedamo nekatere postelje, namenjene akutnim bolnikom, s kroničnimi bolniki in z ljudmi, ki jih iz socialnih razlogov ne moremo odpustiti. Seveda pa krajšanje bivanja v bolnišnici lahko predvidimo le takrat, kadar to ne vpliva na učinke zdravljenja in če v lokalni skupnosti deluje popoln zdravstveni tim, ki bo nadaljeval z ustreznimi terapijami in zdravstveno nego; intenzivirati je treba tudi rehabilitacijo na domu.

Enako kot za bolnišnice bomo morali pripraviti tudi za zdravljenje in zdravstveno nego na domu osnovne standarde kvalitete.

Zagotovljeno mora biti popolno komuniciranje med vsemi segmenti zdravstvene službe v bolnišnicah in s službami primarnega varstva. Zdravstvena nega v Evropi že gradi sodoben sistem komuniciranja, ki se imenuje *Telenurse*.

Izpopolniti je treba sisteme funkcionalnega izobraževanja tudi v zdravstveni negi, saj imajo premalo diplomiranih medicinskih sester s sodobno izobrazbo, jih pa potrebujemo, ker bodo ključne osebe v predvidenih spremembah.

Če naj bo programiranje sprememb realno, morajo biti v strateški skupini poleg vladnih teles tudi vse strokovne zbornice, Klinični center, večje bolnišnice in večji zdravstveni domovi ter seveda predstavniki nacionalnega zdravstvenega zavarovanja. Take skupine delujejo praviloma v okviru Ministrstva za zdravstvo in s pomočjo vrhunskih finančnih strokovnjakov za zdravstvene sisteme.

Predvidene reforme predvidevajo tudi nadomestne sisteme za nekatere sedanje oblike zdravstvene službe, predvsem za hospitalno obravnavo. Kadar pa se odločamo za take nadomestne sisteme, se moramo zavedati, da tu nista možni improvizacija in površnost.

Ko se odločamo, da bomo določen sistem nadomestili z novim, je potrebno sledeče:

- najprej moramo spoznati interakcije med redistributivnimi programi zdravstvenega varstva;
- nadomestila so možna, toda po navadi potrebujemo še suplementarne službe;
- najhitreje s spremembami prizadenemo najbolj ogrožene/stare ljudi (marginalne skupine);
- se bomo znali izogniti želji po prevelikem profitu (nevarnost nepopolnih timov, zaposlovanje nestrokovnih delavcev)?

- ali bo financiranje zdravljenja in nege na domu sofinancirano v enakem razmerju kot zdravljenje v bolnišnici?
- ali se bomo odločili za negovalne bolnišnice, kadar bolnik iz kakršnihkoli razlogov ne bo mogel zaključiti zdravljenja na domu?
- kako bo delo negovalnega tima organizirano: v sodelovanju s patronažno medicinsko sestro, bo to del njenih nalog?

Izpopolnjeni modeli zdravljenja in zdravstvene nege na domu z delovnim nazivom *Bolnišnica na domu* so prav gotovo model racionalizacije v finančnem smislu, dolgoročno ta model je human, vendar mora biti popoln, da ne bo zmanjševal ali celo izničil rezultatov zdravljenja v bolnišnici. Zdravstveni domovi kot koordinatorji dela *Bolnišnice na domu* pa morajo kljub tej novi nalogi ostati s svojimi strokovnimi timi zvesti primarni funkciji – promociji zdravja in preventivi.

Majda Šlajmer-Japelj
Kolaborativni center SZO
za zdravstveno nego
Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca,
Maribor

SPOLNIO PRENOSLJIVE BOLEZNI

V letu 1995 tristo trintrideset milijonov primerov ozdravljivih spolno prenosljivih bolezni

Ocenili so, da bo v letu 1995 333 milijonov primerov spolno prenosljivih, ozdravljivih bolezni. Ocena je nastala na podlagi študije, ki jo je Svetovna zdravstvena organizacija izvedla v okviru programa GPA za aids (Global Programme on AIDS) in ki kaže, da je zboleznost za SPB (spolno prenosljive bolezni) precej višja, kot smo predvidevali.

V študiji GPA, ki so jo opravili v sodelovanju s fundacijo Rockefeller, so analizirali podatke o štirih najpogostejših spolno prenosljivih boleznih – gonoreji, klamidiji, sifilisu in trihomonasu – in na podlagi teh podatkov izračunali število primerov v letu 1995. V skupno število 333 novih primerov je všteti 12 milijonov novih primerov sifilisa, 62 milijonov novih primerov gonoreje, 89 milijonov novih primerov klamidije in 170 milijonov novih primerov okužbe s trihomonasom.

Te spolno prenosljive bolezni in zapleti, ki jih povzročajo, spadajo v sam vrh desetih najpogostejših vzrokov nezmožnosti za delo v mestnih okoljih držav v razvoju. V industrializiranih okoljih pogostnost sifilisa in gonoreje zadnje čase sicer upada, druge spolno prenosljive bolezni, na primer klamidija, pa ostajajo velik problem. Leta 1994 je Center za nadzor nad boleznimi poročal o dveh primerih novih okužb s klamidijo na leto na 1000 prebivalcev v ZDA.

Vse štiri spolno prenosljive bolezni so ozdravljive in jih je mogoče preprečevati. Primeri tako iz bogatih kot revnih dežel kažejo, da je znaten upad števila spolno prenosljivih

bolezni vsepovsod mogoče doseči. Po podatkih Svetovne banke predstavljajo sredstva, namenjena za zdravljenje spolno prenosljivih bolezni, eno izmed investicij v izboljšanje zdravja po vsem svetu, ki se zelo splačajo. Žal pa vse kaže, da bo treba storiti še precej, da se bodo prav povsod na zemeljski obli zavedli pomembnosti tega problema. Problem se je še zlasti zaostрил v luči povezav med aidsom in spolno prenosljivimi boleznimi.

Spolno prenosljive bolezni povzročajo neplodnost in pospešujejo širjenje virusa HIV

Breme, ki ga predstavljajo spolno prenosljive bolezni, je precej večje kot le slabo počutje in bolečine, ki jih povzroči začetna okužba. Posledica teh bolezni so zapleti, ki se kažejo predvsem pri ženskah. Eden izmed njih je širjenje okužbe v medenično votlino (vnetja v medenični votlini), kar je vzrok neplodnosti v številnih predelih sveta. Sifilis, gonoreja in klamidija lahko med nosečnostjo in porodom preidejo na otroka; posledice takšne okužbe so lahko rojstvo mrtvega otroka, hude očesne okužbe in pljučnica pri novorojenčku.

Drugi razlog za zaskrbljenost zaradi velikega števila novih primerov spolno prenosljivih bolezni, ki se pojavijo vsako leto, pa je povezava med spolno prenosljivimi boleznimi in virusom HIV, se pravi virusom, ki povzroča aids. Dokazi kažejo, da te ozdravljive spolno prenosljive bolezni zaradi tega, ker povzročajo poškodbe in vnetja tkiv spolnih organov, zelo zvečujejo tveganje za spolno okužbo z vi-

rusom HIV. Raziskave, opravljene v podsaharski Afriki, Evropi in Severni Ameriki kažejo, da je verjetnost za okužbo z virusom HIV pri človeku z genitalno razjedo, ki jo je povzročil sifilis, štirikrat večja.

Gonoreja, klamidija in trihomonas ne povzročajo razjed, vendar pa vnetje, ki se razvije, znatno poveča možnost okužbe z virusom HIV.

»Veliko število spolno prenosljivih okužb pripravlja teren za virus HIV,« pravi Antonio Gerbase, glavni avtor poročila GPA. To trditev podpirajo tudi nedavne raziskave, ki so jih opravili v Afriki in ki kažejo, da ustrezno zdravljenje spolno prenosljivih bolezni znatno zmanjša pogostnost okužbe z virusom HIV.

Spolno prenosljive bolezni so ozdravljive in jih je mogoče preprečevati

Tako kot okužbo z virusom HIV je tudi spolno prenosljive bolezni mogoče preprečevati. Varnejša spolnost in vse večja dostopnost kondomov zaradi širjenja virusa HIV nedvomno igrata pomembno vlogo pri upadanju števila primerov spolno prenosljivih bolezni na različnih koncih sveta, od Zimbabveje, Tajske, Čila do Kostarike. Na Švedskem in Norveškem so usklajena prizadevanja za odkrivanje in zdravljenje vseh novih primerov spolno prenosljivih bolezni znatno znižala število primerov ozdravljivih spolno prenosljivih bolezni še pred izbruhom pandemije HIV.

Svetovna zdravstvena organizacija priporoča kompleksen pristop do problema, ki vsebuje naslednje komponente:

- promocija varnega spolnega vedenja;
- razširjenost in dostopnost kondomov;
- ustrezna obravnava spolno prenosljivih bolezni, ustrezna zdravila zanje, vzgoja in izobraževanje, kondomi in zdravljenje spolnih partnerjev;
- prepričevanje o pomembnosti takojšnjega obiska pri zdravniku, in sicer tako okuženega kot njegovega spolnega partnerja;
- presejalni pregledi za »tihe okužbe«, kot je na primer sifilis v nosečnosti.

Eden izmed številnih izzivov pri nadzorovanju spolno prenosljivih bolezni je zagotavljanje dostopnosti zdravstvenih služb za vse ženske, ki se ne zdravijo, bodisi zato, ker o svojih težavah molčijo ali pa zato, ker se jim znaki bolezni ne zdijo dovolj resni, da bilo potrebno zdravljenje.

Program Global Aids Prevention (Svetovni program boja proti aidsu) je na Internetu dostopen na naslovu <http://www.gpa.who.ch>.

Ustvarjanje ugodnih pogojev za preprečevanje aidsa

Prizadevanja za preprečevanje okužbe z virusom HIV s spolnimi odnosi ali intravenoznim jemanjem drog so uspešni samo tam, kjer je varno vedenje izvedljivo, sprejemljivo ali samoumevno in kjer je tvegano vedenje malo verjetno ali celo nemogoče. Oddelek GPA (Global Program on Aids) za raziskovanje prevencije poudarja pomembnost ustvarjanja takšnih pogojev, ki prispevajo k preprečevanju aidsa.

V idealnem primeru širjenja neposrednih informacij o varni spolnosti ali injiciranju ne ovira nič; v idealnem primeru ljudje tudi živijo v skladu s tistim, kar vedo. Žal pa

je resničnost pogosto povsem nekaj drugega in ljudje, ki živijo na robu družbe, so okužbi z virusom HIV še bolj izpostavljeni, revščina pospešuje migracijo in prostitucijo, zdravstvena služba pa je za marsikoga nedostopna – še zlasti zdravstvena služba, ki se ukvarja s preprečevanjem in zdravljenjem spolno prenosljivih bolezni.

Oglejmo si, kako zakonodajna, gospodarska in socialna politika v deželi vplivajo na pandemijo, in kako bi na teh področjih lahko za preprečevanje aidsa storili še več. GPA priporoča hkratne dolgoročne in kratkoročne ukrepe. Med dolgoročne ukrepe spadajo prizadevanja za izboljšanje legalnega statusa žensk, njihovega zaposlovanja in dostopnosti izobraževanja. Eden izmed kratkoročnih ukrepov pa bi lahko bila skupna akcija prostitutk, s katero bi od svojih klientov zahtevale, naj uporabljajo kondome.

»Medtem ko so na široko zastavljeni dolgoročni ukrepi življenjskega pomena za zavarovanje prihodnjih rodov žensk, pa lahko s kratkoročnimi ukrepi marsikaj dosežemo za dandanašnje ženske in dekleta – tudi brez kakih globljih sprememb na zakonodajnem področju ali na področju enakosti med spoloma,« pravi dr. Kevin O'Reilly, vodja enote GPA za raziskovanje preventive.

Premagovanje restriktivnih zakonov in politike

Odnos do drog in zakonsko sankcioniranje njihove rabe, prostitucije, homoseksualnosti in naključne spolnosti se razteza od represije do strpnosti in pogosto je odnos do vsega tega v eni in isti deželi protisloven. Ministrstvo za zdravstvo na primer priporoča rabo kondomov in učitelji se v šoli o tem pogovarjajo s svojimi učenci, Ministrstvo za informiranje v isti deželi preprečuje oglaševanje kondomov, policija pa ženske, pri katerih najdejo kondome, obravnava kot prostitutke.

Zakoni, ki kriminalizirajo homoseksualnost, preprečujejo, da bi ustrezne informacije in zdravstvena vzgoja dosegli homoseksualne skupnosti. Strah pred obveznim testiranjem in pridržanjem prostitutke in intravenozne uživalce mamil odvrta od tega, da bi prišli po brezplačne kondome in injekcijske igle. Okužba z virusom HIV ni omejena le na določene skupine prebivalstva: diskriminacija intravenoznih uživalcev mamil, prostitutk obeh spolov in homoseksualcev zvečuje tveganje vseh.

Nedavna pregledna študija politik na 22 lokacijah po vsem svetu je odkrila stabilno in nizko seropozitivnost okužbe z virusom HIV le na petih območjih: v Sydneyu v Avstraliji; v Torontu v Kanadi; v Lundu na Švedskem; v Glasgowu v Veliki Britaniji; v Tacomi v Združenih državah Amerike – se pravi natanko tam, kjer je dostopnost injekcijskih igel za intravenozne uživalce mamil neovirana že od vsega začetka epidemije.

Medtem ko se na nacionalni ravni odvija lobiranje za sprejem ustrezne zakonodaje ali politike, pa preventivno delo proti okužbi z aidsom lahko neovirano poteka na lokalni ravni. V Zambiji se je na primer kar dve leti razvnela vroča debata o tem, ali je mogoče priporočati rabo kondoma kot alternativo za predzakonsko in zunajzakonsko spolno abstinenco. Kampanja za promocijo kondomov na nacionalni ravni se je lahko začela šele leta 1989, ko je zavladalo premirje med verskimi vodji in zdravstvenimi delavci. Istočasno in za kulisami pa so nevladne organizacije izvajale zdravstveno vzgojo in poklanjale brezplačne kondome barskim plesalkam in njihovim klientom.

Premagovanje ekonomskih ovir

V številnih deželah je za ženske dostop do izobrazbe zelo oviran, težko se izučijo česar koli, s čimer bi lahko služile denar, marsikje pa sploh ne morejo imeti lastnine. Ekonomska podrejenost pa zvečuje tveganje za okužbo z virusom HIV. Tam, kjer so viri za preživetje pičli, so se številne ženske primorane prodajati za denar, hrano ali bivališče; to je pogosto edina alternativa pred popolno revščino ali edini način, da ženska ohrani nevarno in izkoriščevalsko razmerje, v katerem živi. Begunke in sezonske delavke so pogosto prisiljene v »spolno barantanje«, da si preskrbijo dovoljenje za bivanje in delo, za plačilo carine ali pa si na ta način dobijo službo.

Še zlasti pa so izpostavljene okužbi z virusom HIV prostitutke. Zaradi nepismenosti ali pa zato, ker so preventivna sporočila napisana v jeziku, ki ga ne razumejo, se morda niti ne zavedajo obstoja aidsa in možnosti preprečevanja. Tudi kadar se tega zavedajo in so celo visoko motivirane, pogosto ne vztrajajo na tem, da je treba uporabljati kondom – bodisi zato, ker je spolni odnos brez kondoma bolj plačan ali pa zato, ker se bojijo, da bi sicer klient odšel drugam.

Ekonomska podrejenost žensk je problem, ki zahteva dolgoročno rešitev. Reševanje problemov, povezanih z revščino, se odvija na ravni nacionalne in mednacionalne politike. A kljub temu, da so zakonske in ekonomske rešitve teh problemov dolgoročno zadeva, obstajajo načini, da ženske in dekleta, ki živijo ta trenutek, dobijo večjo moč.

V Bangladešu sta banka Grameen in Bangladesh Rural Advance Committee izboljšala ekonomski in socialni položaj žensk s pomočjo kreditov – na zdravstvenem področju pa celo pospešila uporaba kontracepcijskih sredstev – med najrevnejšimi od revnih.

Premagovanje socialnih in kulturnih pritiskov

V številnih družbah je med moškimi in ženskami glede moči ogromna razlika. Socialno in kulturno pogojena delitev vlog daje moč v roke moškim. Podrejeni položaj žensk ohranja tudi dejstvo, da je moški pogosto glavni ali edini hranilec družine. Na vse skupaj vpliva tudi starostna razlika: v večini heteroseksualnih razmerij je moški starejši.

Od žena se v številnih omikah pričakuje strpnost do moške nezvestobe, same pa morajo biti popolnoma zveste. Aids pa je zelo zvišal ceno takšne strpnosti: ženske tvegajo, da jih okužijo lastni možje. Marsikateri ženski niti na kraj pameti ne pride, da bi od moža zahtevala, naj doma uporablja kondom. Pa tudi kadar bi si to drznila storiti, bi tako ravnala v nasprotju s socialnim in osebnim imperativom, ki ji pravi, da mora imeti otroke.

Dolgoročno je najboljša rešitev podrejenega socialnega položaja žensk ustvarjanje takšnih medsebojnih odnosov, ki temeljijo na medsebojnem spoštovanju med moškim in žensko. Nove in varnejše socialne norme bo mogoče vzpostaviti tudi s pomočjo dobro načrtovanih medijskih kampanj, namenjenih moškim in ženskam, ozaveščajoč jih o skupni odgovornosti za zaščito pred okužbo z virusom HIV.

Nekateri programi prevencije so namenjeni predvsem ustvarjanju novih socialnih norm (uporaba kondoma pri naključnih spolnih odnosih), pa se drugi osredičajo na tradicionalne oblike vedenja, ki so v času širjenja aidsa postale nevarne.

Pri »obrednem očiščevanju« na primer, ki je tradicionalno v Ugandi, Zambiji in nekaterih drugih predelih podsaharske Afrike, ima vdovec ali vdova spolne odnose s sorodniki preminulega ali preminule, medtem ko se pripravlja na novo poroko. V nekaterih predelih, kjer je okuženost z virusom HIV zelo velika, so med pogrebnimi svečanostmi običajni spolni odnosi z več partnerji. Starši dvojčkov pa imajo obredne zunajzakonske spolne odnose.

Eden izmed načinov preprečevanja aidsa bi bila promocija uporabe kondomov med takšnim tradicionalnim vedenjem. Drugi način pa je sprememba navad.

V Zambiji je skupina v Chikanati razvila obliko »svetovanja v skupnosti«, katere cilj je varnejše »obredno očiščevanje«. Delo skupine je bilo uspešno, vsaj deloma tudi zato, ker se je oprlo na alternative, ki jih tamkajšnji prebivalci že uporabljajo, na primer med nosečnostjo.

Pri promoviranju varnih alternativ »očiščevalne« spolnosti je bila skupina zelo presenečena nad tem, kako močan vpliv na vedenje ima družina. Pogosto se je dogajalo, da se je ovdoveli hotel »očistiti« s spolnim odnosom, pa ga je družina prepričala, naj tega ne počne.

Sprememba zakoreninjenih navad, ki so del širšega sistema prepričanj, je dolg in naporen proces, v katerem morajo angažirano sodelovati vodje skupnosti. Kratkoročno pa je mogoče marsikaj storiti, da zmanjšamo tveganje za okužbo z aidsom pri ženskah.

V Nigeriji je uspeh projekta za uporabo kondomov pri spolnih odnosih za denar spodbudil vlado, zdravstvene oblasti in policijo, da so začeli sodelovati s prostitutkami, namesto da bi delovali proti njim.

Na Tajskem je nacionalni program za boj proti aidsu združil zdravstvene politike, policijo in lastnike javnih hiš v prizadevanjih za »stodstotno rabo kondomov«; projekt zdaj poteka v prav vseh javnih hišah v deželi. Vse kaže, da je projekt prostitutke opogumil do te mere, da odklanjajo spolne odnose brez kondoma. Rezultat tega je velikanski upad pogostnosti spolno prenosljivih bolezni.

Ovire pri širjenju informacij o aidsu, ki pogosto ne dosežejo ljudi, ki so jim namenjene, so krive za približno 6000 primerov okužbe z virusom HIV na dan na svetu. Te ovire je treba identificirati in odpraviti in poskrbeti za okoliščine, ki spodbujajo varno vedenje.

Raziskovalna enota za preventivo pri GPA se zdaj osrediča na strategije za odpravljanje ovir, ki preprečujejo varno vedenje pri ljudeh, ki so še posebej izpostavljeni tveganju za okužbo z virusom HIV. Podpira programe v Aziji, Afriki in Latinski Ameriki, ki skrbijo za posredovanje informacij in obveščenost, hkrati pa si prizadeva za ustvarjanje okoliščin, ki spodbujajo vedenjske spremembe. Enota se trenutno ukvarja z ukrepi, kot je uporaba kondoma pri spolnih odnosih s prostitutkami in s podpiranjem enakopravnejšega položaja žensk glede spolnosti.

World Health Organization.
Global Programme on Aids.
Prevedla Dunja Kalčič